GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

— 1896 —



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

DEUX ÉDITIONS PAR SEMAINE

Le Jeudi  **Le Dimanche**



L. LEREBOULLET

CH. ACHARD. — A. BROCA

DIRECTEURS

NOUVELLE SÉRIE. — TOME I. — 1896

PARIS

MASSON ET CIE, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

DIRECTEURS : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. CHARRIN

La chlorose

(Leçon recueillie par M. L. MEYER).

La clinique étudie la pathologie en action ; elle dépiste, observe, au besoin combat les applications, la mise en jeu des processus morbides ; elle vous présente les types principaux des maladies, en vous montrant, dans ces types, la réalisation plus ou moins complète, le groupement plus ou moins parfait des notions théoriques ; elle vous apprend à reconnaître sur le vivant les données de l'enseignement dogmatique.

Aussi est-il utile, si nous désirons commenter un des chapitres de cet enseignement au lit du malade, de nous entretenir des manifestations variées que nous offre la jeune fille couchée au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne, d'autant plus que, dans la pratique, les cas de ce genre sont des plus fréquents.

Cette jeune fille, âgée de 17 ans, est employée dans une pharmacie ; elle appartient à une famille nombreuse, sept frères ou sœurs ; deux sont atteints de blépharite chronique, d'adénites multiples sous-maxillaires, adénites non suppurées ; les cinq autres jouissent, comme le père et la mère, d'une santé relativement bonne.

Il y a trois mois, notre malade a eu un surcroît de travail ; elle a dû faire des courses multipliées, se surmener. — J'ajoute, d'après les renseignements qu'elle a fournis, que, chez elle, la nourriture était suffisante, mais peu variée ; que, d'autre part, elle couchait, avec plusieurs de ses sœurs, dans une chambre étroite. — Retenez donc ce surmenage, ce défaut d'aération, cette tendance à la scrofule dans une famille où l'alimentation laisse quelque peu à désirer.

A la suite de ces excès d'occupation, les forces ont fléchi, l'appétit a diminué, les palpitations, l'oppression ont fait leur apparition ; les couleurs ont disparu ; la menstruation est devenue irrégulière. Dans ces conditions, après s'être soignée à la maison pendant quelques jours, cette malade est venue demander notre assistance.

Un premier point vous frappe : c'est la pâleur des téguments, de la face, en particulier ; c'est aussi celle des muqueuses, de la conjonctive, du revêtement des gencives, des lèvres. Puis, sur ce fond pâle, sous l'influence des causes les plus diverses, les plus légères, se greffent des rougeurs passagères : la vaso-motricité est des plus mobiles.

En examinant avec plus d'attention, on note une pigmentation légère au niveau de la ligne blanche, au niveau des articulations des doigts.

La langue est recouverte d'un mince enduit blanchâtre. — Le désir des aliments est sensiblement amoindri ; toutefois, cette personne se nourrit suffisamment pour ne plus maigrir ; elle ne se livre, à la vérité, à aucun exercice. — Les digestions sont lentes, s'accompagnent de météorisme, de renvois, parfois d'oppression, de palpitations ; l'estomac est faiblement distendu ; la sonorité de cette cavité remonte très haut, au point de gêner les mouvements du cœur ou des poumons. — La constipation est modérée. — Le foie, la rate, le péritoine n'offrent rien de spécial.

Un examen minutieux ne relève aucune lésion matérielle appréciable du côté de l'appareil génital, comme aussi du côté des organes respiratoires. Cependant les règles sont irrégulières ; elles font défaut depuis deux mois ; même avant ces derniers temps, à une époque où cette jeune fille allait et venait, la menstruation laissait à désirer.

Les urines sont peu colorées ; la quantité des vingt-quatre heures ne dépasse pas 930 centimètres cubes ; la densité mesure 1,012 ; l'urée par jour est de 14 grammes ; pour le chlore, pour l'acide phosphorique, les chiffres sont de 4,6, de 2,1 ; en somme, la nutrition paraît torpide ; on décèle des traces infimes d'une albumine non rétractile.

Cette malade est impressionnable : elle rit, elle pleure aisément ; pourtant, elle n'a jamais eu de crises de nerfs. On ne découvre aucune zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie ; le champ visuel, les réflexes sont normaux.

L'oreille, dans la région du cœur, ne perçoit pas de bruits adventices ; par contre, dans les vaisseaux du cou, on entend sous le stéthoscope un souffle intense, continu, avec renforcements : à lui seul, ce signe vous dit que vous êtes en présence d'une chlorotique ; ce souffle vasculaire

est absolument pathognomonique; c'est lui qui permet de dire, que l'on peut créer des anémies, mais non des chloroses.

Donc, ce symptôme, en outre, la teinte des téguments, l'âge, le sexe, les troubles digestifs, menstruels, etc., vous conduisent au diagnostic.

Il s'agit là du type classique de l'affection, affection acquise dans la période de développement, de la croissance. — Les parents, la mère n'ont pas eu de manifestations analogues; il n'y a pas là cette hérédité directe signalée dans quelques cas par le professeur Potain; on ne peut évidemment savoir à l'avance si des retours, si des rechutes, en particulier à l'heure de la ménopause, ou sous l'influence des grossesses, viendront ajouter une note spéciale.

Pour le moment, il est permis de remarquer que l'affection se présente sans gravité. — L'anorexie est loin d'être totale; on ne décèle pas ces grandes perversions du goût qui, sous les noms de pica, de malacia, tiennent avant tout de l'hystérie; on ne constate pas ces douleurs gastriques, ces vomissements, qui ont fait soutenir à Luton que l'ulcus rotundum existait chez ces sujets, tandis qu'en réalité cet ulcus est rare; ce qui est plus fréquent, c'est l'hyperacidité des sécrétions stomacales.

Le foie, ici, n'offre pas cette congestion, conséquence des dyspepsies intenses, pas plus qu'il n'est dans un de ces états de rétraction qui ont suggéré à André l'idée que le mal était une auto-intoxication due à ce que le tissu hépatique ne détruit pas les poisons digestifs.

Pour Clarke, cette auto-intoxication existe, mais elle a sa source dans les fermentations excessives qui se développent dans l'intestin sous l'action de la constipation; de là, la dénomination d'anémie fécale. — Cette théorie, pas plus que les précédentes, ne trouve, dans notre cas, son application, attendu que la paresse intestinale est peu marquée, surtout pour une femme, cette constipation étant autrement fréquente dans le sexe féminin que dans l'autre.

On peut en dire autant de l'opinion qui place dans le système nerveux l'origine de ces désordres. — Sans doute, nombre de chlorotiques sont atteintes d'anesthésie, d'hyperesthésie, de troubles moteurs, sensoriels, réflexes, perturbations qui relèvent plutôt de l'association de l'hystérie, de la neurasthénie à la chlorose, que la chlorose elle-même. Toutefois, ici, tout se réduit à une légère impressionnabilité.

Le rein fonctionne normalement; si les urines sont peu toxiques, cela tient à la faiblesse de la désassimilation.

Chez ces malades, les éléments cellulaires sont, en général, petits, réduits; les vaisseaux, l'aorte, la mésentérique, en particulier, sont étroits; parfois, ce rétrécissement porte sur l'orifice mitral, orifice indemne chez notre jeune fille. — En revanche, il y a chez elle cette hyponutrition, résultat de cet état anatomique imparfait.

Le sang est pâle; la valeur, la richesse globulaires sont inférieures d'un quart à la normale; les déformations de ces hématies sont peu accentuées; leur nombre est de 4 320 000.

En somme, cette lésion du sang, si importante dans l'espèce, est ici relativement peu marquée. Aussi on comprend que la dyspnée soit peu intense, puisque les vecteurs de l'oxygène ne sont touchés que légèrement, puisque les poumons, les centres nerveux ne sont pas intéressés, puisque, pour la circulation, tout se réduit à ce bruit vasculaire, ou bruit de diable, de rouet.

Une contractilité des parois exagérée, une pression mobile, des vaso-moteurs irritables, un contenu quelque peu modifié, une veine fluide, résultat du glissement de la partie centrale du courant sur la couche périphérique plus lente, accolée à l'endothélium : tels sont les facteurs de ces bruits; — la systole, le soulèvement artériel : tels sont les agents du renforcement.

Parfois, l'action de cette systole est si prononcée qu'une apparence de reflux dans les jugulaires totalement vides fait croire, comme dans ce cas, à un pouls veineux vrai; l'enregistrement du phénomène écarte l'erreur.

Ainsi, l'absence de changements profonds dans le fonctionnement de l'estomac, de l'intestin, dans le volume du foie, dans l'éréthisme nerveux, dans l'anatomie du cœur, l'absence de ces souffles attribuables aux dilatations, aux spasmes des orifices, à la dyscrasie, aux veines fluides intra-cardiaques, quelquefois à des endocardites, comme dans les observations de Girode, l'absence de ce teint verdâtre qui, sous la pâleur, accompagne les altérations globulaires intenses, l'absence de ces accès de fièvre pseudo-intermittents signalés par Mollière, l'absence de toute albuminurie d'origine rénale, l'absence de modifications thyroïdiennes, l'absence de ces scolioses indices d'un développement très compromis, tous ces motifs font penser à une chlorose plutôt bénigne.

Les rougeurs de la face sont trop passagères, la peau n'est pas assez fine, le pannicule sous-cutané n'est pas assez épais pour admettre ce type floride dans lequel le défaut d'oxygène fait que la graisse persiste dans les mailles du derme.

Mais, en somme, quelle est la cause de cette affection?

Les uns invoquent une influence héréditaire, la tuberculose, la chlorose. — Les chlorotiques, contrairement à ce que croient quelques auteurs, ne deviennent pas tuberculeux; ils descendent des tuberculeux, disent les uns, des chlorotiques, disent les autres; ici, l'observation ruine l'une et l'autre de ces hypothèses, malgré une tendance strumeuse chez les collatéraux.

En tout cas, ces notions sont de l'ordre des causes pures; elles ne nous expliquent pas le mécanisme des désordres; on confond trop souvent étiologie et pathogénie.

Etre rejeton de bacillaires, d'anémiques, c'est se trouver dans des conditions telles que les tissus croissent lentement, péniblement; je l'ai prouvé avec la balance, avec les courbes des poids.

Quant aux théories gastrique, hépatique, intestinale, nerveuse, microbienne, parasitaire, les faits leur donnent souvent tort. — On n'a décélé, d'une façon sûre, on n'a cultivé ni bactérie, ni coccidie, ni hématozoaire; se baser sur cette donnée générale, à savoir que ces hématozaires altèrent le globule rouge, est totalement insuffisant; d'autre part, dire que la chlorose est la maladie de ce globule, c'est proclamer l'altération caractéristique, ce n'est pas expliquer sa genèse; on pourrait aussi bien remarquer que ce mal consiste dans un bruit de souffle vasculaire, en s'appuyant sur le désordre fonctionnel, sur le symptôme, non sur le trouble anatomique.

Et, d'ailleurs, une constatation domine le débat, c'est que la femme seule devient chlorotique; on a décrit la chlorose des garçons : je le sais; on a pris pour telles des anémies toxiques, infectieuses, des anémies de privations, de déperdition, etc., etc.; s'il en est de véritables, c'est le cas de soutenir que l'exception confirme la règle.

Cette donnée établie, on ne peut s'empêcher de porter son attention sur les organes génitaux; on ne peut s'empêcher de noter la fréquence des troubles menstruels, les relations de l'affection étudiée avec les anomalies de ces troubles, avec la puberté, la grossesse, la ménopause; on ne peut s'empêcher de se souvenir des bienfaits du

mariage, de tout ce qui peut agir favorablement sur cette fonction.

Pour moi, je pense que la chlorose est une auto-intoxication menstruelle ou génitale; je m'explique.

Au moment où les règles vont survenir, la toxicité du sérum est en croissance; les nourrices qui, par hasard, conservent leurs menstrues, à ce moment plus qu'à tout autre donnent des diarrhées, des éruptions à leurs nourrissons; à ce moment, également, chez de nombreuses femmes, la fièvre, l'herpès ne sont pas rares; puis, l'écoulement se produit, et tout rentre dans l'ordre; les migraines cessent, les douleurs musculaires disparaissent, l'appétit revient, les signes d'empoisonnement s'évanouissent.

D'un autre côté, des recherches expérimentales, malheureusement encore très insuffisantes, entreprises par P. Carnot, par moi, conduisent à des conclusions analogues.

Je pense que la fonction menstruelle purge l'économie de certains poisons; les organes génitaux ont, à cet égard, un rôle d'élimination.

Si, sous l'influence de l'hérédité, de la scrofule, de la tuberculose, les tissus appauvris se sont insuffisamment développés, cette insuffisance de développement a porté sur ces organes génitaux comme sur les autres; ils remplissent moins efficacement ce rôle d'élimination. — D'autre part, durant les premières années, les dépenses de l'être sont minimes; à l'heure de la puberté, elles s'accroissent rapidement.

A ce moment éclate l'imperfection des cellules demeurées trop petites; les produits de la désassimilation devenus soudainement abondants sont élaborés d'une façon vicieuse; de là, une première cause d'auto-intoxication, car on sait que plus ces produits sont métamorphosés, oxydés, moins ils sont nuisibles. — L'étroitesse des artères, spécialement de la mésentérique qui se rend à l'intestin, de la pulmonaire qui a charge de la nutrition gazeuse comme cette mésentérique de celle des solides ou des liquides, ajoute encore à ces imperfections des échanges.

Sur ces processus généraux d'auto-intoxication vient se greffer un troisième facteur, celui-là tout particulier, donnant au mal sa caractéristique, faisant de lui l'apanage du sexe féminin; je veux parler de l'obstruction de la voie dépurative génitale, qui ne conduit pas au dehors les principes nocifs destinés à suivre ce chemin.

On objecte que certaines chlorotiques ont des règles abondantes; je répondrai que la quantité n'est pas tout, qu'il est des néphrétiques, des brightiques qui rendent des volumes énormes d'urine; il faut voir si le sang est riche en poisons, comme il faut voir si ce liquide des polyuries est toxique.

Dans cette conception, la misère, le surmenage, les émotions, etc., trouvent leur place; ce sont des causes occasionnelles; ces éléments jouent le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le verre; ils accroissent l'auto-intoxication en activant la désassimilation; ils la portent à un niveau tel que l'organisme ne peut plus la tolérer.

Tous les phénomènes de la chlorose, au premier rang l'altération globulaire, appartiennent à cette catégorie de désordres que les empoisonnements réalisent expérimentalement; il en est de même de certaines perturbations cardiaques, digestives, nerveuses, qui, une fois engendrées, ajoutent leurs effets, la constipation, l'altération hépatique, par exemple; la fièvre, elle aussi, est souvent d'origine toxique.

Toutefois, on rencontre de préférence cet état fébrile dans l'infection, comme on y rencontre également ces néphrites, ces phlegmatia, ces endocardites récemment signalés chez quelques chlorotiques. — A vrai dire, ces constatations portent à rechercher un parasite qui se localiserait au niveau de la sphère génitale; mais, d'une part, on ne le décèle pas; d'autre part, ces fièvres, ces endocardites, ces phlegmatia sont des accidents peu fréquents; on peut les interpréter en invoquant un principe chimique ou une bactérie, surtout une bactérie surajoutée.

Que faire au point de vue thérapeutique?

Combattre les conséquences de ces processus, conséquences que les perturbations nous traduisent. — Conseiller le repos, supprimer tout exercice violent; le surmenage conduit à l'auto-intoxication; donner du soleil, de la lumière comme à une plante étiolée; donner de l'air, de l'oxygène pour brûler les déchets d'une façon plus complète; donner du fer, si utile quand le tube digestif le supporte aisément; donner de la chaux, de la soude, de la potasse, tous les reconstituants cellulaires, tous ces éléments capables de réparer les tissus imparfaits, tous ces corps dont l'analyse révèle, dans ces cas, le peu d'abondance; excitez ces métamorphoses torpides; prescrivez, tout en surveillant leur application, en restant dans de sages limites pour ne pas aller à la fatigue, les douches, les frictions, le massage, parfois l'électricité; combattez l'atonie digestive, la torpidité hépatique; administrez la strychnine, les amers, le bicarbonate de soude; opposez-vous aux fermentations intestinales excessives; par-dessus tout, recherchez les circonstances, les conditions capables de régulariser les fonctions menstruelles; ne perdez pas de vue vos malades; tout en rassurant complètement la famille sur l'issue fatale, ne méconnaissez ni la durée du mal, ni la possibilité des rechutes.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'avortement.

Voici quelle doit être, d'après M. Jacobs (1) (de Bruxelles), la conduite du praticien dans ces cas.

Si le fœtus n'est pas mort et si le sac n'est pas rompu, malgré tout, on doit toujours essayer d'enrayer la fausse couche, c'est-à-dire que le médecin la considérera *a priori* comme évitable.

La malade sera mise au lit où elle gardera l'immobilité la plus absolue. On calmera la toux, les vomissements ou le hoquet, s'il y a lieu. Si les douleurs utérines sont violentes, on fera immédiatement une injection sous-cutanée de 0 gr. 02 de morphine. On évacuera l'intestin par un grand lavement d'eau tiède pris et rendu dans le décubitus dorsal; puis on passera un petit lavement contenant 20 gouttes de laudanum; on pourra répéter ces lavements toutes les deux ou trois heures tant que les symptômes d'avortement seront graves.

Si tout rentre dans l'ordre, la malade restera couchée trois ou quatre jours, et on lui continuera les lavements laudanisés à la dose de 20 à 40 gouttes par vingt-quatre heures. Chaque matin, on fera administrer un lavement d'eau glycérinée afin d'amener une évacuation intestinale.

Dans ces lavements on peut encore associer l'antipyrine au laudanum, sous la forme suivante :

Antipyrine.	3 gr.
Laudanum de Sydenham. . .	40 gouttes
Eau bouillie	25 gr.

On injecte dans le rectum la moitié de la solution prescrite, et une heure plus tard l'autre moitié; si les symptômes alarmants persistent, on répète le lavement toutes les deux ou trois heures.

1. *La Policlinique de Bruxelles*, 1895, n° 24, p. 399.

Chez les albuminuriques et les cardiaques, les lavements de laudanum et d'antipyrine doivent être remplacés par l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 40 à 120 gouttes, à prendre en trois ou quatre fois, ou bien encore par l'extrait de viburnum qu'on peut formuler sous forme de potion :

Extrait fluide de viburnum .	4 à 6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges . .	5 gr.
Eau distillée	20 gr.

Si l'avortement est inévitable ou si le fœtus est mort, le rôle du praticien consistera à aider la sortie de l'œuf hors de l'utérus.

Pendant les deux premiers mois, l'avortement passe le plus souvent inaperçu. Tout au plus dans quelques cas se produit-il une hémorrhagie dont l'abondance attire l'attention. Cette hémorrhagie étant un symptôme, on ne la combattra qu'en cas d'abondance exagérée. La femme sera mise au lit et l'on s'occupera surtout de l'entourer de soins aseptiques locaux méticuleux afin d'éviter toute infection consécutive. L'expulsion produite, on fera une injection vaginale chaude à la formaline ou au sublimé et on prescrira le décubitus dorsal pendant sept à huit jours, même lorsque la marche de l'évolution sera absolument normale.

Mais il peut arriver, même pendant les trois premiers mois de la grossesse, que par suite d'une trop grande rigidité du col, l'œuf ne parvienne pas à le franchir tout à fait, détail que le toucher découvrira aisément. L'hémorrhagie, dans ces cas, pourra rapidement devenir inquiétante. Dans ces cas, le devoir du médecin est de favoriser l'expulsion complète au plus tôt.

Malgré tout ce qui a été dit et écrit, l'ergot de seigle peut dans ces cas rendre des services. La meilleure façon de l'administrer est en injection hypodermique : 1/2 à 1 centimètre cube d'ergotinine. Si les circonstances permettent, on pourra essayer, dans le même but, la quinine vantée par Cordis. On prescrira la quinine à la dose de 0 gr. 50 toutes les heures.

Si ces différents moyens thérapeutiques échouent, si l'hémorrhagie devient inquiétante, on devra recourir aux irrigations vaginales chaudes de 40° à 50° et au tamponnement vaginal que l'on fera d'après les règles classiques. On laissera ce tamponnement en place vingt-quatre heures. Le plus souvent, quelques heures après qu'on l'a fait, des contractions utérines sourdes amènent petit à petit la délivrance et on trouve l'œuf dans le vagin lorsqu'on enlève le tamponnement.

Lorsque l'œuf, malgré ces moyens, n'arrive pas à franchir le col, on voit généralement ses membranes éclater, le liquide amniotique s'échapper au dehors en entraînant le fœtus; les enveloppes restent dans la cavité. Cet avortement en deux temps, qui est exceptionnel dans les trois premiers mois, devient la règle à partir du quatrième.

La rétention des annexes pouvant amener des dangers d'une grande gravité, que doit-on faire?

Sauf de rares exceptions, la rétention placentaire dans l'avortement donne lieu à des complications : l'hémorrhagie et la septicémie. Contre l'hémorrhagie, on emploiera les irrigations intra-utérines chaudes à 45° d'eau stérilisée, 6 à 10 litres, répétées toutes les deux heures, irrigations qui auront l'avantage de réveiller les contractions utérines. S'il y a apparence de septicémie, on pourra employer une légère solution de sublimé. Il faut rejeter ici le tamponnement vaginal, vu l'obligation d'agir promptement, et si l'hémorrhagie ne s'arrête pas, vider l'utérus par la curette, par un curettage fait suivant les règles.

CH. BUGLER.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES CHIRURGIENS DU NORD

(Suite et fin)

Chirurgie des voies biliaires.

M. Ström a eu l'occasion d'intervenir onze fois pour des affections de la vésicule et des voies biliaires. Dans six cas, il a fait la cholécystostomie (5 fois en en un temps, 1 fois en deux temps), et établi une fistule après l'extraction des calculs. Tous ces malades ont guéri.

Dans trois cas d'obstruction calculeuse du cholédoque, la cholédocotomie, suivie d'établissement d'une fistule externe, a amené la guérison du malade. Les deux autres opérés, cholémiques comme le premier, ont succombé à la diathèse hémorrhagique six et sept jours après l'intervention. Chez un de ces malades, le cholédoque, à son entrée dans l'intestin, était complètement fermé par un rétrécissement cicatriciel d'origine calculeuse.

Dans deux cas enfin, on trouva des adhérences telles qu'il fut impossible d'aborder la vésicule ou les voies biliaires. La laparotomie resta donc purement exploratrice.

D'après M. Ström, on ne doit guère compter sur le traitement médicamenteux. En cas de lithiase biliaire, l'intervention doit être entreprise de bonne heure. L'opération type est la cholécystostomie en un ou deux temps. La cholécystostomie ne doit être faite que si l'on trouve la vésicule petite, rétractée, ulcérée, ne se prêtant pas à l'établissement d'une fistule, ou bien encore quand on trouve un cancer de la vésicule. La cholécystostomie idéale est plus dangereuse que la cholécystostomie et expose davantage aux récidives. Si le calcul siège dans le calcul cystique, on l'enlèvera par la cholécystostomie; s'il occupe le cholédoque, on fera la cholédocotomie suivie d'établissement d'une fistule biliaire; enfin, en cas d'obstruction des voies biliaires par une tumeur cancéreuse, on pratiquera la cholécystentérostomie si le canal cystique est libre, et la cholédo-duodénostomie, s'il est fermé.

M. Weiss est intervenu dans deux cas. Dans un cas, à l'ouverture de la vésicule, on ne trouve pas de calcul; mais quelques jours plus tard, à l'exploration de la plaie, on sentit un calcul sous le foie; le calcul a été extrait et le malade guérit.

Dans le second cas, rien ne faisait penser à l'existence d'une lithiase biliaire. Le malade avait pour toute symptomatologie de la fièvre et une tuméfaction du foie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva des adhérences tellement solides, qu'on a dû se contenter de faire la ponction du foie : le liquide retiré était du pus. Quelques jours plus tard, le foie a été incisé au thermocautère, mais le calcul qu'on sentait n'a pu être extrait. La plaie fut donc simplement drainée, et par le drain, que le malade garda trois ans, il sortit dans cet espace de temps 80 calculs environ. Le drain ne fut retiré qu'une année plus tard, quand il ne sortait plus de calculs. Guérison.

M. Jervell rapporte l'observation d'un malade auquel il a fait la cholécystostomie. La vésicule était vide et le calcul qu'on sentait dans le canal cystique n'a pu être extrait. Le soir même de l'opération, M. Jervell fit prendre au malade de l'huile d'olive à haute dose, et le lendemain le calcul fut retrouvé dans les selles. L'examen de la bile ne montra pas la présence de gouttelettes d'huile d'olive dans le liquide.

Kystes du pancréas.

M. Heinricius. — Pendant longtemps, on considérait les kystes du pancréas comme des kystes par rétention. Pourtant les expériences ont montré que la ligature du canal de Wirsung aboutissait non pas à la formation de kystes, mais à l'atrophie de la glande. D'après M. Heinricius, ces kystes doivent leur origine à une pancréatite interstitielle qui fait que les sécrétions ne sont pas reprises par les lympathiques. Dans certains cas, il peut encore s'agir d'adénomes kystiques ou de kystes hydatiques du pancréas.

Les kystes du pancréas peuvent acquérir des dimensions considérables, se développer derrière le péritoine, entre l'estomac et le côlon transverse ou sous ce dernier, se placer entre le foie et l'estomac. Leur symptomatologie est peu nette, et souvent on trouve des symptômes gastriques, de la glycosurie; la ponction exploratrice est dans ces cas dangereuse, car l'aiguille peut atteindre un des organes voisins.

Le traitement comprend l'incision du kyste, suivie de drainage, ou l'extirpation, qui souvent est rendue impossible à cause des adhérences. L'extirpation, qui jusqu'à présent a été faite douze fois, a donné 7 guérisons et 5 morts.

Personnellement, M. Heinricius a fait deux fois l'extirpation de kystes du pancréas.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 2,) ans qui, après son second accouchement, s'est aperçue de l'existence d'une tumeur qui se mit assez rapidement à augmenter de vo-

lume. A l'examen on trouvait dans l'hypochondre gauche une tumeur mobile, fluctuante, des dimensions d'une tête d'enfant. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste pédiculé du pancréas, situé entre l'estomac et le colon transverse. Les adhérences furent décollées et sectionnées, le pédicule coupé entre deux ligatures et la tumeur enlevée. La malade guérit et n'a pas de récidive depuis 1894.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 30 ans, tripare, enceinte de cinq mois, chez laquelle l'examen montra l'existence, dans la moitié gauche de l'abdomen, d'une tumeur mobile des dimensions d'une tête d'adulte. A l'ouverture de l'abdomen on trouva un kyste pédiculé du pancréas, situé entre le pancréas et le fond de l'utérus. Ligature et section en pédicule. Ablation de la tumeur.

Dans ces deux cas la paroi du kyste était composée de tissu conjonctif renfermant des îlots de parenchyme pancréatique. Le contenu liquide des kystes n'a pas été examiné.

M. Malthe est intervenu dans 4 cas, et tous ses opérés ont guéri. Dans 2 cas où il s'agissait de néoplasmes, il a pratiqué l'extirpation totale; dans les deux autres, les kystes ont été incisés et drainés.

M. Lindh a opéré 2 cas, une fois par l'extirpation, une fois par l'incision et le drainage. Les deux opérés ont guéri.

M. Berg est intervenu dans un cas où le kyste était d'origine traumatique, consécutif à un coup. Dans une partie des kystes se formant d'une façon aiguë, il s'agit d'épanchements sanguins encapsulés : dans ces cas l'extirpation est impraticable.

Le rôle du coli-bacille dans la pathologie des voies urinaires.

M. Rovsing envisage dans sa communication 65 cas de diverses affections de l'appareil, qu'il divise en trois groupes :

1° 31 cas de cystite pure, dont 30 avec urines ammoniacales, produits par des bactéries urolytiques en partie pyogènes, en partie non pyogènes; dans 3 cas les urines étaient acides et renfermaient des streptocoques, des gonocoques et des coli-bacilles.

2° 6 cas de néphrite avec hypertrophie de la prostate, troubles de miction et rétention partielle de l'urine. L'urine était acide et renfermait une culture pure de coli-bacilles. Dans aucun de ces cas on n'avait fait d'examen cystoscopique, mais l'absence de la douleur au niveau de la région vésicale, l'absence d'autres symptômes de cystite, l'absence enfin d'épithélium vésical dans l'urine, permettent d'affirmer que ces malades n'avaient pas de cystite.

3° 8 cas de néphrite avec hypertrophie de la prostate et rétention d'urine. L'urine était dans tous les cas acide, purulente et renfermait des coli-bacilles. Dans trois cas le pus formait une couche épaisse dans le vase, les mictions quelquefois douloureuses; dans aucun de ces cas, on ne trouva de signes de cystite à l'examen cystoscopique. — Chez deux malades qui étaient journellement sondés, il s'est développé à la longue une cystite avec urines ammoniacales, et chez les deux il fut impossible de retrouver le coli-bacille; mais si un peu d'urine ammoniacale était ensemencée sur de l'urine stérilisée, il se développait des coli-bacilles qui ne décomposaient pourtant pas l'urée. Dans un cas enfin où il s'agissait d'un homme de 78 ans, entré à l'hôpital pour une hypertrophie énorme de la prostate, avec rétention d'urine qui était purulente et sanguinolente, l'autopsie montra l'intégrité complète de la vessie.

D'après M. Rovsing, tous ces faits montrent de la façon la plus évidente que les coli-bacilles innombrables contenus dans une urine acide, purulente, sont incapables de provoquer la cystite, même dans les cas où la vessie se vide très mal. Par contre, dans les mêmes conditions, les bactéries capables de décomposer l'urée et de rendre les urines ammoniacales provoquent presque infailliblement la cystite.

4° 20 cas de pyélo-néphrite sans rétention d'urine. Dans seize cas les urines acides et purulentes renfermaient des coli-bacilles en culture pure, et dans aucun de ces cas l'examen cystoscopique ne montra l'existence de cystite, bien que 10 de ces malades eussent du ténesme vésical et des douleurs de miction. Dans quatre cas l'urine était ammoniacale et renfermait une fois des staphylocoques blancs, une fois une sarcine urolytique, une fois un bacille liquefaciens long et mince. Chez le quatrième malade, l'examen microscopique de l'urine montra la présence des streptocoques et des bacilles. Les cultures donnèrent lieu à des coli-bacilles qui ne décomposaient pas l'urine. Sur d'autres cultures faites ultérieurement, il se développa deux streptocoques qui, transportés sur de l'urine normale, décomposaient cette dernière. Enfin l'urine ammoniacale du malade, cultivée sur l'urine stérile, décomposait cette dernière.

Cette observation, analogue à celles du troisième groupe amena M. Rovsing à penser que la présence exclusive du coli-bacille dans ces cas tenait à la prolifération rapide de ce dernier ou à l'action de ses produits sur d'autres bactéries. Les expériences qu'il fit pour élucider ce point lui ont montré que, dans un milieu de culture, les coli-bacilles détruiraient ou du moins affaibliraient considérablement les bactéries urolytiques. A cette occasion, M. Rovsing cite d'autres faits qui viennent à l'appui de ces expériences. C'est ainsi que Beco a trouvé que les staphylocoques et les streptocoques qu'on trouvait un quart d'heure après la mort dans les organes parenchymateux étaient au bout de quelques heures remplacés par des coli-bacilles. Le même fait a été constaté par Charrin et Veillon pour la péritonite à pneumocoques, par Wathelet qui a constaté que le coli-bacille tuait en quelques jours, dans les cultures, le bacille typhique et le remplaçait dans le contenu intestinal.

Dans une autre série d'expériences a été étudiée la virulence du coli-bacille trouvé dans l'urine des malades atteints de pyélonéphrite. Dans la moitié des cas il était dépourvu de toute virulence aussi bien en injection sous-cutanée qu'en injection intra-veineuse ou intra-péritonéale.

De tous ces faits M. Rovsing tire les conclusions suivantes :

1° Le coli-bacille se trouve fréquemment dans les affections des voies urinaires, principalement dans les néphrites et les pyélites;

2° Il se rencontre rarement dans la cystite non compliquée; transporté directement sur la muqueuse ou y ayant pénétré par voie circulatoire, il est peut-être capable de provoquer la cystite; mais sa présence dans l'urine, même en cas de rétention, paraît prouver qu'il peut être supporté par la muqueuse vésicale pendant des années, sans inconvénients.

3° La constatation du coli-bacille aux autopsies n'a aucune valeur;

4° La présence d'une culture pure de coli-bacilles dans l'urine d'un individu atteint d'une affection des voies urinaires n'est pas une preuve du rôle pathogénique de ces micro-organismes.

Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate.

M. Warholm a fait la prostatectomie latérale dans un cas d'hypertrophie prostate. Le malade est mort d'une affection intercurrente quinze jours après l'intervention, mais pendant ces quinze jours, l'évacuation de la vessie s'est faite d'une façon normale.

Le malade a été opéré d'après la méthode de Dittel, que M. Warholm a modifiée de la façon suivante :

Le malade placé en position de taille périnéale, on introduit une sonde dans l'urètre et un tampon de gaze iodoformée dans le rectum. On fait alors une incision allant d'une tubérosité de l'ischion à l'autre, et l'on sectionne la peau, l'aponévrose et le tissu qui se trouve entre le bulbo-caverneux et le sphincter. L'incision est approfondie, par simple décollement, jusqu'à la prostate. Le plexus veineux qui se trouve à la face postérieure de la prostate est décollé en arrière et l'hémorrhagie qui accompagne ce décollement est arrêtée par le tamponnement ou des ligatures. L'hémostase une fois obtenue, on fait une résection cunéiforme des deux lobes latéraux. La plaie est fermée ou drainée.

Castration pour hypertrophie de la prostate.

M. Ramm a constaté que l'atrophie de la prostate commence à se manifester déjà vingt-quatre heures après la castration bilatérale. Si l'on fait l'ablation d'un seul testicule, l'atrophie survient dans la moitié correspondante de la prostate. On ne sait pas encore si la résection du canal déférent avec ses nerfs

et vaisseaux aboutit au même résultat, mais Pélican affirme avoir vu l'atrophie de la prostate survenir dans ces conditions.

En avril 1893, M. Ramm a fait la castration à deux prostatiques. Les malades, qui vivent encore, ont été complètement débarrassés de leurs troubles.

M. Strôm a fait la castration deux fois, mais ses résultats sont moins satisfaisants que dans les cas de Ramm. Ainsi chez le premier malade, un prostatique de 60 ans, l'opération a été faite il y a un an; sa vessie ne se vide pourtant pas complètement, et après la miction elle garde 400 grammes d'urine environ. Les autres troubles persistent, et pourtant la prostate a considérablement diminué de volume.

Chez le second opéré, qui avait une cystite et chez lequel l'opération a été faite il y a deux mois, il n'est survenu aucune modification depuis l'opération. A noter que chez les deux opérés une amélioration manifeste est survenue pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération. Il semble donc que les résultats de ls castration varient avec l'état de la vessie.

M. Malthe pense aussi que l'état de la vessie joue un grand rôle dans les résultats que peut fournir la castration. Dans les deux cas où il a pratiqué cette opération, il s'agissait une fois d'un prostatique avec cystite rebelle à tous les traitements. Chez lui l'opération a été suivie d'une amélioration considérable, malheureusement il succomba quinze jours plus tard à une attaque d'influenza. Dans le second cas, où le malade avait en même temps des névralgies testiculaires, la castration eut des résultats très satisfaisants.

M. Nicolaysen a eu l'occasion de faire chez un individu l'ablation d'un testicule cancéreux; en l'examinant quelques mois plus tard, il a trouvé chez lui une atrophie des deux lobes latéraux de la prostate. Il se demande donc si dans l'hypertrophie de la prostate l'ablation d'un seul testicule ne peut donner les mêmes résultats que la castration double.

Sur quatre prostatiques traités par la castration. M. Nicolaysen a obtenu deux fois des résultats tout à fait négatifs.

M. Berg croit que la castration est toujours moins dangereuse et plus efficace que la prostatectomie.

M. Nicolaysen, qui a fait plusieurs fois la prostatectomie, considère cette opération comme une intervention excellente.

Mastoïdites et otites moyennes.

M. Uchermann divise les mastoïdites en deux grands groupes : mastoïdites primitives et mastoïdites secondaires, se divisant chacune en superficielles (périostites) et profondes (ostéites).

Les mastoïdites primitives sont rares et peuvent être produites par la syphilis, la tuberculose, le diabète, le traumatisme; les mastoïdites secondaires s'observent principalement à la suite des suppurations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. Chez les enfants, la mastoïdite superficielle sans ostéite de la mastoïde est encore assez fréquente, mais chez les adultes la mastoïdite superficielle résulte ordinairement de la propagation au périoste d'une ostéite profonde.

Les symptômes de la mastoïdite aiguë, des abcès aigus de la mastoïdite sont ordinairement : 1° la douleur continue, violente, s'exagérant ordinairement sous l'influence de la pression ou de la percussion, et ayant son maximum à la base et à la pointe de l'apophyse; 2° la fièvre souvent fort élevée; 3° le siège de la perforation au niveau de la partie postérieure et supérieure de la membrane du tympan; 4° la tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe; 5° l'existence concomitante d'une périostite; 6° l'existence d'un écoulement tantôt abondant, tantôt peu accusé.

Dans la mastoïdite chronique, dans l'abcès chronique de la mastoïde, tant que l'écoulement se fait librement, on ne trouve pas d'autres symptômes. Mais à la longue il peut survenir une atrophie des cellules pneumatiques avec hypertrophie de la muqueuse ou accumulation de pus et de détritus dans les cellules; ou bien encore un cholestéatome ou une ostéosclérose avec ossification des tissus. Mais, à un moment donné, une poussée aiguë peut modifier la symptomatologie, et on observe alors tous les phénomènes de la mastoïdite aiguë.

Quant au traitement, M. Uchermann pense que l'intervention chirurgicale est indiquée dans les conditions suivantes :

1° Dans les inflammations aiguës de l'antre mastoïdien et des cellules quand les douleurs, l'œdème et la fièvre ne disparaissent pas sous l'influence du traitement antiphlogistique et local, continué pendant un temps suffisant;

2° Dans la mastoïdite chronique avec tuméfaction répétée de l'apophyse, fistules et formation d'abcès;

3° Dans l'otite moyenne suppurée aiguë, quand la fièvre persiste malgré la paracentèse du tympan;

4° Dans l'otite moyenne suppurée chronique avec phénomènes de mastoïdite et avec fièvre, dont l'apparition a coïncidé avec la suppression de l'écoulement;

5° Dans le cholestéatome et dans la carie de l'apophyse, qu'il est impossible de traiter par les voies naturelles;

6° Dans l'otorrhée chronique fétide, qui ne cède pas au traitement convenable de la caisse du tympan et de la trompe;

7° Dans l'otorrhée chronique se compliquant à un moment donné de phénomènes cérébraux.

M. Schiotz a fait 28 fois la trépanation de la mastoïde chez des individus atteints d'otorrhée chronique qui n'a pas cédé au traitement ordinaire. Les malades ont été opérés par le procédé de Stacke.

Dans deux cas, le curettage du plancher de la caisse avec la cuiller tranchante a été suivi d'une paralysie du facial qui a disparu au bout de trois mois. Dans dix cas on trouva des cholestéatomes, dans huit cas des cavités suppurantes, dans neuf des granulations dans l'antre.

Sur ces vingt-huit opérés, vingt sont complètement guéris; chez quatre les résultats sont incertains; un n'a pas été amélioré par l'opération et trois sont encore en traitement. Le traitement post-opératoire a duré près de trois mois chez sept opérés, trois à six mois chez dix, six à quinze mois chez huit.

M. Uchermann établit toujours une fistule extérieure, dans les cholestéatomes, chez les adultes, chez lesquels la cavité est assez grande. Cette fistule est inutile chez les enfants.

M. Poulsen rapporte l'observation d'un garçon de 15 ans atteint, depuis son enfance, d'une otite moyenne du côté gauche. En janvier 1893, l'écoulement devint plus abondant, et comme en même temps il était survenu de la fièvre et des maux de tête, on pratiqua la résection de l'apophyse et on évacua une quantité assez notable de pus. La température resta pourtant élevée, puis il survint des frissons et une sensibilité le long de la veine jugulaire, indiquant l'existence d'une thrombose du sinus.

Le 19 février on fit la trépanation du crâne et après avoir mis à nu le sinus transverse, on ponctionna ce dernier. Pas de liquide. On ouvrit alors le sinus et on enleva le thrombus suppuré qu'il contenait. L'hémorrhagie assez abondante fut arrêtée par le tamponnement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants la fièvre resta élevée, il y eut encore des frissons, puis des métastases tendineuses, etc. L'état s'améliora pourtant peu à peu, la fièvre disparut au mois de mars, et le malade guérit.

M. Lennander a fait 3 fois le curetage des sinus après ligature préalable de la jugulaire : les trois opérés ont guéri; il pense donc que cette ligature permet de se rendre plus facilement maître de la suppuration.

M. Uchermann fait observer que l'inconvénient de cette ligature consiste dans l'augmentation de l'œdème du cerveau. Il ne fait la ligature que dans les cas où tout porte à croire que le thrombus putréfié descend dans la veine.

Traitement opératoire des fibro-myomes de l'utérus.

M. Strôm est intervenu pour des myomes utérins dans 28 cas. Chez trois femmes il a fait la castration : deux ont guéri; chez la troisième la tumeur, qui avait diminué de volume, reprit ses dimensions quelque temps après. Cette méthode n'est donc pas sûre.

Chez trois autres il a fait la myomectomie, c'est-à-dire laissé l'utérus en place : deux ont guéri définitivement ; chez la troisième il est survenu une récidive qui au bout de cinq ans nécessita une hystérectomie abdominale.

Dans les 22 autres cas il a fait l'hystérectomie abdominale 6 fois avec pédicule extra-péritonéal et 16 fois l'hystérectomie

abdominale totale. Toutes ces opérées, comme les opérées précédentes, ont guéri.

Pour M. Ström le seul avantage de l'hystérectomie vaginale serait l'absence de la cicatrice. Or cet avantage est racheté par les autres que présente l'hystérectomie abdominale, notamment pour ce qui est de l'hémostase, de l'impossibilité de blesser les organes voisins, etc.

M. Heinricius a fait vingt hystérectomies d'après la méthode de Chrobak avec deux cas de morts, dont un par infection.

ONZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 22 au 25 Octobre 1895.

La sérothérapie.

M. Pio Foà (Turin), après avoir montré que la sérothérapie est basée sur la réaction d'un organisme animal récepteur à l'égard soit d'un agent infectieux introduit comme vaccin, soit des produits toxiques de cet agent même, passe en revue les résultats qu'elle a fournis en clinique.

La sérothérapie de la diphthérie a donné dans la pratique des résultats très favorables et les statistiques accusent nettement une sensible diminution de la mortalité à la suite de l'emploi de la nouvelle méthode.

La sérothérapie du tétanos s'est montrée moins efficace dans les cas aigus de l'affection. La sérothérapie de la fièvre typhoïde et du choléra ne comporte pas jusqu'à présent d'application médicale, et cela se comprend, étant donnée la différence considérable qui existe entre les résultats expérimentaux et la marche naturelle de ces infections chez l'homme.

Quant à la sérothérapie de la rage, elle n'a pas encore été sanctionnée par la thérapeutique humaine. Enfin, les recherches de M. Marmorek permettent de concevoir des espérances sur les résultats que la sérothérapie est appelée à fournir dans les affections chirurgicales causées par le streptocoque.

Pour ce qui concerne l'emploi de la sérothérapie contre l'infection pneumococcique, M. Foà mentionne les recherches faites à ce propos par MM. Emmerich et Fowilsky, Klemperer, Isaeff, etc., et celles qu'il a poursuivies en collaboration avec M. Carbone. Ces dernières recherches avaient pour but de chercher une méthode de vaccination efficace à la fois contre la variété pneumonique et contre la variété méningitique du diplocoque et qui fut d'un effet constant. Après avoir constaté la complète inefficacité des vaccinations chimiques, à l'exception du filtrat du *meningococcus*, il fallait s'attacher à obtenir la production de vaccin suivant la méthode pastorienne, c'est-à-dire au moyen des virus atténués. C'est au moyen de la solution de Lugol que M. Foà est arrivé à atténuer le diplocoque et à obtenir ainsi d'excellents résultats.

Grâce à cette méthode, il est parvenu à vacciner des lapins contre les différentes variétés de *diplococcus lanceolatus* au point de leur faire supporter 160 centimètres cubes d'une culture assez virulente pour tuer des animaux témoins en dix-huit à vingt heures. La durée de l'immunité paraît être assez longue, des lapins s'étant montrés réfractaires à des petites doses mortelles de culture trois mois après leur vaccination.

Le sérum conservé dans l'acide phénique à 0,5 p. 100 pendant trois mois était encore capable de prévenir l'infection lorsqu'il avait été injecté trente à quarante-huit heures avant celle-ci. Reste à savoir ce que cette méthode peut fournir en clinique chez l'homme.

M. Maragliano, après avoir étudié le mode d'action des sérums antitoxiques, conclut à l'existence de deux périodes de résistance de l'organisme aux maladies infectieuses. La première est caractérisée par la production de certaines substances (antitoxines) qui représentent l'effet de la réaction de l'organisme. Dans la deuxième, les antitoxines élaborent de nouveaux moyens de défense dont nous ignorons complètement la nature. Ainsi, c'est toujours à l'organisme que l'on doit la conservation de la santé : ou bien l'organisme peut se défendre énergiquement dans les deux périodes que nous avons signalées, et l'infection passer inaperçue; ou bien sa résistance affaiblie ou une trop grande quantité de principes infectieux l'empêchent de réagir, et le tableau clinique de l'infection se trouve réalisé. Dans ces cas, l'intervention à l'aide d'un sérum thérapeutique qui fournira à l'organisme un appoint d'antitoxines pourra le faire triompher de la maladie.

On peut appliquer la sérothérapie aux infections aiguës et chroniques : en effet le processus infectieux est toujours le même; la différence consiste seulement dans les propriétés biologiques des microbes, mais on note toujours des perturbations locales et générales dues aux microbes et à leurs toxiques. Pourtant, dans les infections chroniques, il arrivera parfois que l'on ne puisse pas triompher de certaines altérations locales dues à des phénomènes de dégénérescence ou de néoformation. C'est pour cela que l'on peut affirmer que le résultat de la sérothérapie sera d'autant plus remarquable que celle-ci aura été appliquée plus tôt, c'est-à-dire aux premières périodes de l'infection. Il faut, bien entendu, tenir compte de la nature de la maladie, de son degré, car s'il est des infections capables de tuer en peu d'heures, il y en a qui durent des jours, des semaines Ce qu'il faut avant tout éviter avec soin, c'est d'attendre trop longtemps pour intervenir au moyen de la sérothérapie, et cela d'autant plus que les sérums jusqu'à présent utilisés en Europe sont absolument exempts de dangers.

Comme M. Foà, M. Maragliano passe successivement en revue les diverses affections où l'on a essayé les sérums anti-toxiques, et arrive ainsi à la tuberculose, au sujet de laquelle il revient à son procédé qu'il a déjà exposé au Congrès de Bordeaux.

Il injecte le sérum provenant d'animaux vaccinés avec toutes, absolument toutes les toxines contenues dans les cultures virulentes, aussi bien les toxines qui résistent à la chaleur que celles qui n'y résistent pas. Bien que les résultats obtenus soient des plus encourageants, c'est avec un soin et une prudence extrêmes que M. Maragliano se propose de poursuivre ses expériences. Il peut, toutefois, affirmer que les malades traités par son sérum présentent une augmentation du poids du corps, de l'euphorie, la disparition de la fièvre et une diminution très notable de la matité au sommet du poumon.

M. Fazio (Naples) attribue une grande importance à la prédisposition, et pense que la tuberculose est par certains côtés tout à fait analogue à la syphilis, en ce sens que, lorsqu'on la croit guérie depuis plusieurs années, elle peut éclater de nouveau. Quoi qu'il en soit, dans les cas qu'il a traités par la sérothérapie, il n'a jamais vu les symptômes s'améliorer.

M. Campana (Rome) est convaincu que le sérum de M. Maragliano n'est autre chose que la tuberculine de Koch, mais une tuberculine améliorée. Comme dermatologiste, il peut dire que cette lymphe, dans les cas d'affections tuberculeuses de la peau, favorise la résorption des infiltrations morbides, mais elle ne guérit pas le processus tuberculeux. Cette remarque, d'ailleurs, s'applique également à la tuberculose des organes internes.

M. Fasano (Naples) relate un cas de phthisie pulmonaire traité au moyen du sérum préparé suivant le procédé employé par M. Maragliano. Le malade, qui a reçu vingt-six injections, est dans un état très satisfaisant; la matité est réduite de moitié, les râles ont disparu, la température est presque normale. Le poids du sujet a augmenté de trois kilogrammes.

M. Marrani (Rome) dit avoir traité avec succès douze cas de bronchopneumonie tuberculeuse, dont six avec fièvre, par le sérum de M. Maragliano.

Les phénomènes observés furent les suivants : disparition de la fièvre, des râles, de la toux, de la matité, euphorie, augmentation du poids du corps.

MM. Ascenzi (Rome) et **Argento** (Palerme) communiquent le premier trois cas et le second cinq cas de tuberculose traités également avec succès par le sérum de M. Maragliano.

M. Sclavo (Rome) communique les résultats de diverses expériences qu'il a instituées sur les animaux avec le sérum de deux chèvres fortement immunisées contre le charbon.

Ce sérum, injecté au lapin, lui confère un certain degré d'immunité; il possède également des propriétés thérapeutiques manifestes. Une injection de cinq à six centimètres cubes de ce sérum, faite douze heures après l'injection d'une dose de virus charbonneux capable de tuer les animaux témoins en quarante-

huit heures, a suffi pour conserver la vie aux animaux soumis à l'expérience.

Un lapin auquel le sérum avait été injecté vingt-quatre heures après l'injection du virus charbonneux a même vécu quatre jours de plus que les animaux témoins.

Ces résultats autorisent à essayer la sérothérapie de la pustule maligne chez l'homme.

Désinfection de l'intestin par le sous-nitrate de bismuth.

M. Devoto (Gênes) a constaté que le bismuth, administré à la dose de six à huit grammes, a la propriété d'abaisser notablement le chiffre de l'acide sulfurique combiné de l'urine, chez des sujets dont le régime alimentaire était surtout constitué par des substances albuminoïdes.

Quelquefois on voit en même temps diminuer, et parfois disparaître l'indican. Ces faits ont une réelle importance, en montrant que les putréfactions intestinales s'affaiblissent notamment malgré la cessation du péristaltisme intestinal causée par le bismuth.

Action des produits de la putréfaction intestinale sur le foie et les reins.

M. Rovighi a fait des recherches expérimentales, pour étudier l'action de certains produits de la putréfaction intestinale sur les cobayes et les lapins. Les expériences faites avec l'indol, le scatol et le phénol, ont donné les résultats suivants :

L'indol et le scatol produisent sur l'organisme des effets toxiques analogues, torpeur, somnolence, parésie généralisée, faiblesse cardiaque avec abaissement de la température et rétention de l'urine et des matières fécales. La dose mortelle de ces deux substances est, pour les lapins adultes et robustes, de 1gr50 à 2 grammes injectés sous la peau dans l'espace de quarante-huit heures; pour les cobayes, la quantité nécessaire est d'environ 1 gramme injecté même à des doses fractionnées de 10 centigrammes par jour.

A l'examen histologique du foie d'animaux tués par empoisonnement aigu avec l'indol et le scatol, on observe une congestion notable des vaisseaux portes et des veines sus-hépatiques; dans l'empoisonnement chronique, notamment par l'indol, on trouve une infiltration de jeunes cellules autour des canalicules biliaires et des espaces intra-cellulaires; dans les reins, on note seulement une congestion des vaisseaux.

Le phénol peut déterminer la mort des cobayes et des lapins à la dose de 1gr50 à 2 grammes injectés sous la peau.

Les symptômes de l'empoisonnement aigu par le phénol sont les suivants : tremblement, secousses musculaires, convulsions toniques et cloniques, et, si la dose est mortelle, grande fréquence des pulsations cardiaques, suivie d'un abaissement considérable de la pression sanguine.

Dans l'empoisonnement chronique par le phénol à la dose de 10 à 20 centigrammes, administrée quotidiennement pendant deux mois, on note un amaigrissement coexistant avec une faim exagérée et de temps à autre quelques convulsions.

A l'autopsie des animaux empoisonnés par le phénol, le sang est noir et peu coagulable, les globules rouges détruits, le foie brunâtre et congestionné. A l'examen histologique, les vaisseaux portes sont gorgés de sang et de pigment sanguin; le protoplasma des cellules présentait un état de tuméfaction trouble; autour des canalicules biliaires et des vaisseaux portes, il existait une légère infiltration cellulaire. Quant aux reins, ils n'offraient pas de lésions importantes.

Septicémie primitive.

M. Ferrannini rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui commença par présenter des myalgies et arthralgies très intenses, localisées surtout dans les membres inférieurs, et en même temps une fièvre absolument typique, d'ordinaire quotidienne, intermittente ou très rémittente, généralement assez élevée. Vers la fin de la deuxième semaine, survint une éruption diffuse, surtout marquée aux membres inférieurs, semblable à l'érythème polymorphe de Hebra, et coïncidant avec un état adynamique très prononcé. Ces phénomènes disparaissaient dès qu'il se produisait une rémission ou une intermittence de la fièvre. L'examen clinique de chaque organe isolé ne fournissait aucun renseignement. Par contre l'examen du sang montra des staphylocoques. L'affection se termina en lysis au bout d'un mois.

Cette observation montre qu'un microbe pathogène n'a manifesté sa virulence que lorsqu'il s'est développé dans le sang; avant ce moment précis, aucun phénomène morbide dû à l'action de ce microbe n'a été appréciable soit du côté de la peau, soit des séreuses, des muqueuses et des viscères.

M. Feletti (Catane) a observé un malade qui a succombé avec les symptômes d'une anémie pernicieuse progressive et chez lequel l'examen du sang pratiqué pendant la vie a permis de constater la présence des staphylocoques dorés et blancs.

L'autopsie a montré l'existence d'une profonde anémie de tous les organes, avec dégénérescence graisseuse du cœur et tuméfaction considérable de la rate, mais sans formation d'abcès.

Dans ce cas, la fièvre a revêtu le type continu, tandis que généralement ce type est irrégulier.

Physiologie du choc de la pointe du cœur.

M. Queirolo (Pise) a fait une série d'expériences qui lui ont montré que la résistance opposée à la pointe du cœur par la paroi thoracique joue un rôle notable dans le mécanisme de la circulation.

Si l'on enlève à un chien la portion de la paroi thoracique correspondant au cœur, on voit très fréquemment la pression carotidienne s'abaisser; mais, si l'on remet cette paroi ou un viscère en contact avec le cœur, la pression carotidienne s'élève.

L'effet de la compression a pu encore être étudié chez deux sujets cardiopathes chez lesquels la région précordiale était anormalement ébranlée et soulevée par un ictus cardiaque exagéré. La compression de la région précordiale a déterminé, dans un cas, un renforcement de la systole cardiaque tant qu'a duré la compression, et, dans le deuxième cas, une modification dans le caractère du pouls qui, de très irrégulier qu'il était auparavant, se régularisa sensiblement pendant la compression même.

Des injections de sels de fer dans le traitement des anémies.

M. Riva Rocci (Turin) résume le résultat des expériences qu'il a faites sur ce sujet depuis l'année 1889 sous forme des conclusions suivantes :

Les injections de sels de fer, tout en améliorant et même en guérissant les états anémiques, n'en combattent pas la cause : c'est pour cela que les récidives sont fréquentes. Il ressort de nombreux examens que le fer introduit par les injections reste dans l'organisme à titre de substance assimilable.

Dynamiquement, le fer produit des hyperémies dans plusieurs organes et tissus; il favorise la résorption des œdèmes chez les anémiques, la destruction des globules rouges déjà anciens et la formation de nouvelles hématies.

Il faut placer au premier rang des préparations martiales le citrate de fer ammoniacal en solution de 0,20 à p. 100 à la dose de cinq centigrammes à trente centigrammes.

L'administration de ce médicament détermine parfois des nausées, des vomissements, des éternuements et de la fièvre, mais il est possible d'éviter les réactions locales.

Pulsation céphalique dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Feletti (Catane) a observé deux cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte, où il existait des secousses rhythmiques de la tête, synchrones à la systole cardiaque; les pulsations étaient d'autant plus énergiques que les malades tenaient la tête plus fortement renversée en arrière.

M. Feletti attribue ce phénomène à la traction que l'anévrysme exerce au moment de chaque systole sur la bronche gauche et la trachée. Comme ces pulsations sont toujours synchrones à la systole cardiaque, on ne peut pas les confondre avec les secousses rythmiques par contraction musculaire, ni

avec les tremblements que l'on rencontre dans certaines maladies nerveuses.

On est donc autorisé à croire que ces pulsations céphaliques peuvent être considérées comme constituant, dans nombre de cas, un signe des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

La chorée chez les cardiaques.

M. Massalongo a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux cardiaques atteints de chorée. Chez ces deux malades, l'autopsie montra qu'il existait une artérite chronique profonde et diffuse des artères cérébrales, une infiltration œdémateuse modérée du cerveau, un épaississement des méninges, notamment de la dure-mère, et des adhérences des enveloppes cérébrales entre elles et avec les circonvolutions de la région rolandique.

Ces données anatomopathologiques permettent, d'après M. Massalongo, de comprendre la physiologie pathologique de la chorée chez les cardiopathes, suivant une filiation qu'on peut établir ainsi : affection du cœur, néphrite interstitielle plus ou moins avancée, insuffisance rénale, auto-intoxication, artérite cérébrale, œdème du cerveau, irritation des zones motrices facilitée et provoquée par les plaques de méningite chronique et par les adhérences avec les circonvolutions de la zone rolandique. L'œdème cérébral localisé particulièrement dans les circonvolutions sous-jacentes aux méninges épaissies et adhérentes expliquait son action mécanique sur les éléments nerveux par une modification dans leur fonctionnement physiologique et par une sorte d'arrêt dans l'élimination des toxines et des leucomaïnes, qui s'accumulaient principalement dans ces régions. Il faut remarquer, en outre, que cet œdème était proportionnel au degré d'asystolie.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le Dr O. Terrillon vient de succomber, à peine âgé de 51 ans, à la cruelle maladie qui, depuis plusieurs années déjà, avait brusquement interrompu sa brillante carrière. Externe en 1867 il était, l'année suivante, reçu le premier au concours de l'Internat. Chirurgien des hôpitaux en 1876, professeur agrégé en 1878, il s'était acquis une légitime renommée par ses travaux scientifiques, son talent opératoire, le zèle et l'exactitude qu'il mettait au service de ses fonctions officielles et de sa vie professionnelle. Parmi les nombreuses publications de notre regretté confrère nous citerons surtout son *Traité des maladies du testicule* écrit en collaboration avec le Dr Monod, œuvre classique, fruit d'une longue expérience jointe à un grand sens clinique, ses *Leçons de clinique chirurgicale* comprenant surtout une série de recherches sur les salpingites, les abcès pelviens chez la femme, etc., un livre de la *Bibliothèque de thérapeutique* qu'il avait créée avec Dujardin-Beaumetz : *Asepsie et antisepsie chirurgicales*, publié avec la collaboration de M. Chaput.

Sur sa tombe M. Ch. Monod au nom de la faculté de médecine, puis MM. Peyron, Th. Anger et Chaput ont rendu justice à sa mémoire.

Banquet Lannelongue. — Le banquet offert à M. le professeur Lannelongue à l'occasion de son élection à l'Institut, aura lieu le 13 janvier 1896, à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Continental.

Adresser les adhésions à M. Petit, interne à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton, ou à MM. H. Parinaud, 6, rue de la Boëtie; J. Comby, 24, rue Godot-de-Mauroi; A. Broca, 5, rue de l'Université; Ch. Achard, 164, rue du faubourg St-Honoré.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 24 février 1896 à l'Administration centrale. Inscription du 20 janvier au 7 février.

Médaille d'or de médecine. — Médaille d'or, M. Sergent; médaille d'argent, M. Péron; mention, M. L. Lévi.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

En raison des Fêtes du Jour de l'an et des nécessités du tirage, nous renvoyons, par exceptin, le compte rendu de la séance du 31 décembre 1895 à notre numéro de jeudi prochain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 Décembre 1895 (fin).

Sur quelques modifications de structure constantes des racines spinales.

M. de Massary. — L'étude des racines spinales de cinq sujets morts d'affections quelconques, n'ayant jamais présenté de troubles médullaires, m'a permis de décrire, outre la disposition d'ensemble correspondant à l'état normal, certaines modifications constantes, dont les degrés seuls varient. Entre le ganglion spinal et l'émergence des faisceaux dans la cavité sous-arachnoïdienne, la structure de la racine présente deux points importants : 1° tractus fibreux étranglant et dissociant les filets nerveux; 2° enveloppement par une séreuse. Ces deux faits entraînent des modifications constantes des racines après les infections ou les altérations vasculaires. Ces modifications se résument ainsi ; prolifération cellulaire de la face interne de la gaine fibreuse; nodules embryonnaires siégeant surtout autour des vaisseaux; dissociation des fascicules nerveux par la même prolifération; cette prolifération embryonnaire aboutit à une véritable sclérose. Ces lésions banales n'ont en rien altéré la vitalité des neurones sensitifs et moteurs; elles sont cependant identiques avec celles que M. le Dr Nageotte a décrites comme étant la cause immédiate du tabès, et qui, par conséquent, perdent ainsi toute leur spécificité.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 Décembre 1895.

Épithélioma du larynx.

M. Angelesco présente une tumeur enlevée par M. Marchand à l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans, présentant depuis quelque temps des troubles de la déglutition, de la gêne respiratoire et de l'aphonie. La palpation digitale permit de constater une tumeur du larynx. M. Marchand pratiqua la laryngotomie sous-hyoïdienne, après avoir trachéotomisé la malade. Il retira une grosse tumeur qui siégeait au niveau de l'épiglotte. La mort survint quelques jours après du fait d'une broncho-pneumonie gangreneuse et d'œdème susglottique.

L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques. On ne retrouve plus le cartilage de l'épiglotte.

Malformations par oligamnios.

M. Apert présente les photographies d'un enfant nouveau-né atteint de malformations congénitales multiples, résultant de la compression exercée sur lui par les parois utérines pendant la vie fœtale, à cause de l'insuffisance du liquide amniotique. La colonne vertébrale présente de la scoliose à concavité droite, le thorax est déformé par la pression des bras, et présente à sa partie antérieure une gouttière où vient se loger l'avant-bras gauche. Les deux mains sont botes. Les membres inférieurs sont presque complètement ankylosés en flexion, et les deux pieds s'emboîtent l'un dans l'autre et emboîtent en même temps les fesses par leur face plantaire. Il existe en outre une éventration de la paroi latérale gauche de l'abdomen. L'enfant a vécu six semaines.

Achondroplasie.

M. Apert présente aussi un fœtus dont les quatre membres sont considérablement raccourcis et qui rentre dans le type des achondroplasiques décrits par Depaul, Parrot et Porak.

Ces deux cas, bien différents l'un de l'autre, et bien distincts aussi des lésions rachitiques, auraient cependant été tous deux décrits autrefois sous le nom de rachitisme intra-utérin. En réalité, le véritable rachitisme ne s'observe pas avant l'âge de quatre mois au plus tôt.

Ostéosarcome du fémur à marche aiguë.

M. Vanverts montre un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur pour lequel M. Potherat, pratiqua l'amputation de cuisse au tiers supérieur. Le développement de la tumeur s'était fait d'une façon aiguë, avec fièvre. On crut à une ostéomyélite et, en conséquence, on pratiqua une incision qui fut suivie d'une abondante hémorrhagie. Le sarcome, qui est à point de départ périostique, est formé de cellules rondes et fusiformes et présente en certains points un commencement de dégénérescence myxomateuse.

Séance du 27 Décembre 1895.

Cancer du foie.

MM. Bezançon et **Page** présentent un foie provenant du service de M. Dreyfus-Brisac. Le malade, âgé de 69 ans, profondément cachectique, avait présenté des hématémèses et du melæna. Le foie était gros. Il avait du subictère et un peu d'ascite. Le début des accidents semblait dater de quelques semaines.

L'autopsie a montré un foie pesant 3500 grammes, semé de granulations grises de cirrhose. De place en place on voyait des amas blanchâtres qui semblaient confluer dans le lobe droit de l'organe. Enfin sur d'autres points on constatait des îlots jaune verdâtre rappelant l'aspect de l'adénome. La rate ne pesait que 200 grammes.

Cette observation est intéressante par la coexistance des trois états : cirrhose, cancer et adénome.

Anévrysme de l'aorte.

M. Marchais présente une pièce recueillie dans le service de M. Galliard, à l'hôpital Tenon. Il s'agit d'un homme de 58 ans, syphilitique, qui souffrait depuis 8 ans d'accès de dyspnée. Il y a quatre ans apparut une légère voussure à la partie supérieure du sternum. Entré à l'hôpital le 7 décembre, il présente une tumeur pulsatile occupant la partie droite et supérieure du sternum, la partie interne des deux premiers espaces intercostaux. L'auscultation du poumon fait entendre des bruits normaux à gauche; absence de murmure vésiculaire à droite, pas de souffle.

Le 25 décembre, la dyspnée augmente; le 26, syncope terminale.

A l'autopsie, on trouve le cœur très abaissé. Une énorme poche anévrysmale, du volume d'une tête de fœtus, occupe l'angle de l'aorte. Il est impossible de la séparer des parties osseuses qui sont amincies et légèrement ramollies. Le cœur n'est pas hypertrophié, les valvules aortiques sont saines. Le poumon droit est atélectasié.

Tumeur du mésentère.

M. Blanc montre une tumeur du mésentère avec noyaux métastatiques dans le foie, enlevée par M. Gérard Marchant chez un homme de quarante-cinq ans. L'état général n'avait pas été altéré. Cette tumeur présentait un volume considérable et offrait dans son intérieur de nombreux points caséifiés qui auraient pu faire songer à de la tuberculose. L'examen histologique, pratiqué sur les éléments recueillis par raclage, montra qu'il s'agit de sarcome globo-cellulaire.

Étranglement interne.

M. Guinard rapporte l'histoire d'un malade ayant présenté les symptômes d'une occlusion intestinale. On pratiqua un anus contre nature au niveau de l'S iliaque.

L'autopsie révéla la présence d'une bride fibreuse partant du psoas et allant s'insérer d'autre part sur un point de l'intestin grêle. Il y avait de la sorte formation d'un anneau où était venue s'étrangler une anse d'intestin grêle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 Décembre 1895.

Méningisme.

M. Galliard a eu un cas de méningisme hystérique terminé par une guérison complète chez une jeune infirmière, qui, pendant plusieurs jours, a souffert de céphalalgie atroce et de violentes douleurs à l'épigastre, avec vomissements incoercibles, constipation, hyperthermie, raie méningitique, raideur de la nuque; seulement la fièvre a manqué.

Chez un autre malade, non hystérique, soigné à Laënnec en 1894, l'état méningitique a été consécutif à une émotion violente. Le sujet, âgé de vingt-six ans, employé dans un grand magasin de nouveautés, fut accusé d'avoir volé un paquet qu'il avait égaré; de là un accès de lypémanie aiguë. Lorsque le malade fut admis dans son service, M. Galliard constata la stupeur, la prostration, le décubitus en chien de fusil, la raie méningitique, les douleurs à l'épigastre, l'hyperesthésie, l'inappétence, la constipation, la fétidité de l'haleine, la rétention de l'urine; pas de raideur du cou, pas de fièvre. Il y eut du délire nocturne et un affaiblissement si prononcé qu'il conçut les inquiétudes les inquiétudes les plus vives; ventre en bateau, maigreur extrême, marasme. Heureusement, après trois semaines, la dépression cérébrale s'atténua; le malade sembla sortir d'un rêve, il parla volontiers et accepta la nourriture. Au bout de quinze jours, il quittait l'hôpital, convalescent.

Rougeole à rechute.

MM. Chauffard et **Lemoine**. — La question des rechutes de rougeole a été souvent discutée et on s'est demandé s'il ne s'agissait pas, suivant les cas, tantôt d'une simple retrocession momentanée de l'exanthème, tantôt d'une éruption accidentelle surajoutée, médicamenteuse ou sudorale, tantôt enfin de la succession, chez un même malade, d'une roséole et d'une rubéole, puis d'une rougeole vraie. De fait, toutes ces combinaisons ont pu être observées et simuler de véritables rechutes morbilleuses.

Nous avons étudié onze faits de rechutes morbilleuses observés dans des milieux très différents, mais à peu près à la même époque, en avril, mai et juin 1895, c'est-à-dire dans des conditions probablement identiques de virulence épidémique.

Tous nos faits sont-ils probants? et si l'on peut éliminer toute roséole accidentelle, médicamenteuse ou sudorale, est-on en droit d'en faire autant pour la *rubéole*, cette fièvre encore mal connue, rare dans notre milieu, mais qui n'en constitue pas moins une entité clinique réelle? Plusieurs des faits que nous avons observés en éveillent la pensée, avec leur bénignité, leur apyrexie, le caractère assez éphémère de l'exanthème, et même, dans deux cas, l'adénopathie cervicale, quoique celle-ci ait été très légère et non douloureuse.

Faudrait-il admettre la coexistence fortuite, la succession réciproque de deux fièvres éruptives indépendantes, la rubéole et la rougeole? La chose nous paraît peu vraisemblable, et cela pour bien des raisons,

Toutes les éruptions que nous avons observées, soit primitives soit secondaires, avaient tous les caractères classiques des exanthèmes morbilleux; elles ne présentaient jamais cet aspect polymorphe, en placards, scarlatiniforme parfois, que tous les auteurs ont signalé dans la rubéole. Les localisations angineuses ont été minimes, alors que le catarrhe oculo-nasal était presque constant et présentait souvent, dans les deux atteintes successives de la maladie, une égale intensité.

Chez plusieurs de nos malades, l'identité du tableau clinique, dans les deux atteintes morbides, était telle qu'admettre que l'une de ces atteintes était une rougeole vraie, et l'autre une rubéole serait vraiment reconnaître l'impossibilité de faire, entre ces deux fièvres éruptives, une différenciation clinique.

Et puis cette éclosion simultanée et fortuite dans un même milieu, cette imbrication, pour ainsi dire, de deux exanthèmes infectieux indépendants l'un de l'autre, nous paraît une hypothèse peu satisfaisante pour l'esprit, une solution que l'on ne pourrait accepter que si, de parti pris, on se refusait à accepter la possibilité de rougeoles à rechute. Or, cette fin de non-recevoir, rien ne la justifie, ni l'observation clinique, qui déjà a enregistré des faits analogues, ni la pathogénie générale qui nous a appris à connaître et à comprendre tant d'autres exemples d'infections à rechute. Telles sont les raisons d'ordres divers qui nous ont paru légitimer le diagnostic de rougeoles à rechute.

Les faits sur lesquels nous nous appuyons montrent une variabilité très grande dans la période intercalaire qui sépare les deux poussées éruptives.

On ne peut guère, du reste, tirer de ces faits une conclusion ferme sur la durée de l'incubation de la rechute, car il n'est nullement prouvé que, pour la rechute, il existe la même fixité de l'échéance de l'éruption morbilleuse que lors de la première atteinte.

Au point de vue de la gravité relative des deux poussées éruptives, toutes les combinaisons se sont présentées; dans la majorité des cas (6 cas), la rechute a été de même intensité que dans la première rougeole; 2 fois elle a été plus intense, et 2 fois plus bénigne. Mais aucune de ces rougeoles, initiales ou secondaires, n'a été vraiment grave, encore moins maligne, compliquée ou anormale. C'est là un fait important, car il nous permet de supposer que la pathogénie de cette rechute ne doit pas être cherchée dans une virulence exaltée du germe rubéolique.

Nos faits nous conduisent plutôt à incriminer l'encombrement comme facteur probable de la rechute. Le premier groupe de cas est observé dans un service d'isolement, encombré depuis le mois de janvier. Le second comprend 8 cas évoluant coup sur coup, dans une même famille.

On comprend combien de pareils milieux deviennent saturés du germe spécifique, encore inconnu, de la rougeole; quelle puissance de contagion celui-ci peut y acquérir!

Si le convalescent n'a acquis, par sa première atteinte, qu'une immunité faible ou peu durable (et c'est ici qu'intervient l'élément toujours si prépondérant du terrain individuel) il pourra se réinfecter et subir la rechute.

Celle-ci nous apparaît donc comme une *réinfection rubéolique exogène*. C'est l'hypothèse qu'a proposée déjà notre collègue L. Guinon dans le *Traité de médecine;* elle nous semble très plausible, et les faits que nous venons de relater lui apportent une nouvelle confirmation.

M. Béclère combat les conclusions de MM. Chauffard et Lemoine; d'après lui, ces cas doivent certainement être rapportés à deux épidémies coexistantes de rougeole et de rubéole. Il est presque impossible de distinguer, au point de vue clinique, ces deux affections; le diagnostic se fait uniquement par la connaissance du mode du contagion.

M. Béclère a observé deux épidémies dans une même famille, la première était manifestement une épidémie de rougeole, la seconde était une épidémie de rubéole, de contagion connue. Ces deux infections évoluèrent, il est vrai, à un an de distance; mais rien n'empêche de supposer possible la coexistence des deux; on aurait eu ainsi la répétition des faits observés par MM. Chauffard et Lemoine.

M. Bucquoy, au contraire, ayant eu deux fois l'occasion d'étudier des cas de rougeole à rechute, admet absolument la possibilité de ces faits. Mais il ne croit pas à une réinfection exogène et pense que la rougeole se fait en deux temps.

M. Siredey, à l'hôpital d'Aubervilliers, n'a pas eu l'occasion d'observer, pendant toute une année, un seul fait analogue à ceux de MM. Chauffard et Lemoine.

M. Chauffard croit, malgré M. Béclère qu'il est parfaitement possible de distinguer la rougeole de la rubéole. Dans l'épidémie familiale qu'il a relatée, il a constaté que tous ceux qui ont déjà eu une rougeole antérieurement sont indemnes. Cela prouve qu'ils s'agissait bien de cette fièvre, car on ne comprendrait pas autrement cette immunité. L'objection de M. Siredey prouve simplement la rareté des rougeoles à rechute.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Compte rendu des travaux pendant l'année 1894-1895, d'après le résumé de M. le docteur Knœpfler, secrétaire annuel.

MÉDECINE

Hypnotisme.

M. Bernheim a relaté *un cas d'hypnotisme en apparence mortel* qui s'était produit dans son service. Un homme, atteint d'une phlébite de la veine tibiale postérieure compliquée d'embolies pulmonaires, succomba à une thrombose de l'artère pulmonaire quelques heures après une tentative d'hypnose destinée à enlever les douleurs dont le malade se plaignait dans la jambe. L'oblitération complète de l'artère pulmonaire, quoique indépendante de l'hypnose, coïncida avec elle et entraîna la mort du malade.

Associations microbiennes dans l'influenza.

M. Bernheim a exposé trois observations démontrant combien facilement l'influenza se surajoutait à d'autres affections et en même temps le triste privilège qu'avait cette maladie de réveiller le microbisme latent de l'organisme. La première observation concernait l'évolution simultanée d'une fièvre typhoïde et de l'influenza, la grippe ayant ouvert. a scène; la seconde, le réveil des symptômes d'une typhlite ancienne sous l'action de la grippe; enfin la troisième était relative à une influenza greffé sur du rhumatisme articulaire.

M. Haushalter a rapporté à ce propos un cas d'association de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë vérifié par l'examen bactériologique, qui démontra la réalité des deux diagnostics.

Ostéomyélite.

M. G. Étienne a fait voir un malade atteint d'une *ostéopériostite post-infectieuse* survenue six mois après une septicémie médicale grave, sans hypothermie ni douleur, *localisée à la diaphyse fémorale gauche et en voie de régression spontanée*. Discutant le diagnostic, l'auteur a éliminé l'hypothèse d'ostéosarcome, d'ostéomyélite classique, d'affection tuberculeuse, et, après avoir établi la nature infectieuse des accidents, a émis l'opinion motivée qu'ils dépendaient plutôt de l'action de toxines microbiennes que de la présence de staphylocoques à virulence atténuée. Il les a d'ailleurs rapprochés des ostéopériostites post-typhoïdiques non suppurées de Sacchi et de Fürbringer, des ostéomyélites insidieuses non suppurées staphylococciques de Walter, enfin des ostéopathies plus ou moins systématisées qui peuvent apparaître au cours de maladies infectieuses chroniques des voies respiratoires ou dans certains états dystrophiques mal connus. Il les a également comparés à certaines déformations osseuses de la syphilis héréditaire et du rachitisme.

Arthropathies nerveuses.

MM. Étienne et **Spillmann** ont vu trois malades porteurs d'*ostéoarthropathies d'origine myélopathique* liées à un tabes chez le premier malade, à une sclérose des cordons postérieurs autre que le tabes chez le second, et chez le troisième à une atrophie musculaire myélopathique. Dans ce dernier cas, l'atrophie des cellules antérieures des cornes antérieures était accompagnée de l'atrophie des cellules du groupe externe, combinaison qui, de prime abord, paraît devoir être fréquente, et dont il n'existe cependant que trois cas déjà connus.

M. G. Etienne a encore présenté un malade atteint d'*ostéopathie hypertrophiante de Marie,* diagnostic auquel se rangea M. Spillmann.

Sarcome du rein.

M. Haushalter décrit les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un garçon de 9 ans mort d'urémie comateuse avec œdème généralisé, sans ascite. Le *rein* gauche était transformé en un *volumineux sarcome globo-cellulaire* qui s'était *propagé à travers la veine rénale à la veine cave inférieure*. Celle-ci était envahie et oblitérée sur une longueur de 15 centimètres, l'uretère était aplati et le rein droit avait l'aspect du *gros rein blanc*. Le poumon droit présentait en outre un foyer sarcomateux secondaire.

Tuberculose de nouveau-né.

M. Haushalter a également montré les *poumons d'un nourrisson de huit mois, mort de tuberculose suraiguë*, et a fait remarquer dans l'un d'eux une caverne traversée par un certain nombre de vaisseaux demeurés intacts et dont la rapidité de l'évolution tuberculeuse expliquait d'après lui l'existence. L'enfant avait succombé avant que les gaines vasculaires aient eu le temps d'être détruites.

Rupture traumatique du cœur.

M. Simon a donné lecture d'une observation de *rupture transversale du ventricule droit* sans lésion du péricarde, survenue dans une rixe *à la suite d'un violent traumatisme* du thorax qui avait déterminé des fractures des côtes et du sternum ainsi que des plaies du poumon et du foie avec épanchements sanguins dans la plèvre et le péritoine. La *mort fut instantanée*, mais probablement *due aux lésions qui accompagnaient la rupture du cœur*, une survie de quelques heures étant assez fréquente à la suite de ces ruptures.

Gangrène des lèvres.

M. Spillmann a communiqué un cas *de gangrène des lèvres survenue à la fin d'une fièvre typhoïde* chez un homme de 49 ans qui mourut de septicémie. A l'autopsie, les reins furent trouvés parsemés d'infarctus et l'examen bactériologique décela la présence de staphylocoques dorés dans le suc du foie, de la rate et des reins. Tout en rappelant la fréquence des accidents gangréneux dans la fièvre typhoïde, l'auteur a fait remarquer que la gangrène des lèvres n'avait pas encore été signalée dans cette maladie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 Décembre 1895.

Diabète.

M. Hirschfeld. — Pour se rendre compte de la gravité du diabète, de son pronostic, chez chaque malade en particulier il ne suffit pas de savoir la quantité de sucre éliminé avec les urines ni l'action que les médicaments et le régime exercent dans chaque cas : il faut encore avoir le dosage exact des éléments qui entrent dans l'alimentation du malade. On sait notamment que les aggravations s'observent chez les diabétiques qui font un usage immodéré des substances hydrocarbonées et qui sont obligés à un travail physique fatigant. Les améliorations peuvent s'observer à la suite de circonstances variables, mais les mêmes circonstances n'agissent pas de la même façon chez tous les diabétiques.

La diminution des substances hydrocarbonées ou leur suppression totale du régime alimentaire diminue toujours la glycosurie, mais quand on établit le régime carné exclusif, la diminution de la glycosurie tient non seulement à la suppression des hydrocarbures, mais encore à l'inanition partielle à laquelle il faut attribuer les inconvénients de cette suppression.

Les exercices physiques amènent tantôt une diminution tantôt une aggravation de la glycosurie. La diarrhée prolongée agit souvent d'une façon favorable sur la glycosurie dont elle diminue l'intensité, et dans bien des cas M. Hirschfeld a obtenu la diminution de la glycosurie chez des diabétiques constipés en leur donnant systématiquement du sel de Carlsbad.

D'une façon générale on ne constate pas chez les diabétiques des alternatives d'amélioration et d'aggravation : ordinairement l'une ou l'autre s'accentue au cours du diabète. L'acétonurie qui survient au cours du diabète doit être considérée de mauvais augure, indiquant l'apparition possible du coma.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 Décembre 1895.

Nouvelles méthodes du traitement de l'hypertrophie de la prostate.

M. Englisch constate qu'il existe actuellement une tendance à remplacer le traitement palliatif et symptomatique de l'hypertrophie de la prostate par des méthodes plus radicales. Le procédé, qui consiste à s'attaquer directement à la glande hypertrophiée n'a pas beaucoup de partisans à cause du traumatisme étendu que comporte cette opération. On a tourné la difficulté en s'adressant non plus à la glande elle-même mais à d'autres qui semblent exercer une influence directe sur les fonctions de la prostate. C'est de là que sont nées la ligature de l'iliaque interne et la castration.

Certains faits établissent en effet une relation intime entre la prostate et les testicules. On sait notamment qu'en cas d'anorchidie la prostate fait défaut et qu'elle est très peu développée chez les monorchides. Chez les eunuques et chez les skopzisranes la prostate est atrophié, et le même fait a été constaté chez des animaux, c'est à dire arrêt de développement de la prostate chez des animaux châtrés de bonne heure et atrophie de la prostate survenant chez les animaux vieux quelque temps après la castration.

Chez l'homme la castration pour hypertrophie de la prostate a été faite 102 fois. Chez 68 opérés l'opération a eu une influence favorable sur la prostate et l'appareil urinaire; chez 32, l'intervention n'a exercé aucune influence sur la prostate, mais a amélioré l'état de l'appareil urinaire; enfin chez 2 on a constaté une diminution de la prostate, mais sans modification du syndrome urinaire. Sur le nombre total de 102 opérés, 37 ont définitivement guéri et 59 ont été seulement améliorés. Ces résultats dépassent ceux qui jusqu'à présent ont été fournis par les autres méthodes.

M. von Dittel fait remarquer que les malades consentent difficilement à la castration quand même leurs testicules ne fonctionnent plus. Aussi croit-il que la résection des canaux déférents est préférable en l'espèce.

Section de l'acoustique.

M. Kreidl a montré deux chats auxquels il a fait la section des nerfs acoustiques à l'aide d'un thermocautère spécial. Au moment où l'on atteint l'acoustique, on peut constater l'apparition du nystagmus.

La destruction du labyrinthe ne provoque par l'abolition du sens de l'équilibre, une compension se produisant probablement par l'intervention d'autres organes. Les troubles d'équilibre n'apparaissent dans ces cas que lorsque l'animal doit exécuter des mouvements compliqués.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Fondée en 1853

Publiant deux Éditions : Le JEUDI — Le DIMANCHE

DIRECTEURS : L. LEREBOULLET — CH. ACHARD — A. BROCA

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

La Fièvre ganglionnaire

D'après la thèse de M. H. GOURICHON, Paris, 1895.

Sous le nom de *fièvre ganglionnaire (Drüsenfieber, ganglionic fever)* ou *adénite cervicale idiopathique aiguë*, on a décrit dans ces dernières années un processus morbide caractérisé par un état fébrile, de courte durée en général, coïncidant avec l'apparition d'une adénopathie cervicale qui occupe plus particulièrement l'angle du maxillaire inférieur. Cette adénite est d'ailleurs indépendante de toute lésion appréciable de la peau et des muqueuses correspondantes.

M. Ricard (1), en 1889, semble avoir eu en vue des cas de cette affection, lorsqu'il décrit des adénopathies sous-maxillaires, limitées à deux ou trois ganglions, survenant sans cause apparente chez des sujets vigoureux, ayant tous les attributs d'une santé parfaite et indemnes de tare tuberculeuse.

D'autres auteurs, Filatow, Korsakow, Rauchfuss, Kisel, en avaient aussi observé certainement des exemples, mais c'est Pfeiffer (1889) qui en donna le premier une description spéciale (2).

Puis les travaux se multiplièrent : Starck, Protasow, Neumann, Kisel, Rauchfuss, Horschelmann, Czajkowski, en Russie et en Allemagne; Muggia en Italie, A. Moussous, Desplats, Pech en France en ont rapporté des observations. M. Comby (3) en a récemment fait une étude d'ensemble et inspiré la thèse de son élève H. Gourichon (4).

Dans la majorité des cas, l'affection se présente sous la forme suivante : un enfant, de bonne santé habituelle, est pris après quelques jours de malaise léger, ou brusquement, sans cause occasionnelle appréciable, d'une fièvre vive avec anorexie et constipation opiniâtre; la température monte rapidement à 38°8, 39°, 40° même. L'examen des organes ne révèle rien d'anormal; il n'y a aucune plaie cutanée ni muqueuse; à peine existe-t-il une légère rougeur de la cavité bucco-pharyngienne. Deux jours après le début des accidents, on remarque que l'enfant a des difficultés pour mouvoir la tête et une légère douleur pour accomplir des mouvements de déglutition. En explorant alors la région cervicale, on trouve une masse ganglionnaire, unilatérale le plus souvent, de volume variable, sans réaction inflammatoire apparente, dure, douloureuse, siégeant au niveau de la mâchoire inférieure.

Les symptômes généraux et la température persistent quelques jours encore, puis tout rentre dans l'ordre, sauf l'hypertrophie des ganglions qui demande plus de temps pour disparaître.

ANALYSE DES SYMPTÔMES. — La céphalalgie a été notée dans la plupart des cas; elle manque rarement et est d'une grande intensité, autant qu'on puisse en juger chez les malades de la deuxième enfance.

L'état saburral des voies digestives est des plus marqués; la langue est recouverte d'un enduit blanc grisâtre; l'anorexie est complète, et la constipation opiniâtre, fait sur lequel insistent tous les auteurs et Starck en particulier. En revanche, la diarrhée est peu fréquente, de même que les nausées et les vomissements, quoique certains auteurs allemands, comme Horschelmann, disent avoir noté ces signes dans la moitié des cas.

Du côté du pharynx, on note fort peu de chose, quelquefois même l'examen est tout à fait négatif et ne révèle aucune lésion. C'est tantôt une légère rougeur, qui coïncide avec le début de la fièvre, tantôt un exanthème fugace qui apparaît le deuxième ou le troisième jour; mais dans aucun cas il n'y a d'angine vraie, car s'il y avait une angine manifeste, le cas ne rentrerait pas dans le type de la fièvre ganglionnaire, et c'est précisément un des points particuliers de cette affection, qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre la lésion pharyngienne et l'engorgement ganglionnaire. Quant aux amygdales, elles peuvent être chroniquement hypertrophiées ou très légèrement tuméfiées.

Parfois, il existe un peu de dysphagie, qui tient soit à cette légère inflammation du pharynx, soit à l'engorgement des ganglions rétro-pharyngiens. L'enfant tette moins bien, moins régulièrement, ou même il rejette la tête en arrière, refusant complètement de prendre le sein. Ce symptôme dure peu en général. Il disparaît dans les premiers jours de la maladie.

1. *Congrès français de chirurgie*, 1889.
2. *Jahrb. f. Kinderk.*, 1889, Bd. XXIX.
3. *La médecine infantile*, 1894.
4. *Essai sur la fièvre ganglionnaire* (thèse de Paris, déc. 1895).

L'appareil respiratoire est habituellement indemne. Les auteurs disent avoir vu des coryzas au début de la fièvre ganglionnaire : c'est l'exception (obs. de Desplats). Il en est de même de la toux, qui survient dans le cours des accidents (obs. I de Moussous). Elle revêt dans ces cas un caractère franchement quinteux, coqueluchoïde, mais ne s'accompagne pas de rejet de glaires, ni de l'inspiration bruyante. Cette toux sèche, quinteuse, doit, selon toute vraisemblance, être rattachée à une inflammation des ganglions péritrachéaux et médiastiniques. Des signes stéthoscopiques peuvent exister, tels que diminution de la sonorité au sommet, affaiblissement du murmure vésiculaire, rudesse de l'expiration, ce qui ne laisse pas que de compliquer le diagnostic de l'affection primitive.

Dans une observation de M. Gourichon, tout à fait au début, la maladie fut marquée par une épistaxis, assez abondante, qui se répéta pendant trois jours consécutifs et nécessita même le tamponnement des fosses nasales.

Le foie et la rate conservent d'ordinaire leur volume normal; cet avis n'est pas partagé par Pfeiffer qui, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme subaiguë, a toujours constaté l'hypertrophie de ces deux organes.

Les urines sont normales dans presque tous les cas.

La température est, en général, élevée dès le début. Il n'est pas rare de voir le thermomètre monter à 38°5, 39° et même 40° et se maintenir à ces hauteurs pendant plusieurs jours de suite. Nous verrons plus tard combien cette élévation de température peut jeter d'incertitude sur le diagnostic. En moyenne, au bout de trois à cinq jours, la température revient à la normale, après avoir présenté de grandes oscillations. Cette défervescence, lente, rarement brusque, peut s'accompagner de sueurs abondantes, qu'on observe parfois aussi pendant la période fébrile (Czajkowski, Moussous) ou pendant la convalescence (Comby).

Kisel a vu des malades qui n'ont eu de la fièvre que pendant un jour seulement, d'autres qui n'en ont pas eu la moindre trace (1). En revanche, l'auteur russe cite un cas où la fièvre a persisté pendant deux mois et a présenté des rémissions très nettes.

Enfin, il peut se faire des poussées fébriles successives correspondant à des infections successives (obs. II de Pfeiffer).

En règle générale, la fièvre précède de quelques heures la tuméfaction ganglionnaire; chez un malade de Kisel, elle est apparue secondairement, c'est-à-dire après que la région cervicale eût présenté l'engorgement des ganglions.

Le pouls est en rapport avec la courbe de la température, sans caractères spéciaux.

Comme phénomènes locaux, l'enfant éprouve au niveau de la nuque une douleur très vive qui l'empêche de faire le moindre mouvement. La tête est déviée et immobilisée dans l'attitude du torticolis. Cette attitude rappelle beaucoup celle du mal de Pott cervical au début ou celle des abcès rétro-pharyngien. L'exploration de la région cervicale ne tarde pas à en donner l'explication. On trouve, en effet, une tumeur ganglionnaire, unilatérale le plus souvent. Elle siège indifféremment à droite ou à gauche, quelquefois les deux côtés se prennent simultanément ou à quelques heures d'intervalle. Dans les observations de MM. Comby et Gourichon, l'adénite atteint les ganglions qui sont situés à l'angle de la mâchoire inférieure, ou ceux qui occupent la face profonde du muscle sterno-mastoïdien dans son tiers supérieur. Pour Pfeiffer, Starck, la tuméfaction restait limitée aux ganglions du cou; jamais ils n'ont observé l'engorgement des ganglions axillaires ou inguinaux. Dans l'une des observations de M. Moussous, toute la chaîne lymphatique qui s'étend sur les parties latérales du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, c'est-à-dire qui accompagne le faisceau vasculo-nerveux, était envahie par le processus inflammatoire, ainsi que les ganglions de la nuque. Dans l'autre observation, il y eut également un engorgement douloureux des ganglions sus-claviculaires et sterno-cléido-mastoïdiens. En somme, l'adénopathie, chez ces deux malades, n'a pas dépassé la région cervicale et a respecté les aines, les aisselles; mais elle a peut-être gagné le médiastin, si l'on s'en rapporte aux symptômes pulmonaires (toux coqueluchoïde, modifications de la respiration et de la percussion) rapportés par M. Moussous.

Enfin, les ganglions mésentériques eux-mêmes ne seraient pas épargnés, d'après Pfeiffer, et c'est à eux qu'il faudrait attribuer la douleur abdominale, autour de l'ombilic.

Le volume de ces adénopathies est excessivement variable, depuis la grosseur d'une noisette, jusqu'à celle d'un œuf d'oie. Tantôt un seul ganglion est atteint, tantôt le groupe en entier.

Ces masses glanglionnaires sont dures, douloureuses à la moindre pression, et ne présentent aucun point de fluctuation. La peau qui les recouvre, conserve sa teinte normale et ne contracte aucune adhérence avec les éléments sous-jacents. Elle ne présente de la rougeur, des adhérences avec l'atmosphère celluleuse, que lorsque le ganglion est en voie de s'abcéder et que le pus cherche à se frayer une voie au dehors.

Mais indépendamment de ces troubles locaux, la peau peut être le siège de lésions cutanées passagères, provoquées par l'élément infectieux. C'est ainsi qu'il faudrait expliquer une éruption rubéolique survenue dans un cas de M. Desplats (1), un érythème localisé aux extrémités (2 cas de Czajkowski) et une éruption d'urticaire observée par Heubner.

Sur la face et le cuir chevelu, on n'observe ni plaie, ni vésicule herpétique, ni croûte impétigineuse capable de rendre compte de l'origine de ces adénopathies cervicales.

Marche; durée; terminaison. — Comme nous l'avons dit plus haut, au bout de quatre à cinq jours, la fièvre qui a pu être très vive, disparaît; l'enfant reste bien pendant quelque temps pâle et amaigri; mais il revient ensuite franchement à la santé. Cependant, la tuméfaction ganglionnaire, tout en dimnuant de volume, persiste; le terrain sur lequel elle a évolué, peut, suivant sa nature, l'influencer de telle ou telle façon et soit accélérer, soit retarder sa marche. En règle générale, l'adénopathie se termine par la résolution, ce qui s'explique par la bonne santé habituelle des sujets atteints. En quinze jours, trois semaines, la masse ganglionnaire disparaît sans laisser de traces. L'enfant est-il au contraire d'un tempérament lymphatique, la résolution est beaucoup plus lente et mettra quatre et même cinq semaines à se faire. Quelquefois même ce laps de temps n'est pas suffisant et des mois s'écoulent jusqu'à

1. Ce fait n'infirme pas pour cela la probabilité de l'infection; on sait, en effet, que ces deux termes, fièvre et infection aiguë, ne sont pas liés d'une façon absolue et qu'on a rapporté récemment des cas de « pyrexies apyrétiques ».

1. Desplats, *Note sur un cas de fièvre ganglionnaire* (*Journal des sciences médic. de Lille*, août 1894).

la complète guérison. Enfin, si cette adénite tarde trop à rétrocéder, si l'enfant est dans un mauvais milieu et si ses moyens de résistance sont insuffisants, le bacille de Koch peut venir se greffer sur ces gros ganglions et donner naissance à une variété de tuberculose lymphatique qu'ont décrite MM. Lesage et Pascal (1).

Ce mode de terminaison par résolution n'a pas été signalé avec la même fréquence par tous les auteurs. Neumann ne l'a constaté que dans la minorité des cas, et, sur 26 enfants, il y a eu 13 fois résolution simple. Les 13 autres fois, le ganglion s'est abcédé et a dû être incisé. En présence d'une pareille proportion, M. Comby émet des doutes sur le diagnostic et pense que cet auteur a confondu avec la fièvre ganglionnaire de nombreuses adénites cervicales suppurées si fréquentes chez les nourrissons.

Une seule fois, sur dix-sept adénites fébriles, M. Gourichon a noté la suppuration. Lorsqu'elle doit avoir lieu, la peau devient rouge, adhérente aux ganglions qui sont immobilisés par l'inflammation du tissu cellulaire environnant. La fluctuation, d'abord profonde, gagne les régions superficielles, et si l'on n'intervient pas en temps voulu, la peau se ramollit en un point, se perfore; une fistule s'établit et livre passage à un pus bien lié, abondant. La guérison se fait complète dans l'espace de cinq à sept semaines.

Comme conséquences de ces différents modes d'évolution, un auteur russe, Horschelmann, distingue dans la fièvre ganglionnaire trois formes : une forme légère, une forme moyennement grave et une forme grave.

La première, la *forme légère* (10 cas sur 16) correspond au tableau que nous avons décrit; elle est caractérisée principalement par la fièvre et la tuméfaction douloureuse des ganglions lymphatiques situés sous le sterno-mastoïdien et en arrière de ce muscle.

La *forme moyennement grave* (5 cas sur 16) et la *forme grave* (1 cas sur 16) sont caractérisées par la persistance de la fièvre, l'extension du processus inflammatoire à un plus grand nombre de ganglions et la lenteur de la convalescence.

En définitive, la terminaison est toujours favorable, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre forme, et le cas de mort signalé dans l'observation de M. Desplats est exceptionnel. La guérison, par résolution, est rapide et complète en quinze jours; toutefois, il faut faire quelques restrictions sur la durée de la maladie, si l'infection du sujet par le micro-organisme a été profonde ou si une complication est venue en retarder le terme.

Complications. — Ces complications sont peu fréquentes et n'ont été jusqu'ici observées que par les auteurs étrangers.

La *néphrite* est certainement l'accident le plus important et le moins rare.

Dans un mémoire publié par Heubner, sur quatre cas, deux se compliquèrent de néphrite aiguë avec albuminurie. Starck, Rauchfuss, Kisel et Horschelmann relatent des faits analogues. Ce dernier auteur insiste longuement sur l'observation d'un jeune garçon de quatre ans qui entra à l'hôpital le 30 novembre avec les symptômes très nets de la fièvre ganglionnaire. Pendant l'évolution de la maladie, l'enfant accusa des signes de néphrite, douleurs lombaires, maux de tête persistants, etc., qui firent songer à une complication rénale. On examina alors les urines et on trouva de l'albumine. Celle-ci disparut sous l'influence du régime lacté et du

1. *Arch. de médecine*, 1893.

traitement, et l'enfant put être considéré comme guéri, le 6 janvier, c'est-à-dire cinq semaines environ après le début de l'infection. Malheureusement pour l'enfant, ce ne fut pas là la seule complication, une otite double avec mastoïdite survint et nécessita la trépanation. Cependant, le petit malade se remit complètement de tous ces accidents.

M. le Dr Soca (de Montevideo) a publié (1) deux cas de néphrite dont l'un, dit-il, « est un exemple, au cours de la fièvre ganglionnaire, d'une néphrite hémorrhagique tout à fait superposable à la néphrite scarlatineuse », mais s'en distinguant par l'époque de son apparition : ici, en effet, la néphrite survint au début, en pleine période fébrile, et non tardivement comme dans la scarlatine. Enfin, M. Gourichon mentionne un cas inédit, analogue au précédent, observé par M. Schrœder.

L'*otite moyenne*, pour Neumann, serait assez fréquente, puisqu'il l'a notée dix fois sur vingt-six cas. Elle peut siéger, indistinctement, à droite ou à gauche, mais elle est rarement double (un cas d'Horschelmann). L'écoulement purulent qui l'accompagne ne présente pas de caractères spéciaux. La propagation de l'infection a lieu par la trompe d'Eustache, et ce fait de l'extension microbienne paraît indiquer la présence de microbes pathogènes dans le naso-pharynx, pendant la durée de la tuméfaction ganglionnaire.

L'*abcès rétro-pharyngien* a été également signalé par Neumann, et revêt les allures ordinaires à cette affection. Czajkowski dit avoir eu l'occasion, plusieurs fois, de voir les *glandes salivaires* participer au processus inflammatoire. Les glandes parotides semblent jusqu'ici avoir fait exception; seules, les sous-maxillaires et les sub-linguales ont été atteintes. Elles deviennent dures, douloureuses, et augmentent de volume; quelquefois la suppuration s'en empare; sur six observations, il y a eu quatre fois suppuration des glandes sublinguales.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette maladie n'est pas toujours facile. Un enfant a de la fièvre, de l'abattement, un état saburral très marqué; il est pâle, il vomit, il refuse de prendre le sein; quelle affection peut-il avoir? En pareil cas l'incertitude est grande, car c'est là le début d'un grand nombre de maladies infantiles aiguës, et la tuméfaction ganglionnaire, signe fondamental, n'apparaît que plus tard, vers le troisième ou le quatrième jour. Une difficulté particulière se présente lorsqu'une éruption se produit, comme dans quelques observations de fièvre ganglionnaire : on peut alors songer à la scarlatine et il faudra laisser passer un délai de 24 heures, avant de pouvoir éliminer cette dernière affection.

Il faut signaler aussi une fièvre éruptive dont M. Gourichon ne fait pas mention et dont le diagnostic pourra être fort embarrassant, c'est le rubéole, dans laquelle l'engorgement ganglionnaire, qui s'observe fréquemment, viendra ajouter encore aux difficultés que peut rencontrer le clinicien : le catarrhe, la notion d'une épidémie régnante et surtout l'évolution ultérieure de la maladie permettront seulement de lever les doutes qui pourraient surgir à cet égard.

Lorsque le malade est vu à une période un peu plus avancée, alors que la tuméfaction ganglionnaire existe à l'angle de la mâchoire ou le long des muscles sterno-mastoïdiens, les commémoratifs, l'examen des téguments font éliminer tout de suite les adénopathies d'origine externe, consécutives à l'herpès labial, à l'eczéma et l'im-

1. *Médecine infantile*, septembre 1895.

pétigo de la face et du cuir chevelu. Il faut alors examiner la gorge : l'absence d'angine constitue un argument important en faveur du diagnostic de fièvre ganglionnaire.

L'abcès rétro-pharyngien, qui est souvent précédé d'une très légère angine méconnue chez les enfants au sein, peut avoir un début brusque avec fièvre, céphalalgie, vomissements, douleur en arrière de la tête, exaspérée par la déglutition. La dyspnée sera dans ce cas un bon symptôme distinctif et suffira, avec l'examen physique par le toucher, à éviter la confusion avec la fièvre ganglionnaire au début.

L'adénite de croissance, décrite par M. Springer (1), présente une assez grande ressemblance clinique avec cette affection. Elle apparaît surtout chez les enfants scrofuleux à l'occasion des poussées de croissance. « L'enfant est, pendant un jour ou deux, mal en train, il mange peu, ne joue pas, et son teint est plus pâle que d'habitude. La peau est chaude et l'on croit au début d'une fièvre éruptive. L'enfant dort mal, la température est peu élevée et l'on constate de chaque côté du cou des adénites. Les ganglions sont parfois gros comme des œufs de pigeon et un peu douloureux. L'enfant est gêné pour avaler et il tient la tête droite sans pouvoir la tourner. On cherche la cause de l'adénite, on ne la trouve pas. Au bout de quelques jours, les ganglions diminuent de volume, ils sont moins douloureux, ils restent un peu tuméfiés pendant longtemps. Ces symptômes diminuent d'intensité et de fréquence à mesure que les enfants avancent en âge. Après la puberté, ils s'espacent de plus en plus. La période de croissance terminée, on ne les observe plus, si ce n'est chez les individus dont l'état de nutrition est resté très mauvais et qui, le plus souvent, ont des manifestations certaines de syphilis et de tuberculose. » La température peu élevée, les ganglions peu douloureux et persistant pendant longtemps font de cette adénite de croissance un type clinique un peu différent de celui que nous avons envisagé, mais qui s'y relie certainement par des liens cliniques et pathogéniques.

L'adénie se distingue par plusieurs caractères. L'hypertrophie ganglionnaire est généralisée, occupant les aisselles, les aines, le cou; elle atteint un volume énorme, mais ne détermine ni gêne, ni douleur fonctionnelle. La maladie évolue très lentement, mais suit une marche progressive et continue. Les troubles généraux ne commencent à s'accuser qu'à partir du cinquième ou sixième mois. La terminaison en est constamment fatale. Malgré la lenteur d'évolution, les tumeurs ganglionnaires ne s'enflamment ni ne suppurent jamais; elles demeurent indolentes, froides, rénitentes. La fièvre manque ou est peu élevée (Ferréol) ou prend le caractère rémittent (Jaccoud).

La tuberculose ganglionnaire mérite toujours d'être discutée en présence d'une adénite cervicale. Le type de tuberculose primitive des ganglions, décrit par MM. Hutinel et Legroux sous le nom de micro-polyadénopathie ou polyadénite périphérique, se différencie de même par l'apyrexie, la multiplicité et la petitesse des ganglions. Mais il est certaines formes d'adénites tuberculeuses accompagnées de fièvre qui évoluent d'une façon rapide et aboutissent à la suppuration, provoquée soit par le bacille de Koch associé à des microbes pyogènes, soit par le bacille de Koch exclusivement. Aussi ne saurait-on mettre trop de soins, pour établir le diagnostic, à s'enquérir du terrain, des antécédents héréditaires et personnels, et à suivre l'évolution de la maladie.

1. Thèse de Paris, 1890.

Traitement. — Le traitement, dans la majorité des cas, sera des plus simples. Si la fièvre est vive, on fera usage des antithermiques, quinine ou antipyrine, sous la forme de suppositoires, qui convient le mieux chez les enfants. On donnera au besoin un peu de chloral s'il y a de l'insomnie et de l'agitation. La constipation, qui est fréquente, sera combattue par des purgatifs doux et répétés s'il y a lieu. Localement, on se bornera à des applications émollientes ou résolutives au niveau des ganglions tuméfiés : cataplasmes, pommades calmantes, teinture d'iode.

Enfin, étant donnée la nature très vraisemblablement infectieuse de l'adénite, et afin d'éviter l'aggravation des accidents en intensité et en étendue, c'est-à-dire la suppuration ganglionnaire et le développement de complications à distance, il conviendra d'adjoindre à ces moyens thérapeutiques l'antisepsie de la bouche et de la gorge au moyen de grandes irrigations.

Étiologie; nature. — La fièvre ganglionnaire est une affection assez fréquente chez les enfants. Mais elle passe sans doute fréquemment inaperçue, parce que les troubles généraux n'ont qu'une durée passagère et que les parents ne consultent pas toujours le médecin au moment où l'adénite apparaît.

Les deux sexes y semblent à peu près également sujets. Pour ce qui est de l'âge, la prédominance est diversement appréciée par les auteurs : les uns la donnent à la première enfance, les autres à la deuxième; la comparaison des statistiques a montré à M. Gourichon que la première enfance est surtout éprouvée. On a signalé aussi des cas chez l'adulte, notamment Pfeiffer et Czajkowski.

Comme causes prédisposantes, on a noté le froid, la fatigue, la mauvaise alimentation. Les maladies infectieuses antérieures, de même que les accidents strumeux héréditaires, semblent aussi jouer un rôle.

La nature de la maladie a été discutée. Starck, frappé de la fréquence de la constipation, attribuait les accidents à une intoxication gastro-intestinale, et c'est aussi l'opinion de Séjournet de Revin. Mais la plupart des autres auteurs admettent l'origine infectieuse de l'adénite, qui explique bien mieux la localisation du processus inflammatoire aux ganglions cervicaux. Les troubles gastro-intestinaux et l'intoxication d'origine digestive agiraient d'ailleurs, dans cette seconde hypothèse, à titre de cause adjuvante, en diminuant la résistance de l'organisme à l'égard de l'invasion microbienne.

On sait que les ganglions situés au voisinage des muscles styliens et du point de bifurcation de la carotide primitive reçoivent les vaisseaux lymphatiques extrêmement abondants de la bouche, de la langue, du pharynx et des amygdales; cet appareil lymphatique est surtout développé au niveau de l'isthme pharyngé où les follicules clos forment un véritable cercle ou anneau lymphatique (Waldeyer). Il est donc tout naturel, étant donnée l'adénite sous-maxillaire, de rechercher dans la gorge la source de cette adénopathie. Cette manière de voir est d'autant plus vraisemblable que les microbes pathogènes abondent dans la cavité bucco-pharyngée et que nombre d'infections ont pour porte d'entrée la région amygdalienne, dont les cryptes servent d'abri à toute cette flore microbienne (1). Il est vrai que dans la maladie qui nous occupe, il n'y a pas de lésion proprement dite de la muqueuse pharyngée, pas d'angine vraie. Mais on sait aujourd'hui que la pénétration des microbes peut se faire au

1. Jeanselme, *Gazette des hôpitaux*, 25 janv. 1890, p. 97.

niveau d'une muqueuse saine et qui ne conserve aucune trace de ce passage. Dobroklonsky a démontré ce fait pour la pénétration du bacille de Koch à travers la muqueuse intestinale, et Schlenker (1) l'a établi également pour la migration de ce même bacille à travers les amygdales, expliquant ainsi le développement de certaines adénites tuberculeuses du cou. Buschke (2) a fait une étude analogue pour les microbes pyogènes ordinaires et admet que des inflammations amygdaliennes extrêmement légères et passant sans attirer l'attention sont l'origine d'infections générales septicémiques et d'ostéomyélites. On peut donc admettre que l'adénopathie se développe malgré l'absence d'angine, ou alors qu'il n'existe qu'une rougeur légère, un énanthème passager de la gorge, comme on l'a plusieurs fois observé. C'est un cas particulier de ce groupe d'infections de l'appareil lymphatique dans lequel la réaction radiculaire périphérique est nulle ou à peine perceptible, alors que la réaction ganglionnaire est le phénomène dominant (3).

Quelle est la nature de cette infection? Neumann pense qu'il s'agit d'une infection streptococcique dont il place le point du départ dans les cavités nasales, parce qu'il a observé dans presque la moitié de ses cas l'otite moyenne. M. Comby — et son opinion est adoptée par son élève M. Gourichon — admet aussi qu'il s'agit du streptocoque. Czajkowski, ayant décelé dans le sang de ses malades le bacille de l'influenza décrit par Pfeiffer, soutient que la maladie n'est qu'une manifestation de la grippe; mais il est possible qu'il n'y ait là qu'une coïncidence, ses observations ayant été faites pendant une épidémie d'influenza. Combemale rapproche la fièvre ganglionnaire de l'adénie qu'il attribue à une infection des voies respiratoires supérieures ou de la muqueuse bucco-pharyngée par les staphylocoques et les streptocoques : l'adénite cervicale idiopathique n'est pour lui qu'une forme aiguë, un mode de début ou un syndrome avortant de l'adénie.

On a dit aussi que la fièvre ganglionnaire est une maladie spécifique, ayant son microbe particulier, encore inconnu, et même une maladie contagieuse : on a en effet observé de petites épidémies de famille (Pfeiffer, Horschelmann), de salle d'hôpital (Kisel). Mais on sait que des faits analogues ont été observés pour des infections pharyngées de diverse nature.

En somme, les faits manquent pour établir la véritable nature de cette affection. Dans quelques cas où l'adénite avait suppuré, Neumann a trouvé dans le pus le streptocoque seul ou associé aux staphylocoques. Il paraît *a priori* vraisemblable que plusieurs bactéries banales du pharynx peuvent produire ces accidents. Mais de nouvelles recherches bactériologiques sont indispensables pour démontrer si cette manière de voir est exacte et avec quelle fréquence relative s'observeraient les variétés ainsi produites. Il faut espérer que la solution de ces questions ne se fera pas longtemps attendre et que les investigations microbiologiques, portant à la fois sur les ganglions et sur la muqueuse bucco-pharyngée, feront la lumière sur les points litigieux. Il convient de remarquer à ce propos, que les cas les plus favorables à ce genre de recherches sont ceux où la suppuration survient et qui ne sont en somme qu'un degré plus accentué de la maladie.

Tel est actuellement l'état de nos connaissances sur cette « fièvre ganglionnaire » qui n'est pas à vrai dire une maladie, mais simplement une de modalités des infections cervico-ganglionnaires d'origine bucco-pharyngée. C'est pourquoi le terme de fièvre ganglionnaire peut être justement critiqué, car il semble impliquer l'existence d'une espèce nosologique particulière, alors qu'il s'agit seulement d'un type un peu spécial de processus infectieux très communs et très variés dans leurs manifestations, d'une simple adénite cervicale à point de départ caché, d'une *infection cryptogénique*, suivant le terme en usage. Il y a d'ailleurs tous les états intermédiaires entre cette infection purement ganglionnaire et les cas où l'infection se traduit en outre soit par des réactions inflammatoires dans la gorge, par une angine, soit par des manifestations septiques plus éloignées et plus généralisées, telles que néphrites, arthropathies, endocardites, etc. De même encore on trouverait tous les états intermédiaires entre les cas où cette adénite est vraiment fébrile et ceux où elle évolue sans fièvre, d'une façon apyrétique, se reliant par là à l'adénie et pouvant simuler surtout la tuberculose ganglionnaire. Ce sont précisément ces discussions pathogéniques et ces relations avec les types cliniques voisins qui font le principal intérêt de cette question de la « fièvre ganglionnaire »; car au point de vue purement clinique, le sujet est des plus restreints, ce type morbide n'étant en définitive qu'un rameau de cet arbre touffu qui représente les infections d'origine pharyngée.

1. Schlenker, *Virchow's Archiv*, Bd. CXXXIV.
2. Buschke, *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1894.
3. Chauffard, *Les étapes lymphatiques de l'infection* (*Semaine médicale*, 4 juillet 1894).

REVUE DES THÈSES

Thèses de doctorat

Soutenues devant la faculté de médecine de Nancy
Pendant l'année scolaire 1894-1895.

Les thèses soutenues en 1894-1895 devant la faculté de médecine de Nancy sont au nombre de 15.

1. M. Dumont : *Les sinus postérieurs de la dure-mère et le pressoir d'Hérophile chez l'homme.*
2. M. Fouquet : *Contribution à l'étude de l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.*
3. M. Lanique : *De l'hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement du prolapsus utérin complet.*
4. M. Renard : *De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde.*
5. M. Nègre : *Considérations sur la malaria chez les enfants et sur son traitement.*
6. M. Chevalot : *Etranglement interne par le diverticule de Meckel.*
7. M. Roch : *Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie.*
8. M. Boucard : *Application de la méthode de Kraske au traitement des fistules recto-vaginales supérieures.*
9. M. Hartemann : *Contribution à l'étude des affections spasmo-paralytiques infantiles.*
10. M. Deck : *De l'enveloppement froid dans les affections aiguës des voies respiratoires.*
11. M. Bertrand : *De l'hématocèle anté-utérine.*
12. M. Maire : *Paralysie générale et syphilis.*
13. M. Hartenberger : *De l'élément psychique dans les maladies.*
14. M. Marchant : *Pseudo-angines de poitrine. Diagnostic et traitement par la suggestion.*
15. M. Prieur : *Les épidémies de fièvre typhoïde à Besançon.*

Nous empruntons leur analyse au rapport lu devant la faculté par M. le professeur Simon et publié par la *Revue médicale de l'Est.*

M. RENARD (*De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde*), a repris après Strumpell, Petitclerc, G. Ballet, etc., l'étude d'une manifestation peu connue de la dothiénentérie et a cherché à déterminer son mécanisme ainsi que ses rapports avec les autres symptômes de l'affection. L'analyse de cinquante observations recueillies pour la plupart à la clinique de son maître, M. le professeur Bernheim, lui a montré que, dans 70 p. 100 des cas, il existe une exagération des réflexes tendineux; 30 fois p. 100 le phénomène du genou est aboli ou se présente avec son amplitude normale. Ici, contrairement à ce qui est généralement observé, le phénomène du pied se montre beaucoup plus fréquemment que l'exagération du réflexe rotulien; par contre, celui-ci ne se présente jamais sans que les malades ne montrent également la trépidation épileptoïde, qui est dans la majorité des cas constatée la première, de telle sorte qu'elle semble être le premier indice de l'irritation de l'axe spinal.

Les réflexes tendineux apparaissent à une époque variable de la dothiénentérie, tantôt à la période d'état, tantôt seulement durant la convalescence; ils peuvent persister après la guérison jusqu'au vingtième et même jusqu'au cent-unième jour. Quant à leur intensité, elle est soumise à de nombreuses fluctuations journalières.

L'auteur établit que, contrairement aux opinions émises par les cliniciens, ce symptôme n'est lié ni à l'hyperthermie, ni à l'ataxo-adynamie, il s'observe dans les cas bénins et peut manquer dans les cas graves; il peut être constaté en dehors de toute autre manifestation cérébro-spinale. Il termine en concluant que l'exagération des réflexes tendineux est due à une véritable localisation spinale, à une myélite infectieuse déterminée par les toxines typhiques. Celles-ci apportées par le sang au contact des éléments nerveux en provoquent l'irritation et peuvent même les léser dans leur constitution en amenant des modifications de la myéline. En effet, l'examen histologique de la moelle, dans deux cas, a montré au niveau de la région dorso-lombaire une fragmentation de la myéline dans certains tubes nerveux, sa disparition complète dans d'autres, avec intégrité parfaite des cylindre-axes. Cette lésion affecte surtout les gros tubes et elle est manifestement prononcée au niveau du faisceau pyramidal et à la partie profonde des cordons antéro-latéraux; enfin le tissu conjonctif est légèrement hypertrophié.

La thèse de M. Renard est une bonne étude clinique et constitue une contribution intéressante à l'histoire de la dothiénentérie, mais la partie anatomique laisse beaucoup à désirer; les seules lésions relevées par l'auteur concernent les tubes nerveux de l'axe spinal; l'état des vaisseaux et des cellules n'est pas mentionné. Or précisément, dans les myélites infectieuses expérimentales, les altérations cellulaires occupent une place prépondérante; on y constate une dégénérescence granuleuse avec transformation vacuolaire du protoplasma, des lésions des noyaux, un état vitreux de l'organite et de ses prolongements. Il est regrettable que M. Renard n'ait pas dirigé ses recherches de ce côté et ait laissé échapper l'occasion d'éclairer la question encore obscure des myélites infectieuses.

M. NÈGRE, officier de santé à Boufarik (province d'Alger) a recueilli quinze observations de *paludisme chez des enfants* et, sans prétendre traiter dans tous ses détails l'histoire de la malaria dans le jeune âge, il a voulu faire ressortir les particularités les plus intéressantes des faits qu'il a eus sous les yeux.

Après avoir constaté que les enfants sont en général les premières victimes de l'infection tellurique, il insiste sur ce fait, que la maladie est ordinairement plus grave chez eux que chez l'adulte parce que les reins sont fréquemment altérés, mais plus encore parce que, grâce à la diversité de ses formes, la malaria est souvent méconnue et le traitement spécifique institué trop tard. Les symptômes du paludisme ne sont pas, en effet, identiques chez l'enfant et chez l'adulte : au-dessous de quatre ans, la forme éclamptique est commune et ce n'est qu'à mesure que le sujet avance en âge que les accès tendent à revêtir la forme classique. En outre, on observe souvent dans l'enfance un catarrhe gastro-intestinal avec diarrhée jaune ou verdâtre; la langue, rouge à la pointe et aux bords, est recouverte au milieu d'un enduit épais, jaunâtre; les urines sont hémaphéiques, le foie et la rate s'hypertrophient de bonne heure, enfin la cachexie paludéenne est précoce : aussi la mortalité dépasse-t-elle sensiblement celle de l'âge adulte.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on pourrait confondre la fièvre continue palustre avec la dothiénentérie; le traitement par le bromhydrate de quinine évitera une erreur préjudiciable au malade et suffira à lever tous les doutes. L'auteur recommande chez l'enfant d'administrer ce médicament par voie hypodermique; les indications symptomatiques ne seront pas négligées.

Le travail de M. Nègre passe complètement sous silence la question importante du paludisme congénital et renferme, en somme, peu de faits nouveaux; toutefois il nous montre plusieurs exemples de paludisme infantile d'un diagnostic délicat qui seront lus avec intérêt.

La *blennorrhagie* se complique fréquemment, comme on sait, d'accidents articulaires, spinaux, cardio-vasculaires, etc. Mais ces phénomènes semblent se produire le plus souvent à une période avancée de la maladie, parfois même au cours de la blennorrhagie chronique.

La thèse de M. ROCH appelle l'attention sur une série de complications peu connues, au dire de l'auteur, et qui surviendraient dès les premiers jours de la maladie, alors que celle-ci est encore cantonnée dans l'urètre antérieur.

C'est d'abord une altération profonde de l'état général, en disproportion avec le processus anatomique local, une dépression psychique, de la pâleur de la face, un abattement plus ou moins profond, de l'inappétence et des troubles gastriques, parfois un léger mouvement fébrile, puis viennent les arthropathies, les épanchements dans les cavités séreuses, mais beaucoup plus souvent de simples douleurs erratiques et fugaces dans les jointures et les membres, du ballonnement et de la sensibilité du ventre, parfois des douleurs sciatiques et lombo-abdominales.

L'auteur insiste notamment sur les troubles du système génito-urinaire, rétention et incontinence d'urine, albuminurie légère et transitoire, pesanteur pénible dans le petit bassin, le périnée, les testicules, cystite précoce, enfin urétérite avec hydro puis pyonéphrose, dont il a observé un exemple dans le service de M. le professeur agrégé Vautrin.

M. ROCH admet que tous ces accidents sont dus à l'empoisonnement de l'organisme par des toxines sécrétées par les gonocoques et diffusées ensuite dans tout l'organisme. C'est par leur action élective sur le système nerveux que s'expliqueraient les phénomènes généraux, les névralgies, les arthropathies; le centre vésico-spinal spécialement touché amènerait des troubles dans le fonctionnement de la vessie, une congestion des reins, des uretères et du bassin. Peut-être l'albuminurie pourrait-elle résulter aussi de l'élimination des toxines par le filtre rénal.

Cette hypothèse, assurément ingénieuse, ne repose malheureusement sur aucune donnée positive et l'auteur ne semble pas avoir songé à l'étayer de preuves expérimentales; la toxicité des urines n'a pas été étudiée et en l'absence d'examens bactériologiques des écoulements urétraux, M. Roch n'est nullement autorisé à repousser l'idée d'une infection mixte ou d'une infection secondaire et à affirmer que les toxines présumées sont le produit de la sécrétion des seuls gonocoques.

D'ailleurs la communauté d'origine des accidents décrits semble dès l'abord très contestable et même leur réalité peut dans certains cas être suspectée : considérer un léger ballonnement avec sensibilité abdominale comme l'indice d'une localisa-ion péritonéale, attribuer la courbature, la sensation de tension dans le petit bassin, le périnée et la verge, de même que la néphrite et l'urétérite à une congestion d'origine spinale, refuser toute part dans l'altération de l'état général aux douleurs de la miction, à l'insomnie, aux érections répétées et pénibles qui caractérisent le début de la blennorragie pour y voir exclusivement le fait d'une intoxication générale, c'est vouloir à tout prix adapter les faits à des conceptions préconçues et purement spéculatives.

Les affections connues sous les noms de maladie de Little, d'athétose double, de chorée congénitale, d'hémiplégie spasmodique bilatérale sont-elles des espèces morbides distinctes, ou doit-on les considérer comme des variétés cliniques voisines et

les réunir sous le titre générique d'*affections spasmo-paralytiques de l'enfance*? Telle est la difficile question que M. Hartemann a essayé de résoudre en faisant appel à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la séméiologie de ces affections.

Après avoir montré que l'accouchement avant terme se rencontre ordinairement à l'origine de la rigidité paraplégique, il constate que les autres conditions étiologiques signalées n'ont aucune influence sur la forme clinique de la maladie; il n'y a donc pas lieu de faire de l'étiologie le premier facteur d'une classification rationnelle.

D'autre part, les lésions constatées à l'autopsie sont extrêmement variables et ni leur nature ni leur siège ne semble en rapport avec le tableau symptomatique qu'elles déterminent; d'ailleurs, parmi les autopsies pratiquées, aucune n'a trait à la rigidité spasmodique pure.

Par contre l'étude des symptômes des différents types morbides énoncés permettrait de constater l'existence de termes de transition entre la rigidité généralisée, la rigidité paraplégique, l'athétose double et la chorée congénitale, que l'auteur réunit dans un même groupe à l'exclusion de l'hémiplégie spasmodique bilatérale dont les symptômes sont très différents. Ces affections, presque toujours congénitales, souvent familiales, seraient dues à un processus dégénératif de certaines régions des centres nerveux; ce processus se produisant à des étapes différentes de l'existence, principalement dans le tout jeune âge, pourrait frapper distinctement ou concomitamment certains systèmes, ce qui réaliserait les types purs ou les formes de transition.

La thèse de M. Hartemann est un essai de synthèse d'un groupe d'affections du système nerveux observées dans l'enfance et dont la nature intime nous échappe jusqu'ici. Mais la clinique constitue, selon nous, une base insuffisante pour arriver à une classification : bien qu'il existe des types de transition entre les diverses affections spasmo-paralytiques, l'autonomie étiologique et clinique de la maladie de Little subsiste jusqu'à plus ample informé ; pour la nier comme d'ailleurs pour l'affirmer d'une façon définitive, il faudrait en connaître les lésions et cela non à une période avancée, mais à l'état récent, primitif.

Dans l'état actuel de la science, l'auteur ne pouvait formuler aucune conclusion certaine ; sa thèse appuyée sur de nombreux documents renferme des idées originales et constitue une contribution intéressante à une question peu connue de pathologie infantile.

Dans sa thèse, intitulée *De l'enveloppement froid dans les affections aiguës des voies respiratoires*, M. Deck, après avoir décrit la technique de la méthode, étudie chez l'animal les effets physiologiques de l'application du froid sur la calorification. Il constate que la température rectale diminue immédiatement et progressivement, la température périphérique subissant une augmentation passagère bientôt suivie d'un abaissement persistant. Ce fait s'explique par la dilatation paralytique des vaisseaux de la peau qui succède à la vaso-constriction déterminée par le froid. Cette dilatation vasculaire amène à la périphérie une quantité de sang chaud plus considérable et par suite une augmentation de la température périphérique; mais comme cette masse de sang chaud éprouve, sous l'action des enveloppements froids, une déperdition de chaleur très notable, le cœur reçoit une quantité de sang plus froid que normalement, la température générale s'abaisse donc et bientôt cette diminution de température retentit sur le sang qui circule à la périphérie et qui se refroidit à son tour, d'où diminution de la température périphérique. Enfin l'abaissement de la température du sang agirait sur les centres nerveux respiratoire et accélérateur du cœur pour ralentir la respiration et diminuer la fréquence des contractions cardiaques.

La partie clinique de la thèse comprend dix-neuf observations de grippes, de broncho-pneumonies, et de pneumonies graves chez des enfants, des adultes et des vieillards; deux fois seulement l'affection s'est terminée fatalement.

L'auteur en conclut que, comme il n'existe pas jusqu'ici de traitement *spécifique* des maladies aiguës des voies respiratoires, la médication réfrigérante constitue le moyen le plus actif et le plus inoffensif d'obtenir l'atténuation des virus : ce traitement ne diminue pas la durée de l'évolution morbide, mais il abaisse la température, calme l'excitabilité exagérée des centres respiratoire et cardiaque et par suite ralentit le pouls et la respiration, enfin il favorise les sécrétions et excrétions et active l'élimination des toxines.

Cette thèse offre de nombreuses lacunes : par exemple, M. Deck s'est borné à quelques expériences sur des animaux *sains*; il eût été certainement utile de les répéter sur des animaux rendus fébricitants par l'injection de cultures microbiennes et en tous cas il était indispensable de les vérifier chez l'homme sain et chez des malades, en enregistrant exactement les modifications des température rectale et axillaire, en même temps que l'état du pouls, de la respiration et de la sécrétion urinaire, toutes choses qui ont été complètement négligées. C'est là précisément le point faible des observations présentées par l'auteur; outre qu'elles sont en nombre insuffisant pour permettre de dresser une statistique capable d'entraîner la conviction, l'auteur se contente de donner les résultats bruts, apparents, du traitement par la réfrigération, sans fournir à l'appui aucun tracé graphique de la température et du pouls, ni aucune analyse des urines. Bien plus, la toxicité urinaire n'a été nulle part étudiée, ce qui n'empêche pas l'auteur de conclure que l'enveloppement froid augmente les sécrétions et favorise l'élimination des toxines par les urines.

Sous le titre *Paralysie générale et syphilis*, M. Maire s'attache à renverser l'opinion courante que la paralysie générale n'est que l'un des aboutissants de la vérole. Déjà, à considérer la marche des deux affections, depuis le commencement du siècle, il est intéressant de constater que la syphilis a une tendance marquée à diminuer de fréquence, tandis que la paralysie générale suit au contraire une progression constante et ininterrompue. D'autre part ni l'anatomie pathologique ni la clinique n'autorisent à admettre l'existence d'une paralysie générale spécifique, le traitement antisyphilitique n'a aucune influence sur l'évolution de la maladie et il est plus que probable que les rémissions observées ne lui sont pas attribuables car on sait qu'elles peuvent se produire spontanément. Mais le côté le plus original du travail consiste dans l'étude comparée de la distribution géographique de la paralysie générale et de la syphilis : les statistiques de l'auteur tendent à faire admettre qu'il n'existe aucune connexion entre les deux affections.

La thèse de M. Maire est un travail consciencieux, nullement banal et qui laisse loin derrière lui les différents mémoires déjà présentés à la Faculté sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Toutefois elle est passible des mêmes critiques que l'auteur adresse à ses adversaires ; si les statistiques des asiles, dressées surtout au point de vue administratif, n'ont pas la rigueur scientifique désirable, si les chiffres des syphiliographes doivent être tenus pour suspects en raison des idées préconçues qu'on leur suppose et surtout des divergences qu'ils accusent, n'est-il pas évident que la méthode statistique n'est pas applicable au cas particulier et qu'il est impossible d'en tirer une conclusion dans un sens ou dans l'autre?

Quant à l'inégale répartition de la paralysie générale suivant les races et les pays, il y a là un argument plus spécieux que véritablement probant : outre que la fréquence absolue d'une maladie dans une région quelconque est d'une détermination presque impossible, il est certain que le syphilis n'est pas le seul facteur étiologique de la périencéphalite diffuse, d'autres causes viennent d'ordinaire s'ajouter et on peut dire de la paralysie générale ce qu'on a dit de la syphilis du cerveau : n'en fait pas qui vient.

L'élément psychique intervient dans toutes les maladies; M. Hartenberger a consacré sa thèse inaugurale à montrer son importance, à analyser ses manifestations et son mécanisme, à esquisser son traitement.

L'élément psychique, pour déterminer des manifestations morbides, nécessite deux facteurs ; une idée et un terrain, idée accidentelle, contingente, qui se développe sur un terrain constant, nécessaire : idée et terrain associés produisent dans le domaine psychique une catégorie de troubles variés sans qu'il existe aucune lésion anatomique appréciable à nos moyens de contrôle. La nature intime de ces phénomènes dynamiques nous échappe, mais nous pouvons étudier les éléments qui en

sont la base, c'est-à-dire le terrain et l'idée et chercher à savoir comment leur action se combine pour les provoquer et les entretenir.

Le terrain est le facteur primordial, car si le cerveau n'offrait pas à l'idée motrice un état particulier de réceptivité, jamais elle ne pourrait s'acclimater ni se fortifier.

Or le réflexe cérébral se décompose en trois opérations successives ; impression sensitive ou sensorielle transmise au cerveau, impression cérébrale qui devient idée, enfin réalisation de l'idée. Suivant les individus, l'intensité du réflexe cérébral varie ; chacun de nous accepte plus ou moins facilement l'idée et la réalise avec plus ou moins de force ; en d'autres termes, nous sommes, de par les facultés supérieures de notre cerveau, la raison et la volonté, plus ou moins suggestibles; notre cerveau constitue un terrain favorable ou non à l'éclosion et au développement de l'idée.

Celle-ci a moins d'importance par elle-même que le terrain où elle doit germer; elle n'a que la valeur que nous lui accordons, son sort ne dépend ni de son origine ni de sa nature, mais uniquement du terrain psychique qui la porte : c'est ainsi qu'une même idée a sur deux cerveaux des effets très différents ; l'un se laisse en quelque sorte traverser avec insouciance et sans réaction; chez l'autre, surtout si la continuité de la sensation amène le rappel incessant de l'idée, celle-ci devient une obsession, elle émeut le sujet et devient l'origine d'une série d'idées suggestives et de troubles fonctionnels.

Si donc l'idée n'est que la cause occasionnelle des désordres, le terrain est tout et il importe d'étudier attentivement les causes qui influent sur la réceptivité et l'automatisme cérébral. Ici l'hérédité, l'hystérie, la neurasthénie, la chlorose, le diabète et en général les états morbides qui amènent la déchéance de l'organisme interviennent à des degrés divers et avec une intensité variable pour modifier le terrain cérébral.

Ceci posé et étant admis que sur un terrain favorable l'idée peut devenir la source de troubles dynamiques, l'auteur arrive à la partie clinique de son travail et montre que les troubles nombreux, auxquels l'élément psychique peut donner lieu, peuvent se diviser en deux groupes ; le premier comprend tous les phénomènes provoqués par les maladies organiques et qui se surajoutent à elles, dans le second se rangent les faits où les accidents surviennent en dehors de toute altération organique antérieure : ici l'élément psychique constitue à lui seul toute la maladie. Ces accidents ne peuvent, grâce à leur nombre et leur variété, être présentés comme des cas définis; aussi l'auteur se borne-t-il à rapporter diverses observations à titre d'exemple.

La thèse se termine par des considérations relatives au traitement des troubles de nature psychique ; la suggestion doit être appliquée avec intelligence et discernement, chaque malade devant être traité suivant son individualité psychique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tumeurs de la moelle et de ses enveloppes (Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tumoren des Rückenmarks und seiner Haüte), par MÜLLER (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, Bd. LIV, Heft 4 u. 5).—On a trouvé les tumeurs les plus variables dans la moelle épinière (*gliome, sarcome, gliosarcome, cylindrome, mélanome, fibrome, lipome, carcinome, myxome, enchondrome, ostéome* et *psammome*). Elles siègent tantôt en dehors de la dure-mère, tantôt en dedans. Les lésions secondaires qu'elles déterminent dans la moelle épinière sont également variables. La lésion la plus fréquente, connue sous le nom de myélite par compression, n'est autre chose qu'une stase de la circulation lymphatique normale, à laquelle peut s'ajouter une ischémie, ce qui explique le ramollissement que l'on constate quelques fois dans ces cas. Les dégénérescences secondaires sont connues depuis longtemps. Schultze a cependant décrit en dehors des dégénérescences connues, la dégénérescence en virgule dans les cordons postérieurs et qui s'étend à six centimètres au-dessous du siège de la compression. Davemberger a vu, également au-dessous de la compression, une zone dégénérative entre les cordons de Goll et de Burdach, tandis que dans le cordon antéro-latéral (*faisceaux pyramidaux*) existe une bande de dégénérescence mal limitée. Dans le cas de l'auteur, il s'agit d'un malade de 46 ans qui souffre d'une paraplégie. La sensibilité tactile et douloureuse a disparu presque complètement jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Il y a de l'œdème de la papille. Le malade a des eschares au sacrum et aux talons. A l'autopsie on a trouvé un sarcome dans le rein gauche avec métastase dans le rein droit, le mésentère, le cœur, le cerveau et la moelle épinière. Dans cette dernière, la tumeur, du volume d'une amande, siège entre le deuxième et le troisième nerf intercostal. La tumeur, entourée de l'arachnoïde et de la pie-mère, n'est pas adhérente. La moitié dorsale inférieure de la moelle est ramollie. Dans les nerfs de la queue de cheval, il existe plusieurs tumeurs du volume d'une prune. L'examen histologique de ces tumeurs a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme. Il y a de la dégénérescence ascendante au-dessus du siège de la compression. Au niveau du point comprimé il existe dans la corne postérieure un foyer de ramollissement.

Ophthalmoplégie externe bilatérale et hémiplégie droite consécutives à la rougeole, par F. RAYMOND (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* septembre 1895). — Le petit malade, âgé de 8 ans, qui fait l'objet de ce travail a eu la rougeole en 1894, qui le retint alité pendant quinze jours.

Pendant son séjour au lit, l'enfant se plaint un matin de fourmillements dans la main droite; quelques jours après, cette main est maladroite et faible. Il saisit mal et laisse échapper les objets. Bientôt, la convalescence étant survenue, on commença à lever l'enfant, et la mère s'aperçut que l'enfant marchait très difficilement et trébuchait comme s'il avait bu. Presque en même temps que ces phénomènes, la mère a remarqué des troubles oculaires. En examinant le malade, on trouve du côté des yeux les phénomènes suivants : l'œil gauche était dans une position normale et l'œil droit dévié et dehors. Dans le premier, les mouvements de latéralité étaient complètement perdus, l'élévation très limitée et l'abaissement normal. Dans l'œil droit, l'élévation et les mouvements latéraux restaient très incomplets. Il existait en outre un certain ptosis bilatéral qui donnait au visage l'expression spéciale au faciès de Hutchinson. Les pupilles étaient égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle était intacte. Du côté des membres, une titubation manifeste qui donnait à la démarche un caractère incertain et ébrieux, et en outre une hémiparésie droite. Cette hémiparésie, avec participation au facial inférieur, s'est compliquée d'une atrophie de la main. Il s'agissait là d'une atrophie simple, sans modifications qualitatives ni quantitatives de l'excitabilité électrique. La sensibilité ne présentait aucune altération. Au mois de mars 1895, deux nouveaux symptômes se sont développés, savoir, un nystagmus provoqué par les mouvements d'élévation des globes oculaires et un tremblement du membre supérieur droit provoqué par les mouvements volontaires. A ce moment, la titubation semblait moins accentuée. Plus tard, les troubles oculaires se sont notablement amendés. Quant au siège de la lésion, le professeur Raymond admet l'existence d'un ou plusieurs foyers morbides à la partie supérieure du pont de Varole, intéressant la région de l'aqueduc et la moitié gauche de la protubérance. Quant à la cause, il est probable que les toxines de la rougeole, introduites dans le sang, sont venues exercer leur action délétère sur la région protubérantielle. Elles auraient déterminé une artérite infectieuse dont les conséquences habituelles sont, comme on le sait, des foyers d'hémorrhagie et de ramollissement.

Contribution à la nature hystérique de la tétanie des femmes enceintes, par GILLES DE LA TOURETTE et BOLOGNESI (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* septembre 1895). — Parmi les auteurs qui ont apporté des données intéressantes sur la tétanie, il faut citer M. Raymond qui, en 1886, a émis l'idée que la tétanie n'est qu'un syndrome se rattachant à divers états pathologiques, parmi lesquels vient en première ligne l'hystérie. L'observation rapportée par les au-

teurs confirme cette manière de voir. Il s'agit d'une femme de 34 ans, entrée dans un service d'accouchement pour des accidents convulsifs pouvant faire penser à la tétanie chez une femme enceinte. Cette femme, réglée à 13 ans, fait remonter l'époque de ses premières crises à cette époque. Puis les crises ont disparu jusqu'à l'âge de 20 ans, époque de son mariage. Elle n'a jamais eu de grandes attaques, mais sentait souvent une boule qui partait de l'estomac et montait à la gorge, avec des accès de rire et de pleurer sans motif. Pendant sa deuxième grossesse, au cours du 7e mois, survient une crise tétaniforme analogue à celle qu'elle avait eue au cours de sa puberté. Deux ou trois heures avant l'attaque, la malade se sentit mal à l'aise; elle était prise par instants de bâillements et de bouffées de chaleur à la gorge; puis, au moment de dîner, elle fut prise d'engourdissements dans les mains et d'une absence complète de la sensibilité au contact. Ses mains étaient raides, mais non douloureuses. Cette première crise dura une heure et se termina par une abondante émission d'urine. A l'hôpital, les auteurs ont eu l'occasion d'observer ces crises qui surviennent assez souvent à la suite d'une émotion. Elles sont précédées par une aura, puis les les contractures apparaissent. Les membres supérieurs sont tantôt en demi-flexion, tantôt en extension. La main prend l'attitude de l'accoucheur qui va pénétrer dans le vagin, ou du pauvre qui demande l'aumône. Les membres inférieurs sont toujours en extension avec adduction. Le pied prend l'attitude du pied bot varus équin. A mesure que l'époque de l'accouchement approche, la fréquence des crises diminue, et, pendant le 9e mois de la grossesse, les attaques ont disparu pour ne plus revenir.

Sciatique-névrite et sciatique-névralgie, par DONADIEU-LAVIT (*Nouveau Montpellier médical*, juillet et septembre 1895). — L'auteur, après avoir rapporté deux observations de sciatique-névrite et quatre observations de sciatique-névralgie, traitées avec succès par les bains chauds, le massage et les douches, termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Dans les cas subaigus de sciatique-névrite avec douleurs lancinantes ou réveil facile des douleurs, la cure doit être purement balnéaire.

2° Dans les cas chroniques alors que la douleur s'est apaisée définitivement et qu'il y a persistance des troubles trophiques et de la claudication, des douches chaudes et enfin chaudes et froides, aidées d'un massage intelligent sur les masses musculaires atrophiées doivent être mises en usage.

3° Dans les cas de sciatique-névralgie subaigüe avec crises paroxystiques et réveil facile de la douleur, la cure doit être purement balnéaire et tempérée.

4° Dans les cas de sciatique chronique avec douleur sourde continue, insupportable, permettant la marche et souvent soulagée par elle, les bains de piscine chaude doivent être mis en usage. L'emploi des douches froides minérales est une arme à deux tranchants. L'exacerbation thermale par les douches ne doit pas dépasser certaines limites que seul le médecin peut apprécier.

MÉDECINE

L'amygdophénine, *un nouvel anti-rhumatismal* (Ueber Amygdophenin, ein neues Antirheumaticum), par STUVE (*Centralb. f. innere Med.*, 1895, n° 46, p. 1113). — L'amygdophénine, un nouveau médicament avec lequel l'auteur a fait une série d'expériences, est un dérivé du paramidophénol dans lequel un atome du groupe amide est remplacé par de l'acide amygdalique. L'amygdophénine se présente sous forme d'une poudre d'une poudre cristalline grisâtre, difficilement soluble dans l'eau.

D'après les recherches faites par l'auteur à la clinique du professeur Noorden, l'amygdophénine, à la dose de 3 à 6 grammes par jour (en paquets de 1 gramme), agirait d'une façon tout à fait remarquable dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans la majorité des cas, les douleurs disparaissent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et la guérison est complète au bout de cinq, six jours. Le médicament n'aurait, de plus, aucun des inconvénients propres au salicylate de soude et n'exercerait aucune action fâcheuse sur l'estomac ni le système nerveux.

Les propriétés antipyrétiques et antinévralgiques de l'amygdophénine sont moins accusées.

Le salophène dans la forme nerveuse de l'influenza (Zur Behandlung der nervösen Form der Influenza mit Salophen), par DREWS (*Centralb. f. innere Med.*, 1895, n° 47, p. 1137). — Dans une récente épidémie d'influenza à forme nerveuse, caractérisée principalement par des maux de tête violents, des douleurs rhumatismales dans les membres, par des névralgies typiques, de la photophobie, de l'affaiblissement de l'ouïe, etc., l'auteur, après avoir successivement échoué avec l'antipyrine et le salicylate de soude, s'adressa au salophène, qui, dans ces cas, a donné des résultats vraiment surprenants : la guérison au bout de deux ou trois jours. Chez les hommes, l'auteur donnait 5 ou 6 grammes par jour; chez les femmes, la dose a été de 3 à 4 grammes, par paquets de 50 ou 75 centigrammes.

Médication thyroïdienne (The treatment of goitre and exophthalmic goitre by thyreoid extracts and dessicate thyreoids), par INGALS et OHLS (*New York med. Journ.*, 7 septembre 1895, p. 302). — Les auteurs rapportent six cas de ces affections traitées par les préparations du corps thyroïde. Les phénomènes d'intoxication qu'ils ont observés après l'ingestion sont la céphalalgie, l'étourdissement, le tremblement, la rachialgie, des troubles des facultés intelligentes; sauf ces troubles, le résultat thérapeutique a été excellent. Voici, du reste, les conclusions des auteurs : la mort peut survenir chez les malades qui ont présenté les phénomènes d'intoxication énumérés plus haut, si l'on continue l'administration des médicaments aux mêmes doses. La poudre de corps thyroïde desséché paraît plus active et plus stable que l'extrait liquide. Le traitement par les injections hypodermiques a une action aussi rapide que l'ingestion par la voie digestive. La dose de corps thyroïde sec ne doit pas dépasser, chez l'adulte, 5 centigrammes au début; mais on peut l'élever graduellement jusqu'à 10 et 15 centigrammes. Le médicament détermine dans certains cas une diminution du poids du corps, mais ce résultat est tout à fait incertain et varie d'un individu à l'autre. Il est probable qu'il dépend des troubles digestifs. C'est dans le traitement du myxœdème que le traitement a une valeur incontestable. Dans la maladie de Basedow, la médication thyroïdienne amène une diminution rapide du volume de la glande, mais elle n'exerce aucune action sur l'exophtalmie et semble aggraver les phénomènes cardiaques. C'est pour cette raison qu'on doit en user avec modération et surveiller le traitement. Dans quelques cas de goître simple, l'administration interne du corps thyroïde donne de très bons résultats au point de vue de la diminution du corps thyroïde. On peut voir cette amélioration dans 70 p. 100 des cas. Quelques faits cliniques ont démontré que la médication thyroïdienne donne de bons résultats dans d'autres maladies par l'intermédiaire de son action sur la glande thyroïde.

Des troubles cardiaques à l'époque de la puberté chez les jeunes filles (Ueber Herzbeschwerden während der Menarche), par KOSCH (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 39, p. 845.) — D'après l'auteur, on peut observer chez des jeunes filles, à l'époque de la puberté, des troubles cardiaques pouvant se présenter sous trois formes différentes. Dans certains cas où il s'agit d'individus bien portants sous tous les rapports, on n'observe que des palpitations nerveuses ou de la tachycardie paroxysmale procédant par accès et disparaissant après l'établissement de la menstruation. Dans le second groupe, il s'agit de jeunes filles chlorotiques ou aménorrhéiques ou bien chez lesquelles la menstruation apparaît tardivement; chez ces malades, les troubles cardiaques que l'on observe sont du même ordre que ceux des chlorotiques. Dans le troisième groupe, on trouve une véritable hypertrophie du cœur, produite par les modifications que l'appareil circulatoire et tout l'organisme subissent au moment de la puberté.

CHIRURGIE

Tumeur de la colonne vértébrale (Ueber einen Fall von Tumor der Wirbelsaüle), par OPPENHEIM (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 47, p. 1205). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de trois ans qui, peu de temps après une rougeole, fut pris de parésie du bras droit. La mère de l'enfant remarqua en même temps que la pupille et l'orifice

palpébral du côté droit sont devenus moins larges que ceux du côté gauche. La parésie du bras droit fut suivie quelques semaines plus tard d'une parésie du membre inférieur droit, puis gauche, et enfin de troubles vésicaux.

Lorsque l'auteur vit l'enfant quelque temps après le début des accidents la paraplégie était complète. La paralysie du bras droit était localisée à la main et aux doigts et avait amené une atrophie des muscles de l'éminence thenar et hypothénar et des interosseux, si bien que la main avec l'aspect caractéristique de la main dite en griffe. La paralysie était spasmodique et tous les réflexes étaient exagérés. A l'examen on trouva en plus un développement considérable du système veineux superficiel du membre supérieur du côté droite. La colonne vertébrale n'était ni déformée, ni douloureuse à la pression.

L'ensemble de ces symptômes et surtout la présence des phénomènes oculo-palpébraux indiquaient l'existence d'une tumeur vertébrale ou médullaire au niveau de la septième paire cervicale. Aussi l'auteur engagea-t-il les parents de faire opérer l'enfant.

Le conseil de l'auteur ne fut suivi que quelques mois plus tard. Malheureusement le jour même de son entrée à l'hôpital, le malade contracta une pneumonie infectieuse qui l'emporta en vingt-quatre heures.

A l'autopsie on trouva un sarcome de la colonne vertébrale au niveau de la moitié droite de la septième vertèbre cervicale et de la première dorsale. La tumeur avait envahi les muscles et descendait jusqu'à la clavicule. Elle avait pénétré dans la sous-clavière et la veine cave supérieure. La septième vertèbre cervicale était complètement usée et la tumeur avait par cette voie envahie le canal vertébral. Les racines étaient presque normales du côté gauche, aplaties et comprimées du côté droit.

L'examen histologique de la pièce n'a pas été fait.

MÉDECINE PRATIQUE

Sous ce titre, nous résumerons très succinctement quelques consultations pratiques dont une expérience déjà longue nous a semblé prouver l'efficacité. Elles seront insérées, suivant la place dont nous disposerons, sans ordre précis, la variété des maladies auxquelles elles s'adressent nous paraissent, au contraire, de nature à les rendre plus facilement utilisables.

I. — Dyspepsie avec douleurs aiguës survenant assez longtemps après les repas, parfois la nuit, calmées au contraire par l'ingestion des aliments. Pas de dilatation de l'estomac.

1° Régime très doux. Si le lait est supporté, instituer le régime lacté exclusif, c'est-à-dire faire prendre toutes les deux heures un bol de lait *écrémé*, sucré avec 25 gr. de sucre de lait, et additionné d'une cuillerée à soupe d'eau de chaux.

Ajouter à ce lait un ou deux potages à la crème de riz, ou bien encore un ou deux laits de poule (jaune d'œuf battu dans une tasse de lait).

Continuer ce régime pendant huit jours s'il est bien supporté. Y ajouter ensuite progressivement ou le remplacer, s'il est mal toléré par des œufs, des purées de légumes, puis des purées de viande, des quenelles, hachis, etc. Comme boisson, ne prendre que de l'eau de Vichy, de Vals, ou d'Alet.

Peu à peu, ne plus faire que trois repas par jour et reprendre une alimentation plus animalisée, mais en s'abstenant *longtemps* de toute boisson alcoolique, ainsi que des ragouts, épices, sauces, gibier, charcuterie, fruits crus.

2° Comme médication, prendre :

a) Le matin au réveil *cinq* grammes de sulfate de soude dissous dans une tasse d'infusion de camomille ou mieux encore dans un verre à boire d'eau de Carlsbad (Mühlbrunnen) chauffée au bain-marie.

b) Cinq fois par jour, une demi-heure avant les repas et de plus le matin et le soir, prendre un des cachets suivants :

Magnésie calcinée	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	1 gr.
Poudre d'opium	0 gr. 002

dans un cachet.

c) Au moment des crises douloureuses, prendre 2 ou 3 cuillerées à soupe (à dix minutes d'intervalle) de la potion suivante :

Eau chloroformée saturée	āā 50 gr.
Sirop diacode	
Eau distillée de menthe	

L. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la responsabilité civile ou pénale que peuvent encourir les chirurgiens.

On croit souvent, surtout en France, qu'aucune poursuite ne peut être exercée contre les médecins ou chirurgiens dûment diplômés. De temps à autre cependant des procès, plus ou moins retentissants, prouvent qu'il n'en est rien. Les médecins qui se sont trompés en rédigeant leurs ordonnances et les chirurgiens qui ont, sans consulter leurs opérés, pratiqué inutilement de graves mutilations; sont poursuivis et parfois condamnés lorsqu'il y a eu de leur part *faute lourde*. Il n'est donc pas sans intérêt de préciser à ce point de vue l'état de la législation française et des interprétations que lui donnent les tribunaux. C'est ce qui nous engage à reproduire une très intéressante étude juridique publiée dans la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* par M. Léon Hamonic, licencié en droit, rédacteur aux *Pandectes français*. L'auteur s'est surtout préoccupé de la chirurgie abdominale. Voici en quels termes il apprécie les questions de responsabilité :

« Déclarer, dit-il, le chirurgien responsable de toute incurie, de toute inadvertance, erreur ou même faute, eût été rendre impossible l'exercice de l'art chirurgical.

« Et d'abord, qui pourrait se prononcer sur le degré d'incurie, de maladresse ou d'ignorance d'un chirurgien, à la suite d'une opération désastreuse? Le confrère lui-même serait-il apte à porter un jugement définitif et équitable sur le procédé opératoire vicieux, ou sur la maladresse d'un chirurgien qui peut, après tout, n'avoir été que malheureux?

« La question nous paraît, tout au moins, fort discutable.

« Dans une opération de grande chirurgie, n'est-il pas nécessaire de tenir compte d'une foule de circonstances impossibles à prévoir, d'une foule d'accidents qui peuvent inquiéter, troubler ou même induire en erreur le praticien le plus consommé?

« Et alors, que serait un texte admettant une responsabilité complète? Il mettrait le chirurgien dans l'impossibilité absolue de tenter une grave opération dont le résultat est incertain.

« Donc aucune règle spéciale n'a été formulée.

« Toutefois, la responsabilité doit-elle disparaître tout à fait? Le médecin peut-il, derrière son diplôme, se croire, dans tous les cas, à l'abri des articles 1382 et suivants du Code civil, 319 et 320 du Code pénal?

« Les articles 1382 et suivants du Code civil déclarent que : Tout fait quelconque de l'homme, toute faute, imprudence ou négligence causant un dommage à autrui, oblige celui par la faute duquel le dommage s'est produit, à le réparer.

« L'homme est responsable non seulement du dommage qu'il cause par son propre fait, mais encore de celui causé par le fait des personnes, dont il doit répondre, ou des choses qu'il a sous sa garde.

« De même les articles 319 et 320 du Code pénal sont conçus en ces termes : Art 319. — « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans d'une amende de cinquante à six cents francs. » — Art. 320. — « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précautions que des blessures, le coupable sera puni de six jours à deux mois d'emprisonnement, d'une amende de seize à cent francs ; ou de l'une de ces peines seulement. »

Ces articles de loi, on peut le constater, sont conçus en termes

généraux et n'excluent personne, n'admettent aucune exception; le chirurgien, comme tout autre, tombe sous leur application.

Ce sont ces textes qui régissent les responsabilités que peut encourir un opérateur.

La tendance moderne est d'opérer beaucoup et largement.

Qu'importe à l'homme de loi, au jurisconsulte, au magistrat? Il n'a pas à s'immiscer dans les théories scientifiques, à porter un jugement quelconque sur les querelles d'école (1).

Malgré tout, au point de vue de l'interprétation et de l'application des textes sus-énoncés, il y a grand intérêt à établir une sorte de classification des opérations chirurgicales, basée sur les tendances actuelles.

Trois cas peuvent se présenter :

1° Le malade est atteint d'une affection qui nécessite, sous peine de mort, une intervention chirurgicale *immédiate*.

2° L'intervention chirurgicale pourrait être encore différée, mais deviendrait *indispensable* dans un temps plus ou moins rapproché.

3° L'affection ne met pas actuellement et ne mettra jamais en danger les jours de celui qui en est atteint, mais lui cause toutefois des douleurs ou une gêne fonctionnelle que seule une opération peut faire disparaître.

Les règles générales sont les mêmes pour ces trois cas, mais l'application de ces règles et des pénalités qu'elles entraînent peut et doit varier dans chacune de ces espèces.

Et d'abord, comment le chirurgien se rend-il responsable? A quel moment commence sa responsabilité? Qui peut lui intenter une action en responsabilité?

Répondre à ces questions, c'est exposer succintement les principes qui régissent le corps médical.

Le chirurgien engage sa responsabilité lorsqu'il compromet la vie de son malade par une imprudence, une négligence impardonnables, inexplicables; par une erreur grossière, plus même, monstrueuse et démontrant chez lui une impéritie, une ignorance coupable des choses que tout opérateur doit connaître.

Il peut encore engager sa responsabilité lorsqu'il fait sur le malade des essais hasardeux de nouvelles méthodes opératoires et que ces nouvelles méthodes sont contraires au bon sens, à la logique ou à des principes absolument certains de la science (2).

Pour nous résumer en une formule : *le chirurgien doit, en toutes circonstances, respecter les règles de bon sens, de prudence et de savoir élémentaire auxquels est assujetti l'exercice de toute profession* (3).

En dehors de ces cas de fautes grossières et impardonnables, de négligence ou d'imprudence que rien ne peut justifier, d'erreur manifeste, le chirurgien est irresponsable. Un diagnostic erroné l'ayant amené à pratiquer une opération dangereuse, inutile et qui a provoqué la mort de l'opéré, n'engage en rien sa responsabilité, alors que l'aspect du malade pouvait, à la rigueur, justifier l'erreur (4).

Ici se soulève une question. Le médecin se trouve en présence d'un malade dont l'affection ne peut être guérie que par une intervention chirurgicale relativement facile. Soit par timidité, soit par ignorance, le praticien ne tente pas l'opération et le malade meurt (5). Y a-t-il responsabilité? Nous ne le croyons pas. La loi n'a pas pour but de punir l'ignorance du médecin, alors que cette ignorance reste *passive*, c'est-à-dire purement spéculative et indépendante de la pratique chirurgicale, mais bien l'erreur grossière et constatée qui a pour cause une ignorance présomptueuse qui pousse le praticien à faire ce dont il est incapable.

Dans ce cas, dira-t-on, le médecin incapable devait faire appeler un confrère; sa faute est de ne pas avoir appelé à son secours un praticien plus habile. Il y a faute certes, dans la

1. Voir, en ce sens, un arrêt de Cassation du 21 juillet 1862 (*Recueil de Sirey*, 1862, 1. 817; *Recueil Dalloz*, 1862, 1. 419).

2. Jugement du tribunal de Gray, 29 juillet 1873 (*Recueil de Sirey*, 1874, 2. 58).

3. Voir un arrêt de Cassation du 21 juillet. 1862 (*Recueil de Sirey*, 1862, 1. 817; *Recueil de Dalloz*, 1862, 1. 419).

4. Voir un arrêt de la Cour de Bordeaux du 24 mai 1892, (*Journal des arrêts de Bordeaux*, 1892, 1. 306).

5. Par exemple un phlegmon abdominal qui doit absolument être incisé.

conduite du médecin, mais faute que seule sa conscience peut lui reprocher : en aucun cas, le médecin n'est tenu d'avoir recours aux lumières d'un autre. Les premiers coupables dans le cas présent sont le malade ou les membres de sa famille qui n'ont pas pris l'initiative d'une consultation médicale, après avoir constaté les tâtonnements, les doutes, l'incapacité du médecin familier.

Il n'y aurait pas non plus responsabilité pour un opérateur qui appliquerait un nouveau mode opératoire, alors que ce mode est l'objet de discussions. Nous l'avons déjà dit, le magistrat n'a à intervenir d'aucune manière dans les faits d'ordre purement scientifique (1).

Mais quand la responsabilité du chirurgien est bien démontrée, qui peut intervenir en justice, qui peut poursuivre l'opérateur?

Ici s'impose une courte distinction juridique...

La responsabilité des chirurgiens peut être *civile seulement*, ou bien *civile et pénale* conjointement.

La *responsabilité civile* est celle qui découle des art. 1382 et suivants du code civil, *supra* énoncés. L'action civile qui a pour but d'obliger le chirurgien à réparer le dommage causé, pourra être intentée par tous ceux que ce dommage atteint, mais par ceux-là seulement. Exemple : une mère de famille meurt sous le couteau d'un opérateur responsable; le mari de la morte, les enfants subissent un préjudice incontestable : à eux appartient le droit de poursuivre le chirurgien. Si, toutefois, ils renoncent à cette poursuite, un neveu, un cousin ou simplement un ami aurait-il le droit de réclamer des dommages-intérêts au médecin coupable?... Non, évidemment non... Ceux-là seuls ont le droit de demander réparation d'un préjudice qui l'ont *réellement* éprouvé et qui le démontrent.

A côté de cette responsabilité civile, s'élève la *responsabilité pénale*. C'est celle qui résulte des art. 319 et 320 du code pénal précités. Cette responsabilité a lieu chaque fois que, par son incurie, sa maladresse, ou son ignorance démontrés, l'opérateur est cause de la mort, ou d'une blessure grave de son opéré. C'est encore aux intéressés à poursuivre criminellement le chirurgien responsable. Cependant, dans ce cas, à la différence de l'action civile, le procureur de la République peut intervenir et poursuivre directement dans l'intérêt de la loi et de la société.

Comment les juges doivent-ils appliquer, dans les différents cas que nous avons prévus, les règles générales que nous venons de poser?

En cette matière, les textes étant excessivement vagues, et rien de précis n'ayant été et même n'ayant pu être posé par le législateur, les magistrats ont plein pouvoir d'appréciation; c'est ce qui explique une certaine hésitation, je dirais presque une certaine incohérence dans la jurisprudence. Cependant, aujourd'hui, la tendance générale est de *n'admettre sérieusement la responsabilité des chirurgiens que dans les cas bien démontrés d'erreur impardonnable, de légèreté inexcusable, ou d'ignorance vraiment coupable*.

Mais une fois la responsabilité bien établie, le degré en doit varier suivant les espèces.

Nous sommes d'abord en présence d'un cas grave qui nécessite l'intervention *immédiate* et *énergique* du chirurgien. La faute grossière, la négligence coupable sont presque excusables ou tout au moins considérablement atténuées par la rapidité avec laquelle l'opérateur doit intervenir. Il n'a pas, dans ce cas, le temps d'étudier à fond les parties qu'il explore, de pratiquer une opération sage, sûre et depuis longtemps réfléchie. Il doit opérer vite et de suite sous peine de voir mourir le malade. Le magistrat se montre alors excessivement doux dans l'application des pénalités des art. 316 et 320 du Code pénal; il réduit à leur plus simple expression les dommages-intérêts envers les parties qui ont subi un préjudice. *En réalité, il est excessivement rare que l'on donne suite à une action en responsabilité chirurgicale dans le cas présent*.

Envisageons maintenant le cas où l'intervention chirurgicale ne s'impose pas immédiatement, mais devra fatalement avoir lieu dans un temps plus ou moins lointain.

1. Comp. un arrêt de la cour de Besançon du 18 décembre 1844 (*Recueil de Sirey*, 1845, 2. 602).

Le chirurgien opère de suite pour éviter au malade une intervention plus lointaine, mais aussi plus cruelle, plus considérable, et surtout plus aléatoire. L'intention, certes, est louable; toutefois, comme le danger n'est pas immédiat, le praticien peut et doit même, avant d'opérer, étudier, réfléchir, prendre, en un mot, les mesures qui doivent l'assurer du plus grand nombre de chances de succès. Ne le fait-il pas, il a tort; et c'est mal défendre les intérêts de son malade que d'opérer trop vite, à la légère, que de compromettre la santé ou la vie du sujet par une opération moins considérable, mais non réfléchie, alors qu'il aurait pu le sauver par une opération plus grave, mais bien étudiée, bien conçue, bien mûrie...

Dans ce cas, les magistrats se montrent plus sévères, en tenant compte toutefois de l'intention honnête de l'opérateur.

Nous nous trouvons maintenant en présence d'un sujet malade, ayant une affection douloureuse, mais qui, ni dans le présent, ni dans l'avenir, ne compromet sa vie. L'intervention chirurgicale n'a qu'un but, le soulager. Quel est le devoir du chirurgien?

Le chirurgien concienciеux ne doit, en présence d'un sujet, opérer qu'après mûre réflexion et à la seule condition que les douleurs rendent réellement insupportable l'existence du patient. Soulager l'humanité de ses maux est noble certes, mais à une condition, c'est que les risques à courir ne soient pas trop considérables.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas, l'opérateur prendra toutes les précautions morales et matérielles. Il fera part au malade et surtout à son entourage qui, plus que le patient affolé par la douleur, comprendra la situation, de la nécessité de l'intervention, seule capable d'amener un résultat que ne peut donner la thérapeutique médicale.

Il obtiendra leur assentiment, après avoir nettement démontré les chances que court le futur opéré; et quand l'opération aura été décidée d'un commun accord, le chirurgien fera bien de choisir ses aides parmi des docteurs en médecine.

Pendant le cours de l'opération, il fera ressortir, s'il y a lieu, la nécessité de s'éloigner du mode opératoire classique : il signalera les incidents fortuits, les anomalies anatomiques et pathologiques, et en un mot l'imprévu que cependant on doit prévoir autant que possible.

Il s'efforcera de justifier sa conduite de manière à dégager en partie sa responsabilité, tout en la faisant supporter en certaine proportion à son entourage actif.

Cette façon de procéder a l'avantage de bien mettre en relief les mille circonstances susceptibles de troubler la marche d'une opération et d'en aggraver le pronostic. Ces circonstances tout à fait en dehors du chirurgien ne sont en réalité que des cas de *force majeure*, qui ne peuvent donner lieu à responsabilité.

On comprend donc la nécessité pour le praticien de ne négliger aucune de ces précautions, faute desquelles la responsabilité devient entière. »

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces conseils, en général très sages. M. Hamonic a omis de recommander à tous les chirurgiens, dans tous les cas litigieux, d'accepter toujours, de provoquer même une ou plusieurs consultations avec des confrères autorisés par leur situation officielle ou leur renommée scientifique ou professionnelle. La responsabilité du chirurgien sera toujours atténuée, elle sera même nulle s'il a pris la précaution de s'éclairer des conseils de ses maîtres ou de ses confrères et s'il se couvre de leur assentiment formel.

VARIÉTÉS

Société pastorienne. — Jeudi dernier s'est constituée par-devant notaire la Société d'application des méthodes pastoriennes.

Cette société a pour objet :

1° L'édification, à Paris, et l'exploitation d'établissements destinés à l'hospitalisation de malades traités par application des méthodes de l'institut Pasteur et en général à la diffusion de ces méthodes;

L'acquisition, à cet effet, de tous immeubles et notamment d'une grande propriété située à Paris, rue Dutot, n°s 22, 24, 26 et 28, aboutissant à la rue de Vaugirard sur laquelle elle porte les n°s 205 et 215;

2° L'acquisition, par tous modes et à tous titres, de tous immeubles construits et non construits et l'édification, sur tout ou partie des terrains, de constructions quelconque, la mise en valeur, la vente et l'échange des immeubles de la société;

3° Et généralement toutes opérations se rattachant par un côté quelconque à l'objet de la présente société et au développement des méthodes pastoriennes.

La durée de la société est fixée à quatre-vingt-dix-neuf ans. Le capital social est fixé à 10,000 francs, divisés en cent actions de 100 francs, qui ont été souscrites par dix personnes et libérées complètement le 17 décembre dernier. Le siège social de la société est à Paris, rue Dutot, 25.

La société est administrée par un conseil composé de trois membres au moins et de cinq au plus, nommés par l'assemblée générale. Les administrateurs sont nommés pour six ans. Dans la réunion de constitution qui a été tenue hier, ont été nommés administrateurs : MM. Duclaux, J.-B. Pasteur, Emile Roux et Vallery-Radot.

Les produits nets de la société, déduction faite de toutes les charges, constituent les bénéfices sur lesquels il sera prélevé : 1° 5 p. 100 pour constituer la réserve légale; 2° la somme nécessaire pour servir 3 p. 100 aux actionnaires. L'assemblée générale décidera, s'il y a lieu, de distribuer tout ou partie du surplus des bénéfices aux actionnaires ou si, au contraire, ces bénéfices doivent être laissés dans la société et employés au développement des opérations.

Cliniques et polycliniques subventionnées. — Malgré les protestations du Syndicat des médecins de la Seine et l'avis conforme du Conseil général des Sociétés d'arrondissement du département de la Seine, le Conseil municipal a voté une subvention de 5 000 francs et rétabli une subvention de 8 000 francs supprimée l'année dernière à deux polycliniques privées.

— A la suite du concours ouvert le 9 décembre 1895, M. le docteur Albert (Charles-Louis-Raymond) a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole du Val-de-Grâce.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Marseille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Petit, Bartoli et Julia. — Internes provisoires : MM. Reboul, Vial, Camoin et Laporte.

Banquet Lannelongue. — *Erratum.* — Nous signalons à nos lecteurs une erreur qui nous a fait fixer au 13 janvier la date du banquet, lequel aura lieu le *16 janvier*.

Académie de médecine. — A la séance de mardi dernier, 31 décembre, M. René Blache a été élu *membre associé libre* au 2e tour de scrutin par 46 voix contre 26 à M. Rivière, 4 à M. Corlieu, 2 à M. Commenge.

Légion d'honneur. — Ont été nommés *commandeurs :* MM. Bouchard, Duclaux, Marey, Potain (de l'Académie des sciences), Morache (médecin inspecteur).

Officiers : MM. d'Arsonval, Armand Gautier, Grimaux, Moissan, Périer, Lépine (de l'Académie des sciences), Lancereaux (de l'Académie de médecine).

Chevaliers : MM. Leblond, Floquet, Briand (de Villejuif), Brissaud, Lubet-Barbon, Baudin (de Nantua), Tournet-Desplantes (de Nogent-le-Rotrou), Mairet (de Montpellier), Perret (de Rennes), Bertheau (de Vicq-sur-Nahon), Defaucamberge (de Gien), Coulomb (de Draguignan).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie

Par M. J. Vanverts, interne des hôpitaux.

La littérature médicale ne renferme que six observations dans lesquelles la trachéotomie a été employée pour combattre les accidents graves de l'anesthésie. Devant en discuter plusieurs points dans le cours de ce travail, nous commencerons par donner un résumé de chacune d'elles.

Observation I. — Howse (1) pratiqua la trachéotomie sur un malade (anesthésie par le chloroforme) pour arrêt de la respiration dû à un spasme de la glotte. On avait pratiqué la respiration artificielle sans résultat, l'air ne pénétrant pas dans les poumons, Dès que la trachée fut ouverte, l'air commença à passer et l'on reprit immédiatement la respiration artificielle. Mais, avant que la canule fût en place, une certaine quantité de sang pénétra dans la trachée qu'on dut vider par aspiration. Le malade étant de nouveau anesthésié quatre jours plus tard (par l'éther), le même accident (spasme de la glotte) se reproduisit; mais la plaie trachéale encore béante suffit au passage de l'air.

Howse parle d'une autre circonstance dans laquelle il aurait sauvé la vie de son malade en faisant rapidement la trachéotomie; mais il ne donne aucun détail sur ce cas.

Obs. II. — M. Thiéry (2) fut appelé à pratiquer la même opération au cours d'une chloroformisation (pour une ovariatomie) : 47 minutes après le début de l'opération, subitement la respiration s'embarrasse et la malade passe à l'état asphyxique, La langue, dont le renversement dans le pharynx avait été la cause du début des accidents, est attirée hors de la bouche. Cependant l'asphyxie devient complète et le pouls disparaît. La respiration artificielle par élévation des bras et pressions thoraciques pratiquée pendant un quart d'heure reste inefficace. De temps en temps on insuffle de l'air bouche à bouche; mais il passe dans le tube digestif et ne remplit qu'incomplètement les poumons. A 9 heures 47 on pratique la trachéotomie, puis des insufflations directes et des pressions expiratrices du thorax. A 10 heures 45 on a recours à la respiration artificielle à l'aide d'un appareil spécial. Enfin à 11 heures 28 se produit la première contraction du diaphragme.

1. Howse, *British medical Journal*, 1878, t. II, p. 642. Observation reproduite *in extenso in* thèse de Gerbaux, p. 60.
2. Thiéry, *Gazette médicale de Paris*, 1887, p. 423.

Obs. III. — Dix minutes après la cessation d'une éthérisation normale, une malade de M. Poncet (1) est prise d'une syncope due à la position assise dans laquelle on l'avait placée par inadvertance. Malgré l'emploi de la respiration artificielle et de différents excitants continué longtemps, la cyanose se prononce de plus en plus. M. Poncet soupçonnant que l'asphyxie peut être entretenue par des mucosités encombrant le larynx et la trachée, pratique la trachéotomie et introduit une canule dans la trachée.

On reprend la respiration artificielle et de temps en temps on insuffle directement de l'air. Ce n'est qu'une heure un quart après le début des accidents que plusieurs inspirations se produisent; puis la respiration normale se régularise.

Obs. IV (2). — A la suite de phénomènes asphyxiques apparus dans le cours d'une éthérisation chez un enfant, les moyens classiques employés pendant quatre à cinq minutes étant restés inefficaces, et des mucosités paraissant encombrer l'arrière-gorge, M. Poncet se hâta de pratiquer la trachéotomie pendant que l'on continuait systématiquement la respiration artificielle. Quelques instants après, deux à trois minutes au maximum, quelques petits mouvements inspiratoires se produisaient et la malade était sauvée.

Obs. V (3). — Dans le cours d'une anesthésie pour ablation d'un épithélioma du maxillaire supérieur la respiration s'embarrasse, le diaphragme se contracte violemment, il survient un tirage intense et les efforts d'inspiration ne permettent pas à l'air de pénétrer dans les bronches. La chloroformisation ne peut être incriminée, pas plus que la rétraction de la langue. La cause de l'asphyxie est l'obstruction du larynx et de la trachée par le sang qui s'écoule en abondance de la plaie opératoire. En présence de l'inutilité des divers moyens employés, on pratique la trachéotomie. Plusieurs aspirations pratiquées avec la bouche au niveau de la canule permettent d'extraire de nombreux caillots; les bronches redeviennent perméables. On continue l'insufflation, et moins de cinq minutes après la respiration spontanée se rétablit.

Obs VI (4). — Pour combattre des accidents de suffocation datant de quatre jours et dus à un œdème de la glotte (tuberculose lyryngée), M. Thiéry décide de mettre en place une canule trachéale et fait chloroformiser le malade. Dès le début des inhalations chloroformiques, le spasme de la glotte aidant, la cyanose apparaît très menaçante d'emblée et la respiration cesse complètement. La trachée est ouverte après quelques difficultés; mais l'air ne s'y précipite pas. Des insufflations sont lentement et méthodiquement conduites pendant une dizaine de minutes, et à ce moment tout danger est écarté.

A ces six observations nous joindrons la suivante que nous avons recueillie dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Jalaguier.

L'enfant Th... Narcisse, âgé de 5 ans 1/2, est amené le 20 janvier 1895 à l'hôpital Trousseau. Il est atteint d'une angine dont la nature paraît suspecte et placé dans une chambre d'isolement du pavillon des douteux. On reconnaît ensuite que cette angine est de nature streptococcique. Bientôt se développe derrière l'angle de la mâchoire une adénite qui continue à augmenter de volume après la disparition de l'angine. Le 10 février la tuméfaction a acquis le volume d'un œuf de pigeon; elle est rénitente, mais peu nettement fluctuante.

L'enfant est passé dans le service de M. Jalaguier. Pendant quelques jours on injecte dans la tumeur quelques gouttes de naphtol camphré. Le 21 février, la fluctuation étant devenue

1. Poncet, *Soc. méd. Lyon*, 17 décembre 1894, et *Lyon médical*, 13 janvier 1895. — Gerbaux, Thèse de Lyon, décembre 1894, p. 57.
2. Poncet, *loco cit.*, p. 38. — Gerbaux, *loco cit.*, p. 63.
3. Thiéry, *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 174.
4. Thiéry, *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1118.

bien nette, on se décide à intervenir. Après chloroformisation on pratique une courte incision et on enfonce une sonde cannelée qui dissocie complètement les différentes parties de la tumeur et permet l'évacuation complète du pus. Un drain est placé dans la petite cavité.

Au moment où l'opération allait être terminée, l'enfant cesse brusquement de respirer. On pratique aussitôt la respiration artificielle combinée aux tractions rythmées de la langue. Malgré l'emploi longtemps continué de ces deux procédés, unis aux flagellations, aux injections d'éther etc. (seule l'électrisation n'a pas été employée), aucun mouvement respiratoire ne se produit; le pouls a cessé de battre, la pupille est dilatée. En présence de l'inefficacité de ces divers moyens, M. Jalaguier a fait demander une canule à trachéotomie dans un service voisin. C'est donc environ 15 à 20 minutes après le début de l'accident que la trachéotomie est faite. L'incision des couches superficielles ne saigne pas; mais au moment où la trachée est ouverte on voit perler une goutte de sang entre les lèvres de la plaie. On introduit la canule et on pratique de nouveau la respiration artificielle. L'air pénètre dans la poitrine en partie par les voies aériennes supérieures, en partie par l'incision trachéale (car, comme on put le constater ensuite, l'incision trachéale était latérale et la canule n'avait pas été introduite dans la trachée). Cependant, après quelques mouvements de respiration artificielle il semble que le diaphragme commence à se contracter. La canule, dont le rôle avait été nul, est enlevée. En raison des conditions d'asepsie très douteuses dans lesquelles avait été pratiquée la trachéotomie et du siège latéral de l'incision, M. Jalaguier ne suture pas les lèvres de l'incision trachéale. Il rétrécit la plaie cutanée en plaçant un point de suture à son extrémité supérieure et met un petit drain.

Le pouls reste intermittent pendant les quelques heures qui suivent l'opération, puis redevient normal.

Le 23 février le drain est supprimé; le 25 on enlève le point de suture. Le 28 (date de sortie de l'enfant) la plaie est presque complètement cicatrisée.

Tel est le résumé des sept seules observations publiées jusqu'à ce jour comme cas de succès obtenus par la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. Il nous semble, qu'on peut les ranger en deux catégories bien distinctes. Dans la première nous placerons celles où il existait une obstruction des voies aériennes (spasme ou œdème de la glotte, sang dans les voies aériennes etc.) empêchant complètement ou presque complètement et d'une façon permanente l'entrée de l'air (obs. I, V et VI). Dans la deuxième, nous plaçons celles où cette obstruction n'existait pas (syncope, apnée réflexe ou toxique). Il est cependant à remarquer que dans quelques-uns des cas de cette seconde catégorie, la cause primitive des accidents fut peut-être parfois le renversement de la langue dans le pharynx, c'est-à-dire une obstruction des voies aériennes; mais, cette cause disparaissant ordinairement ensuite (la langue étant attirée hors de la bouche), ce n'est plus contre l'obstacle à l'entrée de l'air que pouvait agir la trachéotomie. Et ce fait suffit à justifier notre division, au moins quant aux conclusions que nous voulons en tirer en discutant la manière dont agit la trachéotomie dans les deux ordres de cas.

Elle agit surtout d'une façon mécanique, d'après Poncet, Gerbaux, Thiéry. C'est dans les cas où il existe une obstruction plus ou moins complète des voies aériennes supérieures, qui empêche le passage de l'air (constriction des mâchoires, chute de la base de la langue sur l'épiglotte, spasme et œdème de la glotte, etc.). La trachéotomie agit alors en permettant à l'air l'accès du poumon. Mais c'est bien là l'indication ordinaire de la trachéotomie, indication qui peut donc se trouver remplie pendant l'anesthésie.

A côté de ces observations d'accidents très graves, et qui paraissent devoir être promptement mortels, accidents survenant *du seul fait de l'anesthésie*, il faut aussi ranger ceux dans lesquels, au cours d'une anesthésie chirurgicale compliquée, les malades ont été rappelés à la vie. L'anesthésie a été ici la cause occasionnelle déterminante des accidents, mais le terrain était préparé (lésions du côté du larynx, compressions, déformation de la trachée, etc.).

Ajoutons que dans les cas où la trachée est obstruée par du sang s'écoulant des voies aériennes ou digestives supérieures (opérations sur la bouche, le pharynx, le larynx), ou par des mucosités, la trachéotomie, qu'on pourrait peut-être remplacer par l'intubation du larynx, aura pour but de débarrasser, à l'aide de l'aspiration pratiquée au niveau de la canule et de pressions exercées sur le thorax, la trachée du liquide qu'elle contient.

En dehors de ces cas où il existe un obstacle à l'entrée de l'air, nous ne croyons pas que la trachéotomie agisse d'une façon mécanique. Quand les voies aériennes sont libres, la respiration artificielle, pratiquée à l'aide de l'élévation et de l'abaissement des bras, suffit à faire pénétrer une quantité assez considérable d'air dans les poumons; et presque toujours elle est efficace. Certes la pénétration de l'air à travers une canule trachéale est plus facile qu'à travers les voies aériennes supérieures, qui sont longues et irrégulières; mais c'est là une question de degré, négligeable dans la pratique. Nous ne croyons pas, d'autre part, que l'insufflation soit supérieure à ce procédé, et qu'en conséquence (1) on soit autorisé à recourir comme opération prémonitoire à la trachéotomie, ainsi que le conseille M. Thiéry.

L'efficacité de la trachéotomie ne peut donc être attribuée à une action mécanique dans les cas que nous avons rangés dans la deuxième catégorie. Elle doit être expliquée par une action réflexe. « Qui empêche de croire que cette opération, portant sur une région richement innervée ne peut, par action réflexe, réveiller la respiration et le cœur? L'incision, couche par couche, jusques et y compris la trachée, la mise en place de la canule qui forme corps étranger, pourraient parfaitement exercer la même action que les tractions rhythmées de la langue. L'arrivée brusque de l'air venant directement de l'extérieur, froid par conséquent, ou du moins non dégourdi par son passage à travers les fosses nasales ou l'arrière-gorge, impressionnant fortement la trachée, peut très bien agir dans le même sens, c'est-à-dire, ramener par action réflexe la respiration » (Gerbaux).

Dans le cas de Thiéry (observation II), la respiration spontanée ne s'étant rétablie qu'une heure après la trachéotomie, il est permis de se demander si, les voies aériennes étant perméables, la respiration artificielle, continuée simplement sans trachéotomie, ni insufflation, n'aurait pas abouti au même résultat. La même réflexion peut être faite au sujet du premier cas de Poncet (observation III). Au contraire, dans le deuxième cas de Poncet (observation IV), c'est bien d'une façon réflexe que paraît avoir agi la trachéotomie. Nous n'osons pas cependant être trop affirmatif, car il est noté dans l'observation (comme dans la précédente du reste), que la trachée était encombrée par des mucosités. Dans notre observation personnelle deux points sont bien nets : 1° l'inefficacité absolue de la respiration artificielle longtemps continuée (vingt minutes) et dans des conditions normales (air pénétrant facilement); 2° l'efficacité, en quelque sorte subite, de ces efforts dès l'ouverture de la trachée, sans

1. Par l'insufflation bouche à bouche on fait, en effet, pénétrer une assez grande quantité d'air dans les voies digestives et une faible quantité dans le poumon.

qu'on puisse l'expliquer par une action mécanique, étant donné que l'air ne pénétrait pas plus facilement après qu'avant la trachéotomie. C'est donc l'action réflexe qu'il faut invoquer dans ce cas.

L'importance de ce fait est considérable. Il nous montre, en effet, nettement ce qu'on peut attendre de la trachéotomie (suivie, cela va de soi, de manœuvres prolongées de respiration artificielle) alors que tous les moyens ont échoué. Et il est d'autant plus important à connaître que, dans les cas où les voies aériennes sont perméables, on ne pense pas souvent à recourir à ce précieux procédé dont on méconnaît l'action (1).

Nous conclurons donc, avec M. Poncet, que « dans une anesthésie générale avec mort apparente, la trachéotomie peut s'imposer à un moment plus ou moins rapproché de la disparition de la respiration, des battements du cœur. Elle est une ressource de premier ordre sur laquelle le chirurgien a le droit de compter et à laquelle il doit toujours recourir lorsque les autres moyens ont échoué. »

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la chorée de Sydenham.

Nous empruntons à une revue fort intéressante publiée récemment (2) par M. P. Chéron, sur la pathogénie et le traitement de la chorée de Sydenham, la partie consacrée à la thérapeutique de cette névrose. En adoptant la classification d'Oulmont, M. Chéron a pu mettre un peu d'ordre dans la foule de médicaments et de médications préconisés, et, après leur critique, donner des conclusions auxquelles souscrira tout praticien.

M. Chéron divise les moyens usuels du traitement en deux grandes classes : les uns ont pour but d'agir sur le système nerveux, ce sont les hypnotiques et les nervins; les autres s'adressent à l'état général, ce sont les toniques internes et externes et l'hygiène.

a. Médications hypnotiques. — Comme les mouvements choréiques cessent pendant le sommeil, il est rationnel de chercher à faire dormir le malade le plus longtemps possible. Bastian a même maintenu des choréiques gravement atteints pendant plusieurs semaines, dans un sommeil presque continu, puisqu'il ne l'interrompait que pendant une demi-heure, au moment des repas.

Le chloral est un des hypnotiques les plus employés. Il a été préconisé, pour la première fois en France par Bouchut, en 1869, et a été recommandé depuis par Charcot, MM. Jaccoud, Cadet et Gassicourt, Dujardin-Beaumetz etc. Bouchut procède de la façon suivante : il donne le matin 3 grammes du médicament après le premier repas, afin de faire dormir jusqu'à midi; une fois le second repas pris, on administre une nouvelle dose de 3 grammes. L'enfant dort alors jusqu'au dîner et, après celui-ci, il est habituel de voir le sommeil reprendre jusqu'au lendemain.

Joffroy regarde le chloral comme le médicament par excellence de la chorée. Il l'associe au drap mouillé et l'emploie de la manière suivante : au-dessus de dix ans, 4 grammes de chloral en trois prises, administrées après le repas : 1 gramme le matin à 7 heures, 1 gramme vers midi et 2 grammes vers le soir, à 6 heures. On doit continuer jusqu'à ce que l'amélioration soit considérable. Chez les enfants plus jeunes, on emploiera des doses plus faibles, en tâtonnant, de manière à obtenir le sommeil un quart d'heure après l'ingestion du médicament. Joffroy conseille comme véhicule la gelée de groseille, avec laquelle on mélange une solution d'hydrate de chloral, de manière à avoir 1 gramme du produit par cuillerée à bouche (soit 20 grammes de gelée). Avec ce mode de traitement, l'enfant reste endormi de douze à quatorze heures par jour en plusieurs fois. Il peut marcher, jouer dans le jour ou quand il est réveillé, et l'on doit se guider sur la violence des mouvements pour augmenter ou diminuer les périodes de sommeil.

On peut employer le chloral en lavements pour éviter son action irritante sur l'estomac.

Le chloral n'est pas un médicament curatif (Dujardin-Beaumetz), cependant il a une action parfois très nette. Gairdner a publié l'observation d'une petite fille de huit ans qui absorba 4 grammes de chloral au lieu de 1gr 30; il y eut des accidents d'intoxication, mais la chorée guérit.

Bouchut interdit l'usage du chloral aux cardiaques. Il provoque, en effet, facilement des phénomènes de dépression du côté du cœur; de plus, les vomissements ne sont pas rares après son emploi.

Enfin le chloral est parfois inefficace; le sommeil ne peut être produit, l'incoordination des mouvements persiste pendant le sommeil provoqué, l'agitation renaît sans atténuation après le sommeil (Cadet de Gassicourt).

Nous ne ferons que mentionner brièvement l'action de quelques succédanés du chloral.

La paraldéhyde ne produit pas de dépression cardiaque. On peut la donner aux enfants à la dose de 1 gramme. Chez les adultes, on va jusqu'à 2 et 3 grammes (Gerlach).

Pour Jeffries, le sulfonal doit être associé à l'arsenic dans le traitement de la chorée. W. Croner (de Berlin) en vante aussi l'emploi. Jeffries emploie les doses quotidiennes de 35 à 90 centigrammes (10 cas avec 2 insuccès).

La suggestion hypnotique ou à l'état de veille (Gibert), le transfert par les aimants et les miroirs rotatifs ne nous semblent pas près d'entrer dans la pratique courante.

Voici, cependant, presque à titre de curiosité, une observation due à Gibert. Il a publié dans *la Normandie médicale* le cas d'une enfant de douze ans, guérie d'une chorée grave par la suggestion à l'état de veille. La chorée était très intense et accompagnée d'un état mental grave. Voici comment procéda Gibert : « Je lui prends alors les mains et, l'obligeant à me regarder en face, je lui commande, d'une manière impérative, de rester deux minutes sans faire un mouvement. Elle obéit et subitement tout son corps reste entièrement immobile. Mais au bout de quatre secondes, tous ses mouvements recommencent. Je lui dis alors que, si elle ne m'obéit pas, j'ai des moyens de la punir. Elle se calme aussitôt et cette fois j'obtiens une minute entière de repos absolu. Je la lâche alors et, pendant quelques minutes, je lui laisse sa liberté. Je recommence et cette fois je l'oblige à rester debout, sans mouvement, ce qu'elle fait. Puis enfin, pour terminer la séance, après un temps de repos, je réussis à lui faire faire cinq pas, la longueur de la chambre. » Le traitement fut continué de la même façon et, en quinze jours, l'amélioration était considérable. La guérison fut rapide après un changement de milieu.

On peut faire remarquer, avec Oulmont, qu'il est probable que les chorées guéries par la suggestion, par les aimants, sont des chorées hystériques et non de vraies chorées de Sydenham.

b. Médicaments nervins. — Le bromure de potassium est un des plus employés (Gübler, Vulpian, Jaccoud etc.). Un des cas les plus remarquables est celui de Hongton (cité par Raymond) qui a guéri, en six semaines, une chorée datant de treize ans, en donnant 4 grammes de bromure par jour. A. Ollivier a obtenu de bons effets du bromure de potassium dans toutes les chorées et il le vante surtout quand il y a des troubles cardiaques (2 à 4 grammes par jour pendant quelque temps). Dujardin-Beaumetz le réserve surtout aux cas de chorée dans lesquels il existe des stigmates d'hystérie, Cadet de Gassicourt, D'Heilly en sont moins partisans et le premier le prescrit surtout pour continuer l'action du chloral.

Dans un cas de chorée datant de six mois et demi, Bastian

1. C'est dans l'ignorance de cette action spéciale que Maurice Perrin et Lallemand (*Traité d'anesthésie chirurgicale*, 1863, p. 52) déconseillent catégoriquement la trachéotomie en l'absence d'obstruction des voies aériennes, mettant bien au-dessus d'elle l'insufflation trachéale par les voies naturelles.

2. *Gazette des hôpitaux*, 1885, n° 150, p. 1457.

employa une potion chloralo-bromurée, donnée chaque fois que la jeune fille s'éveillait; il ne laissait le sommeil s'interrompre que pour le temps nécessaire pour l'alimentation. La guérison fut obtenue en un mois.

Certains auteurs, tels Ziemssen et Steiner, n'ont presque rien obtenu par l'emploi du bromure; enfin, sauf dans les cas où il y a de l'excitation génésique et de l'irritabilité générale, Seguin le regarde comme nuisible. Pour Oulmont, si le bromure échoue quelquefois, il peut rendre aussi de sérieux services. Malheureusement son emploi prolongé expose aux dangers bien connus de la médication bromurée.

L'antipyrine a été très vantée dans ces dernières années (Volner, Legroux, Texier, Dupré, etc.). J. Simon procède de la façon suivante : le premier jour, le malade doit prendre aux repas 1gr50 en trois cachets; les jours suivants, les doses sont augmentées de manière à ce qu'on atteigne 4 grammes en vingt-quatre heures. On s'en tient à cette dose pendant toute la durée de la maladie, jusqu'à ce que les mouvements choréiques aient à peu près complètement disparu. Dans un cas de D'Heilly, un enfant, choréique depuis deux ans, chez lequel les médicaments habituels n'avaient rien produit, guérit en neuf jours après avoir pris 23 grammes d'antipyrine. Sur 60 observations de Legroux, il y a 41 succès et 29 insuccès; sur les 41 succès, dans 19 cas la durée moyenne de la maladie a été de 13 jours, celle du traitement étant de 21 jours.

Eskridge maintient ses malades au lit, sauf dans les cas tout à fait légers, et leur donne trois fois par jour après les repas autant de grains (5 centigrammes) d'antipyrine qu'ils ont d'années d'âge. Cette médication est continuée jusqu'à cessation complète des mouvements choréiques, les doses d'antipyrine étant augmentées chaque jour de 5 centigrammes. Eskridge donne ensuite la liqueur de Fowler, diluée dans beaucoup d'eau, après chaque repas. Ici, également, on augmente graduellement les doses, selon la résistance des malades. Après le deuxième ou troisième jour de la médication arsenicale, on n'administre qu'une dose d'antipyrine en vingt-quatre heures et après la disparition de tout mouvement choréiforme, on cesse l'antipyrine, mais on continue l'arsenic pendant un mois et on y joint l'iodure de fer. La dilatation cardiaque est, pour Eskridge, une contre-indication absolue à l'usage de l'antipyrine, mais non les troubles valvulaires.

L'antipyrine est généralement bien supportée, même lorsqu'on arrive, comme l'a fait Moncorvo, à des doses élevées, 8 grammes par jour. Cependant il y a des cas où elle n'est pas tolérée. D'autre part, elle ne réussit pas toujours; Descroizilles l'a vue rester inefficace à la dose de 4 grammes par jour, dans une série de cas chez des enfants de six à quinze ans. Malgré cela, Oulmont regarde l'antipyrine comme indiquée dans les cas intenses; elle serait moins efficace dans les formes moyennes.

L'exalgine a été employée comme succédané de l'antipyrine. Moncorvo l'a utilisée à la dose journalière de 30 centigrammes. Dana a traité 60 cas de chorée exclusivement par l'exalgine. Il prescrivait des doses de 15 centigrammes trois fois par jour et même, chez des enfants de cinq ans, allait jusqu'à 15 centigrammes cinq fois par jour. Le fer était associé à l'exalgine en cas d'anémie. Cependant Dana reconnaît lui-même que l'administration de l'exalgine peut être suivie de prostration, d'anémie aiguë, de cyanose. L'exalgine n'est indiquée, d'après Dana, que dans la chorée subaiguë de Sydenham. Il faut noter que les troubles consécutifs à l'administration de l'exalgine cessent lorsqu'on en suspend l'emploi pour ne plus recommencer quand on l'ordonne de nouveau.

c. MOYENS S'ADRESSANT A L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Un très grand nombre d'auteurs ont chaudement recommandé l'arsenic (Aran, Bouchut, Barthez et Sanné, Labric, Ziemssen).

La médication arsenicale de la chorée doit être instituée avec soin. Il faut, en premier lieu, bien savoir qu'il est nécessaire de prescrire des doses fortes, qui sont, d'après Ziemssen et Seguin, moins dangereuses que les doses faibles administrées pendant longtemps; avec ces dernières, l'accoutumance se produirait beaucoup mieux.

Seguin a été jusqu'à prescrire XVIII et même XXVII gouttes de liqueur de Fowler, trois fois par jour. Ce sont là des quantités excessives et, bien que le médecin américain affirme n'avoir presque jamais observé d'accidents toxiques, il sera prudent de ne pas l'imiter. La liqueur de Fowler est, du reste, trop concentrée pour être d'un emploi facile, et il vaut mieux recourir aux solutions d'arséniate de soude dans l'eau (5 centigrammes d'arséniate pour 250 grammes d'eau). Tantôt on donne pendant longtemps des doses faibles, tantôt on prescrit des doses rapidement croissantes. Voici comment procède Cadet de Gassicourt dans les chorées intenses : 5 milligrammes le premier jour et augmenter chaque jour de 5 milligrammes, de manière à arriver à 25 ou 30 milligrammes; continuer la dose maxima pendant trois jours et redescendre par 5 milligrammes jusqu'à 0.

Oulmont conseille de s'en tenir aux doses maxima de 15 milligrammes à 2 centigrammes, sans jamais donner plus de 3 milligrammes à la fois. Pour lui, il est inutile de continuer le médicament plus de quinze à vingt jours si l'on n'a pas obtenu, au bout de ce temps, une modification notable de la chorée. En cas de succès, il ne faut pas cesser trop brusquement l'arsenic, afin d'éviter les rechutes.

Dans les cas où l'arsenic est mal toléré par l'estomac, on peut l'administrer en injections sous-cutanées, sous forme de liqueur de Fowler ou d'arséniate de soude. Eulenburg employait ce dernier sel. Widerhofer a employé les injections chez 23 enfants. Dans 3 cas, il y a eu des abcès; les autres malades n'ont pas présenté d'accidents et, chez 22 enfants sur 23, la guérison complète était obtenue en quatre semaines. Widerhofer recommande la préparation suivante :

Liqueur de Fowler. . . . }
Eau distillée . . . . . . } parties égales.

Injecter d'abord la quantité correspondant à une division de seringue de Pravaz et augmenter tous les jours d'une division jusqu'à 6, 8 et 10.

Ces injections sont très douloureuses, ce qui en restreint beaucoup l'emploi.

Le traitement arsenical expose, comme on le sait, à un certain nombre d'accidents ; troubles gastro-intestinaux, pigmentation des téguments, etc. La suspension du traitement s'impose alors; et il suffit de s'arrêter pendant deux ou trois jours. On doit reprendre ensuite à la dose à laquelle on en était resté (Seguin).

Cougnot, dans un travail récent, préconise l'emploi de la liqueur de Boudin; il débute par 4 grammes par jour chez les enfants de huit à dix ans et augmente chaque jour de 2 grammes; il augmente quotidiennement de 3 grammes et commence par 6 grammes chez les enfants de plus de dix ans. Cougnot augmente ainsi la dose jusqu'aux vomissements et à la diarrhée et arrive à 35-40 grammes de liqueur de Boudin. En cas de phénomènes d'intolérance accentués (deux ou trois vomissements, quatre à cinq selles diarrhéiques), il se contente de ne pas augmenter la dose le lendemain du jour où ils ont eu lieu. Lorsque la guérison lui paraît certaine, l'auteur diminue chaque jour les doses de la même quantité qu'il les avait augmentées.

Le fer est un bon adjuvant du traitement; il pourrait même réussir à lui seul dans les formes bénignes. Le sulfate de quinine a été employé à hautes doses en Amérique.

Les injections de cérébrine, de suc testiculaire rentrent dans la médication tonique.

Colrat et Deydier ont employé les injections de liquide testiculaire dans un certain nombre de cas de chorée; les résultats n'ont pas été inférieurs à ceux que l'on obtient par les diverses médications classiques. Pariot a aussi eu recours aux injections de suc testiculaire.

d. MOYENS EXTERNES. — La réfrigération le long de la colonne vertébrale a été préconisée par quelques auteurs; les moyens les plus usités sont les pulvérisations d'éther et celles de chlorure de méthyle ou mieux le stypage. On peut essayer de ces pratiques dans les cas légers, tout en ne leur accordant qu'une valeur très secondaire. Peut-être agirait-elle seulement par suggestion (Junion).

L'électricité a été très employée et dans tous ses modes d'application. Il est bien difficile de savoir exactement quelle est sa valeur dans le traitement de la chorée, car à des succès rapides on peut opposer des insuccès complets. Généralement on prescrit les courants continus très faibles, la durée de la séance étant de trois à cinq minutes. Tandis que les uns électrisent la moelle, d'autres agissent sur le sympathique, d'autres sur les

nerfs périphériques; tandis que les uns préconisent le courant descendant, d'autres obtiennent des succès avec le courant ascendant. En somme, une grande prudence s'impose et il ne faut employer l'électricité qu'au début de la maladie; on devra notamment y renoncer si les troubles s'aggravent (Junion, Belmont).

La gymnastique rend les plus grands services dans le traitement de la chorée et c'est en France qu'elle a été appliquée pour la première fois. Horte, Joly, Laisné, G. Sée l'ont préconisée dans la première moitié de ce siècle et actuellement, après avoir été un peu délaissée, elle a repris faveur. Les exercices peuvent être actifs ou passifs, on peut avoir recours à la gymnastique suédoise, mais quelles que soient les pratiques adoptées, il est certaines règles dont il ne faut pas se départir : on doit éviter toute fatigue et faire par conséquent des séances courtes, les précautions doivent être minutieuses en cas de complication cardiaque, la suspension des exercices s'impose s'il y a augmentation des mouvements choréiques. M. Gelée recommande de procéder de la façon suivante : « Il importe de prescrire d'abord des mouvements simples et cadencés et d'exercer en même temps le larynx au moyen du chant. Faire tenir l'enfant dans une position verticale, lui faire fléchir et étendre les genoux, frapper le sol, allonger ou plier les bras, en harmonisant tous ces mouvements à l'aide de chants réguliers : tels sont les premiers soins nécessaires pour replacer les contractions sous l'influence de la volonté. Le but sera d'autant plus rapidement atteint que l'attention du malade sera moins distraite, son intelligence moins altérée, son caractère moins capricieux; aussi devient-il souvent impossible d'en rien obtenir avant de s'en être rendu maître par la bienveillance et la douceur. Quand on est arrivé à ce point, on peut essayer la marche réglée au pas ralenti ou précipité, la course, le saut, la suspension par les bras, en les graduant selon les degrés de la maladie, en les surveillant soigneusement... »

Quand, au bout de huit jours d'exercices gymnastiques, les malades ne peuvent pas encore se tenir debout, ou se suspendre par les bras, il est probable que le traitement a échoué. Belmont fait remarquer que, les premiers résultats obtenus, il se produit souvent un temps d'arrêt qui dure huit, quinze jours, après quoi l'amélioration reprend et marche vite.

Le massage méthodique a donné des succès; il est surtout employé en Angleterre. On doit masser les muscles et faire exécuter des mouvements passifs aux jointures plusieurs fois par jour.

La réfrigération a une grande action sur les nerfs moteurs et sur la moelle (Waller, Rosenthal, Eulenberg); cela seul pourrait conduire à essayer l'hydrothérapie dans la chorée. Mais on sait de plus que l'eau froide est sédative, tonique, stimulante pour la nutrition, et ce sont là autant d'indications de son emploi dans la névrose dont nous étudions le traitement.

Les bains froids ont été employés par Dupuytren, par Constant. Dupuytren plongeait ses malades brusquement, la tête la première, et cinq ou six fois de suite, dans de l'eau à 10° ou 15°. Actuellement on se bornera, si on veut recourir au bain froid, à mettre le choréique dans de l'eau à 20° ou 25° dont on pourra peu à peu abaisser la température par l'addition d'eau froide, suivant l'impressionnabilité du malade (Changeux).

Le plus habituellement, on emploie la douche froide en jet sur la colonne vertébrale, la température de l'eau étant de 8° à 10° et la durée de la douche de dix secondes à un quart de minutes. Cornély conseille d'associer la douche en jet sur la colonne vertébrale, à la douche en pluie sur les épaules. Très souvent, on combine l'usage des douches avec l'emploi de l'arsenic ou de tout autre traitement.

L'enveloppement dans le drap mouillé a été préconisé par Joffroy. Il fait faire l'enveloppement deux fois par jour, matin et soir, en employant de l'eau très froide à 10° ou 12° environ. Le drap est trempé, modérément exprimé et étendu sur un matelas recouvert d'une toile cirée. On entoure alors le malade étroitement avec le drap mouillé et on le frictionne vigoureusement; au bout de une ou deux minutes, dès que la réaction est faite, que le malade commence à se réchauffer, on enlève le drap et on enroule plusieurs fois l'enfant dans une couverture de laine, en ne laissant que la tête découverte. Le petit malade est alors reporté dans un lit et on laisse la réaction s'achever, pendant une demi-heure. Ce traitement est facile à appliquer aux enfants; souvent le malade s'endort après l'enveloppement et est moins agité au réveil.

En tout cas, quel que soit le procédé choisi, il faut éviter d'effrayer le malade et de provoquer ainsi un redoublement d'agitation. Belmont considère l'hydrothérapie froide comme contre-indiquée en cas de complication cardiaque. Nous serons moins absolu que lui, car, chez l'enfant, la lésion cardiaque est presque toujours bien tolérée. On devra toujours se guider du reste sur l'examen journalier du cœur et du pouls.

Les bains sulfureux ont été très préconisés par Baudelocque qui en donnait un chaque jour de une heure de durée à 32°-35°. On doit employer 120 grammes de sulfure de potassium pour 100 litres d'eau. On peut donner, avant le bain, une douche sulfureuse de 5 à 15 minutes en employant un tuyau de gros calibre.

L'hygiène du choréique doit être attentivement surveillée. On doit conseiller le séjour à la campagne à la fin de la maladie; le patient pourra aussi, à cette période de déclin, faire une saison à Bagnères-de-Bigorre ou Néris. Pendant la période d'état, le repos s'impose et Seguin lui accorde même une valeur curative en l'absence d'autre traitement si l'on maintient le malade au lit en lui défendant de lire ou de jouer. Le repos intellectuel a, en effet, une aussi grande importance que le repos physique.

L'emmaillottement, la disposition de planches matelassées autour du lit empêcheront, autant que possible, les contusions et les blessures. L'alimentation doit être tonique et il faut s'efforcer de donner au malade les aliments qu'il préfère.

e. Traitement étiologique. — Le plus souvent, il est nul. Cependant, on a obtenu des succès dans quelques cas où la cause occasionnelle de la névrose a pu être connue. C'est ainsi que le traitement de vers intestinaux, d'accidents dentaires, de troubles oculaires, d'un phimosis est parfois indiqué.

Etant donné les rapports de la chorée avec le rhumatisme, on a naturellement essayé le salicylate de soude, mais sans succès. Dresch a employé ce médicament pour solubiliser les déchets organiques et agir directement sur la moelle. L'auteur donne, à un enfant de douze ans par exemple, 4 grammes de salicylate dans les vingt-quatre heures; il administre le médicament pendant huit ou dix jours, à doses fractionnées, dans une quantité suffisante d'eau absolue. Le plus souvent il diminue peu à peu la dose. Pour lui, c'est un médicament de début dont l'action est surtout évidente lorsqu'on le donne dès les premiers symptômes.

Dresch complète son traitement par le séjour au lit dans une demi-obscurité, le régime lacté, les lavements d'eau tiède avec borate de soude sur lesquels, d'ailleurs, il n'insiste pas si le malade les refuse. Il commence par une très légère purgation. Au bout de douze ou quinze jours, quand l'amélioration se prononce, notre confrère alimente progressivement, envoie les malades à la campagne, essaie d'une hydrothérapie douce etc.

Marie a vu un cas de chorée de Sydenham, datant de huit jours, disparaître d'une façon complète sous l'influence du salophène. Huot a aussi eu un succès.

Se basant sur la probabilité d'une infection microbienne, Salles prescrit le traitement suivant :

1° Administration dans du lait de 50 à 60 centigrammes d'iodure de potassium, pour éliminer les toxines et exagérer les sécrétions glandulaires.

2° Dans le même but, purgation tous les trois jours, suivant tolérance.

3° Pour modérer l'énergie des réflexes et calmer la moelle épinière, donner pendant la nuit du chloral et du bromure de potassium.

Enfin, se basant sur ce que l'érysipèle, l'influenza, comme d'autres affections fébriles du reste, ont parfois une action favorable sur la chorée et que cette action peut être attribuée à la circulation dans l'organisme de produits microbiens solubles, Lannois a injecté sous la peau de deux choréiques des cultures filtrées de staphylocoques dorés; les deux malades ont guéri.

En résumé on peut dire que l'antipyrine et l'arsenic convien-

nent dans la plupart des cas; que l'antipyrine avec ou sans un produit salicylé est indiquée dans les chorées nettement rhumatismales, auxquelles s'appliquent également les bains sulfureux; que le bromure est le médicament de choix s'il y a des stigmates d'hystérie. Dans les formes très légères, à la période de déclin des formes moyennes ou graves, l'hygiène, la gymnastique, l'hydrothérapie mitigée, le traitement tonique rendront de grands services et suffiront dans les premières pour amener la guérison. Le chloral sera surtout employé pour procurer le sommeil dans les formes graves, auxquelles convient aussi l'enveloppement dans le drap mouillé.

Dans les chorées moyennes et graves les médicaments usuels peuvent échouer. Dans les chorées d'emblée très intenses, si le malade est très robuste, on pourra alors essayer du tartre stibié selon le procédé de Gillette : donner trois fois de suite l'émétique aux doses progressives de 20, 40 et 60 centigrammes en solution, par cuillerées à bouche, toutes les heures; laisser reposer quatre à cinq jours et, si les mouvements n'ont pas diminué de violence, recommencer en portant les doses à 25, 50 et 75 centigrammes. Nous n'oserions pas prescrire une troisième fois le médicament, comme le faisait Gillette.

Dans les cas rebelles, on se rejettera sur les tétanisants, tels que la strychnine, « avec laquelle on joue gros jeu pour un résultat problématique »; sur les paralysants : sulfate d'ésérine, hyoscyamine, médicaments dangereux dont il faudra surveiller attentivement l'emploi. Les antispasmodiques, tels que la valériane, l'oxyde de zinc, sont presque inefficaces, enfin l'opium offre trop de dangers chez les enfants pour que, malgré l'autorité de Trousseau et de Jaccoud, il nous paraisse pouvoir entrer dans la pratique courante. Ch. Bugler.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour la place de chef interne de l'hôpital de Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Brelfeil.

Asile de Bron. — Le concours pour l'internat en médecine de l'asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Serrigny et Picard.

Internes suppléants : MM. Lamy, Grousset et Bouveyron.

Conseil d'hygiène de la Seine. — MM. Moissan et Josias sont élus membres du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, en remplacement de MM. Pasteur et Larrey.

Hôpitaux de Lille. — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Lille se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Gallois, Gérard, Reniey, Devauchelle, Paquet et Caumartin.

Internes provisoires : MM. Moreau, Dubois, Chatelin, Christiaens et Lemaire.

Externes : MM. Breton, Bertin, Laurent, Acheray, Delille, Vandeputte, Verbèke, Barroyer, Lamotte, Barrois, Castellant, Bulté, Drucket, Martin, Lheureux, Dupuy, Kreutzer, Lemaire, Leclercq, Dupont, Boeldieu, Mullier, Pel, Cassin, Vincent et Coorewitz.

Asiles d'aliénés. — Le concours de l'internat des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Truelle, Lelong, Batailler et Janot.

Internes provisoires : MM. Farabeuf, Ameline, Dupau et Vaslet de Fontaubert.

École de médecine d'Amiens. — M. Lenoël est nommé directeur honoraire; M. le professeur Peugniez est nommé directeur de ladite école; M. Bax, ancien suppléant, est chargé provisoirement d'un cours d'hygiène et de thérapeutique.

École de médecine de Limoges. — M. Delotte, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire; M. le docteur Mariaud est nommé chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

École de médecine de Poitiers. — M. Pasquier est nommé suppléant des chaires de physique et de chimie.

Bureaux de bienfaisance de Lyon. — Le concours pour six places de médecins du Bureau de bienfaisance s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Tournier, Paviot, Roux, Thévenet, Pauly et Commandeur.

Distinctions universitaires. — *Officiers de l'instruction publique :* Sont nommés MM. le Dr Tessier (Eugène); Jolly (Léopold), pharmacien à Paris.

Officiers d'académie : Sont nommés MM. les Drs Barbe (Charles) et Barbillon, de Paris; Coiffier, du Puy; Guelle, d'Allègre; Manissollé, d'Yssingeaux.

Faculté de Lyon. — Le concours du clinicat chirurgical de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Laurent Martel.

École de médecine de Rouen. — M. le professeur Delabost est nommé professeur et directeur honoraires de ladite école; M. le professeur Brunon est nommé directeur de l'école.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de de médecine opératoire est déclarée vacante.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 Décembre 1895.

Fièvre typhoïde à Saint-Ouen.

M. Vallin lit un rapport sur un travail dans lequel MM. Dubousquet-Laborderie et Duchenne ont étudié la diminution de la mortalité par fièvre typhoïde à Saint-Ouen depuis trois ans. Les auteurs attribuent cet heureux événement à l'amélioration du régime des eaux : actuellement, on distribue de l'eau filtrée sur sable. Des résultats analogues ont été obtenus à Saint-Denis depuis qu'on distribue l'eau d'un puits artésien. M. Vallin fait remarquer qu'une période de trois ans est insuffisante pour juger la question. Il regrette, en outre, que les auteurs ne donnent pas de renseignement exact sur la constitution et le mode de fonctionnement des filtres de sable.

Actinomycose.

M. Duguet présente un malade atteint d'actinomycose maxillaire.

Il s'agit d'un blanchisseur qui a vu le mal débuter il y a environ deux mois. La porte d'entrée semble avoir été une molaire inférieure, actuellement extraite. On constate une induration diffuse de la région maxillo-génienne (à droite) avec de multiples fistules suintantes. Le diagnostic a été confirmé au microscope. Le malade est actuellement soumis au traitement ioduré et est en voie d'amélioration manifeste.

Élection d'un associé libre.

Premier tour de scrutin :

MM.	Blache	33	voix.
	Bertillon	2	—
	Commenge	10	—
	Corlieu	14	—
	Galezowski	4	—
	Rivière	17	—
	Bulletins blancs	4	—
		84	votants.

Deuxième tour de scrutin :

MM.	Blache	46	voix (élu).
	Commenge	2	—
	Corlieu	4	—
	Rivière	26	—
	Bulletins blancs	4	—
		82	votants.

M. Hanriot est nommé trésorier, en remplacement de M. Caventou, nommé vice-président.

Séance du 7 Janvier 1896.

La séance a été occupée tout entière par le résumé de M. Empis, président sortant, sur les travaux de l'Académie pendant l'année 1895.

Après allocution de M. Hervieux, président pour 1896, M. Caventou, vice-président prend place au bureau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 Décembre 1895.

Application de la sérothérapie au traitement de l'érysipèle.

M. Chantemesse (travail présenté par **M. Duclaux**) a soigné dans son service, du 25 décembre 1894 au 25 décembre 1895, en excluant ceux qui ont été envoyés par erreur de diagnostic (eczéma, abcès dentaire, méningite, tétanos, gangrène gazeuse etc.), 1 055 érysipélateux; 34 sont morts : mortalité, 3,22 p. 100. Ce chiffre total de mortalité doit être décomposé en fractions d'après le traitement suivi par les malades.

Traitement ordinaire. — *a*) Purement symptomatique (du 25 décembre 1893 à fin février 1895) : 145 malades, 5 morts. Mortalité 3,45 p. 100.

b) Traitement par la méthode systématique des bains froids (1er juillet au 18 novembre). 2 600 bains ont été donnés jour et nuit : 409 malades, 16 morts. Mortalité 8,91 p. 100.

Total 554 malades. Mortalité moyenne 3,79 p. 100.

Traitement par le sérum antistreptococcique (de Marmorek). — *a)* Sérum efficace d'une force préventive de 1 p. 7 000 (mars, avril, mai) : 297 malades, 5 morts. Mortalité 1,70 p. 100.

b) Le sérum efficace manque, on utilise un sérum faible d'une force préventive de 1 p. 2 000 (juin) : 107 malades, 7 morts. Mortalité 6,54 p. 100.

c) Sérum très efficace d'une force préventive de 1 p. 30 000 (du 18 novembre au 25 décembre) : 97 malades, 1 mort. Mortalité 1,03 p. 100.

Total : 501 malades. Mortalité 2,59 p. 100.

Le traitement exclusif par la sérothérapie a donc fourni une proportion de guérisons plus grande que celle que donnaient les autres méthodes thérapeutiques réputées les meilleures.

Une remarque doit être faite tout d'abord; c'est que le bénéfice de ce mode de traitement est en raison directe de la force préventive du sérum, fixée par l'expérimentation chez les animaux.

Avec un sérum plus fort, le chiffre de la mortalité doit s'abaisser encore.

Effets observés chez les malades soumis à ce traitement. — Les inconvénients ne sont appréciables que lorsque le sérum utilisé provient d'une saignée faite trop rapidement après les dernières inoculations virulentes pratiquées au cheval. On peut observer alors, au point d'inoculation, de la douleur, du gonflement et une éruption d'urticaire et d'érythème. Lorsque le sérum est recueilli comme il convient, aucun de ces inconvénients n'existe. Chez les malades de la dernière série, il n'y a jamais eu rien à signaler au niveau du lieu de l'injection. Deux malades sur ce nombre ont eu seuls un léger érythème qui a duré quelques heures. Un homme atteint d'une pleurésie purulente à streptocoques a reçu en quinze jours 300 centimètres cubes de sérum sans le moindre inconvénient. Le sérum à dose massive s'est donc montré efficace et inoffensif.

Les effets du sérum se font sentir sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade.

Localement, on constate le plus souvent dans les vingt-quatre heures, plus rarement au bout de deux ou trois jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de sa périphérie et ne s'arrête que sous l'influence des injections répétées. La suppuration du tissu érysipélateux est très rare avec le traitement par le sérum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par les injections.

L'état général s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien-être très marqué; les troubles nerveux, et en particulier le délire, sont très favorablement influencés.

Après l'injection, la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection.

Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. M. Chantemesse n'a jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls.

Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas, dès que la sérothérapie est commencée.

Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention des injections de sérum la guérit en trente-six ou quarante-huit heures.

La gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie.

Les engorgements ganglionnaires et les rechutes qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie, les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté, peuvent souvent être prévenues par de petites doses de sérum injectées préventivement à intervalles réguliers.

La dose ordinaire de sérum nécessaire pour guérir un érysipèle varie entre 20 et 40 centimètres cubes. Parfois les limites de cette dose sont dépassées en deçà ou au delà.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Compte rendu des travaux pendant l'année 1894-1895, d'après le résumé de M. le docteur Knœpfler, secrétaire annuel.

(Suite.)

Hypertrophie du thymus.

Une dernière communication de **M. Haushalter** est relative à un cas de *mort rapide par hypertrophie du thymus* survenue *chez un poupon de neuf mois*. Pris subitement de suffocation à la clinique où il avait été apporté une dernière fois pour un eczéma suintant de la face rapidement guéri, l'enfant succomba en quelques minutes. L'autopsie ne démontra nulle part aucune lésion, mais seulement une hypertrophie considérable du thymus dont le poids et le volume étaient doublés et dont la surface était semée de quelques pétéchies. L'auteur fait remarquer à ce propos que la mort rapide était vraisemblablement attribuable à cette hypertrophie, et qu'elle était due à la compression des nerfs de la région et à un spasme glottique consécutif bien plutôt qu'à la compression de la trachée. La brusquerie des accidents pouvait s'expliquer ainsi que les pétéchies constatées sur le thymus par la congestion de l'organe hypertrophié, cette congestion elle-même étant peut-être en relation avec la disparition rapide de l'eczéma.

Maladie de Morvan.

M. Heydenreich a présenté à la Société une femme de 50 ans qui, quatre années après l'apparition de symptômes caractéristiques de la *maladie de Morvan* et à la suite d'un travail fatigant, fut atteinte d'une *arthropathie* de l'épaule gauche donnant lieu à de la douleur, à du gonflement et à un épanchement considérable de la jointure qui avait produit une telle laxité de la capsule articulaire que la tête humérale pouvait être facilement luxée en avant. Ponctionné une première fois, cet épanchement, composé d'un liquide filant albumineux, se reproduisit au bout de peu de jours. Passant en revue la symptomatologie des arthropathies liées à la maladie de Morvan, M. Heydenreich a fait ressortir leur identité clinique avec les arthropathies observées dans le tabès ou dans la syringomyélie sans maladie de Morvan. Seule leur localisation habituelle au membre supérieur pourrait les différencier des arthropathies tabétiques, celles-ci portant plus fréquemment sur le membre inférieur. Comparant ensuite les arthropathies myélopathiques et l'arthrite déformante, l'auteur s'est élevé contre l'opinion allemande qui identifie ces deux affections et a indiqué leurs

différences symptomatiques, insistant sur ce fait que les arthropathies myélopathiques étaient surtout caractérisées par l'usure et l'atrophie des os, tandis que l'arthrite déformante s'accompagnait au contraire de néoformations osseuses. M. Heydenreich, en terminant, a signalé, sans la traiter, la question des rapports qui peuvent être établis entre la maladie de Morvan, la syringomyélie et la lèpre.

Cette communication a donné occasion à **M. Vautrin** de relater un cas de maladie de Morvan qu'il avait observé et qui s'était accompagné de troubles de la sensibilité dissociés comme dans la syringomyélie, malgré la non-identité des deux affections.

Perforation vermineuse de l'intestin.

M. Rohmer a exposé l'histoire d'un de ses opérés de cataracte qui, huit jours après l'opération et alors que la guérison pouvait être considérée comme assurée, fut pris subitement de *diarrhée* et de *coliques* et *mourut* en douze heures. L'autopsie amena la découverte de *lombrics* dans le tube intestinal, et fit voir que la portion moyenne de l'iléon était congestionnée et percée d'un grand nombre d'ouvertures. Discutant la pathogénie des accidents, M. Rohmer a éliminé toute origine pathologique et s'est trouvé conduit à attribuer les perforations à la présence des lombrics sans toutefois se prononcer sur le mécanisme même de leur action.

M. Spillmann ne s'est pas montré partisan de cette manière de voir et a soutenu l'opinion que les perforations intestinales pouvaient dépendre des causes les plus diverses, pathologiques ou accidentelles, mais jamais des lombrics, bien qu'au cas présent, ainsi que l'a fait remarquer M. Rohmer, aucun mécanisme ne pût être invoqué en dehors de l'action des vers intestinaux. L'origine inexplicable de certaines perforations a d'ailleurs été soulignée par une observation qu'a relatée incidemment M. Frœlich.

Epithélioma de l'œsophage.

M. Stroup, a observé un malade porteur d'un *épithélioma de l'œsophage* qui, de son vivant, n'avait donné lieu à aucun symptôme, et mourut de *gastrorrhagie*. La tumeur de l'œsophage, lésion primitive, s'était étendue aux ganglions prévertébraux en rapport avec la petite courbure de l'estomac. Ceux-ci avaient contracté adhérence avec l'estomac et par propagation détruit les parois de l'organe, déterminant ainsi les hémorrhagies.

Symphyse cardiaque.

M. Stroup a présenté un *garçon de 14 ans affecté de symphyse cardiaque* résultant d'une scarlatine contractée à l'âge de 4 mois et atteint en outre d'un rétrécissement de l'artère sous-clavière droite avec absence de pouls radial droit, mais sans troubles trophiques du bras. L'auteur considérait cette lésion comme congénitale, tandis que M. Spillmann se montra disposé à lui attribuer une origine infectieuse, ayant observé lui-même un malade qui, à la suite de grippe, fut pris de pleurite et d'endopéricardite avec suppression du pouls de l'humérale.

Maladie bleue.

M. Stroup a fait voir un garçon de 14 ans atteint de *maladie bleue* bien caractérisée, mais ne donnant lieu en fait de troubles fonctionnels qu'à de l'essoufflement au moindre effort. S'appuyant sur les antécédents et l'examen du sujet, M. Stroup a attribué l'affection à un rétrécissement de l'artère pulmonaire de nature hérédo-syphilitique et, en l'absence de toute stase veineuse, en se fondant d'ailleurs sur le résultat de la mensuration microscopique des globules sanguins, a rattaché la cyanose à l'hyperglobulie.

M. Bernheim a développé des opinions différentes. S'appuyant sur des observations personnelles il a posé en fait que la maladie bleue dépendait toujours d'une communication des deux ventricules, et, discutant les symptômes présentés par le sujet, a éliminé l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Quant à la cyanose, indépendante de toute asystolie, M. Bernheim l'a considérée comme essentiellement due au mélange des sangs artériel et veineux, bien qu'on ait pu constater parfois de l'hyperglobulie chez les malades atteints de maladie bleue.

M. Haushalter a insisté sur la grande fréquence de l'hyperglobulie chez les malades et a rappelé qu'il en avait constaté l'existence chez un malade de M. Bernheim, présenté l'année dernière.

CHIRURGIE

Corps étranger de la vessie.

M. Frœlich a montré les *débris d'un volumineux calcul vésical* qui s'était *développé dans la vessie d'une femme de 22 ans autour d'une épingle à cheveux* introduite par la patiente quatre années auparavant. L'auteur, après avoir retiré par la *taille vaginale* un premier calcul de la grosseur d'un œuf de poule engagé dans l'urètre, dut recourir à la *taille hypogastrique* transpéritonéale suivie de lithotritie pour extraire la pierre principale qui s'était développée autour de l'épingle et qui atteignait le volume d'un poing d'adulte. La *guérison* s'effectua avec formation de fistules vaginale et hypogastrique justiciables d'opérations ultérieures. M. Frœlich a entrepris à cette occasion des recherches sur les rapports du péritoine pelvien et de la vessie chez l'homme et chez la femme et sur leur variation suivant les âges, insistant surtout sur la difficulté de décortication du péritoine à la suite des cystites de longue durée.

M. Heydenreich a signalé l'inefficacité fréquente de la lithotritie lorsqu'on a affaire à des corps étrangers introduits du dehors et les lésions considérables qu'entraîne parfois cette opération, et a cité l'observation d'une femme chez qui la paroi postérieure de l'urètre et le bas-fond de la vessie furent ainsi complètement détruits.

Calcul de la vessie.

M. Gross a présenté un *calcul mural* de la grosseur d'un gros marron, ayant l'aspect d'un véritable oursin, qu'il retira de la vessie d'un homme de 60 ans par la *taille hypogastrique*. Le calcul était presque exclusivement formé d'*oxalate de calcium* ainsi que le démontra l'analyse chimique.

Sarcome de l'utérus.

M. Gross a fait voir un *sarcome intra-utérin* provenant d'une femme de 50 ans, qu'il avait opérée la veille d'*hystérectomie totale*. A la suite d'un curetage antérieurement pratiqué par M. Vautrin, l'analyse histologique avait établi la nature du néoplasme que la symptomatologie clinique n'avait pu permettre de diagnostiquer. *(A Suivre.)*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances d'Octobre et de Novembre.

Tétanos traumatique.

M. Davezac signale un cas de tétanos observé chez un tout jeune enfant de quatre ans, à la suite d'une chute survenue quinze jours auparavant. L'enfant était tombé, à la campagne, le nez sur une marche d'escalier. La cicatrisation était presque complète lorsque le tétanos a éclaté et entraîné la mort de l'enfant.

M. Courtin relate à ce propos un cas mortel chez un enfant de 13 ans. Il désarticula sans succès le gros orteil.

Tremblement hystérique.

M. Delmas présente un sujet atteint de tremblement hystérique.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui reçut il y a cinq ans une décharge de plomb dans la région péri-orbitaire

droite; l'œil resta indemne et il ne ressentit aucune secousse morale à la suite de cet accident. Il y a trois mois, au milieu d'un repas, sans qu'il ait éprouvé aucune contrariété, il fut pris d'un tremblement rhythmé des deux membres du côté droit; vingt-quatre heures après, le tremblement s'est porté sur le bras gauche. Actuellement il reste localisé dans ce membre et n'a plus reparu du côté droit. Ce tremblement ou spasme consiste en un mouvement rhythmé d'élévation et d'abaissement du bras et de l'épaule. Il commence sans cause, dure quelques minutes et cesse après quelques mouvements plus accentués. Ces crises se reproduisent plusieurs fois dans la journée.

M. Delmas a soumis ce malade à la médication bromurée et à l'hydrothérapie. Il demande si ce traitement doit être modifié.

M. Pitres conseille la suggestion à l'état de sommeil hypnotique ou à l'état de veille, et dans ce dernier mode il fait rentrer la perspective de l'opération, en apparence sérieuse mais au fond insignifiante, qui consisterait à énucléer les grains de plomb inclus dans le tissu cellulaire péri-orbitaire de l'œil droit.

Empoisonnement alimentaire.

M. Vénot signale un cas d'empoisonnement sérieux observé dans une famille de neuf personnes, à la suite d'un repas très simple puisqu'il n'était composé que d'une soupe grasse, d'un morceau de merlus (la queue) assaisonné à la sauce blanche, et d'un canard. Les troubles gastro-intestinaux ont été très sérieux chez plusieurs personnes et ont duré plus de huit jours. M. Vénot a procédé à une enquête et il est arrivé à la conclusion qu'on devait incriminer le merlus, ayant appris que la seule personne indemne de toute trace d'empoisonnement était un jeune enfant qui avait mangé de tous les plats, y compris la sauce blanche, mais pas de merlus.

M. Vénot demande si les cas d'empoisonnement par le merlus sont fréquents.

Quelques membres signalent des cas d'empoisonnement par divers autres poissons, tandis que les intoxications dues au merlus sont excessivement rares.

Diphthérie.

M. Rousseau Saint-Philippe donne la statistique du pavillon diphthéritique de l'hôpital des Enfants pendant le premier et le deuxième trimestre de 1895. Pendant le premier trimestre, il y a eu 65 cas de diphthérie traités par le sérum de Bordeaux. On a fait 13 trachéotomies, et il y a eu 6 morts. Pendant le deuxième trimestre, il y a eu 55 cas de diphthérie; on a pratiqué 5 trachéotomies et on n'a eu aucune mort à déplorer.

Des résultats aussi merveilleux sont dus à l'excellence du sérum, au dévouement de tout le personnel et à l'antisepsie rigoureuse qu'on applique dans le pavillon.

Le sérum actuel est certainement moins fort et moins toxique, car les accidents divers imputables au sérum et observés dans les premiers temps de son emploi, sont bien moins intenses maintenant. M. Saint-Philippe insiste aussi sur la nécessité de supprimer toute autre médication interne et de mettre les malades au régime lacté absolu pour éviter les néphrites infectieuses et les accidents d'urémie. Cette règle est capitale.

Kératite plombique.

M. Lagrange présente une femme atteinte de kératite plombique survenue à la suite d'un traitement par un collyre à l'eau blanche. Le médicament, conseillé par un médecin, ayant été continué beaucoup trop longtemps par le malade, l'incrustation plombique s'est produite. M. Lagrange insiste sur les dangers de l'emploi de l'eau blanche dans les affections oculaires.

Perméabilité de l'alios.

M. Lalesque (d'Arcachon) lit un mémoire ayant pour but de démontrer que l'alios du sous-sol landais est, contrairement à l'opinion généralement admise, poreux et perméable, et qu'il ne s'oppose pas à l'épuration des eaux d'égouts par l'épandage pratiqué en grand.

M. Lande répond que les expériences de laboratoire pratiquées par M. Lalesque sont très intéressantes, mais que, malgré elles, il estime que, dans la pratique, l'alios des Landes doit être considéré comme imperméable et que les tentatives d'épuration des eaux d'égouts de Bordeaux par l'épandage doivent être repoussées comme impraticables et comme funestes à la salubrité publique.

Presque partout, les villes qui pratiquaient l'épandage y ont renoncé. Paris seul persiste dans cette voie.

Abcès périnéal.

M. Pousson communique l'observation d'un jeune garçon chez lequel était survenu un abcès urineux du périnée, consécutif à une fausse route créée par un cathétérisme maladroit. On dut pratiquer la taille périnéale pour faire le cathétérisme rétrograde, et opérer une uréthroplastie. Comme il restait une petite fistule qui ne se fermait pas malgré le maintien de la sonde à demeure, celle-ci fut enlevée, et deux jours après la fistule était fermée. Le périnée est actuellement souple.

Contagion de psoriasis.

M. Meneau signale un cas de contagion apparente de psoriasis chez deux sœurs. L'une avait du psoriasis des coudes, des genoux et du cuir chevelu, l'éruption restant discrète sur les autres parties du corps. La sœur a présenté, six mois après, du psoriasis limité au cuir chevelu. Elles s'étaient servies du même peigne.

M. Davezac montre des photographies d'une malade atteinte de psoriasis généralisé. Elle a été guérie par l'application de cérat frais. Il s'agit soit d'une syphilide psoriasiforme, soit d'un psoriasis vrai chez une ancienne syphilitique.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séances de Novembre et Décembre.

Tumeur de testicule en ectopie.

M. Villar présente une tumeur développée aux dépens d'un testicule en ectopie. La nature maligne de cette tumeur a été constatée microscopiquement. Une récidive est donc à craindre. Il insiste sur l'intérêt que présentent les tumeurs des organes en ectopie.

M. Vergely, à ce propos, relate l'histoire d'un jeune homme qui avait ses testicules en ectopie; à l'âge de quatorze ans et demi seulement, les testicules descendirent dans les bourses; quelque temps après on put constater qu'ils avaient leur volume normal. Il pense que les faits de ce genre sont rares; c'est pour cela qu'il signale ce cas.

Malformation du voile du palais.

M. Lapalle montre un malade porteur d'une anomalie assez rare; c'est l'union, par une bride congénitale, de la luette et du pilier postérieur. Cette bride s'insère sur la partie moyenne de la luette et circonscrit avec l'ogive du voile du palais un orifice arrondi de 4 à 5 millimètres de diamètre. Cette bride est formée par une membrane muqueuse, transparente; si elle était acquise, elle serait, au contraire, formée de tissu fibreux.

Rein unique.

M. Laroche présente un rein unique trouvé à l'autopsie d'un enfant mort dans le service de M. Pousson. Le malade était entré porteur d'une fistule uréthro-rectale congénitale. Quelques jours après avoir été opéré de sa fistule, il fut pris de douleurs abdominales violentes et de vomissements, en même temps qu'une tumeur très douloureuse se développait au niveau du rein droit. Ce malade mourut subitement, et à l'autopsie, on trouva le rein droit hypertrophié, présentant deux uretères, qui s'abouchaient normalement dans la vessie. A gauche, pas de

rein. La dissection a montré que ce rein présentait deux bassinets ainsi que deux artères rénales.

Varice ampullaire.

M. Villar présente une veine saphène ayant une dilatation anévrysmale. C'est une tumeur sacciforme qui s'est développée sur la paroi de la veine. Des phénomènes phlébitiques se produisant chez le malade, il en a pratiqué l'extirpation. Les résultats ont été excellents.

Anévrysme de l'aorte.

M. Martin présente le cœur et l'aorte d'un malade mort dans le service de M. le professeur Arnozan; ce malade était entré en asystolie; l'auscultation du cœur était impossible, les bruits étant voilés par des sibilances. A l'autopsie, on a constaté une hypertrophie considérable du cœur. L'aorte présentait un très grand nombre de dilatations anévrysmales; la plus volumineuse se trouvait au-dessus de la valvule sigmoïde, elle avait les dimensions d'un œuf de poule.

Fibrosarcome de l'ovaire.

M. Texier présente un fibrosarcome de l'ovaire enlevé par M. le professeur agrégé Villar sur une des malades de son service. Cette tumeur atteignait presque le volume d'une tête d'adulte et s'accompagnait d'ascite. Elle s'était développée chez une femme de cinquante-deux ans, alors que les tumeurs de ces organes apparaissent généralement pendant la période d'activité génitale. Les suites opératoires ont été excellentes et la malade est aujourd'hui guérie.

Syphilis hépatique.

M. Verdelet présente un malade atteint de syphilis; la région épigastrique est soulevée par une tumeur considérable qui n'est autre que le foie atteint de lésions spécifiques. Le malade présente du reste d'autres accidents relevant de la même affection.

Rein kystique.

M. Vitrac relate l'histoire intéressante d'un malade chez lequel M. le professeur Lanelongue a enlevé un rein ayant subi une dégénérescence kystique; le diagnostic avait du reste été fait pendant la vie. Il insiste sur les particularités qui ont accompagné l'évolution de l'affection et celles qui ont été relevées au cours de l'opération.

Calcul vésical.

M. Micheleu présente le système urinaire d'un homme mort salle 17 et dans la vessie duquel se trouvait un calcul enchatonné dont la loge communiquait par un très petit orifice avec la cavité vésicale; l'exploration vésicale ne pouvait fournir aucun enseignement. Le malade a succombé à des accidents rénaux; ses reins sont atrophiés.

Rétrécissement du pylore.

M. Belzer montre une malade atteinte de rétrécissement cancéreux du pylore, et chez laquelle on voit très nettement les contractions péristaltiques se dessiner à travers la paroi abdominale.

M. Villar pense que la gastro-entérostomie est indiquée dans ce cas.

Angiome de la paupière.

M. Cabannes présente un enfant de quatre mois portant à la paupière supérieure droite un angiome qui s'est développé depuis la naissance et atteint aujourd'hui le volume d'une noisette. M. Badal se propose de le traiter par l'électrolyse.

MM. Lagrange et **Dubreuilh** estiment que c'est le seul traitement rationnel, bien qu'il soit douloureux. Ils insistent sur la nécessité d'isoler les aiguilles.

Calcul intestinal.

MM. Mongour et Barthe présentent un calcul intestinal recueilli chez une malade atteinte d'entérite muco-membraneuse, et ayant eu antérieurement de nombreux troubles digestifs. Ce n'est pas le seul que la malade ait rendu, car elle a trouvé dans ses selles une grande quantité de petits calculs de la dimension d'une tête d'épingle, même d'une amande. Ils sont composés de carbonate, de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien; peu de matières organiques. La malade n'a pas eu de coliques hépatiques ou néphrétiques. Toutes les précautions ont été prises pour éviter une supercherie. Ces calculs d'origine intestinale sont très rares.

Tumeur du testicule.

M. Villar présente une tumeur du testicule qu'il a enlevée sur un malade. Cette tumeur incisée montre une tunique vaginale très distendue en bissac; la loge supérieure s'est transformée en hématocèle; la loge inférieure est remplie par une masse d'aspect gélatiniforme verdâtre. Le testicule est en dehors et en bas.

M. Hobs a examiné cette tumeur au microscope : le fragment emprunté au voisinage du testicule montre que celui-ci est sain, ainsi que l'albuginée; il y a de la vaginalite chronique sur laquelle vient se greffer du fibro-sarcome.

M. Coyne voit là du sarcome fuso-cellulaire de Verneuil, bénin quand il reste limité à la vaginale, au contraire très malin quand il atteint le testicule.

Tumeur calcaire.

M. Coyne présente une tumeur enlevée par M. le docteur Duteuil chez un homme de cinquante-huit ans; elle siégeait à la partie supéro-interne de la jambe gauche et remontait à trois mois. Elle est constituée extérieurement par une poche fibreuse, et à l'intérieur par une masse calcifiée. Un examen histologique sera pratiqué.

M. Braquehaye se demande si on ne serait pas là en présence d'un épithélioma calcifié des glandes sébacées.

M. Dubreuilh pense plutôt à des phlébolithes.

Coryza caséeux.

M. Dasque présente un cas très intéressant de coryza caséeux, observé à la consultation de M. le Dr Beausoleil. La narine contenait une masse caséeuse ayant le volume d'un œuf de poule : le malade l'a rejetée brusquement quand on commençait la tentative d'extraction.

M. Coyne demande si l'examen bactériologique a été pratiqué.

M. Beausoleil répond que les conditions dans lesquelles cette masse caséeuse a été recueillie étaient trop défectueuses pour permettre un examen concluant.

Cancer thyroïdien.

MM. Brindel et Liaras présentent les coupes d'une tumeur ganglionnaire, récidive d'un cancer du corps thyroïde. Elles représentent exactement les coupes de la tumeur primitive : à la périphérie une coque fibreuse, d'où partent des filaments conjonctifs circonscrivant des alvéoles remplis de cellules volumineuses à gros noyaux. Il s'agit là, comme dans la tumeur primitive, d'épithélioma cylindrique. Depuis que le ganglion a été extirpé, il n'y a pas eu chez le sujet de nouvelle récidive.

Myxome des fosses nasales.

M. Brindel présente un myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome, cinq mois après l'ablation de ce dernier. Le diagnostic de lymphadénome avait été porté par M. Coyne, à la suite de l'examen histologique. M. Brindel suppose que ce lymphadénome était probablement une dégéné-

rescence d'un polype muqueux, ce qui rend la récidive problématique.

Épithélioma des fosses nasales.

M. Brindel rapporte un cas d'épithélioma pavimenteux lobulé des fosses nasales et des voies lacrymales. Ce malade présentait des symptômes de dacryocystite; il vint à la consultation des yeux, où M. Badal reconnut la présence d'une tumeur nasale et adressa le malade à M. Moure : une tumeur volumineuse remplissait les fosses nasales; une partie fut excisée et l'examen microscopique montra de l'épithéliome pavimenteux lobulé; aussi l'auteur de la présentation pense-t-il que l'origine de cette tumeur se trouve dans les voies lacrymales, munies d'un épithélium pavimenteux et non dans les fosses nasales, qui sont tapissées d'un épithélium cylindrique.

Exostose du bassin.

M. Chemin présente un bassin remarquable par une exostose non encore décrite et un ligament sacro-sciatique musculaire. Sur la face antérieure du sacrum naît une épine osseuse se dirigeant transversalement de dedans en dehors et de haut en bas. Aucune saillie osseuse n'a été signalée avec ce siège et cette direction. M. Chemin la considère comme une exostose développée dans le muscle pyramidal. Sur le même sujet, le petit ligament sacro-sciatique gauche avait l'apparence musculaire et histologiquement contenait de nombreuses fibres musculaires. Cette anomalie semble confirmer l'opinion de M. Testut pour qui ce ligament sacro-sciatique représente l'atrophie de la portion des muscles fléchisseurs de la jambe gauche qui, chez quelques mammifères, s'étend de l'ischion au sacrum.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 Décembre 1895.

Valeur hygiénique de la bicyclette.

M. Mendelsohn. — La valeur gymnastique de la bicyclette réside dans ce fait que tandis que, pendant la marche à pied le travail musculaire est fourni par les fléchisseurs, le cycliste fait surtout travailler les extenseurs des membres inférieurs et les fléchisseurs du tronc et des membres supérieurs.

Quant à l'influence de la bicyclette sur les échanges interstitiels, M. Mendelsohn a trouvé dans un cas une augmentation de la quantité absolue et relative de l'urée et une diminution de l'acide urique et des urates. Dans les courses longues et et fatigantes, l'amaigrissement peut devenir considérable, et dans un cas étudié par M. Mendelsohn, le coureur a perdu 13 livres 1/2 après avoir fourni une course de 613 kilomètres.

La position que le cycliste prend sur sa machine a pour conséquence une compression mécanique de l'estomac et par contre-coup, une modification dans la sécrétion des glandes stomacales. La bicyclette régularise par contre la défécation et s'oppose assez efficacement à la constipation.

Les organes sur lesquels l'usage de la bicyclette retentit en premier lieu sont les poumons et le cœur. A la suite du travail musculaire exagéré, l'accumulation d'acide carbonique dans le sang provoque une dyspnée quand les poumons ne sont pas suffisamment ventilés. Le cycliste doit avoir pour règle de respirer par le nez, car s'il respire par la bouche, l'air expiré rencontre une couche d'air condensée par le fait de la vitesse de la bicyclette, et ne se dégage que difficilement.

Pour ce qui est du cœur, on observe pendant la course une augmentation de la pression sanguine et une augmentation de la fréquence du pouls. La pression peut aboutir à l'affaiblissement du tonus des vaisseaux et au dicrotisme. Quant à la fréquence du pouls, 150 battements à la minute sont la règle dans la course modérée, et si le coureur augmente tant soit peu la vitesse, le pouls monte à 250 par minute. L'augmentation brusque du pouls s'observe surtout aux montées, c'est là le danger principal des courses à bicyclette : dans ces conditions on peut observer la mort subite par épuisement du cœur.

SOCIÉTÉ PHYSIOLOGIQUE DE KIEL

Exclusion opératoire de l'intestin.

M. Bier a présenté deux malades auxquels il a pratiqué l'exclusion de l'intestin d'après le procédé de Salzer.

Au premier cas il s'agit d'un homme qui, après une attaque de pérityphlite aiguë resta sujet à des coliques qui, depuis deux ans, revenaient à des intervalles plus ou moins éloignés. En novembre 1894 il fut pris de phénomènes de sténose chronique de l'intestin avec amaigrissement considérable.

A l'examen on trouvait à ce moment une tumeur localisée au côlon ascendant et présentant tous les caractères d'une tumeur maligne; la laparotomie faite quelques jours plus tard permit de constater l'existence d'une tumeur dure, formée d'adhérences et qui englobait le cæcum et le côlon ascendant, ce dernier très rétracté et atrophié. Le cæcum paraissait normal, de même l'appendice, mais l'iléon au niveau de son embouchure était fortement distendu. L'extirpation de la tumeur ayant été jugée impossible, on procéda de la façon suivante :

On sectionna le côlon ascendant au delà de son angle et on sutura son bout rectal avec le bout duodénal de l'iléon sectionné également à quelque distance de la valvule iléo-cæcale.

On ferma ensuite le bout cæcal de l'iléon par une suture circulaire, tandis que le bout cæcal du côlon ascendant fut suturé dans la plaie de façon à faire office de fistule d'écoulement. La plaie abdominale fut ensuite fermée par une suture à étages.

Les suites opératoires furent des plus simples, sauf la formation d'un petit abcès de la paroi. Actuellement le malade a engraissé de 43 livres; la tumeur, qui donnait au palper l'impression d'un carcinome, a presque complètement disparu. Il reste une petite fistule abdominale par où s'écoule un peu de mucus, mais elle gêne si peu le malade qu'il n'a pas voulu subir l'extirpation des deux anses exclues, qu'on lui a proposée.

Le second cas se rapporte à un homme qui, en avril 1894, eut une attaque de pérityphlite aiguë, puis une autre en mai. Depuis cette époque il présente des phénomènes de sténose chronique de l'intestin, qui se manifestent de la façon suivante. Tous les huit jours le malade est pris de douleurs abdominales violentes, le ventre se tuméfie, puis après une attaque de coliques très violentes le malade rend des gaz et quelques matières fécales. Dans l'intervalle des attaques il est constipé. A la palpation on trouvait dans la fosse iliaque droite une induration large comme la paume de la main et sensible à la pression; au toucher rectal on sentait une tumeur occupant la moitié droite du bassin.

La laparotomie a été faite le 5 juillet 1895. A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne trouva pas d'appendice, et du cæcum on ne voyait qu'une partie de la paroi antérieure; les deux étaient englobés dans une masse fibreuse qui entourait en outre une grande partie de l'épiploon. Ce dernier a été sectionné au ras de la tumeur fibreuse et rabattu en haut. Il fut pourtant impossible de trouver l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, mais à 20 centimètres environ du cæcum on trouva une anse d'intestin grêle collée à la paroi postérieure de l'abdomen, et passant derrière le cæcum pour se perdre dans la tumeur. Pour éviter toute méprise, l'intestin grêle fut suivi jusqu'en haut, jusqu'au coude duodéno-jéjunal, ce qui permit de constater qu'on pouvait disposer d'une longueur considérable d'intestin grêle. L'exclusion a été faite comme dans le cas précédent et a porté sur le cæcum, une partie du côlon ascendant et sur 30 centimètres environ d'intestin grêle.

Le malade guérit dans d'excellentes conditions et est complètement débarrassé de ses troubles fonctionnels. Il garde une fistulette par où il s'écoule un peu de mucus.

Pyloroplastie.

M. Bier considère la pyloroplastie d'après le procédé de Heinecke-Mikulicz comme l'opération de choix dans la sténose cicatricielle du pylore non compliquée. Elle est plus facile et moins grave que la gastro-entérostomie, plus efficace que l'opération de Loreta.

Cette opération, M. Bier l'a faite deux fois. Dans le premier cas il s'agissait d'un tuberculeux, qui entra avec tous les signes d'un rétrécissement cicatriciel du pylore. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva dans le duodénum, au delà du pylore, un rétrécissement cicatriciel très serré. Le rétrécissement fut fendu dans le sens longitudinal et les lèvres de la plaie suturées transversalement. Suture de la paroi abdominale et guérison dans d'excellentes conditions. Le malade a été suivi pendant deux ans. Les troubles gastro-intestinaux ont disparu, mais la phthisie a fait des progrès.

Dans un cas, on avait fait à la vérité une duodénoplastie, mais pour obtenir une dilatation suffisante on a été obligé de prolonger l'incision sur le pylore.

Dans le second, il s'agit d'une couturière chez laquelle les phénomènes de sténose du pylore ont paru deux ans après qu'elle avait avalé une aiguille. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva en effet une épingle dans le pylore cicatriciel très rétréci. Mais ce qui frappa surtout, c'était l'état atrophique, la minceur des parois de l'estomac.

Opération comme dans le cas précédent. Résultats fonctionnels moins satisfaisants et tenant probablement à l'atonie de l'estomac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GREIFSWALD

Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Busse a fait des recherches sur la fréquence des combinaisons de tumeurs malignes et de kystes dermoïdes, et n'a trouvé que 23 cas, dont 11 de carcinome et de kyste dermoïde et 12 de sarcome et de kyste dermoïde. Dans ce dernier groupe on trouve soit des tumeurs mixtes à accroissement rapide et à éléments histologiques variables parmi lesquels on décèle des éléments du derme, soit des kystes dermoïdes ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

Le cas observé récemment par M. Busse, rentre dans ce second groupe. Il s'agit d'une femme de 68 ans, chez laquelle on avait constaté, 22 ans auparavant, une tumeur du petit bassin qu'à ce moment on avait prise pour un fibro-myome. La malade n'a pas voulu se faire opérer et a gardé sa tumeur. Il y a 18 mois, la tumeur se mit à augmenter rapidement de volume, et lorsque la malade entra à l'hôpital, l'opération n'était plus possible. Mort dans la cachexie.

A l'autopsie, on trouva le petit bassin rempli par une tumeur mollasse. Les uretères étaient dilatés, les reins atteints d'hydronéphrose. La vessie et la paroi antérieure de l'utérus étaient intactes, mais les parois postérieures de l'utérus et du vagin étaient envahies par la tumeur. En arrière de l'utérus se trouvait une production calcifiée des dimensions d'une orange, dont la cavité renfermait des cheveux et était remplie d'une bouillie muqueuse. La paroi calcifiée du kyste n'était pas envahie par la tumeur, et le kyste lui-même paraissait se trouver en rapport avec l'ovaire droit.

D'après M. Busse la tumeur du petit bassin s'était probablement développée non pas aux dépens du kyste lui-même dont les parois étaient intactes, mais aux dépens d'un reste de l'ovaire. Histologiquement la tumeur qui remplissait le petit bassin était un sarcome à petites cellules rondes.

Exophthalmos pulsatile.

M. Franke distingue entre l'exophthalmos spontané relevant d'un anévrysme vrai de l'artère ophthalmique ou d'une érosion spontanée de la carotide interne dans le sinus caverneux ou encore de la formation d'une tumeur érectile, et l'exophthalmos traumatique, infiniment plus fréquent et dû le plus souvent à une déchirure de la carotide interne, à l'intérieur du sinus caverneux. Si à ce niveau il se forme une communication entre l'artère et la veine, une quantité plus grande de sang est projetée, à chaque pulsation, d'abord dans le sinus, ensuite dans les veines ophthalmiques supérieure et inférieure qui, à la longue, se dilatent et finissent par communiquer la pulsation au globe oculaire. L'exophthalmos pulsatile n'apparaît donc qu'au bout d'un certain temps, plus rapidement dans les cas spontanés que dans les cas traumatiques.

Le cas observé par M. Franke se rapporte à un homme qui, après une chute de voiture, fut pris, trois jours après, dans la nuit, de maux de tête violents avec des sensations de martellement bruyant dans la tête, de bruit qu'il percevait dans la tête et qui a persisté depuis, et tellement violent que le sommeil est devenu presque impossible. Puis, quelques jours plus tard le globe oculaire devint saillant.

Actuellement, le malade présente un exophthalmos pulsatile à gauche. Le doigt appliqué contre l'œil sent des pulsations synchrones au pouls carotidien; à l'auscultation du bulbe et de la tête on entend un double souffle musical. De plus, la vue, du côté gauche, est complètement abolie. Il s'agit donc, dans ce cas, d'un exophthalmos pulsatile traumatique avec déchirure très probable du nerf optique au niveau du trou optique.

Un symptôme qui manque encore chez le malade et qui se manifeste ordinairement seulement deux ou trois mois après l'accident, est l'apparition au-dessus et en dedans du globe oculaire, d'une tumeur réductible formée par la veine frontale dilatée.

En s'appuyant sur ce fait que tous les symptômes disparaissent par la compression de la carotide, on a érigé cette compression en méthode thérapeutique. Cette compression méthodique de la carotide primitive amène quelquefois la guérison par la formation d'un caillot au niveau de l'orifice de communication entre la veine et l'artère ; seulement il faut savoir que la formation du thrombus est plus facile à obtenir dans les cas d'exophthalmos pulsatile spontané, que dans les cas d'origine traumatique.

Chez le malade de M. Franke on a essayé la compression intermittente de la carotide pendant deux jours, mais les résultats ne sont pas très satisfaisants bien que la circulation collatérale se soit notablement développée sous l'influence de cette compression. Aussi le professeur Helferich, dans le service duquel se trouve le malade, est-il d'avis de faire la ligature de la carotide. Depuis quelques jours le malade a de la fièvre irrégulière, des maux de tête violents, et tout porte à attribuer ces phénomènes à la formation d'un abcès intra-cérébral au voisinage du foyer de fracture.

Paraplégie hystérique.

M. Leick rapporte l'observation d'un garçon de 11 ans, d'une famille de névropathes, qui au cours d'un mal de dent a été pris de céphalalgie avec état comateux, puis brusquement de paraplégie. A l'examen on trouva une exagération des réflexes rotuliens et des paresthésies sous forme de fourmillements dans les membres inférieurs. Sous l'influence des bains tièdes et de la faradisation des membres inférieurs la paraplégie disparut en trois jours.

Hydropisie du sac lacrymal.

M. Stutzer a montré une femme présentant une tumeur des dimensions d'une grosse noix, qui occupe la moitié interne de la paupière inférieure gauche. La tumeur, qui est lisse, rénitente et recouverte par la peau ayant conservé son aspect normal, semble adhérer à l'os par sa face postérieure; elle ne diminue pas par la compression, mais il y a encore quelques mois, lorsqu'on comprimait la tumeur, elle diminuait de volume en même temps que son contenu s'écoulait par le nez. La tumeur d'après ces caractères, serait donc une hydropisie du sol lacrymal par atonie de ses parois.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fissures congénitales de la lèvre supérieure et du palais

Par A. Broca,
Chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté.

Je n'ai pas l'intention de reprendre aujourd'hui l'étude — à laquelle depuis 1886 j'ai consacré de nombreux travaux (1) — des variétés anatomiques et des connexions ostéologiques des fissures labiales et alvéolo-palatines. Mon but est d'ajouter à ces recherches, d'ordre purement théorique, un complément d'ordre pratique, d'après une expérience personnelle qui commence à avoir quelque importance, puisque j'ai opéré plus de 60 becs-de-lièvre et 35 divisions congénitales du palais et du voile, dont j'ai publié les observations dans la *Revue de Stomatologie* (1895, n° I et II).

I. Traitement du bec-de-lièvre. — A. *Indications opératoires.* — Dans le traitement du bec-de-lièvre, il faut envisager deux choses : la restauration de la lèvre, celle du rebord alvéolaire.

Mais si l'on veut déterminer les indications opératoires, et en particulier l'âge auquel il convient d'intervenir, c'est moins d'une fissure alvéolo-palatine qu'il faut tenir compte que des inégalités de niveau du rebord alvéolaire.

Soit un bec-de-lièvre simple, unilatéral, partiel, avec narine bien formée, avec rebord alvéolaire continu et régulier : il faudra environ cinq minutes pour l'opérer, et, grâce à certains petits artifices dont je parlerai tout à l'heure, la perte de sang sera limitée à quelques gouttes.

Mais voici un bec-de-lièvre simple, unilatéral, complet, avec promontoire saillant : pour l'opérer, il va falloir abraser l'intermaxillaire interne, puis libérer largement sous la joue, vers la narine. Sans cela, la suture échouera et si l'on ne libère pas largement, on n'obtiendra qu'un résultat plastique peu satisfaisant. Or, c'est une opération qui ne peut être conduite sans une certaine hémorrhagie, et l'on sait que les nouveau-nés supportent mal les pertes de sang.

Ce sera donc un bec-de-lièvre anatomiquement simple, mais chirurgicalement complexe; et même en faisant les libérations au galvanocautère ou au thermocautère, je ne l'opérerais pas volontiers avant l'âge de 3 à 4 mois.

Ainsi, on peut pratiquer sans danger l'opération précoce, presque immédiate même, pour un petit bec-de-lièvre partiel et simple. Mais alors, quel intérêt y a-t-il à agir vite? Aucun. L'enfant presque toujours, malgré sa malformation, tette facilement, boit en tout cas, et toujours il avale sans difficulté. C'est un premier motif pour que les parents ne demandent pas une restauration immédiate, l'enfant n'étant pas trop malaisé à élever. En outre, la difformité n'est pas horrible, et ils n'ont pas trop de répugnance à voir leur enfant, pour lequel ils prévoient la possibilité d'un résultat convenable.

Quels sont les enfants pour lesquels, dans la classe ouvrière surtout, on veut que nous opérions aussi vite que possible? Ceux qui sont difficiles à élever, qu'il faut nourrir à la cuillère et qui en plus sont d'une laideur repoussante. Mais ceux-là ont presque toujours des becs-de-lièvre complexes et nous n'aimons pas trop à nous hâter.

Souvent on dit que ces opérations, assez délicates, ne doivent être entreprises que vers l'âge de 3 ou 4 ans, et c'est, par exemple, l'opinion que Trélat (1) émettait encore en 1882, lui qui cependant opérait dès la naissance les simples encoches. Moi-même (2), lorsque j'ai rédigé en 1889 l'article du *Traité de chirurgie* consacré aux vices de développement de la face, je considérais qu'il valait mieux attendre l'âge de 1 à 2 ans. Depuis, j'ai acquis sur les faits de ce genre une expérience assez grande, puisque j'en ai opéré 39, et je n'hésite plus, même pour un bec-de-lièvre bilatéral avec saillie du tubercule osseux, à intervenir chez l'enfant de 3 à 6 mois. J'ai obtenu de la sorte d'excellents résultats, *mais à la condition expresse que l'enfant ne soit pas admis à l'hôpital.*

Si je prends dans son ensemble ma statistique, je trouvais, en janvier 1895, les chiffres suivants :

42 cas, 5 morts.

Et si je la décompose selon : 1° le séjour des enfants à l'hôpital; 2° leur âge, je trouve :

1° *Enfants hospitalisés :*
Au-dessous de 2 ans : 6 cas, 5 morts.
Au-dessus de 2 ans : 5 cas, 0 mort.
2° *Enfants non hospitalisés :*
31 cas, 0 mort.

Et l'on y compte :

Enfants au-dessous de 6 mois	19
— de 6 mois à 1 an	6
— au-dessus de 1 an	6
Becs-de-lièvre simples	13
— unilatéraux complexes	6
— bilatéraux complexes	12

Je ferai remarquer que, parmi ces derniers, il en est 5 où j'ai pratiqué la résection sous-périostée triangulaire de la cloison. En outre, plusieurs de ces sujets ont été

1. A. Broca, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 350; 1887, p. 255, 325, 385, 588; — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 537; — *Annales de gynécologie*, 1887, t. XXXVIII, p. 81; — *Arch. de laryngol.*, 1888, p. 129; — *Arch. d'ophtalm.*, 1889, t. IX, p. 213.

1. U. Trélat, *Clin. chir.*, Paris, 1891, t. I, p. 554. Leçon faite en 1882.
2. A. Broca, *Traité de chirurgie*, t. V, p. 35.

revus après quelques mois écoulés, en sorte que je les crois à l'abri des accidents tardifs auxquels exposerait, d'après divers auteurs, l'anémie post-opératoire.

L'opposition entre ces deux statistiques est trop brutale pour que l'on puisse admettre un hasard de série et depuis janvier 1895, j'ai opéré plus de 20 enfants, sans un seul échec. Le fait d'ailleurs n'est pas des plus difficiles à expliquer.

J'ai établi une distinction entre les enfants au-dessous et au-dessus de 2 ans : c'est au-dessus et au-dessous de un an que j'aurais dû dire, car l'enfant âgée de 16 mois qui a succombé s'est trouvée dans des conditions très spécialement défavorables. Sa mère ne voulait manifestement plus s'occuper d'elle : elle l'a fait opérer alors que l'état général était déplorable, par alimentation vicieuse, et, une fois la plaie bien réunie, elle n'a pas su ou pas voulu maintenir l'amélioration générale que nous avions obtenue par le gavage. Par contre, un enfant de 14 mois bien soigné et bien nourri a fort bien guéri et a été revu bien portant environ trois mois plus tard.

Restent ainsi quatre enfants au-dessous d'un an : tous les quatre ont succombé; un, peut-être après une opération un peu lentement conduite par un de mes internes; deux à la rougeole; un à une broncho-pneumonie. Chez les trois derniers, l'opération avait été rapide et la perte de sang peu importante, identique à celle des enfants du même âge et non hospitalisés qui ont guéri dans la perfection.

Est-ce donc là quelque chose de bien spécial, en raison surtout de l'hémorrhagie, à l'opération du bec-de-lièvre? Je ne le pense pas. C'est plutôt lié aux défectuosités bien connues de l'hygiène hospitalière pour les enfants allaités. Ces petits sujets réclament des soins incessants, surtout pour surveiller leur alimentation : soins impossibles à donner dans une salle où il y a une infirmière pour garder une vingtaine d'enfants de 1 à 4 ans. Et dans cette salle de tout petits sévissent souvent des épidémies de rougeole : c'était le cas, pour la salle des filles, en mars et avril 1894, époque à laquelle y a succombé une de mes petites opérées. On me demandera donc pourquoi je n'ai pas refusé de l'hospitaliser : parce qu'il était évident que la mère voulait absolument se débarrasser de son enfant, dont la mort était certaine si on ne l'opérait pas. De même pour une autre fillette, j'ai obtenu la guérison opératoire, mais lorsque, au huitième jour, j'ai voulu rendre la fillette à sa mère, celle-ci n'a pas répondu à la lettre de convocation et, après deux mois d'hospitalisation, est survenue la coqueluche mortelle.

Quelle que soit l'opération chirurgicale entreprise, je pense, en résumé que l'enfant du premier âge ne doit être hospitalisé que si l'on dispose d'un service de crèche, où il trouvera soit sa mère, soit une nourrice, mais à ce point de vue l'opération du bec-de-lièvre rentre simplement dans la loi commune.

Pour le bec-de-lièvre, je le répète, on a attribué surtout les revers à l'hémorrhagie. Or, avec quelques précautions opératoires faciles à prendre, la perte de sang est à peu près nulle. Dans ce rapide exposé de manuel opératoire, je me bornerai à exposer ma pratique habituelle.

B. *Manuel opératoire.* — J'opère toujours le *bec-de-lièvre simple unilatéral* par le procédé de Mirault. Ce lambeau doit être long, prendre toute la hauteur de la fissure. Du côté opposé, je fais l'avivement épidermique, comme me l'a appris il y a une dizaine d'années mon maître Lannelongue (1) : avec de fins ciseaux courbes j'abrase seulement la muqueuse, à la fois sur la fissure et sur le bord libre de la lèvre, *dépassant dans ce sens l'angle arrondi d'une longueur égale à celle qu'aura le lambeau rabattu horizontalement.*

1. Denise, Thèse de doct., Paris, 1833-84, n° 311.

Dans le *bec-de-lièvre bilatéral,* je taille, comme Clémot, un lambeau sur chaque lèvre externe, j'avive aux ciseaux courbes le tubercule charnu bien libéré et je lui suture les deux lambeaux, réunis en outre l'un à l'autre sur la ligne médiane en une petite trompe, qu'on retouche si elle reste disgracieuse.

Lorsque la fissure labiale est complète, une des difficultés, pour obtenir un joli résultat, est de restaurer la narine, de ne pas la laisser épatée, avec une encoche dans le haut de la suture, état qui exige une retouche. On y parvient si on avive bien le bord externe jusqu'à l'extrémité externe du cartilage de l'aile de la narine, le bord interne jusqu'à l'extrémité postérieure de la sous-cloison, et si on affronte exactement ces deux points par un fil de suture soigneusement appliqué. Cet affrontement n'est possible que si on a bien libéré la lèvre des deux côtés, et surtout en dehors, jusque sous la narine.

La *saillie du promontoire,* avec ou sans fissure alvéolaire, celle du tubercule médian en cas de fissure bilatérale, sont quelquefois assez médiocres pour qu'on puisse suturer avec succès la lèvre sans toucher au squelette, à condition de décoller largement sous la joue. Au bout de quelques mois on est surpris de voir combien la fissure osseuse s'est rétrécie, si bien que souvent ses deux bords sont au contact. Il y a là un argument important pour opérer d'assez bonne heure les becs-de-lièvre complexes, car de la sorte on n'observe pas ces fentes osseuses énormes dont nous offrent des exemples les enfants envoyés de la campagne à Paris, à l'âge de 5, 6, 8, 10 ans, sans avoir jamais été opérés. Quelle que soit la saillie du promontoire, j'ai toujours pu réparer la lèvre avec un seul lambeau, par le procédé de Mirault.

Si le promontoire est très saillant, sans fissure osseuse, on l'abrase : on détend ainsi la suture et de plus on la met à l'abri de la poussée d'une dent sous la narine, le germe gênant étant ainsi retranché. En cas de fissure osseuse concomitante, le meilleur procédé est, je crois, celui de S. Duplay (1) : par une ostéotomie on fracture le promontoire et on le refoule dans la fente, dont on a avivé au bistouri les deux lèvres. Quand on opère ainsi chez de jeunes enfants, les rebords alvéolaires se déchirent facilement sous les fils d'argent destinés à établir une suture osseuse; mais je crois qu'on peut souvent se passer de cette suture.

J'en dirai autant pour le *tubercule médian,* en cas de bec-de-lièvre bilatéral complexe avec forte saillie.

Quelquefois, il suffit de redresser et de refouler le tubercule avec la pression du pouce. Mais si la saillie est notable, cette manœuvre brutale et insuffisante doit être abandonnée. Il ne saurait plus être question de supprimer le tubercule osseux, comme le voulait Franco, même par la méthode sous-périostée comme l'a récemment conseillé M. Piéchaud (2). Après cette ablation, d'une part la lèvre supérieure manque d'appui et se met en retrait sur l'inférieure d'une manière très disgracieuse; d'autre part la fissure palatine est absolument impossible à réparer par l'uranoplastie. C'est que j'ai constaté dans un cas où j'ai réparé la lèvre après qu'un autre chirurgien avait échoué complètement et avait en outre réséqué le tubercule osseux.

1. S. Duplay, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris,* 1873, 3e série, t. II, p. 573.
2. Piéchaud, *Congr. franç. de chir.,* 1892, t. VI, p. 362.

Le véritable procédé, dans ces conditions, c'est la résection triangulaire sous-périostée de la cloison, comme l'ont préconisée Chassaignac, A. Guérin.

Résection sous-périostée de la cloison, abrasion et fracture du promontoire, libération large sous la joue et sous la narine, taille des lambeaux et avivement, voilà qui doit saigner abondamment et rendre l'opération dangereuse chez les tout jeunes enfants. En réalité, avec un peu d'adresse on réduit l'hémorrhagie à peu près à rien, sans avoir besoin de prendre les lèvres dans des pinces à mors longs garnis de caoutchouc.

1° Pour *réséquer la cloison*, on met l'enfant tête pendante, dans la position de Rose. On fait sur la ligne médiane du pédicule des intermaxillaires internes une incision longue de 2 centimètres; sur chaque face de la cloison on décolle la muqueuse avec une rugine étroite et mince, puis en deux coups de ciseaux on enlève le triangle osseux. Dans ce dernier temps, il vient un peu de sang, mais cela ne dure que quelques secondes : et immédiatement l'écoulement s'arrête si on refoule en arrière le tubercule devenu mobile, en même temps qu'avec un tampon on exerce pendant trois ou quatre minutes une compression continue sur l'incision muqueuse.

Après cela, l'enfant est couché sur le lit dans le décubitus dorsal, la tête bien appuyée.

2° Pour *libérer la lèvre* vers la joue et sous la narine, certains chirurgiens emploient encore le thermocautère. J'y ai renoncé, parce qu'avec l'instrument tranchant je n'ai jamais eu d'accident. D'un coup de bistouri, on fend hardiment le sillon gingivo-labial, et sans sortir de la plaie, en rasant l'os, on libère vers la fosse canine et jusqu'au bord de l'échancrure piriforme; cela doit se faire d'un seul trait, et prestement on introduit dans ce sillon cruenté un tampon sur lequel pendant trois à quatre minutes on exerce de la compression à la fois avec le pouce et avec l'index, placés l'un sur la peau, l'autre dans la bouche, sur le tampon.

3° Pour *aviver* le bord muqueux du côté où on ne taille pas le lambeau dans le bec-de-lièvre unilatéral, on prend ce bord entre le pouce et l'index et en serrant on peut aviver à blanc; on desserre de temps à autre pour voir où en est le travail en donnant un peu de sang. Si l'on opère un bec-de-lièvre bilatéral, il suffit d'appuyer avec la pulpe de l'index gauche sur la face cutanée du tubercule charnu pour assurer l'hémostase.

4° Pour tailler les *lambeaux*, on pince, entre le pouce et l'index gauches, la lèvre en dehors de la base du futur lambeau, en enfonçant bien le doigt (pouce ou index suivant qu'on opère à droite ou à gauche) dans le vestibule buccal, et on transfixe le lambeau de bas en haut. La coronaire, bien prise, ne donne pas, et il est facile de la maintenir jusqu'au moment où on fera la suture, à condition de savoir bien placer le premier fil. Ce fil, qui prendra les trois quarts de l'épaisseur de la lèvre, ira de l'angle obtus du côté avivé à l'angle formé par le lambeau avec le bord de la fissure; on le passe avec une aiguille de Reverdin courbe. Ce sera un crin de Florence de gros calibre. Dès que l'anse est passée, on tire sur le fil, ce qui empêche la coronaire de saigner, et tout en tirant on fait le double nœud : l'hémostase est alors définitivement assurée. Ce fil initial étant noué, on a tout le temps nécessaire pour parfaire l'affrontement avec des points superficiels; on soignera plus particulièrement le point qui reconstitue la narine.

Si on opère un bec-de-lièvre bilatéral, on ne passe au second lambeau qu'après avoir ainsi placé un point de suture à la base du premier. Puis on fixe de même le second lambeau, et on finit la suture.

Je suture toujours à points séparés, au crin de Florence ou à la soie. Je n'ai jamais eu besoin de transfixer le nez avec l'aiguille de Philipps ou avec la serre-fine de Guersant.

Il est inutile d'insister sur certains points, de pratique constante : toujours opérer sous le chloroforme; panser avec une carapace de collodion iodoformé; commencer à faire prendre du lait à l'enfant quelques heures après l'opération; enlever les fils du cinquième au huitième jour.

Une seule de mes opérations a échoué par suppuration de la plaie. J'ai eu un échec partiel, au début de ma pratique, par arrachement de la suture le jour où l'on coupa les fils. On les avait coupés tous et sans chloroformiser l'enfant : la tête étant mal tenue, un mouvement brusque eut lieu, pendant lequel se déchira la ligne de suture. Depuis, j'ai toujours fait respirer quelques gouttes de chloroforme à l'enfant, et de plus un aide, qui fixe la tête entre ses mains, refoule les joues d'arrière en avant avec les deux index, un de chaque côté. Souvent, je ne retire que les fils superficiels au cinquième jour, laissant encore pendant deux ou trois jours le fil profond de la base du lambeau.

Pour le bec-de-lièvre bilatéral, il est fréquent qu'une retouche soit nécessaire, pour bien égaliser le bord libre de la lèvre au niveau de la petite trompe médiane créée par l'adossement des deux lambeaux au-dessous du tubercule charnu.

II. Divisions congénitales du palais et du voile. — J'ai pratiqué, jusqu'à ce jour, trente-cinq uranostaphylorrhaphies. Quatre d'entre elles ont été faites pour des perforations syphilitiques, et il n'en sera pas question : je les mentionne seulement parce qu'elles ont contribué à mon éducation opératoire. Les trente et une autres, sur vingt-quatre malades, ont été faites pour des divisions congénitales.

Je ne reviendrai pas sur les variétés anatomiques : je rappellerai seulement que l'on doit distinguer les divisions postérieures partielles, limitées au voile ou mordant plus ou moins sur la voûte osseuse, les divisions postérieures complètes qui vont jusqu'au bord alvéolaire, et enfin les becs-de-lièvre avec division du bord alvéolaire et de la voûte palatine; les divisions sont unilatérales et la fissure n'ouvre qu'une des fosses nasales, ou bilatérales (souvent appelées à tort médianes) et des deux côtés la cloison vomérienne est libre, la fente ouvrant les deux fosses nasales.

1° *Manuel opératoire*. — Je n'insisterai pas longuement sur le *manuel opératoire* : en effet, depuis les travaux de Trélat surtout, l'uranostaphylorrhaphie est une opération bien réglée et un chirurgien exercé ne met pas une heure à la terminer dans les cas les plus complexes. Je sais que, de temps à autre, en France ou à l'étranger, un auteur en quête de nouveau invente une manœuvre ou un instrument. D'après ce que j'ai vu par moi-même, et trente-cinq opérations constituent une expérience notable, je n'en ai pas, jusqu'à présent, compris l'utilité. Au risque de passer pour peu ingénieux, je n'ai pas la moindre incision à mon actif, pas la moindre aiguille. Je m'en console, car rien de ce qu'on a proposé ne me paraît un progrès sur la technique et l'instrumentation de Trélat.

De ce qui précède il résulte que je crois inutile de décrire la manière dont je fais l'avivement, la libération des lambeaux, la suture. Je dirai seulement que je suis resté

fidèle aux fils d'argent, et que presque toujours je les tords avec les doigts sans employer le tord-fils.

Pendant l'exécution de l'opération, que je pratique toujours tête pendante, dans la position de Rose, on a souvent des ennuis dus à l'anesthésie, au bâillon. Toujours, cependant, j'ai vu le chloroforme être efficace et bien supporté, à condition d'être donné par doses massives et intermittentes, pendant les moments où l'opérateur fait l'hémostase par compression. Quant au bâillon, j'ai renoncé à tous les appareils compliqués, avec abaisse-langue, et je me sers, sans aucune gêne, du plus simple ouvre-bouche à crémaillère; un aide tire au dehors la langue prise dans une pince à griffes.

Il est inutile d'insister sur le danger de l'hémorrhagie immédiate : incontestable entre les mains d'un opérateur novice, il devient nul quand on a acquis une habileté manuelle réelle. Le seul moyen pour arrêter le sang est la compression et c'est pour cela que l'opération est toujours longue. Il faut savoir attendre, comprimer longtemps après chaque acte : après l'avivement, avec une éponge souple et grosse qui tamponne le naso-pharynx; après les incisions libératrices et le décollement des lambeaux, avec des éponges étroites et longues sur lesquelles, de chaque côté, on appuie bien avec l'index.

C'est là surtout, par les incisions libératrices, que la perte de sang est notable, car toujours on coupe l'artère palatine postérieure. A l'aide d'un petit artifice, cependant, on peut la rendre très légère. L'incision libératrice doit contourner la dernière molaire et de là se prolonger en avant le long de la sertissure gingivale des dents, à 3 ou 4 millimètres de cette sertissure; même pour les fentes assez étroites, je prends toujours toute la largeur disponible de la muqueuse palatine. Que l'on applique donc la pointe du bistouri en arrière de la molaire, que sur elle on fasse appuyer par sa pulpe l'extrémité de la phalangette de l'index gauche, et que l'on trace l'incision jusqu'à l'os, en tirant, tandis que l'index, dont l'extrémité reste en place, suit le mouvement du bistouri, et, par sa face palmaire, en un mouvement d'abaissement avec hyperextension de la troisième phalange, s'applique avec force sur la partie dangereuse de l'incision, c'est-à-dire en arrière. Pas une goutte de sang ne s'écoule. L'incision dépasse toujours la phalangette en avant d'au moins la largeur de la rugine coudée de Trélat : dans cette partie antérieure on insinue donc la rugine par un mouvement transversal, puis, toujours sans que l'index gauche bouge, on pousse la rugine d'avant en arrière jusqu'au bord postérieur de la voûte, en comprimant sur sa face dorsale le lambeau, c'est-à-dire l'artère. De la sorte, le travail est terminé sans que l'artère ait pu saigner : on retire alors la rugine et de la main droite on insinue rapidement sous l'index gauche une éponge longue avec laquelle on comprime pendant huit à dix minutes. Puis avec la rugine droite on fait la libération du voile à ses insertions ptérygoïdiennes, et on comprime encore pendant quelques minutes avant de passer à l'autre côté.

Avec cette petite manœuvre, on peut opérer à la fois vite et sans danger; sans elle, l'opération rapide devient périlleuse, et il faut décoller les lambeaux lentement, en comprimant à tout instant, en perdant beaucoup de temps. Il y a de cela quatre ans, à ma deuxième palatoplastie, j'ai voulu décoller vite et comprimer une fois le décollement achevé; le sang m'a gagné de vitesse et le petit malade, rapporté dans son lit, à peu près exsangue, a continué à avoir un peu de suintement sanguin, a vomi tous les liquides qu'on a cherché à lui faire prendre et a succombé dans la nuit. Ce désastre, dont je n'hésite pas à m'accuser, m'a servi de leçon et actuellement, quand je fais une palatoplastie, il est rare qu'il y ait assez de sang pour qu'il en coule sur l'alèze qui garnit mes genoux.

Il faut compter aussi avec les hémorrhagies retardées, survenant presque aussitôt après l'opération, probablement sous l'influence des mouvements qu'impriment au voile du palais les efforts de vomissements ou les cris inconscients du malade qui se réveille. L'hémostase obtenue par compression dans la palatine postérieure devient insuffisante. J'ai observé deux cas de ce genre. J'ai arrêté facilement le sang en tamponnant la partie postérieure de l'incision libératrice qui saignait avec une mèche de gaze iodoformée sur laquelle on a exercé de la compression digitale, et mes deux malades ont bien guéri.

Avec l'hémostase précaire d'un vaisseau qu'on ne peut ni lier, ni tordre, on conçoit qu'il faille obtenir l'immobilisation aussi complète que possible, pendant plusieurs jours, de la plaie opératoire. En outre, cette plaie se réunit par seconde intention et pendant assez longtemps reste facile à écorcher si le malade ingère des aliments solides, de la croûte de pain en particulier. Aussi, dans les *soins post-opératoires*, faut-il non seulement recommander au patient un silence absolu, mais encore surveiller avec soin l'alimentation. L'opéré sera nourri d'abord avec du bouillon et du lait, puis avec des crèmes, puis avec des bouillies, des purées, plus tard avec des hachis et on n'autorisera la mastication du pain qu'après cicatrisation complète des incisions libératrices. Je crois fermement que c'est pour avoir mangé du pain en cachette que trois enfants ont eu des hémorrhagies très tardives — une est même parvenue au douzième jour, alors que la suture médiane était entièrement réunie — qui ont exigé la compression.

J'ai coutume de retirer les fils en deux ou trois fois, à partir du cinquième jour, et en commençant par ceux autour desquels on voit un petit point blanc indiquant un début d'infection.

2° *Résultats.* — Les résultats obtenus dépendent pour beaucoup de la technique, et surtout la suture ne se réunit bien que si les lambeaux, parfaitement souples et flottants, sont affrontés sans aucune tension. Cela exige une libération complète, et en particulier il est indispensable de détacher bien à la rugine les insertions ptérygoïdiennes du voile du palais. Ce temps n'est pas très difficile, mais il exige de l'habitude et, d'après ce qui m'est arrivé à mes débuts, je crois que c'est une des pierres d'achoppement des novices.

Mais même si l'on est bien maître de la technique, si l'on est sûr d'obtenir un affrontement parfait, même alors, même pour les cas les plus simples anatomiquement, on ne doit pas s'engager à guérir le malade en une seule opération. Il est impossible, en effet, d'assurer l'asepsie parfaite des cavités buccale et nasale, malgré les lavages les plus réguliers. J'ai coutume d'employer les lavages avec une solution d'hydrate de chloral à 1 p. 100 toutes les deux heures, et en tous cas, après chaque prise d'aliments, la bouche est largement irriguée. Si le sujet est raisonnable et, en penchant la tête en avant, ouvre largement la bouche au-dessus d'une cuvette, le liquide s'écoule facilement, sans qu'il en soit dégluti une partie. L'ingestion d'une certaine quantité de chloral aurait en effet des inconvénients réels, ainsi que e m'en suis aperçu chez un enfant que son trop jeune âge rendait indocile.

C'est pour cela que, pendant quelques jours avant l'opération, il est bon d'apprendre au sujet à se laisser faire des lavages, et de plus on a ainsi l'avantage de rendre au préalable la bouche moins septique. Certains

chirurgiens, sans doute, se laissent volontiers aller à croire que cet avantage est médiocre, et que, puisque l'on ne peut pas arriver à la propreté chirurgicale parfaite, il est inutile de prendre tant de précautions. Pas plus ici que pour les autres régions où la question se pose d'une manière semplable, cette façon de voir n'est la mienne, et j'estime que plus on se rapproche de l'asepsie, mieux cela vaut. C'est pour cela que, chez une fillette, j'ai commencé par faire extraire quelques chicots suppurants qui garnissaient le rebord alvéolaire; que, chez trois enfants, j'ai d'abord abrasé un gros paquet de végétations adénoïdes sur lesquelles stagnaient des mucosités purulentes.

On pourrait être tenté de faire dans la même séance l'ablation des végétations adénoïdes et la palatoplastie, et c'est ce que j'ai cherché à faire une fois. Mais sur le sujet endormi au chloroforme, et la tête pendante dans la position de Rose, l'hémorrhagie a été telle qu'elle a exigé le tamponnement à la gaze iodoformée et que j'ai dû renoncer à la palatoplastie, pour la pratiquer avec succès quelque temps plus tard. Le mieux semble donc, comme je l'ai fait depuis, de pratiquer d'abord, comme de coutume, l'ablation des adénoïdes sous l'anesthésie au bromure d'éthyle, le sujet étant assis, et de restaurer le palais quand on verra cicatrisée la plaie pharyngienne.

En agissant ainsi, on met de son côté le plus de chances possible, mais il serait imprudent de promettre à la famille un succès idéal. Certes, les échecs complets sont rares lorsque l'opération est bien conduite : dans un cas, j'ai commis une faute sur laquelle j'aurai à revenir; dans un autre, il s'agit d'un enfant sur lequel, moi aidant, mon élève M. Braquehaye faisait sa première palatoplastie, et la libération ptérygoïdienne a probablement été insuffisante. Dans tous les autres cas, le résultat a été sinon complet, au moins appréciable et avec une seconde opération le palais et le voile ont été restaurés.

Jamais je n'ai observé le sphacèle complet des lambeaux, mais même dans les cas où finalement le résultat sera bon, il est fréquent que, sur une partie de leur longueur et sur deux à trois millimètres de large, les bords suturés des lambeaux présentent une bande de sphacèle grisâtre et fétide. Si la suture tient en avant et en arrière, il en résulte un orifice central, souvent large comme une pièce de un franc, après la chute de l'eschare, et c'est merveille de voir avec quelle rapidité ces perforations bourgeonnent et se comblent d'elles-mêmes, à moins qu'elles ne soient énormes.

Je viens de parler d'accidents locaux d'ordre septique. L'infection peut, par exception, causer des complications graves et, comme après toutes les opérations pratiquées sur la cavité buccale, on peut observer des bronchopneumonies. Deux de mes petits opérés ont eu des symptômes de bronchite sérieuse dont ils se sont bien remis, mais dans un autre cas il y a eu une broncho-pneumonie suraiguë, avec congestion pulmonaire généralisée mortelle en quelques heures, au troisième jour. Les accidents de ce genre sont assez exceptionnels pour qu'on soit en droit d'affirmer que l'intervention est très légitime, mais l'opérateur le plus exercé ne doit pas oublier leur possibilité car il ne saurait prétendre qu'il les évitera à coup sûr — comme je l'ai dit pour les dangers de l'hémorrhagie — à l'aide d'une technique bien réglée.

Les résultats dépendent pour beaucoup de la variété anatomique et du degré de la malformation. Je n'ai pas besoin de dire que pour les divisions limitées au voile ou entamant en partie la voûte osseuse, la guérison en une ou deux séances opératoires est constante; et il en est de même lorsque toute la voûte est ainsi fendue, le bord alvéolaire et la lèvre étant intacts. Dans ce dernier cas, la seule difficulté consiste à bien libérer, décoller et soulever la pointe antérieure des lambeaux, à bien aviver l'angle rétro-dentaire de la fente. On y parvient cependant sans trop de peine si le rebord alvéolaire est continu.

Il n'en est plus ainsi lorsque le rebord alvéolaire est divisé ou l'a été à la naissance : les deux lèvres de la fissure, si elles ne sont pas entièrement séparées, sont alors souvent en contact seulement, ou s'il y a soudure elle est trop peu solide pour qu'on puisse soulever la pointe du lambeau sans risquer de la déchirer complètement. Cet accident opératoire est à redouter pour le lambeau du petit côté dans les divisions unilatérales, pour les deux lambeaux dans les divisions bilatérales; on peut aviver la pointe, mais non point la décoller. C'est faute de m'en être suffisamment rendu compte que, dans un cas, j'ai arraché l'insertion antérieure du lambeau et le résultat final a été nul. Instruit par cet échec, j'ai depuis, dans deux cas semblables, laissé derrière cette pointe un pertuis large comme une tête d'épingle, et l'opération a marché à souhait.

3° *Indications.* — En agissant ainsi on peut opérer certains cas souvent déclarés inopérables, et c'était l'opinion de Trélat lui-même : — les divisions bilatérales qui accompagnent un bec-de-lièvre bilatéral complexe et total. Mais derrière le tubercule incisif on doit, de toute nécessité, laisser un orifice large au moins comme une lentille, souvent comme une pièce de 0 fr. 20 ou de 0 fr. 50. J'ai réparé de la sorte deux divisions bilatérales très larges, dont une chez une fille qui, à l'âge de 11 ans, n'avait pas encore été opérée de sa fissure labiale. Peut-être réussirai-je à combler secondairement cet orifice, mais en tout cas la prothèse en serait singulièrement plus facile, avec une simple plaque portant les incisives, que s'il s'agissait d'une division bilatérale complète.

Parmi toutes les divisions palatines qui m'ont été présentées, je n'ai refusé l'opération que dans un seul cas, chez une fille de sept ans, à laquelle on avait enlevé le tubercule osseux selon le procédé de Franco, pour faire, sans aucun succès d'ailleurs, l'opération du bec-de-lièvre. J'ai opéré tous les autres : c'est à dire que je ne choisis pas les cas faciles. Or si je mets à part le cas où, par une maladresse dont je me crois corrigé, j'ai déchiré un lambeau, mon seul échec complet concerne un enfant de 3 ans et demi, que que je me suis laissé aller à opérer malgré sa jeunesse.

L'âge auquel on opère me paraît en effet, comme l'affirmait Trélat, avoir une influence réelle sur la réussite de l'opération. Lavages buccaux, silence absolu, alimentation spéciale, ablation des fils, compression digitale en cas d'hémorrhagie secondaire, autant de manœuvres qui exigent de la part de l'opéré une docilité parfaite : ce n'est guère possible à obtenir si l'enfant n'est pas assez âgé pour comprendre que son intérêt est en jeu. Sur les enfants très jeunes, au-dessous de quatre ans, on réussira quelquefois, et par exemple la réunion a été remarquable chez un garçon de 3 ans et demi.

Mais dans un cas analogue, quoique l'enfant parût docile et se laissât bien laver avant l'opération, il a été impossible de faire des lavages réguliers après l'opération, l'enfant se débattait, refusait d'ouvrir la bouche, criait, avalait en partie la solution de chloral, d'où des accidents d'intoxication qui m'ont obligé à employer la banale eau boriquée, et finalement la suture a complètement échoué. Il n'y a pas eu de sphacèle des lambeaux et l'enfant reste opérable, mais j'attendrai jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans, ce

que je considère actuellement comme la limite inférieure au-dessous de laquelle je ne m'aventure pas volontiers.

Je n'ai pas parlé, dans tout ce qui précède, des résultats fonctionnels. Pour la déglutition, il est certain que le rétablissement est parfait; mais il est non moins certain que celui de la phonation est presque toujours imparfait. J'ai deux résultats remarquables et plusieurs fort bons : mais il est inutile que j'y insiste, car je n'aurais qu'à répéter ce que Trélat a dit dans une leçon publiée ici-même (Voir *Gazette*, 1890, p. 50). Ce qui paraît démontré, c'est que l'amélioration de la prononciation exige une éducation post-opératoire attentive, ce qui est encore un argument pour ne pas opérer les enfants trop jeunes; mais il paraît également prouvé, par les recherches de Chervin surtout, que cette éducation est plus efficace après l'uranoplastie qu'après la prothèse.

A tous les points de vue, donc, l'uranostaphylorrhaphie est préférable à la prothèse. Son seul inconvénient est d'être difficile, d'exiger une habileté spéciale et constamment entretenue, de nécessiter dès lors une éducation opératoire parfois malaisée à acquérir. Mais une fois la technique bien possédée, c'est une opération bénigne et remarquablement efficace.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les infections bronchiques chez le vieillard

par CH. SAINZ (1).

La bronchite chronique est extrêmement fréquente chez le vieillard, et dans les asiles de la vieillesse, on voit peu de sujets qui n'en soient atteints. Mais les modalités de cette bronchite chronique sont assez variables.

Tout d'abord il est un certain nombre de caractères qui sont communs à toutes les variétés. Parmi les signes stéthoscopiques, dominent les gros râles muqueux mélangés de râles ronflants et sibilants comme dans la bronchite aiguë ; de plus, et c'est là un caractère important, presque toujours viennent s'y ajouter d'autres bruits adventices qui relèvent moins du catarrhe que de la dilatation des bronches et de la sclérose pulmonaire ou de l'emphysème : aussi perçoit-on très fréquemment une expiration prolongée, rude, qui décèle l'emphysème, ou des bruits pseudo-cavitaires révélant l'existence de dilatation bronchique et capables de donner lieu à des erreurs de diagnostic en faisant croire à la tuberculose. La toux est sèche et pénible, accompagnée d'efforts déchirants et de douleur thoracique lorsqu'elle est due à l'irritation des bronches; plus souvent elle n'est qu'un simple phénomène d'expulsion, fréquente mais peu fatigante, et provoque le rejet de crachats. Cette expectoration est tantôt incolore, transparente, filante, spumeuse à la surface, abondante (catarrhe pituiteux), tantôt épaisse, opaque, visqueuse, blanc nacré ou jaunâtre, ou gris verdâtre (catarrhe muqueux, bronchite muco-purulente). Quant à la dyspnée, qui est extrêmement commune, et aux troubles généraux, ce sont là des accidents qui dépendent bien moins de la bronchite elle-même que des altérations des autres organes et principalement des troubles cardiaques et rénaux, qui accompagnent si fréquemment la bronchite et jouent même dans son développement un rôle fort important.

Les types cliniques de la bronchite chronique des vieillards peuvent être classés de la manière suivante :

1° *Bronchite chronique commune*, avec une expectoration variable sous le rapport de l'abondance, de l'aération, de la consistance, de la couleur : c'est notamment la bronchite muco-purulente, c'est aussi la bronchite sèche, caractérisée par des crachats perlés, petits comme des grains de chènevis, extrêmement consistants, expulsés après des efforts de toux très pénibles « suscitée par une sorte de démangeaison bronchique » (C. Paul).

2° *Bronchite putride*, avec une expectoration fétide, parfois très abondante, et se faisant souvent sous forme de vomique ; cette bronchite donne lieu à très peu de signes physiques et fonctionnels; elle est généralement liée à des bronchectasies, dans lesquelles stagnent et fermentent les mucosités sécrétées en abondance

3° *Bronchite avec gangrène pulmonaire* : c'est le tableau clinique et anatomique de la gangrène pulmonaire développée chez un sujet atteint de bronchite chronique. Le cas est exceptionnel.

4° *Broncho-pneumonie*, évoluant soit sous la forme aiguë, soit sous la forme asphyxique ou suffocante, soit enfin sous la forme lente ou subaiguë. Tantôt l'infection est localisée au poumon, tantôt elle se généralise, donnant lieu à des foyers métastatiques, à des lésions à distance, et réalisant ainsi des variétés de septico-pyohémies médicales d'origine bronchique.

Le développement si fréquent des infections bronchiques s'explique par l'état particulier du terrain. Les modifications séniles du thorax qui ont pour effet de diminuer sa capacité, l'existence d'adhérences pleurales, l'agrandissement des alvéoles pulmonaires, l'emphysème, la sclérose pulmonaire, les troubles de la circulation bronchique résultant de la dilatation veineuse, de l'artério-sclérose, des altérations cardiaques, des diverses scléroses viscérales sont autant de conditions qui facilitent chez le vieillard la production des infections bronchiques, les entretiennent à l'état chronique et les aggravent au point de les rendre mortelles, soit par l'intervention locale de processus broncho-pneumoniques ou gangréneux, soit par le développement d'accidents généraux, septicémiques et pyohémiques.

Quant aux germes qui provoquent ces infections, ils n'ont été recherchés que d'une façon assez rare, et c'est à ce point de vue que le travail de M. Sainz est surtout intéressant, car il rapporte de nombreuses observations inédites, dans lesquelles l'examen bactériologique de l'expectoration a été fait par la méthode des plaques et l'inoculation à la souris.

Dans une première série de 15 observations (dont 13 inédites) ayant trait aux formes communes de la bronchite chronique, les résultats ont été les suivants :

I. Streptocoque, Bacterium termo.
II. Staphylocoques blanc et doré, Coli-bacille.
III. Streptocoque, Staphylocoque blanc.
IV. Staphylocoque blanc, Coli-bacille.
V. Staphylocoques blanc et doré, Microcoque tétragène.
VI. Staphylocoque doré, Coli-bacille.
VII. Pneumo-bacille de Friedländer.
VIII. Staphylocoque doré.
IX. Coli-bacille, Bacterium termo.
X. Streptocoque, Staphylocoque citrin, Diplobacille liquéfiant.
XI. Staphyocoque blanc, Pneumo-bacille de Friedländer.
XII. Staphylocoque blanc, Bacterium termo.
XIII. Pneumocoque, Diplobacille liquéfiant.
XIV. (Duflocq.) Staphylocoque blanc, Coli-bacille.
XV. (Duflocq.) Pneumocoque.

Dans un cas de bronchite fétide, un premier examen décela des staphylocoques blancs et dorés; un second, vingt mois plus tard, donna des streptocoques, des staphylocoques blancs et dorés et un diplobacille non liquéfiant.

Un cas de gangrène pulmonaire, développée au cours d'une bronchite chronique avec emphysème et dilatation bronchique, fournit des cultures de coli-bacille, de microcoque tétragène et de bacterium termo. Ce sont là des microbes qu'on retrouve dans les bronchites banales, sans processus gangréneux : cette remarque a d'ailleurs été faite souvent à propos de bien d'autres grangrènes viscérales ou cutanées.

Les formes broncho-pneumoniques sans foyers métastatique ont donnés les résultats suivants :

I. Pneumo-bacille de Friedländer, Bacterium termo.
II. Streptocoque, Staphylocoque doré, Bacterium termo.
III. Streptocoque, Bacterium termo.

1. Thèse de doctorat, Paris, novembre 1895, H. Jouve.

Enfin la série la plus intéressante comprend les formes les broncho-pneumoniques compliquées d'infection générale ;

I. (Mounier.) Pleurésie purulente et endocardite : Bacille pyocyanique.
II. Abcès des reins : Streptocoque (dans les crachats et le sang du cœur).
III. Abcès des reins : Staphylocoque et Streptocoque (crachats et sang du cœur).
IV. Pleurésie, abcès du rein : Steptocoque (pus bronchique, foyers pulmonaires, pus pleural et rénal, sang du cœur).
V. Méningite purulente : Streptocoque et bacille pyocyanique (poumon, méninges, et sang du cœur).
VI. Arthrite du poignet, abcès prélaryngé : Streptocoque (poumon, pus articulaire et abcès).
VII. Abcès des reins : Streptocoque.
VIII. Pleurésie purulente, abcès des reins et du pancréas, arthrites multiples : Streptocoque.

Ce travail, qui met en relief l'importance de l'infection bronchique descendante dans la bronchite chronique des vieillards, comporte une sanction pratique. Il y a quelque chose à ajouter au traitement symptomatique par les balsamiques, les expectorants et la révulsion : l'infection étant dans une certaine mesure évitable, il serait temps, d'après l'auteur, de songer à la prophylaxie et d'appliquer aux asiles de vieillards les préceptes d'hygiène nosocomiale qui sont mis en pratique, avec grand succès, dans les hôpitaux d'enfants, où les infections broncho-pulmonaires, si fréquentes aussi à cet âge, sont en voie de décroissance.

REVUE DES THÈSES

Thèses de doctorat

Soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy
Pendant l'année scolaire 1894-1895.

(Suite et fin.)

Le travail de M. Marchant : *Pseudo-angines de poitrine, diagnostic et traitement par la suggestion,* est basé principalement sur une observation remarquable d'angine de poitrine longtemps rebelle à toute médication, reconnue enfin de nature nerveuse et guérie par la suggestion. Après un historique rapide de la question, l'auteur étudie les caractères cliniques des pseudo-angines qu'il divise en pseudo-angines nerveuses et en pseudo-angines d'origine gastrique. Les premières, dont M. Marchant s'occupe de préférence, sont subdivisées à leur tour en pseudo-angines psychiques, c'est-à-dire fabriquées de toutes pièces par auto-suggestion et sans aucun trouble si minime soit-il de l'innervation cardiaque, et en pseudo-angines nerveuses proprement dites où le point de départ des phénomènes douloureux consiste dans un noyau superficiel de névrite ou en manifestations névralgiques locales, sans substractum anatomique, au même titre que les névralgies faciale et sciatique, l'innervation profonde du cœur n'étant pas altérée.

Ces deux formes de pseudo-angines se distingueraient de l'angor véritable par leur prédilection pour le jeune âge et le sexe féminin, la variabilité et la fréquence plus grande des accès, l'adjonction à ceux-ci des troubles respiratoires tels que dyspnée, respiration bruyante, saccadée, sifflante, et de phénomènes nerveux : cris, agitation, etc., qui ne s'observent pas dans la maladie de Rougnon-Heberden, mais surtout par l'influence de la suggestion qui en améliorant et souvent même en faisant disparaître ces accidents douloureux constituerait un excellent moyen de différencier les pseudo-angines des angines de poitrine *vraies,* c'est-à-dire de cause organique.

Ce travail contient quelques documents intéressants et ajoute un élément nouveau au diagnostic et au traitement de certaines formes d'angine de poitrine. Par contre, la classification adoptée par l'auteur est manifestement défectueuse : sans insister sur les pseudo-angines d'origine psychique dont l'existence est discutable et sur les pseudo-angines liées à une névrite localisée dont le contrôle anatomique fait défaut, il ne paraît pas douteux qu'il existe souvent une transition insensible entre l'angine vraie et certaines pseudo-angines. Cela est vrai surtout pour les angines toxiques qui sont au début purement fonctionnelles et par suite curables, alors que plus tard, sous l'action continue du poison, il peut survenir des lésions artérielles qui en changent totalement le pronostic. A quel moment ces angines de poitrine cessent-elles d'être fonctionnelles pour devenir organiques ? problème difficile que l'auteur a préféré éluder en passant sous silence cette catégorie d'accidents.

Le second reproche que j'adresserai à M. Marchant, c'est d'avoir trop systématiquement relégué au second plan les stigmates habituels des angines de poitrine nerveuses pour mieux faire valoir l'importance séméiologique et thérapeutique de la psychothérapie. Ses malades sont pour la plupart des névropathes ou des hystériques dont la tare nerveuse se révèle par ses traits ordinaires et il y a là un facteur dont l'importance diagnostique méritait d'être mieux étudiée.

Les épidémies de fièvre typhoïde à Besançon ont été consciencieusement étudiées par M. Prieur, dans le but de préciser leurs causes et d'appeler une fois de plus l'attention sur la nécessité de mesures prophylactiques efficaces.

Ville ancienne et, avant tout, place de guerre étouffant dans son enceinte de murailles, reposant au fond d'une cuvette sur une couche *d'humus humain* accumulé par les siècles et superposée à un sous-sol marécageux, mal pourvue d'égouts et d'eau potable, Besançon a porté longtemps la peine d'une hygiène défectueuse et jusqu'à ces dernières années la fréquence de la dothiénentérie y était telle que l'on a pu écrire : *La constitution dominante de Besançon est la constitution typhoïde.*

Beaucoup de progrès ont été cependant réalisés ; le réseau d'égouts a été amélioré, un bureau d'hygiène a été créé, les puits et citernes ont été condamnés et l'eau de source abondamment distribuée. Actuellement Besançon présente cette rare particularité que son territoire est divisé en plusieurs zones alimentées chacune par des eaux potables différentes qui malheureusement n'ont pas une pureté équivalente : tandis que les quartiers alimentés par certaines de ces eaux restent indemnes lors des épidémies typhoïdiques, les autres, au contraire, ravagés par la dothiénentérie, attestent la contamination des eaux potables qui leur sont distribuées.

Cette contamination a été prouvée d'ailleurs par l'examen bactériologique, mais l'auteur a voulu aller plus loin, il a étudié l'origine de ces eaux, la constitution géologique des terrains qu'elles traversent, et il a pu démontrer dans une épidémie récente que la souillure des eaux était due à une contamination, par les selles d'un typhique, d'une nappe liquide en communication directe quoique non apparente avec la source d'Arcier alimentant le quartier infecté.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur fait un historique très complet des épidémies de fièvre typhoïde qui se sont succédé à Besançon depuis le commencement du siècle en insistant principalement sur le rôle des eaux de boisson dans le développement de la maladie. Cette origine cependant ne serait pas la seule, car une de ces épidémies, celle du village de Chailluz, montre un exemple très net de contagion directe.

M. Lanique a réuni 105 observations d'*hystérectomie vaginale totale* pratiquées sur des femmes atteintes de prolapsus utérin complet et s'est proposé, comme sujet de thèse, d'apprécier la valeur de ce mode de traitement.

Après ce court historique, l'auteur étudie successivement l'étiologie du prolapsus utérin et décrit, avec plusieurs schémas à l'appui, les nouveaux rapports de l'utérus prolabé et les complications diverses : allongement hypertrophique du col, ulcérations, cystocèle, etc., qui peuvent être simultanément observés. Il décrit ensuite la technique de l'opération et passe en revue les accidents consécutifs et les moyens de les prévenir ou d'y remédier.

La partie la plus intéressante de la thèse est celle où l'auteur discute, en s'aidant des documents recueillis par lui, les opinions émises par les chirurgiens sur la valeur de la méthode : l'opération est-elle légitime dans tous les cas de prolapsus utérin ? Incontestablement non ; outre que la mortalité est assez élevée

(8 p. 100 environ), l'hystérectomie n'atteint que le prolapsus utérin, elle est sans effet contre les colpocèle, rectocèle et cystocèle, aussi bien souvent ne sera-t-elle que le premier temps d'opérations anaplastiques ultérieures. Elle devra donc être réservée pour les cas où l'utérus prolabé est affecté de dégénérescence fibromateuse ou cancéreuse et pour ceux qui s'accompagnent de lésions des annexes ou d'ulcérations étendues du col et du vagin. Elle sera encore indiquée quand l'utérus prolabé est irréductible et quand les opérations anaplastiques auront échoué.

Il est regrettable que M. Lanique n'ait pas suffisamment insisté sur les résultats *définitifs* obtenus par l'hystérectomie vaginale. Le chiffre considérable (35 p. 100) des récidives et la gravité de l'opération doivent faire considérer l'hystérectomie comme une ressource dernière pour les cas où d'autres opérations seraient impraticables ou auraient échoué. C'est pourquoi il eût été nécessaire d'exposer comparativement les résultats des modes d'intervention pour aboutir à des conclusions rigoureuses.

La thèse de M. CHEVALOT a pour point de départ une observation recueillie à la clinique de M. le professeur Groos et qui se rapporte à un cas d'*étranglement interne par le diverticule de Meckel.* Un certain nombre de faits semblables recueillis dans la littérature médicale française et étrangère ont permis à l'auteur d'écrire sur ce sujet une monographie résumant autant que possible les données actuelles sur l'embryologie et l'anatomie du divercule de Meckel et sur les accidents qu'il peut occasionner, l'occlusion intestinale notamment.

Dans la première partiede de son travail, M. Chevalot décrit sommairement la formation des divercules de l'iléon et énumère les différentes particularités pathologiques qui dérivent des restes du conduit omphalo-mésentérique et dont le divercule de Meckel est le principal exemple. Ce dernier se présente avec des dispositions variées qu'on peut rattacher à trois types, suivant qu'il est en relation avec l'ombilic et l'intestin seul ou avec l'ombilic et l'intestin à la fois. Le diverticule iléal libre, détaché complètement de l'ombilic, est le plus fréquent. La situation, le volume, la longueur et la structure de l'appendice une fois étudiés, l'auteur aborde le chapitre clinique, le plus intéressant de son travail.

Cette deuxième partie de la thèse comprend la relation de 25 observations d'étranglement interne par le diverticule de Meckel et les considérations qui en dérivent : le mécanisme des étranglements varie suivant que le diverticule est *iléal* ou *iléo-ombilical*. Dans le premier cas, il se produit une torsion de l'intestin autour du pédicule de l'appendice, ou bien des nœuds diverticulaires enserrent l'intestin, ou bien encore le diverticule rempli de matières fécales bascule en bas, faisant subir à l'intestin un mouvement de torsion autour de son axe longitudinal; quant à l'étranglement par un diverticule iléo-ombilical, il se présente de deux façons : tantôt une anse intestinale se place à cheval sur le pont formé par le diverticule, tantôt l'iléon est suspendu à l'ombilic par le diverticule qui a produit une brusque courbure à angle aigu de l'intestin, l'étranglement se produit au niveau du sommet de l'angle et de l'insertion intestinale du diverticule.

Au point de vue clinique les symptômes de cette forme d'étranglement interne sont ceux de toute occlusion aiguë : une douleur localisée à la fosse iliaque droite, de la matité dans les parties inférieures de l'abdomen en l'absence de toute péritonite, parfois une dépression ombilicale (diverticule court, adhérent à l'ombilic) tels sont les seuls signes qui peuvent faire soupçonner la vraie cause de l'étranglement.

Quant au traitement, il consiste dans la laparotomie précoce, pratiquée dès l'apparition des vomissements fécaloïdes, après essai infructueux des moyens purement médicaux.

Les *fistules recto-vaginales supérieures* ne sont pas ordinairement justiciables des procédés usités pour la cure des fistules rapprochées de l'orifice vulvaire, aussi les chirurgiens se sont-ils depuis longtemps préoccupés de parvenir jusqu'à elles, sans reculer souvent devant la gravité de certains modes d'intervention. C'est à décrire les différentes méthodes utilisées dans ces cas, principalement celle à laquelle le nom de Kraske est resté attaché que M. BOUCART a consacré sa thèse, en s'appuyant sur l'observation d'une malade opérée avec succès par son maître M. le professeur Heydenreich.

Après avoir rapidement passé en revue les opérations pratiquées par la voie vaginale, la voie périnéale, les voies rectale et ischiatique, l'auteur rappelle la communication faite en 1885 par le professeur Kraske au quatorzième congrès de la Société allemande de chirurgie ; il s'agissait de deux cas de cancer du rectum situés très haut, que ce chirurgien avait pu atteindre en s'ouvrant un large chemin par la résection du coccyx et d'une partie du sacrum. La première application de cette méthode au traitement des fistules recto-vaginales supérieures est due à M. Terrier, le second cas connu est celui que l'auteur relate dans sa thèse et dont il a recueilli l'observation.

M. Boucart décrit le manuel opératoire qu'il propose de modifier en conservant le coccyx et en insistant davantage sur l'antisepsie vaginale et intestinale, puis il discute avec soin les diverses méthodes applicables aux fistules recto-vaginales supérieures et conclut que l'opération par la voie sacrée est le traitement de choix des fistules recto-vaginales situées très haut; elle permet d'atteindre sûrement le siège des fistules, offre un vaste champ opératoire, épargne les organes de la défécation écartant ainsi toute crainte d'incontinence des matières fécales et des gaz; enfin elle donne au chirurgien toute facilité d'agir contre les poches suppurantes intermédiaires aux orifices de la fistule s'il en existe.

La thèse de M. BERTRAND, *De l'hématocèle anté-utérine*, est une étude très complète d'une forme rare d'hématocèle dont il a pu observer deux exemples dans les cliniques de la Faculté. L'auteur s'est attaché surtout à déterminer ses causes particulières et les éléments qui peuvent servir à son diagnostic, enfin à discuter les moyens de traitement dont elle est justiciable.

Pour lui, la condition nécessaire à la production de l'hématocèle anté-utérine consiste dans l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, soit par des adhérences, soit par une rétroversion de l'utérus, mais il invoque en outre diverses causes secondaires, telles que la flexion du corps en avant au moment de l'accident, la déplétion de la vessie, le prolapsus utérin, la déviation des trompes en avant etc., causes dont la réalité est démontrée par l'observation clinique.

Quant à la pathogénie de la lésion, tout en admettant que la majeure partie des hématocèles sont dues à une grossesse tubaire rompue, M. Bertrand croit qu'elles peuvent résulter parfois d'un hématosalpinx (dû ou non à une grossesse tubaire) ou encore à une dégénérescence kystique ou à une apoplexie de l'ovaire. Ces causes diverses se résumeraient en une seule, la salpingite, qui serait le fait primordial des hématocèles: soit directement par elle-même, soit indirectement par les lésions diverses : périsalpingite, grossesse tubaire, périovarite, qu'elle détermine.

Ce point acquis, l'auteur aborde successivement l'anatomie pathologique, la séméiologie et le diagnostic des hématocèles anté-utérines et il insiste longuement sur la question de savoir si la grossesse extra-utérine est susceptible d'être reconnue avant la rupture et si son diagnostic est toujours possible à la suite de l'intervention chirurgicale.

Malgré les affirmations de certains accoucheurs, M. Bertrand pense que la grossesse tubaire est souvent impossible et toujours difficile à diagnostiquer : la plupart des femmes qui en sont atteintes ne soupçonnent même pas leur grossesse; d'autre part le ramollissement du col utérin n'est nullement caractéristique et enfin la constatation de cellules de la caduque dans les produits de raclage de l'utérus n'est pas un signe certain car, outre que le curettage n'est pas sans inconvénients, de tels produits membraneux peuvent être observés dans l'endométrite chronique et la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Après l'opération de l'hématocèle, sur quels faits pourra-t-on baser l'affirmation d'une grossesse tubaire? S'il s'agit d'une élythrotomie, on se trouvera en présence d'un caillot où le microscope pourra souvent, mais non toujours, faire découvrir des villosités choriales et des cellules déciduales. Dans une des observations de l'auteur, cet examen a été négatif, mais trois semaines après l'intervention, des débris fœtaux éliminés par la plaie vaginale ne laissèrent aucun doute sur la réalité de la grossesse.

Si la laparotomie a été pratiquée, on pourra rencontrer un hématosalpinx, un avortement ou une rupture tubaire; souvent on ne trouvera plus de vestiges du fœtus, mais un examen attentif pourra faire découvrir l'existence de villosités choriales.

Le traitement des hématocèles est sagement exposé : M. Bertrand discute les différents modes d'intervention, suivant qu'on a affaire à une hématocèle après rupture ou à une hématocèle chronique avec enkystement. Dans la première, l'opération s'impose souvent; elle est indiquée quand on soupçonne l'existence d'une grossesse tubaire, quand l'épanchement suit une marche progressive, quand l'hématocèle se complique de péritonite généralisée : dans ces cas, la laparotomie est l'opération de choix. Dans les cas chroniques, on aura recours à la laparotomie sous-péritonéale, pour les épanchements qui ont de la tendance à se porter sur les côtés, pour les hématomes et les hématocèles supra-utérins, et à l'élythrotomie antérieure dans les cas où l'épanchement est modéré et ne dépasse pas le pubis.

Le *système des sinus veineux postérieurs de la dure-mère,* chez l'homme, ne répond pas en réalité à la description des auteurs classiques : ceux-ci s'accordent pour écrire que les sinus *confluent* d'ordinaire en un réservoir commun situé au-devant de la protubérance occipitale interne et nommé *confluent des sinus* ou *pressoir d'Hérophile.*

Les recherches de M. Dumont lui ont montré que cette disposition est au contraire très rare et ne se rencontre guère que dans la proportion de 8 p. 100 des cas.

Plus souvent (50 p. 100) le sinus longitudinal supérieur se bifurque pour donner naissance aux sinus latéraux. Cette bifurcation se fait plus ou moins haut, d'ordinaire au niveau de l'angle supérieur de la protubérance occipitale interne, mais dans aucun cas, au point où elle commence, il n'y a de dilatation du sinus longitudinal. Le sinus droit se jette dans l'une ou l'autre branche de bifurcation, plus fréquemment dans celle de gauche, ou bien dans un canal transversal qui unit les deux branches de bifurcation au point où elles se coudent pour donner naissance aux sinus latéraux.

Plus fréquemment encore (50 p. 100) le sinus longitudinal supérieur se dévie à droite ou à gauche de la protubérance occipitale interne pour se continuer avec le sinus latéral de ce côté. Le sinus droit se jette presque toujours dans le sinus latéral gauche; les sinus occipitaux postérieurs, indifféremment dans l'un ou l'autre des sinus latéraux ou dans les deux à la fois. Au point de jonction des sinus droit et latéral gauche, il existe une dilatation parfois considérable communiquant d'autre part par un ou plusieurs orifices avec le système des sinus supérieur et latéral droits.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Suicide par la pendaison dans une famille neuropathique (Drei Suicidfälle durch Erhängen in einer neuropatisch-erblichbelasteten Familie), par Marcell Lauterbach (*Wiener medizinische Wochenschrift,* 17 nov. 1893). — Il s'agit de trois frères présentant des antécédents héréditaires neuropathiques. Le père est mort d'alcoolisme chronique, la mère, après des accidents de manie hystérique, est morte dans un asile d'aliénés.

L'aîné s'est suicidé à l'âge de 50 ans; le second à 48 ans; le dernier à 43 ans. L'auteur ne peut donner de renseignements précis sur l'état psychique et somatique des deux premiers. Cependant, il a recueilli indirectement ce renseignement que l'aîné était un alcoolique avéré. Le plus jeune fut soigné par Lauterbach lui-même. Les iris présentaient des différences de coloration, brun d'un côté, gris de l'autre. Pendant son enfance, il eut des visions et des hallucinations; dès sa jeunesse, il présenta des troubles intellectuels marqués; il était incapable d'une occupation sérieuse. Plus tard apparurent des périodes de mélancolie, des obsessions, du délire de persécutions, surtout après la mort de sa femme, et un matin, à l'exemple de ses frères, il se pendit.

Maladie de Thomsen (Ueber Thomsen'sche Krankheit), par Eulenburg (*Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1895, n° 42). — Le malade d'Eulenburg est un cas classique de maladie de Thomsen. Les parents du malade n'ont présenté aucun phénomène morbide intéressant; mais parmi leurs six enfants vivants, quatre sont atteints de maladie de Thomsen; les derniers nés, deux filles, sont bien portants. Tous les enfants, d'après le récit des parents, ont eu des convulsions. Chez le malade en question, tous les muscles volontaires sont pris, même les muscles de la mastication, de la déglutition et le diaphragme. La réaction électrique obtenue avec les courants galvaniques, faradiques et statiques est caractéristique. La contraction de fermeture, même avec des courants faibles (2 à 4 millimètres) ressemble à la contraction obtenue par la percussion, c'est-à-dire qu'elle est remplacée par une contraction de longue durée. L'auteur n'a pas constaté les ondes rythmiques qui, dans l'excitation électrique se propageraient de la catode à l'anode. La force musculaire est bien conservée. On sait que certains auteurs ont comparé les troubles fonctionnels de la maladie de Thomsen avec l'intoxication par la vératrine, qui exerce une action spéciale sur les muscles. Cependant la courbe myotonique de cette maladie présente peu de ressemblance avec celle du muscle intoxiqué par la vératrine. En outre, tandis que celle-ci abrège la période latente de la contraction musculaire dans la maladie de Thomsen, la période latente est plus longue et la hauteur de la courbe de contraction se tient au-dessous du niveau normal. En somme, la courbe de la contraction musculaire dans la maladie de Thomsen ressemble, à beaucoup d'égards, à celle du muscle fatigué et se rapproche par sa hauteur de celle des muscles lisses.

Les malades doivent éviter toutes les causes capables d'augmenter la raideur musculaire, tels que les excès de travail, les refroidissements, etc.

MÉDECINE

Phlébite à pneumocoques des veines encéphaliques et des sinus de la dure-mère, par Claude (*Revue des malad. de l'enfance,* 1895, vol. XIII, p. 343). — L'observation se rapporte à un athrepsique de deux ans, pris de pneumonie qui au bout de quelques jours se complique d'une phlébite des sinus et des veines encéphaliques, et, ultérieurement, d'une hémorragie méningée et cérébrale. A l'autopsie, où ces lésions furent constatées, on avait recueilli aseptiquement une petite partie de la bouillie hémorrhagique qui occupait le centre du lobe frontal, ainsi qu'un peu de sang dans l'intérieur des grosses veines encéphaliques thrombosées.

La partie ramollie ensemencée sur gélose a donné en vingt-quatre heures des colonies blanches très épaisses et très nombreuses de staphylocoques blancs. Le sang des veines thrombosées, examiné directement, contenait quelques diplocoques encapsulés. Sur gélose il a donné des cultures très caractéristiques du pneumocoque, rapidement envahies par les streptocoques qui poussaient en même temps. Sur des coupes de grosses veines encéphaliques on rencontrait également soit sur la paroi de la veine, soit dans le caillot, des diplocoques lancéolés encapsulés ayant absolument l'aspect du pneumocoque. Enfin la sérosité du lobe supérieur du poumon gauche a donné les cultures pures du pneumocoque.

L'auteur pense que toutes ces lésions ont été provoquées par le pneumocoque qui a dû être transporté du poumon au cerveau par la voie sanguine.

CHIRURGIE

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche; modification au procédé de Hoffa, par Gaudier (*Revue des malad. de l'enfance,* 1895, vol. XIII, p. 324). — La modification que propose l'auteur serait applicable dans les cas où la cavité cotyloïde plate et atrophiée posséderait un rebord antérieur, et consisterait principalement dans la suture de la tête fémorale à ce rebord. Dans le cas où l'auteur

a pu mettre en exécution ce temps supplémentaire, l'opération a été conduite de la façon suivante :

La tête du fémur mise à nu et la cavité cotyloïde bien découverte, au moyen d'un vilebrequin et d'une mèche très fine, l'auteur perfora la tête fémorale suivant son grand axe, d'arrière en avant, et y passa une fine soie qui venait sortir en quelque sorte au niveau du point d'insertion du ligament rond; puis avec une petite vrille il creusa le rebord osseux antérieur de manière à y percer une sorte de tunnel coudé en L et par lequel il fit passer l'extrémité du fil passant par la tête fémorale. Le membre étant ensuite placée en bonne position, on serra les extrémités de la ligature qui appliqua étroitement la tête fémorale contre l'os. La capsule plissée, comme l'a fait Ricard, a été suturée par-dessus, et la plaie fermée. Trente-cinq jours après l'opération la cicatrisasion était complète. Les résultats fonctionnels ont été des plus satisfaisants.

L'auteur pense que cette modification peut rendre service surtout quand il existe un rebord osseux antérieur cotyloïdien et que l'os paraissant trop mince, on n'ose y creuser une nouvelle cavité à la gouge. Dans ce cas, la suture, la fixation fémoro-cotyloïdienne et le plissement de la capsule fibeuse, maintiendront la tête en bonne position et pourront donner de bons résultats.

MÉDECINE PRATIQUE

Arthritisme. — Obésité marquée. Dyspepsie avec dilatation de l'estomac.

1. Faire fonctionner activement le tégument externe à l'aide de lotions alcoolisées suivies de frictions sèches faites matin et soir sur toute la surface du corps. Faire les lotions avec un gant de flanelle bien imbibé de vinaigre au thymol ou d'alcool naphtolé et frictionner jusqu'à rubéfaction légère du tégument. Prendre tous les 3 ou 4 jours un grand bain *chaud* (38°) prolongé pendant trois quarts d'heure, dans l'eau duquel on aura fait dissoudre 250 grammes de cristaux de soude et 4 kilogrammes de sel gris.

2. Faire trois repas par jour. Ne rien prendre dans l'intervalle. Déjeuner le matin à 7 heures avec une tasse de thé ou de café noir léger, et 2 ou 3 biscottes ou 2 tranches minces de pain grillé. Ni lait, ni beurre. — A midi, déjeuner avec un œuf à la coque ou un œuf brouillé, environ 100 grammes de poisson au court-bouillon ou de viande froide, des légumes verts (environ 100 grammes) bien cuits, du fromage (15 à 20 grammes), des fruits cuits (25 grammes environ). Ne manger à ce repas que 25 grammes de croûte de pain ou de légumine. Ne boire qu'une tasse et demie de thé léger ou deux petits verres de vin blanc coupé d'eau. — Dîner à 7 heures ou 8 heures avec une petite assiette de potage épais, 60 grammes environ de poisson bouilli ; 100 grammes environ de viande blanche ou noire rôtie ou braisée, mais bien cuite; 25 grammes de fruits. Ne prendre comme au déjeuner que 25 grammes de pain et environ 150 grammes de vin coupé d'eau. — Après le déjeuner, prendre une petite tasse de café noir non sucré. — Supprimer les ragoûts, épices, le gibier, la charcuterie, les pâtisseries, les sucreries, toutes les boissons alcooliques.

3. Au commencement de chacun des deux principaux repas prendre une des pilules suivantes :

Sulfate de strychnine	0gr001
Quassine amorphe	0gr01
Extr. de gentiane.	Q. S.

Pour une pilule molle. — En faire 30.

Au milieu des deux principaux repas prendre une des pilules suivantes :

Iodure de sodium sec } Benzoate de lithine } ââ	0gr10
Extr. hydro-alcool. de fucus vesiculosus . .	0gr06
Poudre de savon amygdalin	Q. S.

Pour une pilule. — En faire 30.

4. Après 15 jours interrompre ces pilules pendant 8 jours et les reprendre ensuite.

L. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Commissions administratives hospitalières et le corps médical. — L'affaire de Montreuil.

En publiant, sous ce titre (1895, p. 577), un article destiné à montrer l'arbitraire de certaines décisions administratives et la désinvolture avec laquelle quelques maires traitent parfois les médecins, nous ne nous doutions pas qu'aux portes mêmes de Paris un conflit des plus regrettables justifierait sitôt nos conclusions.

L'incident soulevé par M. le maire de Montreuil est cependant de ceux qui démontrent que, si la loi de 1851 ne peut être modifiée, il importe tout au moins que le corps médical tout entier et les associations qui ont à cœur de défendre ses intérêts protestent énergiquement contre des procédés à tous les points de vue injustifiables.

Comme la plupart des journaux n'ont fait que reproduire l'ordre du jour voté à ce sujet par le *Syndicat des médecins de la Seine* nous croyons devoir raconter impartialement les faits dont une enquête sérieuse nous permet d'affirmer l'exactitude.

Désireux de créer à Montreuil un dispensaire dans lequel des consultations gratuites seraient données aux nécessiteux, M. le maire pensa que ce lui serait une occasion d'utiliser, pour le service gynécologique, les lumières d'une femme médecin. Au mois d'avril il fit donc pressentir Mme Bertillon en lui demandant si elle accepterait de se rendre une fois par semaine à Montreuil pour y soigner exclusivement les femmes et les enfants. Mme Bertillon, dont le savoir et l'honorabilité professionnelle ne sont contestés par personne, demanda — c'était son droit — une indemnité de déplacement assez modique d'ailleurs et, *le 24 mai 1895*, M. et Mme Bertillon furent reçus par M. le maire de Montreuil et convinrent avec lui des conditions dans lesquelles ce service *spécial* serait assuré. Il demeura bien entendu que, de leur côté, les médecins de Montreuil donneraient des consultations aux indigents qui se présenteraient au dispensaire.

Ce n'est point ici le lieu d'examiner ce que pouvait valoir, au point de vue scientifique ou professionnel, l'initiative de M. le maire de Montreuil. S'il avait consulté les médecins indépendants et autorisés en pareille matière, ceux-ci lui auraient peut-être fait remarquer que la gynécologie est devenue depuis quelques années presque exclusivement chirurgicale, que dès lors il s'agit, dans un dispensaire, d'établir un diagnostic plutôt encore que d'instituer un traitement. Si l'on se place au point de vue administratif et professionnel, on peut aussi trouver singulier que l'on prenne sur le maigre budget de l'Assistance publique d'une petite localité une indemnité destinée à respecter — en admettant qu'ils se soient manifestés — les scrupules de quelques femmes auxquelles il répugnerait de consulter l'un quelconque des médecins de Montreuil.

Mais nous ne voulons même pas discuter les propositions faites à Mme Bertillon. A notre avis M. le maire de Montreuil, dûment autorisé par son conseil municipal, avait le droit d'organiser comme il l'entendait le service de son dispensaire. Mais il avait le devoir de prévenir les médecins qui depuis de longues années lui prêtaient leur concours en assurant le service du bureau de bienfaisance ou de la crèche. Il devait donc les informer des arrangements qu'il avait pris avec Mme Bertillon.

Or, après six mois durant lesquels ils ne reçurent aucun avis, les médecins de Montreuil furent invités par M. le maire à se charger gratuitement du service des consultations au dispensaire qu'il voulait créer. MM. les Drs Garavel, Calamy, de la Jarrige et Blesson, déjà médecins du bureau de bienfaisance et M. le Dr Durand, chargé du service de la crèche, acceptèrent les propositions qui leur étaient faites, mais à la condition que M. le Dr Delaunay, le sixième médecin de Montreuil, leur fût adjoint.

Le maire écouta les médecins et, sans leur faire connaître les arrangements qu'il avait pris avec Mme Bertillon, sans soulever d'objection à l'admission du Dr Delaunay, prit acte de leur acceptation.

Ce n'est que le 10 novembre, huit jours avant l'ouverture officielle du dispensaire, que le Dr Delaunay apprit, par un article de journal, que son nom avait été rayé de la liste des médecins du dispensaire et que ceux-ci, à leur tour, furent informés de la nomination de Mme Bertillon.

Justement froissés des procédés dont on usait à leur égard, ils protestèrent et demandèrent une nouvelle audience. M. le maire leur fit répondre par une note d'un laconisme tout à fait administratif :

On a l'honneur, y était-il dit, de prier M. le Dr X... de vouloir bien passer à la mairie demain 14 novembre, à quatre heures du soir.

Cachet de la mairie.

Seul le Dr Garavel, doyen du corps médical de Montreuil, se rendit à cette singulière convocation.

Le maire refusa de l'entendre, de lui donner aucune explication, de revenir sur la décision qu'il avait prise.

Et les médecins de Montreuil renoncèrent dès lors à accepter un service dont se trouvait injustement exclu leur confrère le Dr Delaunay.

Le dispensaire créé par la municipalité n'aurait donc pu fonctionner s'il ne s'était trouvé un ancien médecin principal de 1re classe, commandeur de la Légion d'honneur, pour assumer à lui tout seul la charge de donner toutes les consultations qui seraient demandées, Sans doute M. Bourot, qui se sera probablement conformé aux prescriptions de la loi de 1892 en se faisant inscrire au rôle des patentes, s'est efforcé de recruter autour de lui, à Vincennes et ailleurs, des médecins disposés à l'aider dans sa tâche. Il n'en a point trouvé. Les médecins auxquels il s'est adressé n'ont pas voulu méconnaître les sentiments d'honnêteté et de confraternité médicale dont leurs confrères de Montreuil ont su donner l'exemple.

Nous ne pensons point dès lors que M. Bourot puisse continuer longtemps un service auquel ne l'avaient nullement préparé ses fonctions antérieures. Il sera sous peu convié à se retirer et dès lors M. le maire de Montreuil sera, nous l'espérons bien, amené à regretter le manque de sincérité et de courtoisie qui a été le point de départ de ce conflit.

Si, en effet, au moment de l'organisation d'un dispensaire exclusivement réservé aux indigents, les médecins de Montreuil avaient été prévenus par M. le maire de ses intentions et des conversations qu'il avait eues avec Mme Bertillon, ils auraient sans doute consenti à ce qu'une expérience fût tentée. Les médecins de Montreuil assurant chacun à tour de rôle et à titre gratuit le service du dispensaire, Mme Bertillon aurait pu être appelée, à d'autres heures, à donner ses conseils aux femmes malades *qui en auraient fait la demande*. Dans ces conditions, la spécialisation du service confié à Mme Bertillon ayant été nettement établie, il aurait appartenu au conseil municipal de juger si la municipalité de Montreuil avait quelque intérêt à faire l'expérience dont son maire avait pris l'initiative. En appelant Mme Bertillon non à remplir un service *spécial*, mais à *supplanter* l'un des médecins de Montreuil, bien et dûment sollicité d'accepter, comme tous ses confrères et à titre gratuit, les fonctions de médecin du dispensaire; en la nommant directement sans prévenir ni le Dr Delaunay ni ses confrères de ce déni de justice, M. le maire de Montreuil devait prévoir ce qui s'est passé.

Que reste-t-il à faire? La presse locale a excité les passions. Elle a dénaturé les faits. Elle a prêté à nos confrères de Montreuil des sentiments qu'ils répudient hautement.

De son côté le *Syndicat des médecins de la Seine*, après une enquête approfondie et, sur un rapport très fortement motivé dû à son secrétaire général le Dr Birabeau, a voté un ordre du jour flétrissant la conduite du maire de Montreuil et déplorant qu'il se soit trouvé des confrères assez oublieux de tout sentiment de dignité professionnelle pour le suivre dans la voie illégale où il est entré.

Quelque vifs que soient les termes de cet ordre du jour on ne saurait qu'approuver le sentiment qui l'a dicté. Nous devons dès lors exprimer le vœu que Mme Bertillon, dont l'expérience, le savoir et le caractère sont appréciés par tous ceux qui ont l'honneur de la connaître, prenne elle-même l'initiative d'une mesure qui s'impose. La situation qui lui a été faite à son insu n'est pas digne d'elle. Est-ce trop présumer de son attachement aux lois déontologiques que de proposer qu'elle-même demande à M. le maire de Montreuil de revenir sur une décision injustifiable et inique? Qu'elle exige que son rôle soit mieux défini ; que son service *spécial* se fasse à des heures distinctes de celles où les autres médecins donneront leur consultation. Qu'elle demande que les six médecins de Montreuil, qui seuls ont le droit d'exercer dans cette localité, parce que seuls ils y ont satisfait aux prescriptions de la loi de 1892, assurent à tous ceux qui s'y présenteront le service des consultation au dispensaire municipal. Qu'elle se réserve le service gynécologique où ne seront admises que les femmes indigentes qui en feront la demande. Et nous ne doutons pas que tout conflit soit apaisé. S'il est démontré, en effet, qu'à Montreuil un grand nombre de femmes désirent être soignées par une femme, l'utilité de l'innovation rêvée par M. le maire sera reconnue. Si le service du dispensaire peut être assuré sans la création d'un service de gynécologie spéciale, Mme Bertillon renoncera sans regret à des déplacements plus fatigants que rémunérateurs. Quoi qu'il arrive, elle aura la satisfaction d'avoir montré que, « la défense des intérêts généraux, de l'honnêteté et de la dignité du corps médical doit primer toujours les intérêts personnels de quelques-uns de ses membres (1) ».

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Les images rétiniennes. — Le *Journal des Débats* revient sur une question bien ancienne déjà et toujours bien controversée. Nous lui empruntons l'intéressant article que voici :

« De plus en plus fort ! On se rappelle l'image accusatrice de l'assassin fixée sur l'œil de la victime. Impossible de nier : l'œil du mort encore ouvert montrait distinctement les traits du bandit qui avait frappé. Il a été prouvé que, en effet, dans certaines circonstances favorables, le pourpre rétinien conservait pendant des heures entières l'image des objets qui étaient venus se peindre à sa surface. On a obtenu ainsi des images sur la rétine de lapins et d'autres animaux. Or voici qui, dans un ordre d'idées voisin, est encore bien plus extraordinaire. Toute image perçue sur la rétine pourrait ensuite, par action réflexe, venir impressionner une plaque photographique. Vous regardez votre voisine... avec attention et longuement. Puis vous dirigez votre regard sur une plaque photographique. La plaque reproduit fidèlement les traits de la voisine. Le portrait est passé de chez vous sur la plaque. Impossible de rêver un tour de prestidigitation plus original.

« Voici les faits tels qu'ils ont été observés. Un physicien anglais, M. Ingle Rogers, regarde un schelling en pleine lumière pendant une minute... L'auteur ajoute : avec l'idée d'en fixer l'image sur la rétine. Puis, tirant un rideau jaune devant la fenêtre qui l'éclairait, de façon à en exclure les rayons actiniques, il place convenablement une plaque sensible et dirige son regard vers le centre de cette plaque... en concentrant son esprit sur l'image du schelling. Au bout de 43 minutes — il faut de la patience — la plaque développée montre nettement les contours de la pièce de monnaie.

« Trois témoins ont assisté aux expériences de M. Rogers. On a recommencé en opérant avec un timbre-poste. Le timbre fut regardé pendant une minute, puis remplacé par une plaque

1. *Gazette*, 1895, p. 519.

sensible que M. Rogers fixa pendant 20 minutes. On développa et il apparut une épreuve, qui, malgré l'absence de détails, établit d'une façon indubitable l'existence sur la rétine d'une image susceptible d'impressionner par contre-coup la plaque photographique. Ce qui revient à dire que l'image rétinienne est assez réelle et assez nette pour provoquer des vibrations lumineuses susceptibles d'agir chimiquement sur une plaque au gélatino-bromure d'argent. Nous croyons le fait parfaitement possible.

« La lumière actinique se conserve et les vibrations qui n'impressionnent plus notre œil n'en persistent pas moins un certain temps. Une image ensoleillée et placée côte à côte sur une plaque photographique dans une boîte obscure se reproduit sur la plaque. L'image de la rétine doit pouvoir se reproduire de même. Mais pourquoi décorer cette expérience du nom de *psycho-photographie*? La psychologie n'a rien à y voir et l'expérience par elle-même est déjà très suffisamment intéressante sans qu'il soit besoin de fausser son caractère purement physique par une dénomination inexacte.

« Quoi qu'il en soit, l'expérience est très curieuse, mérite d'être étudiée et, qui sait? en s'y prenant bien, un de ces jours notre œil pourra remplacer les jumelles photographiques. Plus d'appareils! Ne bougez plus! Un regard, un seul regard que vous reporterez sur la plaque. Et les traits seront fixés pour toujours. O surprises de l'avenir! »

Henri de Parville.

Faculté de médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15. — M. Masquery. Études sur les kystes hydatiques du mésentère et des mésocôlons. — M. Martin (Raymond). De l'influence des ulcérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né durant les dix premiers jours qui suivent la naissance. — M. Valois. Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision. — M. Barruol. Complications cardiaques de la blennorrhagie. — M. Grésillon. La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax. — M. Gosset. Le mariage des chlorotiques.

Jeudi 16. — M. Chesnais. Etude sur la fièvre typhoïde à la campagne. — M. Redhon. Des troubles cardiaques de l'hystérie. — M. Jorand. Accidents et complications de la symphyséotomie. — M. Mérieux. Contribution à l'étude clinique de la phlébite variqueuse suppurée. — M. Blancard. Réflexion sur l'hygiène de la grossesse, de l'accouchement et du *post-partum* à la campagne; abus et imprudences des matrones.

Conseil municipal. — Le Conseil a maintenu l'indemnité allouée aux externes des hôpitaux dont on avait proposé la suppression. Il a ensuite voté les subventions suivantes pour les laboratoires dans les hôpitaux.

Laboratoires :
Du Dr Fernet, à l'hôpital Beaujon, 2 000 francs;
Du Dr Bazy, à l'hospice de Bicêtre, 1 000 francs;
Du Dr Hutinel, à l'hospice des Enfants-Assistés, 2 000 fr.;
Du Dr Kirmisson, à l'hospice des Enfants-Assistés, 2 000 fr.;
Du Dr Cornil, à l'Hôtel-Dieu, 2 000 francs;
Du Dr Huchard, à l'hôpital Necker, 1 500 francs;
Du Dr Robin, à l'hôpital de la Pitié, 1 800 francs;
Du Dr Ballet, à l'hôpital Saint-Antoine, 2 000 francs;
Du Dr Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, 2 000 francs;
Du Dr Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, 2 000 francs;
Du Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, 3 500 francs;
Du Dr Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis, 1 200 francs;
Du Dr Brocq, à l'hospice de la Rochefoucauld, 1 800 francs;
Du Dr Blum, à l'hôpital Saint-Antoine, 1 800 francs;
Du Dr Raymond, à la Salpêtrière, 1 800 francs;
Du Dr Landouzy, à l'hôpital Laënnec, 2 000 francs;
Du Dr Budin, à l'hôpital de la Maternité, 1 800 francs;
Du Dr Chantemesse, au bastion 29, 1 800 francs;
Du Dr Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, 1 500 francs;
Du Dr Porak, à l'hôpital de la Charité, 1 500 francs;
De thérapeutique à l'hôpital de la Pitié, 2 000 francs;
Du Dr Déjerine, à la Salpêtrière, 1 500 francs;
Du Dr Bourneville, à la fondation Vallée, 500 francs;
Du Dr Babinski, à l'hôpital de la Pitié, 1 500 francs;
Du Dr Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, 1 500 francs;
Ensemble, 64 000 francs.

A ce propos, M. Dubois, rapporteur, a soulevé la question de savoir si, au lieu de subventionner plusieurs laboratoires dans un même hôpital, il ne serait pas plus utile de créer dans chaque établissement hospitalier un seul laboratoire où tous les maîtres pourraient travailler et réunir leurs élèves.

M. Dubois se demande aussi si en dehors de ces diverses créations, il ne conviendrait pas d'organiser à Paris un grand laboratoire général et central.

Ces deux questions seront étudiées par la cinquième commission dès le début de la prochaine séance.

Monument Alphonse Guérin. — Cinquième liste de souscription.

MM.	L. Raphaël	100 fr.
	le général O'Neill	100 »
	le Dr Panas	100 »
	le vicomte Rœderer	50 »
	le Dr Gaspais	50 »
	le Dr G. Graux	50 »
	le Dr Francon	40 »
	le Dr Hervé	30 »
	le Dr Choyau	25 »
	le Dr Hérard	20 »
	le Dr Meuriot	20 »
	le Dr J.-B. Ramon	20 »
	le Dr Guéniot	20 »
	le Dr E. Bœckel, de Strasbourg	20 »
	le Dr Heydenreich	20 »
	le Dr Quenu	20 »
	le Dr Ch. Boisleux	20 »
	le Dr Djemil Bey	20 »
	le Dr Magnan	20 »
	le Dr Ehrmann, de Mulhouse	20 »
Mme	la comtesse de Martel	20 »
MM.	E. Poux-Franklin	20 »
	L. Duchastelet	20 »
	Gaston Mayer	20 »
	le Dr Schlemner	10 »
	le Dr F.-J. Herrgott	10 »
	le Dr Le Pileur	10 »
	Halette	10 »
	le Dr Carlier	5 »
	le Dr Grellet	5 »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne à l'usage des étudiants et des praticiens, par C. Vanlair, 3e édit., 1896. Liège, Ch. Desoer; Paris, O. Doin.

Cette nouvelle édition se distingue des précédentes par certaines modifications et additions nécessitées par les progrès de la science. A citer particulièrement à ce point de vue : les passages relatifs à la pathogénie et à la classification des psychoses, à quelques névroses récemment décrites, à la pathogénie du goitre exophtalmique, du myxœdème, du diabète, à diverses altérations de l'urine corrélatives de dyscrasies sanguines analogues. De plus grands développements ont été consacrés aux notions anatomiques, physiologiques et propédeutiques concernant chacun des principaux appareils. D'autres additions portent sur les procédés de recherche des microbes et sur la partie thérapeutique, qui a reçu une extension relativement considérable, notamment pour ce qui se rapporte aux sérums antitoxiques, aux extraits glandulaires, aux applications de la chirurgie, au traitement des affections médicales.

Enfin l'auteur a ajouté à cette édition des figures et un répertoire alphabétique qui n'existaient point dans les précédentes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Andral. — Le professeur Debove

Érythème noueux.

Je veux vous entretenir d'une affection que nous avons assez souvent l'occasion d'observer, l'érythème noueux. Vous en verrez un bel exemple au lit n° 23 de notre salle des femmes.

Il s'agit d'une femme robuste, âgée de 26 ans, dont la maladie a débuté, il y a dix-sept jours, par de la fièvre, de la céphalalgie, une courbature générale, une congestion intense des conjonctives avec tuméfaction des paupières; deux jours plus tard survenaient des douleurs très vives aux jambes, et l'éruption caractéristique apparaissait. Comme vous le voyez la maladie avait marché à la façon d'une fièvre éruptive, une période d'invasion avait précédé la période d'éruption. Cette période d'invasion peut être de plusieurs jours, elle n'a pas la fixité de durée observée dans les fièvres éruptives. Durant cette période le diagnostic est épineux, les plus habiles s'y trompent, on admet qu'il s'agit d'un embarras gastrique ou d'une grippe, et c'est là une erreur bien difficile à éviter. Par contre, le diagnostic s'impose dès que se fait l'éruption. Pour nous, dans le cas présent, le doute n'était pas possible, la malade étant entrée le dix-septième jour de sa maladie. Nous avons, à ce moment, constaté qu'elle avait de la fièvre (39°3), des douleurs vagues dans les bras et les jambes, et une éruption siégeant surtout aux membres inférieurs.

A la partie antérieure des jambes, on voit de larges taches d'un rouge vif : à la vue, on reconnait qu'elles reposent sur une partie légèrement tuméfiée, par la palpation on constate au niveau de chacune d'elles l'existence d'une nodosité du volume d'une noisette, en moyenne, moins large que la plaque érythémateuse sous-jacente. L'exploration de ces tumeurs est douloureuse.

Cette éruption s'est faite en plusieurs poussées, et ces poussées successives expliquent la durée un peu longue de la maladie. Depuis trois jours nous assistons à une nouvelle poussée éruptive siégeant aux membres supérieurs jusque-là indemnes. On voit des éléments éruptifs à l'avant-bras du côté de l'extension, le long du cubitus, siège habituel de ce genre d'éruption.

Mais ce n'est point tout, il existe encore une autre éruption à la nuque, sur les parties latérales du cou, envahissant la partie supérieure du front; elle s'est développée depuis deux jours seulement. Ces éléments éruptifs sont constitués par des plaques érythémateuses de diamètre variable : plusieurs d'entre elles ont les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, elles ont au centre un espace de peau saine, c'est de l'érythème annulaire; dans la même région, vous verrez d'autres éléments éruptifs très légèrement saillants, c'est de l'érythème papuleux. — Comme vous le voyez, l'éruption occupe des régions assez diverses et elle est polymorphe, c'est là un caractère très important sur lequel j'aurai à insister.

L'examen de la bouche ne révèle aucune éruption, mais les conjonctives sont encore injectées et viennent nous rappeler qu'il semble y avoir eu au début une éruption conjonctivale. La malade affirme que dès le début ses yeux ont été rouges et ses paupières tuméfiées. S'il s'agit, comme il est probable, d'une éruption sur la muqueuse, elle aurait précédé l'éruption cutanée.

Je me rappelle à ce sujet une très belle observation publiée par M. Millard (*Société des hôpitaux*, 28 juillet 1893) et intitulée *Érythème noueux intrabuccal*. Il s'agissait d'une malade chez laquelle apparurent des tumeurs buccales dont le diagnostic fut des plus incertains, lorsque huit jours plus tard on constata sur les jambes l'existence d'une éruption d'érythème noueux. Il est probable que si nous avions observé notre malade dès le début, la manifestation oculaire ayant précédé de deux jours la manifestation cutanée, nous aurions été bien embarrassés d'expliquer la conjonctivite que nous observions.

Nous n'avons ici noté l'existence d'aucune complication viscérale si ce n'est une albuminurie très légère, aussi sommes-nous convaincus que notre malade guérira très bien et nous avons institué un traitement anodin.

La singulière affection dont je vous entretiens a beaucoup intrigué les nosologistes et les opinions émises sur sa nature ont singulièrement varié : on l'a considérée comme une affection rhumatismale, comme une entité morbide distincte, et enfin on l'a rattachée à l'érythème polymorphe.

A l'époque où j'étudiais la médecine, on enseignait comme une vérité indiscutable que l'érythème noueux était une manifestation du rhumatisme, et l'on ne manquait pas de relever dans les antécédents du malade ou de ses ascendants tout ce qui pouvait être rapporté au rhumatisme; mais on faisait surtout remarquer que des accidents articulaires, caractérisés par de la douleur et un épanchement, accompagnaient fréquemment l'éruption. Chez notre malade, d'ailleurs, il y a des douleurs dans les genoux, mais il est douteux qu'ils soient le siège d'un épanchement. Ces manifestations articulaires ne suffisent plus pour nous faire admettre le rhumatisme, car nous savons qu'il y a des pseudo-rhumatismes, autrement dit

nous savons que nombre de maladies infectieuses se traduisent par des accidents articulaires.

Tout le monde aujourd'hui admet que l'érythème noueux est une maladie infectieuse qui peut s'accompagner d'accidents articulaires, quelquefois d'albuminurie, comme chez notre malade, et même très exceptionnellement d'endocardite; la seule question en litige est de savoir si cette affection doit être considérée comme une entité morbide ou si elle constitue une simple variété d'érythème polymorphe. On désigne sous ce nom une série de manifestations cutanées caractérisées par une marche aiguë, des lésions élémentaires variables, mais ces lésions se développent toujours sur une plaque initiale d'érythème.

Chez notre malade, il y a en effet une éruption érythémateuse polymorphe: on observe aux bras et aux jambes l'éruption spéciale de l'érythème noueux, mais au cou et au front on observe de l'érythème annulaire et de l'érythème papuleux.

Il ne faut pas trop nous étonner des dissentiments des auteurs. Une entité morbide est nettement séparée des entités voisines par ses caractères anatomiques, étiologiques ou cliniques. Or l'anatomie pathologique de l'érythème noueux ne suffit pas à le caractériser; son étiologie est inconnue, et elle est caractérisée cliniquement par une éruption qui peut s'observer dans des circonstances diverses; personnellement, je l'ai observée dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Méningisme.

Communication à la *Société médicale des hôpitaux*

Par M. Hutinel
Professeur agrégé, médecin à l'hôpital des Enfants-Assistés.

M. Gilles de la Tourette a peut-être été un peu sévère pour le mot *méningisme*. Ce n'est pas seulement chez les hystériques, mais dans les infections, dans les intoxications, etc., que l'on observe des accidents qui rappellent à s'y méprendre le tableau de la méningite tuberculeuse sans reconnaître pour cause une inflammation véritable des enveloppes du cerveau; or, si l'on donne à ces manifestations symptomatiques le nom de *fausses méningites* on s'expose à la critique que le professeur Potain a faite de cette dénomination au Congrès de Bordeaux : « Ce qu'il y a de faux dans ces méningites, c'est l'interprétation. »

J'ai observé assez souvent ces phénomènes méningés chez les enfants, particulièrement dans les maladies infectieuses, et je vous en aurais entretenus déjà si j'avais pu en achever l'étude. J'ai attiré autrefois l'attention sur les pseudo-méningites des pneumonies et, depuis, mes internes, Bergé, Auscher, Claisse, etc., en ont publié des observations intéressantes. Il n'est pas très rare de rencontrer des manifestations de même ordre à la suite des infections graves de l'intestin, des streptococcies malignes, de la grippe, etc.

Les symptômes les plus saillants, dans ces cas, sont : la raideur du cou et des membres, raideur qui est parfois considérable, le strabisme et l'inégalité des pupilles, quelquefois des parésies des membres, la raie méningitique, l'indifférence absolue ou le délire et souvent le coma avec ou sans convulsions. La température peut se comporter comme dans la méningite tuberculeuse et s'élever dans les dernières heures de la vie; de même le pouls, inégal et irrégulier au début, s'accélère vers la fin.

Il est difficile au médecin le plus sagace d'éviter l'erreur. Pourtant, si l'enfant meurt, et il meurt souvent dans ces fausses méningites comme dans les vraies, on ne découvre autour de l'encéphale ni tubercules, ni fausses membranes, ni pus, ni exsudats vraiment inflammatoires. Bien plus, si l'on recueille avec toutes les précautions requises le liquide sous-arachnoïdien ou la sérosité contenue dans les ventricules, assez peu d'heures après la mort pour éviter les infections cadavériques, on ne trouve aucun micro-organisme dans ce liquide et les milieux sur lesquels on l'ensemence restent stériles. Une seule fois la culture y a décelé quelques pneumocoques et cela sur une douzaine de cas au moins. Le sang des sinus et des veines pie-mériennes ensemencé avec précaution donne rarement des cultures. On peut donc affirmer que non seulement il n'y a pas inflammation mais qu'il n'y a même pas infection des méninges au sens absolu du mot.

Mais comment expliquer les phénomènes si nets qui se sont produits pendant la vie? Presque toujours l'autopsie démontre que la circulation encéphalique a été profondément troublée. Les sinus et les vaisseaux veineux sont gorgés de sang, les veines pie-mériennes sont extrêmement distendues et la substance grise des circonvolutions participe à cette congestion passive. Souvent aussi on note un œdème sous-arachnoïdien extrêmement net; l'encéphale baigne dans un liquide séreux et transparent et les ventricules sont distendus. C'est assurément à cette stase sanguine et à cet œdème qu'il faut imputer les accidents observés pendant la vie.

L'absence de micro-organismes dans le liquide exsudé et même dans le sang des vaisseaux dilatés démontre qu'il ne s'agit pas d'une infection directe.

J'avais admis autrefois, avec Belfante, qu'il fallait incriminer les toxines en circulation dans le sang; mais comment agissent ces poisons? Très probablement par l'intermédiaire des vaisseaux. Beaucoup de ces toxines sont des agents très actifs de vaso-dilatation et leurs effets se localisent dans certains organes d'une façon curieuse.

Quand on injecte dans la veine de l'oreille d'un lapin soit des cultures virulentes, soit des cultures stérilisées, soit des toxines de coli-bacilles, de pneumocoques ou de staphylocoques, il arrive souvent qu'on détermine soit une myélite expérimentale, soit une hématomyélie. Chez l'enfant, les toxines agissent moins volontiers sur la moelle, elles ont une véritable prédilection pour l'encéphale; mais leur mode d'action nous paraît identique.

On conçoit que les accidents dus à ces vaso-dilatations et aux œdèmes qui s'ensuivent puissent disparaître sans laisser de traces, de même qu'ils peuvent entraîner la mort. Je vais vous citer un fait entre plusieurs. J'étais appelé, il y a deux mois et demi, auprès d'un enfant de 15 mois, qui avait été atteint quatre jours auparavant d'une diarrhée infectieuse cholériforme et qui présentait une telle raideur du cou et des membres, un strabisme si net, avec inégalités du pouls, mouvements convulsifs, etc., que le médecin traitant avait annoncé l'existence d'une méningite.

Je fis au sujet de ce diagnostic quelques réserves et bien m'en prit, car, huit jours après, l'enfant était guéri.

A côté de ce cas favorable, je pourrais en citer une douzaine de malheureux. Les phénomènes méningés sont l'expression pure et simple de l'excitation de l'écorce cérébrale. Cette excitation peut être due à un trouble plus ou moins durable de la circulation pie-mérienne; elle peut se produire à la suite des intoxications par les poisons minéraux et à la suite des toxémies d'origine micro-

bienne aussi bien que dans l'hystérie, et presque aussi bien que dans les inflammations.

A ces phénomènes on peut donner le nom que l'on voudra; il n'en est pas moins vrai qu'ils constituent un groupe qu'il faut s'efforcer de différencier de la méningite, dont ils se distinguent par leur nature, par leur évolution, et surtout par leur moindre gravité.

MÉDECINE PRATIQUE

L'antipyrine dans la rougeole

D'après la thèse de M. Leprévost.

Parmi les indications qui se posent dans la rougeole, maladie où le médecin en est réduit à faire de la thérapeutique symptomatique, une des plus importantes est d'abaisser la température qui, en dehors de toute complication, atteint fréquemment 39°,5, ou même 40°, pendant la période d'éruption. Il était donc intéressant de rechercher quelle valeur présente l'antipyrine comme antithermique, dans ce cas particulier. Tel est le but que s'est proposé M. Comby, en faisant donner ce médicament aux malades de son service lorsque leur température approchait de 39°, ou dépassait ce niveau.

L'antipyrine a été administrée sous forme de sirop pouvant se formuler de la façon suivante :

Sirop de sucre	100 gr.
Antipyrine.	5 gr.

L'enfant, quel que soit son âge, accepte facilement le médicament sous cette forme, et celui-ci peut être dosé avec la plus grande exactitude; une cuillerée à soupe de sirop contenant 1 gramme, et une cuillerée à café 0gr25 d'antipyrine. C'est entre ces deux extrêmes qu'ont varié les doses employées. En règle générale, elles ont été de 25 centigrammes pour les enfants ayant de 12 à 24 mois et 1 gramme pour les enfants âgés de plus de 2 ans.

M. Leprévost, qui a étudié dans le service du Dr Comby les effets de l'antipyrine dans 47 cas de rougeole, arrive dans son travail fort consciencieux aux conclusions suivantes :

1° L'antipyrine est bien supportée par les enfants.

2° L'antipyrine produit dans la rougeole un abaissement immédiat de la température, plus ou moins considérable, pouvant être inférieur à 1° et supérieur à 2°, mais certain dans l'immense majorité des cas.

3° Le maximum de l'abaissement thermique est obtenu au bout de deux heures dans le plus grand nombre de cas. Il n'est pas rare qu'il se maintienne pendant 12 heures. Il peut persister 36 heures.

4° L'antipyrine paraît avoir agi dans quelques observations là où la balnéation simple et sinapisée et les enveloppements humides avaient échoué. En tous cas, si ses effets anti-thermiques immédiats ne sont pas plus intenses, ils sont plus durables;

5° Elle n'a aucune action sur le cycle thermique classique de la rougeole, ni de ses complications.

6° Les complications les plus variées n'influent en rien sur les résultats antipyrétiques obtenus par l'antipyrine. Les insuccès de la médication ne doivent pas leur être imputés.

7° Une réaction antithermique nulle ou faible (n'atteignant pas 0°5) après l'administration de l'antipyrine, est souvent un élément de fâcheux pronostic. Cette règle n'est pas absolue et, de même que la guérison peut survenir chez un enfant qui n'a pas réagi, de même la mort peut s'observer en hyper ou hypothermie chez des malades ayant présenté auparavant des abaissements notables de la température.

8° L'antipyrine n'a aucune action sur le nombre des pulsations soit pour les augmenter, soit pour les diminuer.

9° Elle paraît améliorer légèrement la dyspnée. Cette action ne commencerait le plus souvent que pendant la deuxième heure après l'ingestion du médicament.

Il n'y aurait donc pas parallélisme entre la courbe des respirations et celle de la température. Ch. B.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le Dr Labric. — Presque tous les médecins des hôpitaux de Paris et tous ceux qui savent comprendre ce que mérite de respect une existence tout entière consacrée à faire le bien se pressaient dimanche dernier aux obsèques de M. Labric. Il est rare, en effet, de constater une plus touchante unanimité dans l'expression des regrets que laisse après lui un honnête homme, un praticien tout dévoué à la tâche bienfaisante qu'il s'était tracée, un chef d'école toujours attaché à tous ses devoirs.

Fils d'un médecin de l'hospice des Ménages, né en 1824, Noël-Adrien Labric fut reçu interne en 1847, un an avant Potain, Axenfeld, Charcot, Trélat, Vulpian. Il dirigea des conférences d'internat avec MM. de Lacaze-Duthiers et Potain qui restèrent parmi les plus fidèles de ses amis. Reçu docteur en 1852 avec une thèse sur *La ponction de l'intestin comme traitement des cas graves de météorisme*, il fut en 1856 reçu médecin du bureau central. Attaché d'abord au bureau des nourrices, puis au bout de six mois à l'hospice des Enfants-Assistés, il succéda à Blache comme médecin de l'hôpital des Enfants.

C'est là qu'il a fait toute sa carrière, formant à l'étude et à l'enseignement des maladies de l'enfance plusieurs générations d'élèves, leur prodiguant généreusement tous les trésors de sa longue expérience, leur abandonnant toutes ses observations, heureux de leurs succès, s'effaçant toujours pour laisser à ceux qu'il aimait le renom scientifique qu'il lui eût été si aisé d'acquérir lui-même.

Aussi n'a-t-il publié qu'un petit nombre d'études cliniques et ne laisse-t-il après lui aucun ouvrage didactique.

Son influence et le bien qu'il a fait, comme maître, comme médecin d'hôpital, comme consultant recherché, n'en ont pas moins été considérables. Ceux qui l'ont connu, ceux qui ont suivi ses leçons de clinique garderont le souvenir de l'excellent médecin dont le jugement droit, l'âme élevée, la dignité de caractère et de conduite ont pu longtemps servir d'exemple à tous ses confrères.

Ses deux gendres, nos amis Rendu et Champetier de Ribes, ont hérité de ses vertus professionnelles et ont pu juger de l'affectueuse estime que leur ont vouée et que leur garderont toujours les amis de Labric. L. Lereboullet.

Voyage d'une femme médecin dans l'Aurès. — Mme Dorothée Chellier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien aide d'anatomie à l'école d'Alger, a adressé à l'Académie de médecine un rapport sur la mission qui lui a été confiée par le gouverneur général de l'Algérie.

Il ressort du travail de Mme Chellier, le plus complet et le plus documenté sans contredit qui ait été fait sur pareille matière, que les maladies sont nombreuses chez les indigènes des montagnes de l'Aurès.

La syphilis règne sur presque tous les sujets, acquise ou héréditaire.

La malaria sévit avec intensité, les cas observés pendant le cours de la mission sont nombreux, et il est à remarquer que le printemps n'est pas l'époque où elle se montre plus particulièrement. C'est surtout à l'automne qu'elle subit une recrudescence. Le type quarte est le plus fréquent.

Les accouchements se font par les seules lois de la nature : aucune intervention intelligente et efficace n'a lieu et la mortalité est grande.

L'enfant, dans le premier âge, ne reçoit aucun soin parce que l'ignorance de la mère et des matrones ne leur permet pas de lui apporter les secours nécessaires quand il est atteint par la maladie. Un grand nombre d'entre eux succombent, et la sélection est terrible.

Les maladies utérines sont rares, parce que la blennorrhagie n'existe pour ainsi dire pas.

Les métrites à streptocoques, reliquat d'une infection puerpérale, sont rares, parce que les femmes atteintes par les accidents de la puerpéralité meurent presque fatalement.

L'avortement se pratique sans aucune retenue chez les femmes de l'Aurès, qui ne le considèrent pas comme un crime quand il est provoqué dans les derniers mois de la grossesse.

Les affections oculaires sont fréquentes également; la conjonc-

tivite, avec tous ses retentissements sur la cornée, est la plus fréquente. Nombreux aussi sont les cas de cataracte congénitale et acquise.

Congrès international de thalassothérapie de Tunis (avril 1896). — Par suite d'une entente avec l'Association française pour l'avancement des Sciences, les adhérents au Congrès international de thalassothérapie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du Comité central de propagande de ce Congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris), avant le 15 février 1896, seront admis, par faveur spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis (Congrès de Carthage).

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste, au secrétaire du Comité central, M. Marcel Baudoin, la somme de *vingt francs*. Envoyer son adhésion, 14, boulevard Saint-Germain.

La bicyclette employée au transport des malades. — En Allemagne, le Dr Hœnig a inventé une voiture-bicyclette, qui fonctionne à Berlin en attendant mieux.

Cette voiture a 3m50 de long, repose sur deux essieux, et quatre roues, mais possède en plus, à l'avant, une cinquième roue mise en mouvement par un cycliste. Un deuxième cycliste est assis sur un siège placé à l'arrière.

La voiture n'est en somme qu'une grande caisse recouverte en toile et dans laquelle on place un brancard de 1m80 de long, repliable à volonté : ce qui permet à un médecin de prendre place dans la voiture quand elle va chercher un blessé.

Pour s'en servir, on relève tout à la fois caisse et brancards de dessus les essieux ; on installe le malade ou blessé, puis on remet tout sur les essieux et la voiture peut se mettre en marche. Une ouverture vitrée permet au cycliste d'arrière de voir à tout moment le malade. Celui-ci a d'ailleurs à portée de la main un cornet-signal en caoutchouc pour appeler, s'il le faut, l'attention des cyclistes rouleurs ; et une ouverture latérale permet de lui donner aisément, en cas de besoin, les soins nécessaires.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Janvier 1896.

Combien d'enfants, dans notre état social, sont privés des soins de leur mère !

En 1892, sur 873 888 décédés, 155 618, plus d'un sixième, avaient moins d'un an. Cette mortalité élevée paraît attribuable au défaut de soins maternels dont sont privés de très nombreux enfants.

En effet, en 1893 il y a en France 14 969 orphelins et 70 934 enfants trouvés et abandonnés, soit 93 903 enfants assistés, dont 68 sur 100 meurent avant 20 ans.

Beaucoup de femmes riches, au nombre annuel de plus de 5 000 à Paris seulement, se font suppléer pour l'allaitement par des nourrices sur lieu, qui en laissant prématurément, avant le 7e mois révolu, leurs enfants à des parents, à des amis, les exposent à une mortalité pouvant s'élever jusqu'à 77 sur 100.

Si quelques ouvrières peuvent conserver leurs enfants tout en travaillant lorsqu'elles se trouvent à proximité de crèches, où elles peuvent les déposer et les allaiter, la plupart des femmes employées dans le commerce, dans l'administration, et surtout la plupart des domestiques ne peuvent conserver leurs enfants, et sont obligées de les envoyer en nourrice.

Bien que de nombreuses mères, sans déclaration préalable, envoient, chez des parents, leurs jeunes enfants, il est néanmoins bon de constater que, conformément à la loi du 23 décembre 1874, sur les 181 943 nouveau-nés enregistrés en 1891 dans nos villes de plus de 20 000 âmes, 44 839, près d'un quart, sont déclarés comme devant être envoyés en nourrice ; proportion qui à Paris et à Lyon s'élève à environ un tiers. La mortalité des nourrissons de Paris, suivant leur âge et les conditions de placement, varierait de 21 à 52 sur 100,

Lorsqu'on voit combien la privation des soins maternels accroît la mortalité de l'enfant, on comprend combien il importe : 1° de multiplier tous les moyens qui permettent à des mères de plus en plus nombreuses de conserver près d'elles leurs enfants ; — 2° d'étendre à des enfants de plus en plus nombreux l'application encore fort incomplète de la loi de la protection des enfants du premier âge.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 Janvier 1896.

Oblitération des coronaires.

M. Paul Claisse présente le cœur d'individu mort subitement. A l'examen, on voit les artères coronaires athéromateuses au plus haut degré et oblitérées. L'athérome a évolué d'une façon latente.

Anévrysme pariétal du cœur.

M. René Marie présente les pièces provenant d'un homme de cinquante-trois ans mort en pleine asystolie sans qu'il fût possible de porter un diagnostic précis.

A l'autopsie on trouve une congestion passive, d'origine cardiaque, des poumons, des reins et du foie. Le cœur n'offrait aucune lésion valvulaire, mais il existait un anévrysme pariétal occupant les deux tiers inférieurs de la paroi antérieure du ventricule gauche, la portion correspondante de la cloison et la pointe, transformées en une lame fibreuse de quelques millimètres d'épaisseur. Le péricarde était légèrement opalescent, mais il n'y avait pas de symphyse cardiaque partielle. L'endocarde dans toute la région correspondant à l'anévrysme était blanchâtre et épaissi.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Gangrène du poumon gauche.

M. Joly rapporte l'histoire d'une malade atteinte depuis trois ans d'une dilatation des bronches ou d'une gangrène pulmonaire, et dans laquelle on entendait à l'auscultation du cœur un bruit de souffle systolique occupant toute la région précordiale, avec un maximum d'intensité au niveau du troisième espace intercostal gauche. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement très marqué de l'orifice de l'artère pulmonaire. Les valvules étaient soudées par un travail inflammatoire ancien, sur lequel étaient venues se greffer quelques végétations plus récentes.

L'orifice tricuspide était également rétréci. Le poumon gauche présente des foyers multiples de gangrène pulmonaire, qui étaient vraisemblablement la conséquence d'embolies parties du cœur droit.

Maladie polykystique du foie et des reins.

M. H. Claude présente les pièces provenant d'une femme de quatre-vingts ans, morte en pleine urémie. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence kystique très prononcée du foie et des reins, de l'hypertrophie cardiaque et de l'artériosclérose généralisée.

Le contenu de ces kystes hépatiques était clair, albumineux, sans pigment bilieux normal ou transformé, sans microbes.

Le rein présentait des lésions de néphrite interstitielle et des formations kystiques, d'origine tubaire, à des degrés divers.

Lésions de l'appendice au cours d'une entérite tuberculeuse.

M. Weinberg montre des coupes d'un appendice trouvé chez une personne morte d'entérite tuberculeuse. L'appendice était oblitéré à quelques centimètres de son embouchure dans le cæcum. L'examen microscopique pratiqué au-dessus de l'oblitération montre que la muqueuse était normale et qu'au niveau de l'oblitération la cavité appendiculaire était obstruée par du tissu conjonctif jeune rempli de glandes. La couche musculaire avait disparu.

Étroitesse congénitale de l'aorte et de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux.

M. H. Claude rapporte l'observation d'un homme de 21 ans ayant succombé à la tuberculose aiguë, et à l'autopsie duquel on trouva une aorte dont le calibre admettait à peine un doigt et dont la circonférence mesurait 6 centimètres. L'artère pulmonaire avait 8 centimètres de circonférence. L'aorte abdominale avait le volume d'une fémorale normale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 Janvier 1896.

Présidence de M. Chabrin

Lésions des méninges rachidiennes et des racines rachidiennes dans la méningite tuberculeuse.

M. Ettlinger. — J'ai examiné la moelle et les racines rachidiennes dans trois cas de méningite tuberculeuse. J'ai observé que constamment l'inflammation tuberculeuse se localise sur ces points sous forme d'infiltration diffuse. Les granulations visibles à l'œil ne manquent, mais on peut voir au microscope des follicules tuberculeux typiques, avec des bacilles de Koch dans la pie-mère rachidienne, et des lésions d'infiltration interstitielle formée de cellules embryonnaires et épithélioïdes. Il y a aussi d'importantes lésions vasculaires, artérites, phlébites tuberculeuses, dont les lésions copient exactement les altérations homologues de la syphilis. Ces lésions du tissu cellulaire et des petits vaisseaux se reproduisent sur les racines rachidiennes, depuis la moelle jusqu'aux ganglions. Enfin dans l'intérieur des racines, il y a dans certains points des follicules tuberculeux qui interviennent peut-être pour produire cliniquement certains troubles sensitifs et certains troubles moteurs de la méningite tuberculeuse.

Culture du pneumocoque sur le sang défibriné.

MM. Gilbert et Fournier ont cultivé le pneumocoque sur le sang défibriné liquide et le sang défibriné solidifié. Ils ont employé pour ces cultures le sang de l'homme, du cheval, du chien.

Sur le sang défibriné liquide, le pneumocoque se développe rapidement, abondamment, en présentant des capsules très nettes. Les cultures restent vivantes, réensemençables et virulentes pendant plus de deux mois et tuent les souris dans l'espace de 24 à 48 heures. Le sang défibriné liquide subit sous l'influence des cultures certaines modifications, il devient violacé, puis noirâtre, couleur jus de pruneaux, en même temps que l'hémoglobine se transforme en méthémoglobine. Mais cette transformation clinique n'est pas due à l'action des produits du pneumocoque.

Sur le sang défibriné solidifié le pneumocoque ne forme pas de cultures en relief, mais se développe en profondeur. La vitalité et la virulence de ces cultures sont moindres que sur du sang défibriné liquide. Au niveau de la strie d'ensemencement, on trouve une coloration verte, puis jaune. Il est difficile de dire encore quelles sont les modifications chimiques qui correspondent à ce changement de couleur, mais en tous les cas il est certain que cette modification tient à l'envahissement des microbes, fait dont il est facile de se rendre compte sur des coupes de tubes de sang solidifié.

Les autres microbes, sauf le streptocoque, n'exercent aucune action sur l'hémoglobine.

Réflexes rotuliens dans les affections hépatiques.

M. Léopold Lévi a examiné les réflexes dans diverses affections du foie, et les a trouvés pathologiques dans 14 cas. Dans 8 cas, les réflexes étaient abolis, et dans ces cas l'abolition pouvait être attribuée à une névrite périphérique qui six fois était d'origine alcoolique et deux fois d'origine toxique.

Dans 4 cas, les réflexes étaient exagérés, et l'exagération était analogue à celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde et dans les intoxications.

Pneumocoque dans le pus d'abcès chez un pneumonique convalescent.

M. Zuber rapporte l'observation d'un homme auquel on avait fait, au cours d'une pneumonie compliquée de phénomènes d'asthénie cardiaque, des injections sous-cutanées de benzoate de caféine. Pendant la convalescence, des abcès se formèrent au niveau des piqûres, et l'examen bactériologique du pus montra la présence des pneumocoques.

M. Charrin fait remarquer que ce fait n'est pas sans analogie avec l'idée des abcès par fixation de Fochier (de Lyon

Aspergillose intestinale.

M. Rénon. — Les spores d'aspergillus fumigatus introduits dans l'organisme par la voie veineuse et par la voie gastrique peuvent produire des lésions intestinales ressemblant beaucoup à celles dues au bacille de Koch.

Chez le lapin, dans un sixième des cas, l'infection aspergillaire par la voie veineuse dissémine les parasites dans l'intestin en même temps que dans les muscles, le foie et les reins, sièges classiques des lésions. L'intestin grêle, surtout le cæcum, rarement le gros intestin présentent de nombreux petits tubercules qui ne se trouvent point à la surface de la muqueuse, et qui sont composés d'une masse caséeuse centrale en voie de ramollissement, entourée d'une zone de cellules embryonnaires au pourtour de laquelle on trouve du mycelium très délicat et très fin, coloré en rouge violet par la thionine. Dans un cas, des lésions tuberculeuses du péritoine pariétal avec formation de liquide louche dans la cavité péritonéale s'associaient à celles de l'intestin : cette péritonite tuberculeuse de forme ascitique était d'origine aspergillaire, comme les cultures l'ont démontré.

En nourrissant chaque jour des lapins avec des spores, d'abord en septembre 1895, puis au moment où l'on commence à donner aux animaux la nourriture d'hiver, ce qui leur donne souvent des affections gastro-intestinales légères et crée une prédisposition spéciale, nous avons observé trois fois la mort des animaux. L'un a succombé à des lésions pulmonaires résultant d'inhalation accidentelle de spores dans la trachée, comme l'avait déjà vu M. Kaufmann; les deux autres à des lésions tuberculeuses de l'intestin, marquées chez l'un par un semis de granulations sur l'intestin grêle et le cæcum, chez l'autre par des ulcérations dont une s'était perforée produisant une péritonite suraiguë mortelle. Dans tous ces cas les lésions siègent dans les follicules clos et la muqueuse, infiltrée d'éléments embryonnaires et de bactéries intestinales : par la thionine on retrouve du mycelium, mais moins abondamment que dans la première forme. Les lapins survivants sacrifiés par chloroforme ne présentaient aucune lésion.

Chez tous ces animaux alimentés avec des spores, nous avons pris après la mort des matières dans l'estomac, dans l'intestin grêle, dans le gros intestin près de l'anus : toutes, ensemencées sur tubes de liquide de Raulin, ont donné des cultures d'aspergillus fumigatus, ce qui prouve que si quelques spores sont fixés par les éléments lymphoïdes et la muqueuse, l'immense majorité traverse le tube digestif sans le léser, sans coloniser dans le foie, et sans être détruits par les sucs digestifs.

A propos des lésions des nerfs radiculaires.

M. Nageotte. — En décrivant chez les tabétiques une lésion conjonctive spéciale qui siège sur le trajet des racines entre le point où elles s'engagent dans la dure-mère et celui où la postérieure aboutit au ganglion, j'ai attiré l'attention sur une région dont j'ai signalé dès 1894 les aptitudes pathologiques spéciales. Dans les communications préliminaires que je fis à cette époque, je signalai la présence fréquente de lésions conjonctives en ce point indépendamment du tabès. M. de Massary a décrit dans la dernière séance quelques-unes de ces lésions qu'il considère comme banales; mais parmi les faits qu'il a présentés nous trouvons groupés un processus essentiellement chronique et d'ailleurs mal caractérisé, la sénilité, — un pro-

cessus aigu développé au cours d'une fièvre typhoïde, — un processus spécifique, la tuberculose. Ces lésions forment donc un ensemble très disparate et chacune d'elles ne peut être identique à la lésion lentement végétante, très caractéristique dans son aspect et dans son évolution, que j'ai décrite dans le tabès.

La lésion interstitielle des nerfs radiculaires dans le tabès s'accompagne d'une lésion parenchymateuse qui se localise électivement à la racine postérieure; néanmoins les tubes de la racine antérieure ne restent pas toujours absolument indemnes, comme le montre la série de photographies que je présente. On voit qu'une partie des tubes sont dépouillés de leur myéline au niveau de la névrite transverse et que les éléments nobles ne reprennent leur intégrité que plusieurs millimètres au-dessous du foyer morbide.

Accidents causés par les ascarides de cheval.

M. Arthus rapporte au nom de **M. Chanson** l'observation de trois préparateurs qui, ayant à manipuler le liquide contenu dans la cavité des ascarides de cheval, ont été pris de phénomènes d'intoxication, de picotements, de larmoiement, d'aphonie, de maux de gorge, qui ont persisté pendant huit jours. Le liquide injecté sous la peau des cobayes tue quelquefois les animaux au bout de dix minutes.

M. Henneguy n'a jamais éprouvé ces accidents bien qu'il ait souvent l'occasion de manipuler les ascarides de cheval.

M. Blanchard a trouvé ces accidents chez une étudiante, au cours des travaux pratiques.

M. Raillet a également connaissance des accidents analogues chez des personnes qui manipulent les ascarides de cheval.

Exanthèmes vaccinaux.

M. Arloing a fait à un poulain une injection intra-veineuse de vaccin, et a observé l'apparition de trois poussées successives de vésico-papules sur les fesses et le cou. Or, on sait que les éruptions vésico-papuleuses ne s'observent qu'après l'injection du virus variolique, et que l'injection de vaccin, comme l'a montré M. Chauveau, provoque ordinairement une éruption de pustules sur la muqueuse des naseaux et sur les organes génitaux.

Prophylaxie des éruptions iodiques.

M. Féré s'est occupé dernièrement de la prophylaxie des éruptions iodiques, et a trouvé qu'on peut les éviter par une antisepsie de la peau, à l'aide des bains antiseptiques. On ne peut employer les bains de sublimé qui comportent des dangers d'absorption; les bains d'acide borique reviennent trop cher; le permanganate de potasse a l'inconvénient de sa coloration. Après des essais successifs M. Féré s'est arrêté aux bains de permanganate de chaux qui sont très efficaces en l'espèce.

Sur l'analyse de l'urine des rachitiques.

M. Oechsner de Conninck a montré dans une séance précédente que pour détruire les pigments qui passent dans l'urine des rachitiques, il fallait calciner avec un peu d'eau régale.

Ce réactif présentant des inconvénients lorsqu'il s'agit de doser le chlore, on l'a remplacé par l'acide azotique fumant, en ajoutant à 10 ou 15 centimètres cubes d'urine 5 centimètres cubes de cet acide. En chauffant avec précaution, on obtenait ensuite par le nitrate d'argent un précipité incolore ou presque incolore de chlorure d'argent.

M. Dubois (de Nantes) a constaté que l'extrait de capsules surrénales est sans action dans la maladie de Basedow, mais qu'en même temps il est très toxique et que sa toxicité peut être augmentée par l'administration aux animaux de substances alimentaires avariées, de l'extrait de muscle fatigué, etc.

M. Féré a trouvé qu'en injectant dans les œufs le venin de vipère, on obtient des malformations comme avec d'autres substances toxiques,

MM. Charrin et Gley font savoir que leurs lapines, chez lesquelles ils avaient produit des malformations par l'injection des toxines chez les parents, ont eu une portée de cinq mort-nés.

M. Laborde montre deux lapins présentant les mouvements de manège avec hémi-anesthésie, nystagmus, etc.; l'un avait subi la section du pédoncule cérébral, l'autre une injection de toxines pyocyanique. Chez les deux l'effet a été le même.

M. Bourquelot fait au nom de **M. Girard** une communication sur le dédoublement de l'amygdaline dans l'organisme.

M. Retterer fait une communication sur le développement des cavités péri-articulaires et péri-tendineuses.

M. Rodet envoie une note sur les blessures expérimentales du cœur par les instruments piquants et tranchants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 Janvier 1896.

Des injections intraveineuses de sérum artificiel dans la septicémie péritonéale post-opératoire.

M. P. Michaux revient à la question des injections intraveineuses dans le traitement des septicémies post-opératoires.

Depuis trois ans, il a appliqué ces injections dans 25 à 30 cas de septicémie post-opératoire où elles ont donné les meilleurs résultats, bien que dans tous ces cas on eût à faire à des péritonites septiques des plus graves survenant le deuxième ou le troisième jour, avec ballonnement du ventre, température le plus ordinairement basse ou peu élevée, pouls petit, fréquent, entre 120 et 150, faciès caractéristique, yeux excavés, cerclés de noir, nez effilé, etc. Parmi ces cas, deux sont particulièrement intéressants.

Dans le premier, il s'agit d'une diabétique d'une cinquantaine d'années à laquelle il a pratiqué une hystérectomie vaginale par morcellement pour un énorme fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. L'opération a duré une heure et demie. Le soir du second jour, l'état général est devenu très inquiétant et pour faciliter l'écoulement des liquides septiques, on enleva les mèches de gaze iodoformée. Le lendemain matin, l'état fut des plus graves : ventre ballonné, faciès tout à fait mauvais, pouls à 130, la température de 35°9. On administre un purgatif salin qui dégage un peu l'intestin, les pinces sont retirées, la glace est mise très largement sur le ventre. A onze heures du matin, on pratique dans la veine céphalique une injection de 1 200 grammes de sérum artificiel. Une heure après, la température remonte à 36°4, puis 38°4 et 39° pour descendre ensuite à 38°4, puis à 37°. La nuit et le jour suivant, la température reste aux environs de 37°. Des injections de sérum sont faites à cinq ou six reprises dans le tissu cellulaire sous-cutané. Après quatre ou cinq jours, l'état général s'améliore et la malade finit par guérir.

Chez une autre femme, âgée de 33 ans, qui avait subi une hystérectomie vaginale pour pyosalpinx, au troisième jour, les accidents furent aussi menaçants : on injecta d'abord 1 200 gr., puis 1 500 gr. de sérum artificiel dans les veines du bras, en même temps que l'on pratiqua par le gros drain abdomino-vaginal de grands lavages d'eau salée chaude. La réaction se fit, et en deux jours l'état s'améliora assez pour aboutir finalement à la guérison complète de la malade.

Toutes ces injections intraveineuses ont été faites avec le sérum d'Hayem, ou à défaut de celui-ci avec l'eau bouillie additionnée de 7 à 8 ou 10 grammes de sel marin. La quantité injectée a été le plus souvent de 1 000 à 1 500 grammes, voire même 2 500 à 3 000 grammes en deux fois.

Pour ces injections, M. Michaux se sert habituellement d'un entonnoir en verre, muni d'un tube de caoutchouc trempé dans le sublimé et auquel il fixe la canule n° 2 de l'aspirateur Potain. La région est nettoyée antiseptiquement, et une fois la veine médiane céphalique ou basilique dénudée, on ferme le bout périphérique avec une pince à forcipressure et avec des ciseaux on fait une entaille en V et on introduit la canule. Une pince à forcipressure ferme la veine et la tient serrée sur la canule métallique. Le doigt placé sur le vaisseau permet de s'assurer facilement que le liquide s'écoule. Le débit en est

réglé de façon que l'écoulement se fasse avec une certaine lenteur. La température du sérum injecté oscille entre 38° et 40°.

Le plus ordinairement, l'injection s'effectue sans produire d'accidents; le pouls se relève presque instantanément, il diminue de fréquence, augmente d'amplitude et de force; les respirations sont plus larges, plus amples; on constate presque immédiatement un bien-être général très appréciable. Chez quelques sujets, on observe une dyspnée assez accusée, un point de côté très intense, des vomissements séreux très abondants; les malades accusent parfois une chaleur générale, une tension, une véritable pléthore séreuse. En diminuant l'écoulement, en le suspendant même momentanément, ces troubles cessent rapidement. La quantité des urines est presque toujours très augmentée : de 400 grammes en vingt-quatre heures, avant la transfusion, elles passent, après, à 600, 1 000, 1 600 et 2 000 grammes. Il n'a jamais noté d'accidents éloignés.

Dans certains cas, M. Michaux complète par des injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes répétées pendant un ou deux jours les résultats obtenus par l'injection intraveineuse.

En résumé, M. Michaux pense que les injections intraveineuses de sérum artificiel constituent une ressource précieuse dans le traitement des accidents de septicémie péritonéale, surtout quand elles sont employées concurremment avec les purgatifs, les lavements simples ou purgatifs, la réfrigération locale et le large drainage abdomino-vaginal. M. Michaux va même plus loin : il a fait pratiquer pendant huit et dix heures des lavages continus et les résultats obtenus chez trois malades lui ont paru très encourageants.

En même temps que tous ces moyens, et d'une façon continue, il soutient les forces avec des boissons alcooliques chaudes, du champagne, des piqûres d'éther, de caféine, et cherche à provoquer la transpiration par des enveloppements de linges chauds.

M. Monod a eu recours à des injections intraveineuses de sérum dans 7 cas tous très graves. Quatre de ses malades sont morts, les trois autres ont guéri. Même lorsque le succès n'a pas couronné le traitement, les injections ont donné un résultat immédiat inattendu.

M. Routier a eu, en 1884, occasion de faire, chez une malade de Juhel-Rénoy, une injection intraveineuse de 600 grammes de sérum artificiel, et malgré cette injection, la malade n'a survécu que trois à quatre heures.

Anévrysmes poplités.

M. Schwartz présente deux malades, l'un âgé de 58 ans, l'autre de 36 ans et opérés tous les deux pour un anévrysme poplité par la ligature de l'artère immédiatement au-dessus du sac. Chez l'un, l'opération date de treize mois et on ne trouve plus qu'une petite induration; chez l'autre, l'intervention ne remonte qu'à six semaines et il existe une tuméfaction encore considérable, mais qui va s'affaiblissant.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 Janvier 1896.

Dermatoses paludiques.

M. Brocq rapporte l'observation d'une femme de quarante ans qui fut prise, en septembre 1894, d'une affection bizarre du nez constituée par un groupe de papulo-vésicules géantes de 2 millimètres environ de diamètre, au nombre de sept ou huit, s'accompagnant de légères sensations de brûlure ou de cuisson. La plaque éruptive devenait, vers quatre ou cinq heures du matin, rouge, enflammée, comme turgescente; de toutes les vésicules il suintait un liquide transparent, séreux, fort abondant. Ces phénomènes de congestion atteignaient leur maximum entre sept et neuf heures du matin, puis ils diminuaient graduellement d'intensité; vers deux heures de l'après-midi, parfois plus tôt, le suintement cessait de se produire et la turgescence disparaissait : vers six heures du soir, la lésion était à peine visible. Sur deux jours la malade avait un jour relativement bon, pendant lequel la poussée du matin n'était que fort modérée, et un jour mauvais où la poussée se produisait avec toute sa violence.

La malade avait déjà présenté diverses manifestations larvées de l'impaludisme, en particulier une pneumonie intermittente qui n'avait cédé qu'à de fortes doses de quinine, et elle habitait pendant plusieurs mois de l'année un pays à fièvres.

Ces considérations conduisirent M. Brocq à donner du chlorhydrate de quinine à la dose quotidienne de 80 centigrammes en deux fois. Au bout de quarante-huit heures, les poussées congestives avaient cessé; en quatre jours, la lésion, que l'on avait inutilement traitée pendant deux mois par toute sorte de topiques, avait presque entièrement disparu. Mais la malade ayant abandonné trop tôt la médication interne, les accidents cutanés reparurent bientôt avec les mêmes particularités : la quinine les fit de nouveau disparaître. Le même fait se renouvela encore deux fois; enfin une médication quinique, puis arsenicale prolongée, fut suivie d'une guérison définitive.

Ce fait, doit être rangé parmi les dermatoses encore mal connues qui constituent la forme cutanée vraie et pure de l'impaludisme larvé.

En présence d'une dermatose rebelle à symptômes un peu insolites, il faudrait donc songer à la possibilité de l'impaludisme. La quinine, puis l'arsenic sont dans ces cas des médicaments réellement héroïques, alors que le traitement local reste pour ainsi dire sans effet.

La classe des *paludides*, timidement proposée par Verneuil et Merklen, doit être acceptée ; cette observation en est un premier exemple indiscutable et des plus nets.

Traitement de la trichophytie unguéale.

M. Sabouraud a présenté un malade atteint de trichophytie unguéale de la main droite et qui a été traité par des pansements humides avec la solution suivante :

Iode.	1 gr.
Eau.	1 000 gr.
Iod. de pot.	Q. s. pour dissoudre.

Le malade est en voie de guérison. Ce traitement semble donc préférable aux procédés chirurgicaux.

Sur une forme non décrite de tuberculose cutanée suppurative et pemphigoïde.

M. Hallopeau. — Cette forme de tuberculose a une marche essentiellement aiguë; elle progresse constamment par la formation de nouvelles pustulettes; les placards ainsi formés peuvent atteindre en quelques semaines des dimensions considérables; ils se multiplient rapidement. L'évolution rétrograde de ces lésions n'est pas moins rapide que leur développement; en même temps que de nouveaux placards se montrent, d'autres s'affaissent et se décolorent. On peut voir sur un même placard des lésions en rétrocession et des lésions en activité progressive, ces dernières se présentant sous la forme d'un bourrelet périphérique parsemé de pustulettes; comme le mycosis, ce bourrelet s'affaise dans sa partie interne en même temps qu'il progresse excentriquement. Cette marche rapide appartient à d'autres manifestations de la tuberculose : telles sont la tuberculose pustuleuse décrite par Gaucher et le lichen scrofulosorum.

Nouveau cas de lichen plan atrophique.

M. Hallopeau. — Le lichen atrophique a pour principal siège d'élection la face palmaire des avant-bras dans leur partie la plus déclive; il peut coïncider avec des lésions caractéristiques de la muqueuse buccale; ce fait prouve qu'il est bien de même nature que le lichen plan vulgaire; la qualification de ruber ne saurait plus entrer dans la définition de cette dermatose, puisque dans cette forme les lésions sont d'emblée décolorées; le lichen plan atrophique peut offrir des caractères cliniques très semblables à ceux de la morphée; il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédonniens ou de dépressions les représentant, par les vestiges de papules brillantes et polygonales et par la coexistence de lésions buccales caractéristiques; les lésions initiales du lichen plan occupent le plus souvent les orifices glandulaires, il faut de nouveau y chercher le parasite.

Ulcères annamites.

M. Gaucher a rapporté l'observation d'un malade qui, pendant un séjour au Tonkin, fut pris, il y a quelques années, de furoncles aux membres inférieurs, suivis d'ulcérations qui avaient tous les caractères d'ulcères annamites. Ces lésions ne faisant qu'augmenter, malgré tous les traitements employés, le malade revint en France, et, dès les premiers jours du voyage, il remarqua une amélioration qui s'accentua progressivement jusqu'à la guérison. Une fois rétabli, il retourna dans l'Inde, où il fut bientôt repris des mêmes accidents, qui guérirent cette fois sur place en quelques mois. Le malade revint en France, puis retourna en Cochinchine, où, au bout de deux ans, les furoncles se montrèrent de nouveau, bientôt suivis des lésions ulcéreuses qu'on voit aujourd'hui.

De retour en France, le malade fut soumis à des traitements très variés qui ont tous successivement échoué; si bien qu'en dernier lieu on institua des pulvérisations d'eau bouillie et un pansement humide avec de la tarlatane stérilisée trempée dans de l'eau bouillie; le résultat ne fut guère sensible. Aussi, en raison des antécédents syphilitiques avoués par le malade, M. Gaucher proposa le traitement spécifique.

Celui-ci fut très mal supporté et sous son influence les lésions semblèrent même s'aggraver. On fit alors le traitement spécifique local par des pansements avec la pommade au calomel. Le résultat fut déplorable. Les applications légèrement caustiques de teinture d'aloès n'eurent pas plus de succès. On revint au traitement par l'eau bouillie, mais si, en réalité, sous son influence les douleurs se calment, la cicatrisation n'avance pas.

M. A. Fournier trouve que cette ulcération présente tous les caractères de l'ulcère gommeux.

M. Tenneson n'hésite pas à considérer cela comme de la syphilis et, à son avis, ce malade doit être d'emblée soumis au traitement spécifique mais d'une façon plus sérieuse qu'il ne l'a été jusqu'ici.

M. Feulard croit qu'il faut avant tout exiger du malade un repos absolu qui seul, ou à peu près, suffit à guérir ces sortes d'ulcérations à la condition qu'il soit suffisamment prolongé.

Dermatite exfoliatrice, psoriasis ou hydrargyrie?

M. A. Fournier a présenté un malade chez lequel le diagnostic pouvait être discuté entre la dermatite exfoliatrice, un ancien psoriasis et une éruption hydrargyrique.

Le malade est depuis 1894 atteint d'un psoriasis présentant des alternatives d'aggravation et de guérison. Mais de plus il est en contact continuel avec du sublimé et vit dans une atmosphère qui en est constamment chargée. Souvent, après avoir, comme c'est son métier, pratiqué la désinfection des chambres de malade, il est pris de pincements gastriques et de quelques autres phénomènes d'intoxication hydrargyrique. Dernièrement enfin, après avoir désinfecté une chambre, il fut pris de l'éruption qui persiste encore aujourd'hui.

M. de Beurmann a observé dernièrement une malade tout à fait comparable au malade de M. Fournier et qui était venue avec une éruption d'aspect scarlatiniforme. Quelques jours avant elle avait subi des frictions mercurielles qui étaient la cause de son éruption. Après un court séjour dans le service tout semblait bien fini quand survint une nouvelle éruption ayant tout à fait l'aspect d'une dermatite exfoliatrice. On peut donc dire que dans ces cas il s'agit de dermatite exfoliatrice survenue à la suite d'une éruption hydrargyrique.

M. Brocq ne croit pas ici à une hydrargyrie parce que l'éruption hydrargyrique survient ordinairement très peu de temps après l'action du mercure. Or, ce n'est pas le cas chez ce malade qui, depuis longtemps, est exposé à l'influence du sublimé. D'autre part, l'aspect des pieds et des mains est tout différent de ce qu'on voit dans la dermatite exfoliatrice.

M. E. Besnier trouve que cet homme est dans des conditions extraordinaires pour faire de l'hydrargyrie, mais qu'il n'est pas dans le cas de l'hydrargyrie ordinaire. D'autre part, c'est un psoriasique et peut-être le mercure a-t-il agi comme un irritant banal chez un psoriasique. Enfin l'objectivité est ici celle des grandes érythrodermies bien plus que celle de l'hydrargyrie, d'autant plus que les gencives sont saines, ce qui s'expliquerait mal chez un hydrargyrique exposé d'une façon aussi persistante que l'a été ce malade à l'action du mercure.

Érythrodermie exfoliante.

M. Danlos montre un malade de 63 ans affecté d'érythrodermie exfoliante primitive chronique. La rougeur et l'exfoliation sont absolument générales, il y a un prurit intense, des adénopathies multiples aux aines, au cou et aux aisselles; l'état général se maintient excellent. La question est de déterminer s'il s'agit d'une dermatite exfoliante bénigne ou d'un érythème prémycosique. L'évolution ultérieure paraît nécessaire au point de vue clinique pour autoriser une affirmation. Dans l'espérance que l'histologie pourrait trancher la difficulté une biopsie a été faite. L'examen microscopique des coupes et celui du sang ne permettent pas non plus de conclusion absolue. Dans le sang on a trouvé une leucocytose faible qui, en supposant la nature mycosique du mal certaine, ferait de ce cas un intermédiaire entre le mycosis de Bazin et la lymphodermie pernicieuse. Dans les coupes et dans le sang on a rencontré un nombre considérable d'éléments éosinophiles bien qu'il ne puisse être ici question de la dermatose de Duhring.

M. Leredde, qui a fait la biopsie, a trouvé les lésions suivantes :

Les lésions microscopiques sont assez comparables à celle du mycosis fongoïde (prolifération des cellules, diapédèse de lymphocytes). Autour des vaisseaux, présence d'un réticulum, maszellen nombreuses, il faut noter la présence d'amas pigmentaires.

Jamais jusqu'ici M. Leredde n'a observé dans le mycosis la présence de cellules éosinophiles en grand nombre autour des vaisseaux sans diapédèse d'éléments polynucléaires vulgaires. Ici elle est tout à fait caractéristique. Il existe une altération sanguine extrêmement marquée qui paraît engendrer la dermatose, c'est une leucocytose modérée (17 000 globules blancs avec altérations qualitatives énormes, éosinophiles 25 p. 100, lymphocytes et mononucléaires 50 p. 100, polynucléaires 25 p. 100 seulement).

Il ne s'agit pas d'une maladie de Duhring car il n'y a pas d'excrétion d'éosinophile par l'épiderme, mais comme la maladie de Duhring, la dermatose actuelle est une hématodermite.

Psoriasis et arthropathies.

M. Danlos rapporte l'observation d'un homme de 54 ans souffrant depuis 16 ans de psoriasis et d'arthropathies. Les deux affections évoluent par poussées hivernales simultanées qui durent de novembre à mars en général. Au printemps le psoriasis blanchit sans disparaître et les douleurs articulaires cèdent un peu, bien que les déformations des jointures persistent. Aujourd'hui le psoriasis occupe la tête, les avant-bras et les membres inférieurs en totalité. Les pieds et les mains sont déformés, mutilés, par une arthrite noueuse typique (nodosités, ankylose, attitude vicieuse, atrophie musculaire réflexe). Les faits de ce genre, psoriasis pseudo-arthritique de Bazin qui les expliquait par la superposstion de deux diathèses, sont rattachés aujourd'hui à une trophonévrose ou à une diathèse urique. Dans l'idée d'une trophonévrose il faudrait supposer une lésion systématisée de la moelle épinière à la fois étendue, mobile et superficielle (psoriasis) localisée et profonde (lésions articulaires), conditions difficiles à réaliser pour une seule et même lésion. Aussi l'hypothèse d'une influence diathésique semble-t-elle plus acceptable, d'autant que les jointures des extrémités réalisent le type de l'arthrite noueuse et que le malade a des antécédents héréditaires, son père ayant pendant nombre d'années souffert d'une sciatique.

MM. Gastou et **Keim** présentent une malade atteinte d'éruption polymorphe, de déformations des doigts en baguette de tambour, de rhumatisme pseudo-noueux. Elle tousse depuis 17 ans, a des antécédents tuberculeux, mais jamais on n'a pu constater de bacilles dans les crachats qui ne présentent actuellement que des staphylocoques.

Il semble que tous ces accidents puissent être rattachés à une infection d'origine broncho-pulmonaire.

MM. Gastou et **Keim** présentent une malade âgée de 18 ans qui à la suite de pneumonie a présenté une néphrite, une phlébite double, de l'ecthyma, de la gangrène symétrique des extrémités. La malade a en outre un rétrécissement mitral, une hérédité albuminurique : la mère et le frère sont albuminuriques. Il est à se demander s'il ne s'agit pas d'une véritable maladie familiale héréditaire telle que le système nerveux en présente. La syphilis héréditaire a été suspectée, recherchée, mais non démontrée d'une façon probante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Janvier 1896.

Présidence de M. Hayem.

Sur le méningisme.

M. Gilles de la Tourette s'élève contre le terme de « méningisme » qui tend à s'introduire dans la science et qui souvent ne sert qu'à éviter de faire un diagnostic. Presque tous les cas qui ressortissent à ce méningisme ne sont que de l'hystérie, et qu'on peut reconnaître à la faveur de la formule urinaire de l'inversion des phosphates. Il n'est donc pas nécessaire de créer un terme nouveau, qui n'a pas de sens réel.

M. Hutinel, voy, p. 50.

Essai de sérumthérapie de la variole à l'aide du sérum de génisse vaccinée.

M. Béclère présente une femme de vingt-neuf ans, convalescente de variole, qui, au troisième jour de la période d'éruption, a reçu sous la peau de l'abdomen, en trois injections successives, dans l'espace d'une heure, plus d'un litre et demi de sérum de génisse vaccinée, exactement 1 560 centimètres cubes, c'est-à-dire une dose équivalente à la *cinquantième* partie de son poids. Elle a rapidement et parfaitement guéri sans éprouver à la suite de cette énorme injection de sérum, aucun dommage local ni général.

Avec le concours de MM. Chambon et Ménard, M. Béclère a pu tenter déjà ce nouveau mode de traitement sur seize varioleux de tout âge dont il publiera bientôt les observations. De ces essais de sérothérapie de la variole, il ne tire encore aucune conclusion au point de vue de l'efficacité de la méthode. Il veut seulement prendre date, montrer par l'exemple de la convalescente présentée à la Société comment est supporté, à dose massive, en injection sous la peau, le sérum de génisse vaccinée, s'il est bien aseptique, et surtout exposer les raisons qui légitiment contre la variole l'emploi de ce sérum en quantité assez considérable.

Les recherches expérimentales de MM. Béclère, Chambon et Ménard leur ont démontré que le sérum de génisse vaccinée recueilli hors de la période virulente, après la dessication des pustules, possède vis-à-vis de la vaccine une action immunisante due à des substances solubles.

Ils ont étudié comparativement l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée et celle du virus vaccinal injectés sous la peau. Le virus vaccinal confère une immunité lente à se développer, mais qui devient complète, si minime que soit la dose du vaccin, et qui dure plusieurs années. Inversement, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée est rapide, pour ainsi dire immédiate, si bien que ce sérum est non seulement préventif, mais curateur; par contre, ses effets sont peu durables et présentent toute une série de degrés variables avec la dose injectée et le moment où est faite l'injection, plus ou moins longtemps après le début de la maladie. C'est ainsi qu'une génisse qui, immédiatement avant la vaccination, reçoit une quantité de sérum ne dépassant pas la centième partie de son poids, retire de cette injection un degré très élevé d'immunité, mais non pas cependant l'immunité complète.

Pour être utile au varioleux, qui n'entre guère à l'hôpital qu'à la période d'éruption, loin par conséquent du début de la maladie, il faut donc au moins doubler cette dose, en lui injectant une quantité de sérum équivalente à la cinquantième partie de son poids. Chez les adultes, il est d'ailleurs très difficile d'en injecter davantage en une fois sous la peau de l'abdomen. Mais, chez les jeunes enfants, on peut faire l'injection à dose beaucoup plus forte relativement à leur poids. Un nouveau-né de vingt et un jours, atteint de variole abondante, a reçu, au deuxième jour de l'éruption, sous la peau de l'abdomen et des cuisses, une dose de sérum égale à la *vingtième* partie de son poids et a parfaitement guéri sans aucun accident local ni général; tandis que son frère, âgé de trois ans, prenait de lui la variole, n'était pas soumis au même traitement et succombait.

L'emploi contre la variole du sérum de génisse vaccinée, à doses aussi considérables, est donc légitime, si toutefois il satisfait aux deux conditions de provenir d'animaux indemnes de toute maladie, particulièrement de tuberculose, et d'être recueilli aseptiquement.

M. Le Gendre, qui a été témoin des expériences de M. Béclère, a été véritablement frappé des transformations observées chez les malades.

Rechutes et récidives de rougeole.

M. Comby trouve que si l'on ne s'entend pas sur les rechutes et les récidives de rougeole c'est que le diagnostic de la rougeoles est parfois très difficile et que souvent on confond les érythèmes morbilliformes avec la rougeole véritable. Sur plus de 700 rougeoleux qu'il a observés cette année, pas un n'a présenté de rechute ni de récidive. En revanche, une quarantaine d'enfants avaient été envoyés par erreur au pavillon de la rougeole, les uns n'ayant que des érythèmes, d'autres la rubéole.

Or l'erreur est facile à éviter par l'inspection de la bouche de ces malades, car dans la rougeole, il y a toujours une stomatite érythémato-pultacée plus ou moins marquée, qui fait constamment défaut dans les érythèmes morbilliformes.

Si l'on voulait bien regarder dans la bouche de tous les enfants soupçonnés de rougeole, on pourrait facilement distinguer entre les vraies et les fausses rougeoles.

M. Le Gendre a recherché chez tous les malades atteints de rougeole l'existence de l'énanthème buccal, il l'a rencontré dans presque tous les cas, mais il existe également dans quelques cas de scarlatine. Cet énanthème n'est donc pas pathognomonique et, de son existence, on ne peut conclure au diagnostic de la rougeole.

Pseudo-paralysie générale hépatique.

M. A. Joffroy. — Depuis longtemps les aliénistes décrivent, sous la dénomination de folies sympathiques, des troubles cérébraux qui paraissent en connexion intime avec une affection viscérale localisée. C'est ainsi que les maladies de l'utérus et de ses annexes, les maladies de la vessie et des reins, les troubles digestifs, les affections du foie, du cœur, etc., paraissent, dans bien des cas, être la cause déterminante de l'éclosion de troubles psychiques présentant des formes différentes : mélancolie, hypochondrie, délire polymorphe — avec ou sans hallucinations, etc.

Parfois, l'ensemble de ces accidents reproduit assez bien ce que l'on observe dans certains cas de paralysie générale pour qu'il soit nécessaire de discuter le diagnostic.

Personnellement M. Joffroy a observé un alcoolique de 52 ans, atteint d'une atrophie du foie et qui présenta au cours de cette affection, des symptômes de pseudo-paralysie générale.

Les troubles nerveux d'ordre hépatique commencent à être connus. C'est ainsi que Klippel a décrit une folie hépatique, Charrin un délire hépatique provisoire, Mya une éclampsie hépatique mortelle chez les enfants, Roger un coma hépatique, etc., mais M. Joffroy ne croit pas qu'on ait rapporté un cas dans lequel on pouvait comme dans le sien penser à une paralysie générale.

A noter que l'on constata, à deux ou trois reprises, un parallélisme très significatif entre les oscillations des phénomènes de

pseudo-paralysie générale et des phénomènes hépatiques, ceux-là s'améliorant quand ceux-ci s'amendaient sous l'influence d'un traitement approprié, et réciproquement.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 Janvier 1896.

Bacille pseudo-diphthérique dans un cas de dacryocystite.

M. Fage a observé un cas de dacryocystite chronique, ayant subi récemment une poussée aiguë, où l'ensemencement sur les différents milieux a donné naissance au bacille pseudo-diphthérique. A côté de lui on a trouvé quelques autres microbes peu variés et non pathogènes. L'inoculation dans la conjonctive d'un lapin d'une culture pure de ce bacille prise sur sérum ne donna pas de résultat positif; mais sur la muqueuse pharyngée d'un pigeon il se produisit une petite fausse membrane qui contient le bacille. Pour établir la non-virulence de ce microbe, on a pratiqué une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes de culture en bouillon à un cobaye qui n'a pas succombé.

Ni dans les fosses nasales, ni dans la bouche, on n'a trouvé de bacille identique à celui observé dans le sac conjonctival.

Certains bactériologistes nient l'identité du bacille pseudo-diphthérique et du bacille virulent de Löffler. Mais Roux et Yersin pensent que la différence de virulence ne comporte pas la différence d'origine, et que l'un n'est qu'une forme atténuée de l'autre. Dans ces conditions, on est en droit de se demander si le bacille pseudo-diphthérique ne joue pas certain rôle dans les conjonctivites et dans les dacryocystites, soit en prenant de la virulence, soit en s'associant à d'autres microbes.

M. Morax croit que l'on abuse un peu de la dénomination de bacille diphthérique. Sur presque toutes les muqueuses, on trouve des colonies blanches, qu'on appelle pseudo-diphthériques et qui ressemblent, en effet, au bacille vrai, mais en diffèrent par les effets obtenus au moyen de l'inoculation.

Il faut d'autres expériences pour affirmer que ces bacilles, non virulents, peuvent ensuite se transformer en vrai bacille diphthérique virulent.

Sur sérum, ces bacilles viennent très facilement, tandis que sur gélose il y aurait peut-être une autre flore. Il faut d'abord examiner sur lamelles pour avoir une idée du nombre; puis il faudrait employer d'autres milieux.

Le bacille de Klebs est confondu souvent avec le pseudo-bacille; mais il en diffère par ses caractères de culture.

On ne peut donc affirmer que le bacille trouvé dans le cas de M. Fage puisse avoir joué un rôle pathogène.

M. Fage fait observer qu'il n'a pas posé des conclusions précises. Il a fait des cultures sur tous les milieux et a toujours trouvé les caractères du vrai bacille. Il croit, par conséquent, que son bacille était le bacille pseudo-diphthérique.

Raclage cornéen dans le ptérygion et la kératite en bandelettes.

M. de Wecker traite maintenant le ptérygion par le raclage de la cornée à l'aide d'une petite curette tranchante, suivi d'une irrigation antiseptique, et ce procédé lui a donné de très bons résultats. Très bon dans les ptérygions de peu d'étendue, sera-t-il aussi efficace dans les grands ptérygions?

Dans les kératites en bandelettes, le même mode d'opérer donne des résultats satisfaisants.

M. Vignes n'a pas constaté cette facilité de la guérison, d'autant moins que les récidives du ptérygion sont fréquentes après l'opération. Il y a peut-être plusieurs espèces de ptérygions, les uns bénins et les autres malins. Dans la kératite en bandelettes, comme dans le ptérygion, il préfère une simple application de galvano-cautère, précédée dans le ptérygion de son excision.

M. Jocqs fait depuis deux ans le traitement dont M. de Wecker vient de nous parler, en est fort satisfait pour le ptérygion et pour la kératite en bandelettes.

M. Darier emploie le thermo-cautère superficiellement, mais en y ajoutant les injections sous-conjonctivales dans la kératite en bandelettes. Pour le ptérygion, le raclage fait avec le couteau donne les mêmes résultats que celui que l'on pratique avec une curette.

M. Wuillomenet a traité deux cas de kératite par le procédé indiqué par M. de Wecker et a obtenu rapidement la guérison.

M. Masselon pense qu'il y a une grande différence entre le raclage par la curettte et l'abrasion par le couteau. Avec la curette, on n'enlève que les parties malades, sans toucher aux parties saines.

Fongus de l'œil.

M. Valude présente à la Société les pièces obtenues à la suite de l'énucléation d'un œil, pratiquée chez un enfant atteint d'un fongus siégeant à 3 millimètres de la cornée. Cette tumeur présente des cellules géantes, un nodule et ne renferme pas de bacille. Elle se rapproche un peu de la gomme. On remarque qu'elle présente une espèce d'entonnoir saillant, qui va en pénétrant dans la sclérotique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 6 et 13 Décembre 1895.

Maladie de Paget.

M. Meneau présente une femme atteinte de la maladie de Paget au sein gauche et demande le traitement à lui faire subir, les divers topiques employés n'ayant amené aucune modification. M. Dubreuilh répond qu'il y a qu'à faire l'ablation totale du sein, M. Demons ayant montré que les épithéliomas qui succèdent à la maladie de Paget ont une malignité considérable.

Tumeur blanche du genou.

M. Troquart communique l'observation d'une jeune fille chez laquelle il a obtenu la guérison d'une tumeur blanche du genou par les injections d'huile de vaseline iodoformée. La guérison, obtenue avec conservation de mouvements limités de l'articulation, se maintient depuis quatre à cinq ans. Jusqu'à présent les craintes relatives à une invasion tuberculeuse du côté des poumons ne se sont pas réalisées.

M. Raulin cite le cas d'un jeune homme de vingt ans atteint depuis longtemps d'une tumeur blanche du genou. L'amputation de la cuisse devait être faite en 1891, lorsque M. le docteur Demons pratiqua des injections de vaseline iodoformée. Sous l'influence du traitement, la tumeur blanche s'est rapidement améliorée. Actuellement, en 1895, la guérison est bien près d'être obtenue.

M. Delmas préconise dans le traitement des tuberculoses osseuses l'emploi des eaux salines et des eaux-mères de Dax dont les modifications n'ont pas été suffisamment précisées. Il compte rapporter prochainement plusieurs succès dus à cette modification.

M. Piéchaud dit qu'on doit faire une distinction très importante entre les enfants envoyés à Salies pour les tuberculoses locales. Si ces sujets présentent des trajets fistuleux ou des plaies opératoires non cicatrisées, les résultats du traitement sont toujours déplorables. Au contraire, dans les cas où il n'y a que de la tuméfaction, les résultats peuvent être meilleurs, mais il ne saurait être très affirmatif.

Hémianopsie temporale.

M. Armaignac présente un jeune homme de vingt-deux ans atteint d'hémianopsie temporale hétéronyme. Cette affection a évolué d'une manière presque foudroyante, car en moins d'un mois une cécité absolue s'est établie. Il existe en outre de la tachycardie. M. Armaignac pense, d'accord avec M. Pitres, que cette affection très rare, est due, dans le cas actuel, à l'exis-

tence d'une double lésion tuberculeuse siégeant au niveau du chiasma optique. Mais il y a cependant de fortes réserves à faire quant au diagnostic. Malgré cela le pronostic est grave.

M. Lagrange, revenant sur le malade présenté par M. Armaignac, émet une autre hypothèse relativement au siège de la tumeur tuberculeuse : il lui paraît plus logique d'admettre l'existence d'une tumeur unique située à la jonction de la faulx du cerveau et de la tente du cervelet. Cette unique lésion permet d'expliquer naturellement la cécité et la tachycardie. Si cette hypothèse était vérifiée, le traitement comporterait peut-être une craniectomie.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 Janvier 1896.

Tumeur accessoire de la glande thyroïde.

M. Barker. — Un homme de 41 ans présentait une tumeur qui commença à apparaître au-dessus de la clavicule gauche en 1880. En 1889, le malade étant âgé de 50 ans, et la tumeur ayant grossi, on l'opéra. Cette tumeur occupait tout le côté gauche du cou, allant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule; elle plongeait, en arrière, sous le trapèze; en avant elle s'insinuait derrière la mâchoire et dépassait la ligne médiane du cou, repoussant du côté opposé le larynx et le corps thyroïde. La peau qui recouvrait la tumeur était fine et tendue; cette tumeur était remplie de kystes variant du volume d'une bille à celui d'une orange. Elle adhérait fortement à la face profonde du sterno-mastoïdien; cela résultait peut-être des nombreuses séances d'électro-poncture qu'on avait faites précédemment. Il n'y avait pas de ganglions lymphatiques hypertrophiés. La première opération fut faite en 1889, on enleva alors beaucoup de kystes et de substance solide. Le malade se porte actuellement très bien, et cependant on a dû, depuis 1888, faire quatre opérations nouvelles pour des récidives. Les tumeurs qui ont récidivé ont paru se limiter à des ganglions du cou; elles reproduisaient la structure de la glande primitive. Pour moi, la tumeur primitive s'est formée dans un corps thyroïde accessoire; il serait possible qu'elle eût eu pour origine le fond de la glande thyroïde et que de là elle se fût étendue vers le bas. Les récidives dans les ganglions lymphatiques indiquent un degré peu marqué de malignité; peut-être ces dépôts secondaires étaient-ils des bourgeons, des proliférations de la tumeur primitive ayant échappé à la première opération. Il serait encore possible que lors de la première opération j'eusse enlevé tout le corps thyroïde et les masses secondaires ne seraient que des restes de cette glande ayant subi une hypertrophie compensatrice pour remplacer la glande thyroïde enlevée.

M. Ogle présente un corps thyroïde accessoire qu'il a trouvé à l'autopsie d'une femme de 55 ans, morte d'un accident. La tumeur siégeait entre la trachée et le haut du sternum. Il y avait aussi une hypertrophie irrégulière du lobe gauche du corps thyroïde. Des coupes de la tumeur présentaient la structure caractéristique de la glande thyroïde, moins le contenu colloïde.

M. Pitt. — Chez une femme ayant une très légère hypertrophie du corps thyroïde, on enleva de l'œil une tumeur, et plus tard d'autres tumeurs du cuir chevelu et de la peau. Toutes présentaient la structure caractéristique de la glande thyroïde. Les viscères paraissaient être moins envahis que la peau et les glandes.

M. Clarke a examiné il y a un an un ganglion lymphatique qu'on avait enlevé d'un point situé au-dessous du muscle sterno-mastoïdien et qui présentait une néoproduction avec des ramifications tubulaires et papillifères. La structure de ces productions secondaires suggérait l'idée que la glande thyroïde avait une structure rameuse, comme Virchow l'a montré.

Gomme du cerveau.

M. Beadles. — Un soldat de 28 ans entra à l'hôpital pour de la manie aiguë; il avait été dans l'Inde où il avait eu la syphilis, qui avait laissé sur le dos, les bras, les jambes, les pieds, des cicatrices montrant que cette affection avait été grave. Le malade était très faible et amaigri, mais il ne présentait aucune affection du cœur ou des poumons. L'état de manie existait depuis 2 mois et on avait dû isoler complètement ce sujet; il avait des hallucinations. On dut à diverses reprises le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne. De fortes doses de chloral et de bromure de potassium étaient restées sans effet; une injection sous-cutanée d'hyoscyamine n'amena que peu de repos. Pendant le mois suivant le malade gagna de la force, mais il n'y eut aucun signe d'amélioration du côté mental; bien que le malade fût encore assez faible, il n'y avait aucune paralysie. Trois mois après son entrée à l'hôpital le malade fut pris d'un accident qui paraissait être une hémorrhagie cérébrale; il tomba brusquement et perdit connaissance ; au bout d'une demi-heure il revenait à lui et ne présentait aucune trace de paralysie. Une heure après il perdit encore connaissance, le pouls fut très lent et intermittent; la pupille droite était très dilatée; la pupille gauche était très contractée. Quatorze heures après le début des accidents il mourut sans avoir repris connaissance. A l'autopsie on trouva les membranes du cerveau un peu épaissies; les vaisseaux de la base du cerveau étaient à peu près sains. Vers le centre du lobe frontal droit, au voisinage de sa face inférieure, on trouva une gomme dure, facile à séparer de la substance cérébrale; elle était plus dure et plus foncée que la substance cérébrale, laquelle était plus molle qu'elle ne doit l'être normalement. Dans la partie inférieure de l'hémisphère gauche, on trouva une seconde tumeur du même volume et du même aspect; elle était située à la partie interne et inférieure du noyau lenticulaire immédiatement en avant de la commissure des nerfs optiques; elle était en connexion intime avec l'artère cérébrale moyenne. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un granulome syphilitique.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 Janvier 1896.

Photographie des phalanges d'une main vivante.

M. Jastrowitz a présenté la photographie des phalanges d'une main vivante, faite avec le procédé découvert récemment par le professeur Röntgen, de Wurzbourg.

Le procédé de Röntgen est basé sur un fait d'optique physique, à savoir l'apparition des figures lumineuses dans un espace vide ou rempli d'air raréfié, quand on fait passer un courant électrique à travers cet espace. Le phénomène est facile à reproduire dans les appareils de physique connus sous le nom de tubes de Crooke ou de Geissler.

Or M. Röntgen trouva que si l'on recouvre un de ces tubes avec du carton, les rayons lumineux traversent le carton et forment une image sur des écrans particuliers, recouverts d'une couche de cyano-platine iridié. En poursuivant ses recherches, il trouva que les rayons traversaient non seulement le carton mais d'autre corps, le bois, voir même les métaux, et qu'on pouvait ainsi obtenir la photographie des objets en interposant entre le foyer de lumière et l'appareil photographique un corps opaque. On comprend alors comment il a pu obtenir la photographie des phalanges, celles-ci étant moins perméables à la lumière que les parties molles qui les recouvrent.

La lumière utilisée pour ces photographies traverse les prismes sans être déviée; de même cette déviation fait défaut quand la lumière traverse un métal réduit en poudre. Quant à

la nature de ces rayons, M. Röntgen suppose qu'il s'agit des vibrations moléculaires dans un plan vertical. En attendant, il désigne cette lumière par le terme de *rayonnement x*.

En rapportant ces faits, M. Jastrowitz insiste sur le service que cette nouvelle découverte peut rendre en clinique. Il sera possible d'avoir, dans les cas pathologiques, la photographie des os, des viscères, etc.

Névrite mercurielle.

M. Heller rapporte les recherches expérimentales qu'il a faites sur cette question en pratiquant des injections sous-cutanées de mercure à des lapins.

Dans un cas, le lapin auquel il faisait des injections de 12 centigrammes de sublimé a été pris après la seconde injection de diarrhée qui augmenta après les injections suivantes. Pour l'arrêter il a fallu mettre l'animal au lait et à l'opium, et on parvint ainsi à l'observer pendant un mois. Durant ce temps il a présenté très nettement des troubles moteurs, des troubles sensitifs et des troubles d'ordre trophique.

Les troubles moteurs se sont manifestés, après la seconde injection, sous forme d'une parésie des membres du côté gauche, qui envahit ensuite les membres postérieurs du côté droit pour revêtir plus tard la forme d'une véritable paraplégie et se compliquer d'une contracture des genoux et des pieds. Les troubles sensitifs furent difficiles à constater; toutefois on a pu constater que l'animal réagissait aux piqûres d'épingle. Enfin les troubles trophiques se présentèrent sous forme d'une chute des poils, et d'ulcérations sur la face plantaire des deux pieds.

L'animal a succombé au bout de cinq semaines à une attaque de convulsions épileptiformes. A l'autopsie, on trouva une entérite ulcéreuse analogue à celle qu'on observe dans toutes les intoxications mercurielles. La moelle et les nerfs paraissaient sains, mais sous le microscope, on trouva des lésions très avancées des racines motrices et sensitives, et des lésions de névrite sur la plupart des nerfs périphériques.

Chez un autre lapin, que M. Heller présente à cette occasion, la diarrhée fit défaut, mais en revanche, on eut à compter avec une inappétence absolue dont on ne vint à bout que par l'alimentation forcée. Chez cet animal, on trouve une paralysie des deux membres postérieurs, plus accusée du côté gauche que du côté droit, et des troubles trophiques sous forme d'ulcérations.

Ces faits doivent, d'après M. Heller, commander un emploi discret des cures mercurielles chez les individus atteints d'affections de la moelle, comme le tabès, les paralysies spinales spasmodiques, etc., et dans les antécédents desquels on trouve la syphilis.

M. Leyden fait observer que MM. Spillmann et Etienne (de Nancy) ont publié plusieurs cas où le traitement mercuriel a provoqué chez des syphilitiques, ou des individus considérés à tort comme tels, des phénomènes de polynévrite avec paralysie, de l'ataxie, des troubles de la sensibilité, etc. Personnellement, M. Leyden a aussi observé plusieurs cas de ce genre. Seulement, ces cas sont, en somme, très rares si l'on prend en considération le nombre considérable d'individus traités par le mercure.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Chancre de la lèvre chez un nourrisson.

M. Winternitz a observé à la clinique du professeur Ganghofner un nourrisson de 8 mois, apporté par sa mère, pour une affection datant de deux mois. A l'examen, on trouvait sur la lèvre inférieure un chancre syphilitique des plus caractéristiques occupant la peau et une partie du bord muqueux. Les ganglions sous-maxillaires étaient indurés et le corps couvert d'un exanthème maculo-papuleux, ulcéré par places, notamment au niveau de la paroi abdominale.

La mère elle-même présente deux chancres, un sur chaque sein, au niveau des mamelons. Les ganglions axillaires sont indurés, petits, incolores. La roséole et les autres manifestations syphilitiques font encore défaut. Le père et les cinq autres enfants sont indemnes.

Tout porte donc à croire que l'enfant a été embrassé par une personne syphilitique qui l'a ainsi contaminé, et que l'enfant a à son tour infecté la mère.

Urticaire pigmentaire.

M. Winternitz. — Il s'agit d'un enfant de 4 mois, sans antécédents héréditaires, si ce n'est que la mère, blanchisseuse de profession, a eu pendant sa grossesse une dermatite professionnelle du dos des mains et des avant-bras.

L'enfant a toujours été bien portant, sauf quelques troubles gastro-intestinaux. A l'âge de 5 semaines, il a présenté un exanthème maculeux et à petits nodules, qui ne ressemblait pas à de l'urticaire. L'exanthème disparut au bout d'une semaine, mais au bout de trois jours une autre éruption parut qui persiste encore actuellement avec tous ses caractères.

L'éruption se compose de papules et de macules, les unes isolées et ne dépassant pas les dimensions d'une lentille; d'autres, confluentes, formant des placards de la dimension d'une pièce de 5 francs. L'éruption occupe la face, le thorax, les mains et les pieds; les papules qui la composent sont rouge pâle, arrondies ou allongées, dures. A côté de ces papules et de ces macules, on en trouve d'autres d'une couleur plus foncée, jaunâtre, de consistance plus dure. Quelques-unes de ces papules portent au centre des vésicules.

D'après M. Winternitz, il s'agissait chez cet enfant d'urticaire pigmentaire.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 janvier 1896.

Chancre extra-génital.

M. Neumann a montré un malade qui présente sur son annulaire gauche un chancre syphilitique occupant la face palmaire et la face dorsale du doigt. Le ganglion cubital est augmenté de volume et induré, en même temps qu'une roséole existe au niveau du tronc et des bras du malade. Le diagnostic du chancre syphilitique est donc certain.

Quant à l'origine de l'infection, l'enquête a établi que le malade a été mordu au doigt par un syphilitique.

Psorospermose.

M. Neumann a montré une malade atteinte d'une affection de la peau, désignée par Darier sous le nom de psorospermose en raison du microorganisme spécifique qui la produit.

L'affection, qui occupe la peau du cou, du tronc, des reins, de la région ombilicale et rappelle, par place, l'ichthyose. Dans l'aisselle on trouve des bourrelets séparés par des sillons profonds et des proliférations papillaires. Dans d'autres endroits la lésion n'est pas sans analogie avec le molluscum.

A l'examen microscopique, on trouve un épaississement de l'épiderme avec prolifération des papilles. Les psorospermies de Darier ne sont en réalité que des cellules épithéliales et des noyaux modifiés.

Rupture du biceps.

M. Bunner présente un homme de 53 ans qui un an auparavant s'est fracturé l'avant-bras gauche. Dernièrement, en soulevant avec la main gauche un lourd fardeau, il ressentit une vive douleur dans son bras. Il a pourtant continué à travailler pendant quelque temps encore. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, on trouva une rupture du biceps, au niveau de l'insertion tendineuse de la courte portion.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Cas de tuberculose pulmonaire

Traité par le sérum du professeur Maragliano

Par M. le Dr H. Blaise

Agrégé des Facultés de médecine,
Professeur à l'École de médecine d'Alger,
Lauréat de l'Académie de médecine de Paris.

J'ai eu l'occasion de soigner, au moment des dernières grandes vacances, une jeune fille de 14 ans atteinte de tuberculose pulmonaire. Cette personne avait été traitée antérieurement par deux confrères de son pays et vue en consultation, à Paris, par le Dr Fernet. Aucune amélioration ne survenant dans son état, la famille, des plus aisées et décidée à tout pour sauver l'enfant, me proposa en septembre de tenter l'expérience du sérum de Maragliano. C'était le moment où, dans les grands journaux politiques, on analysait, avec force détails, la retentissante communication du professeur italien au congrès de Bordeaux. La sérothérapie apparut aux parents comme une ressource suprême qu'il convenait d'utiliser. Je fis les réserves nécessaires relativement à l'emploi des injections de sérum. Mais comme le professeur Maragliano avait affirmé dans sa communication que *le sérum n'était jamais nuisible,* je crus pouvoir, en toute conscience, faire droit à la demande de la famille.

J'écrivis donc au professeur Maragliano pour le prier de vouloir bien m'envoyer du sérum et aussi des indications sur la conduite à suivre en présence du cas présenté par ma malade. Le maître italien me fit envoyer par MM. Martignoni, Mela et Cie, chargés de la fabrication du sérum sous son contrôle immédiat, un échantillon du précieux liquide (coût : environ 42 fr. les 10 c.c.) ainsi qu'une instruction relative à son mode d'emploi. Les indications fournies par la dite instruction furent scrupuleusement suivies. Le traitement sérothérapique fut institué le 1er octobre. La malade mourut le 22.

La méthode de Maragliano, après avoir reçu dans notre pays un accueil réservé, n'y a guère été utilisée, au moins si l'on en juge par le silence gardé à son égard par la presse médicale française. Sans doute un fait unique ne permet pas d'apprécier une méthode. Il n'en est pas moins vrai que tout fait observé scientifiquement a une valeur en clinique. C'est à ce titre que je publie l'observation suivante, malgré ses lacunes.

Observation. — Mlle X..., 14 ans, avait toujours présenté les apparences de la santé. Grande et bien développée, elle menait une vie très active, pendant les vacances, à la campagne dont elle était originaire. Elle fut réglée à 13 ans et la menstruation ne présenta rien d'anormal pendant les premiers mois. Antécédents fortement lymphatiques du côté du père. A été élevée dans d'excellentes conditions d'habitat et d'hygiène. Deux sœurs bien portantes jusqu'ici.

En octobre 1894, l'enfant fit sa rentrée à la pension avec une micropolyadénie cervicale. Bientôt, on constata un malaise général, de la toux, une fièvre presque quotidienne et des sueurs nocturnes. L'examen de la poitrine, pratiqué par le médecin de l'établissement, ne révéla rien de précis. Au bout de deux mois, comme l'enfant continuait à souffrir, les parents la ramenèrent à la campagne. C'est alors que se manifesta nettement un début de tuberculose pulmonaire qui fut constaté par les médecins traitants et plus tard par M. le Dr Fernet, de Paris. L'enfant avait maigri. Mais elle ne tenait guère le lit qu'au moment des poussées de bronchite ou de broncho-pneumonie se manifestant particulièrement à l'occasion de la fluxion menstruelle qui n'aboutissait plus d'ailleurs à l'écoulement sanguin normal. Le traitement institué avait été le suivant : vie au grand air, suralimentation, lavements créosotés journaliers (lait 250 gr., créosote de hêtre, 10 gr.), badigeonnage des sommets avec la teinture d'iode, quelques vésicatoires et pointes de feu sur la poitrine.

En août 1895, malgré le traitement institué, la malade n'avait éprouvé aucune amélioration. Les lésions pulmonaires étaient encore peu accusées, localisées aux sommets avec prédominance à droite. La fièvre, persistante, présentait un type tantôt rémittent, tantôt intermittent, avec maxima thermiques tendant à l'élévation. Les poussées de broncho-pneumonie n'entraînaient pas d'aggravation appréciable dans l'état local. La poussée passée — elle durait en moyenne une semaine — il y avait sensiblement retour au *statu quo ante*. Pas de diarrhée persistante, mais de temps à autre quelques débâcles intestinales suivies d'un peu de constipation. L'amaigrissement s'était accusé. Les ganglions du cou avaient notablement grossi, surtout à gauche. Pommettes habituellement rouges, particulièrement la droite. L'appétit était allé diminuant et l'alimentation devenait de plus en plus pénible. Toujours quelques sueurs nocturnes. La malade ne gardait le lit que le strict nécessaire. Elle faisait des promenades fréquentes en voiture et passait la plus grande partie de la journée au grand air dans un magnifique jardin attenant à la maison paternelle (1).

C'est dans cet état que je trouvai la malade en août 1895. A ce moment, l'examen de la poitrine indiquait :

A droite, en avant, dans la fosse sus-claviculaire et sur la moitié externe de la clavicule, submatité assez marquée, moins prononcée en arrière dans la fosse sus-épineuse, avec exagération des vibrations vocales. Quelques craquements humides, disséminés dans la fosse sous-claviculaire, plus rares en arrière dans la fosse sus-épineuse. Rien d'anormal au niveau de la fosse sous-épineuse.

A gauche : inspiration saccadée, expiration un peu prolongée et respiration rude au sommet en avant et en arrière.

L'état se maintint sensiblement le même jusque fin septembre. Cependant, deux poussées de broncho-pneumonie se produisirent, la première du 11 au 16 août, la deuxième en septembre, ayant duré une dizaine de jours. Pendant ces poussées,

1. La localité habitée par la malade, dans la Haute-Saône, est d'ailleurs des plus avantageuses au point de vue de l'hygiène grâce à sa topographie et à l'air pur qu'on y respire. La phthisie est cependant loin d'y être rare, en raison de l'importation urbi-rurale.

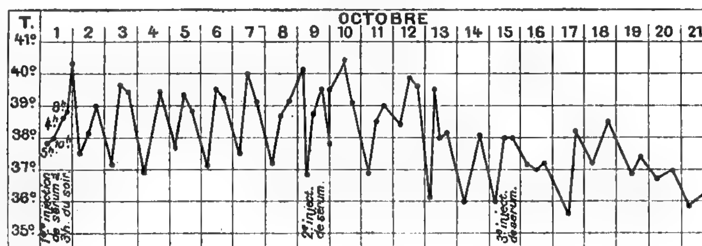
les maxima thermiques moyens étaient sensiblement les mêmes qu'avant ou après, mais la fièvre se montrait continue.

En dehors des poussées, la température se présentait avec un type fébrile intermittent. Des accès, au début desquels se manifestaient quelquefois des frissons de courte durée, survenaient quotidiennement entre dix heures du matin et une heure du soir, durant de trois à quatre heures. Puis la température tombait à la normale pour s'y maintenir jusqu'au lendemain.

Elle s'élevait pendant l'accès jusqu'à 40°, dépassant même de temps en temps ce chiffre. Cet état fébrile intermittent affaiblit beaucoup la malade dont le moral restait néanmoins satisfaisant. En dehors des accès, Mlle X... passait son temps allongée sur un fauteuil, au grand air, dans le jardin; pendant la nuit ou au fort de la fièvre, elle restait alitée, conservant ouvertes les fenêtres de la chambre, toujours garantie contre le froid par ses habits ou son enveloppement. La cure d'air était complète.

L'alimentation laissa bientôt beaucoup à désirer : quatre repas par jour, mais ingestion très faible à chaque repas. Dégoût absolu des viandes cuites de toutes sortes. Je prescrivis des boulettes de viande crue (filet de bœuf) finement hachée, arrosées avec de l'eau-de-vie et saupoudrées avec du sucre. Les boulettes furent prises très irrégulièrement et en trop faible quantité, la malade les ingérant avec répugnance.

Le sulfate de quinine fut essayé contre les accès; il ne donna aucun résultat. L'antipyrine à doses filées (2gr à 2gr50 en paquets de 0gr50 à prendre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure) fut également employée. Elle parvint quelquefois à entraver l'accès, mais d'une façon générale son action fut à peu près nulle quoique bien tolérée d'ailleurs. Il est vrai que le plus souvent la malade ne consentait à prendre qu'une dose insuffisante.



Les lavements créosotés furent d'abord continués puis remplacés par le créosotal associé à l'iodoforme sous forme pilulaire ou capsulaire.

Etat le 1er octobre, jour de la 1re injection. — La malade achevait une poussée de bronchite généralisée avec foyer d'hépatisation au sommet droit.

L'examen de la poitrine indique :

En avant, à droite, dans la fosse sous-claviculaire et sur la clavicule : matité, exagération très accusée des vibrations, gros râles muqueux avec respiration soufflante. A gauche, respiration rude avec expiration prolongée et sibilante et quelques sous-crépitants disséminés.

En arrière, à droite, respiration soufflante, moins prononcée qu'en avant, dans la fosse sus-épineuse avec râles bullaires moyens, mêmes râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse mais disséminés. A gauche, quelques bulles disséminées particulièrement dans la fosse sus-épineuse et sibilances.

L'injection fut faite à 3 heures du soir avec toutes les précautions aseptiques désirables; 5 centimètres cubes de sérum furent injectés de chaque côté un peu en dehors de l'angle de l'omoplate, soit en tout 10 centimètres cubes, la dose indiquée par Maragliano. La température après l'injection était de 38°6, A 8 heures elle fut de 38°8; à minuit de 40°3; le lendemain à 5 heures de 37°8, à 7 heures de 37°5, à midi de 38°1, le soir de 39° pour redescendre le surlendemain matin à 37°1. Ce jour et les 4 jours suivants la température affecta son type fébrile intermittent, mais avec maxima thermiques diurnes un peu moins élevés (38°8 à 39°6 au lieu de 40° à 40°5). Puis elle reprit son cours habituel jusqu'à la deuxième injection.

En résumé : ascension thermique nocturne inaccoutumée après l'inoculation du sérum et températures en général moins élevées les jours suivants, mais avec persistance un plus prolongée de la fièvre dans la journée. Aucun accident local consécutif. Dès le surlendemain plus de respiration soufflante au sommet droit, et deux jours plus tard, examen de la poitrine indiquant un retour complet à l'état antérieur à la poussée qui d'ailleurs n'a duré que 6 jours au lieu de 10 (durée de la précédente). La malade, soit suggestion (elle était fortement convaincue qu'une prompte amélioration allait se produire de par le nouveau traitement), soit action réelle du sérum, déclara se trouver mieux. Au fait l'appétit revint un peu et l'ensemble semblait indiquer une réelle amélioration.

Le 9, conformément à l'instruction de Maragliano, nouvelle injection de 10 centimètres cubes faite, dans les mêmes conditions que la première, le soir à 5 heures.

Comme après la 1re injection, ascension thermique nocturne inaccoutumée (39°5) à minuit. Le lendemain, à midi encore, 40°4; 39°1 à 7 heures, à une heure où la fièvre avait ordinairement disparu quand elle n'était pas influencée par le sérum.

Le surlendemain 11, chute à 36°9 le matin; 38°5 à midi et 39° le soir à 6 heures.

Le 12, 38°4 le matin, 39°8 à midi, 39°6 le soir.

Le 13, après une chute à 36°1 le matin, 39°5 à 11 heures, 38° à midi, 38°2 à 6 heures du soir.

Le 14, température basse le matin (36°) et 38°1 seulement le soir.

Ainsi, après la 2e injection, poussée thermique très nette, se prolongeant jusqu'au lendemain, d'une durée plus longue que celle observée après la 1re injection. Cette poussée est suivie de chute thermique le surlendemain, puis de réascension pendant 2 jours, et enfin d'une chute définitive, mais avec tendance à l'hypothermie le matin.

Cette chute de la température ne coïncide pas avec une amélioration de la malade. Au contraire l'état empire, l'appétit redevient nul; la malade se lève beaucoup moins, se trouvant plus affaiblie.

Le 15 au matin, 11 heures, 3e injection que je pratique un peu avant le 8e jour (devant m'absenter pour 4 jours). La malade a de la dyspnée et à l'auscultation on trouve des signes d'une nouvelle poussée; râles sous-crépitants et sibilances des deux côtés en avant et en arrière sur presque toute la hauteur, souffle bronchique au sommet droit.

La température ne monte qu'à 38° après l'injection. Le lendemain même état, apyrexie. Le surlendemain chute anormale de la température matinale (35°6). Des doutes sont émis par le confrère qui me remplaçait au sujet de cette température; mais la mère, personne fort intelligente et habituée à la thermométrie affirme qu'elle a été prise avec beaucoup de soin. Le soir $t = 38°2$. Même état que la veille.

Le 19, en rentrant de voyage, je trouve une lettre désespérée du père qui me prie de venir sans retard. J'arrive. Je constate un changement complet dans l'état de la malade qui a passé une nuit très agitée :

Dyspnée considérable (44 R.); pouls à 130, petit, misérable, avec irrégularités, inégalités et intermittences, œdème des membres inférieurs jusqu'aux genoux, légère bouffissure des paupières, cyanose des lèvres, extrémités digitales bleuies; langue sèche, rôtie; urines diminuées, fortement rouges. Râles sous-crépitants moyens remplissant toute la poitrine avec souffle tubaire au sommet droit. — J'injecte sous la peau du ventre 1 gramme de caféine et je prescris une potion avec 1gr50 de convallaria et XX gouttes de teinture de digitale.

Le 20, sous l'influence des médicaments cardiaques, le pouls s'est un peu relevé, avec moins d'intermittences et d'irrégularités, mais il reste très fréquent (12 R.). Même dyspnée (40 R.). Même état violacé des extrémités, même œdème, même état de la poitrine. Nouvelle injection de 1 gramme de caféine. Infusion de 0gr50 de feuilles de digitale édulcorée et prise en 4 fois. *T.* du matin = 36°8, *t.* du soir = 37°.

Le 21, *t.* du matin = 35°8. Même état que la veille. Nouvelle injection de caféine. La malade ne prend plus depuis deux jours que quelques gorgées de lait. Le soir = 36°2.

La malade meurt dans la nuit à 2 heures du matin.

Réflexions. — Il convient de rester très réservé dans l'appréciation de ce cas.

Et d'abord on ne saurait mettre sur le compte du sérum cette formidable poussée finale, la malade ayant subi, dans le cours de son évolution morbide, de fréquentes poussées, moins fortes cependant.

Cette poussée finale qui a coïncidé et même un peu précédé la troisième et dernière injection peut rendre compte d'un certain nombre des symptômes observés. Il ne paraît pas qu'on puisse lui attribuer tout le tableau morbide. Il convient d'insister spécialement sur la tendance à l'hypothermie qui s'est manifestée peu après l'inoculation dernière de sérum, sur l'asystolie et l'hypothermie finales accompagnées d'œdème des membres inférieurs, de bouffissure légère des paupières et d'urines raréfiées. Sans doute il manque au tableau quelques signes classiques d'intoxication urémique. Il manque surtout dans notre observation la constatation de la présence de l'albumine (sa recherche a été omise par suite d'un malentendu). L'ensemble est cependant en faveur d'une intoxication urémique. Mais l'urémie n'a-t-elle pas été sous la dépendance d'une lésion rénale tuberculeuse? Doit-elle être au contraire mise sur le compte du sérum. Le sérum utilisé pour la troisième injection présentait des qualités optiques différentes de celles des précédents qui m'ont frappé et qui m'ont, après coup, suggéré quelque doute sur sa qualité. D'ailleurs, dans la sérothérapie antituberculeuse, n'a-t-on pas observé dans certains cas une action fâcheuse sur le filtre rénal?

En admettant même que, dans mon cas le sérum soit coupable, un seul fait, je le répète, ne permet pas de juger un produit d'une composition aussi complexe et aussi *inconnue* que celui que fabriquent les assistants du professeur Maragliano.

Mon observation est cependant de nature à laisser des doutes sur la valeur du sérum du savant professeur italien. Espérons qu'il ne tardera pas à nous renseigner sur le résultat des nombreuses applications qu'il en a faites dans son pays.

A titre d'actualité, le public me saura peut-être gré de publier la technique de la sérothérapie antituberculeuse telle que l'a formulée Maragliano sous forme d'instruction annexée aux envois de sérum.

Instructions pour l'usage du sérum antituberculeux préparé suivant la méthode et sous le contrôle du professeur E. Maragliano.

Le sérum antituberculeux préparé suivant la méthode du professeur Maragliano a, ainsi que les autres sérums spécifiques déjà en usage pour d'autres maladies, la propriété de mettre l'organisme en état de combattre l'infection.

D'après les opinions ayant cours dans la science, ce but s'obtient plutôt indirectement que par voie directe, c'est-à-dire en provoquant la production de moyens extraordinaires de défense, en introduisant dans l'organisme des sérums spécifiques. C'est sur ce point que doit se porter spécialement l'attention des praticiens parce que si l'organisme malade n'est plus en état de prendre une part active au traitement, les sérums spécifiques ne servent plus et *leur usage devient inutile quoiqu'il ne soit pas nuisible.*

Ce qui précède est applicable au sérum antituberculeux.

Mode d'emploi. — *Formes apyrétiques.* — Habituellement la cure doit être entreprise de la façon suivante :

Pendant les dix premiers jours on injecte le sérum à la dose de 1 centimètre cube tous les deux jours. Pendant les dix jours suivants on en injecte 1 centimètre cube chaque jour. On arrive ensuite à une dose journalière de 2 centimètres cubes et on continue ainsi jusqu'à ce que les râles humides aient tout à fait disparu. Après cela il est utile pendant un mois de faire une injection de 1 centimètre cube tous les deux jours et pendant un an encore, par précaution, 1 centimètre cube chaque semaine.

Formes fébriles. — Dans les formes fébriles, si la fièvre est légère, est intermittente avec des exaspérations vespérales peu considérables (37°7 — 38°5) on devra suivre la même méthode.

Si la fièvre persiste d'une façon continue avec des températures élevées, on devra faire une injection de 10 centimètres cubes en une seule fois. Si, deux ou trois jours après cette injection, on constate un abaissement appréciable de la température, on fera, huit jours après, une nouvelle injection de 10 centimètres cubes et on répétera de la même façon et à la même dose jusqu'à ce que l'apyrexie soit complète.

On se conformera alors aux indications données pour les formes apyrétiques en faisant des injections de 1 à 2 centimètres cubes suivant les cas.

Injections. — De préférence, on devra faire les injections dans les régions où le tissu cellulaire sous-cutané est abondant et peu serré, l'absorption sera plus facile : les parties latérales du tronc, le dos et tout le long de la ligne axillaire postérieure.

Comment on doit faire l'injection. — Il est nécessaire avant tout de bien laver la peau avec du savon et de l'essence de térébenthine. On devra ensuite faire un lavage antiseptique avec une solution de sublimé au 1/1000 ou une solution phéniquée à 5 p. 100; ensuite on soulèvera la peau en la pinçant, on y enfoncera profondément l'aiguille et on fera l'injection.

Pour éviter toute corruption du sérum il faudra le retirer directement du flacon.

On devra se servir de seringues stérilisées d'une capacité proportionnée à la quantité de sérum à injecter.

Pour stériliser la seringue et l'aiguille il suffira, après chaque injection, de les plonger dans de l'eau froide que l'on portera à l'ébullition pendant un quart d'heure.

Quand les injections sont faites avec précaution il n'y a à craindre aucun accident local; il se produit quelquefois et exceptionnellement une légère rougeur, avec ou sans tuméfaction, qui disparaît après deux ou trois jours.

Conservation du sérum. — Les flacons contenant le sérum doivent être tenus au frais et dans l'obscurité.

Indications. — Le traitement est généralement utile dans toutes les formes circonscrites et apyrétiques de broncho-pneumonie tuberculeuse avec ou point d'associations microbiennes.

Le professeur Maragliano préfère la dénomination de « forme circonscrite » à celle de « forme initiale », parce que l'histoire d'un foyer au point de vue chronologique ne peut jamais bien se déterminer. Et, selon le professeur Maragliano, ce qui importe le plus au point de vue pratique, c'est l'extension et non l'âge d'un processus tuberculeux.

Dans toutes les autres formes plus graves, les injections donneront des résultats moins favorables suivant que la gravité sera plus ou moins prononcée.

Contre-indications. — Le sérum *n'est jamais dangereux;* par conséquent *il n'est jamais contre-indiqué,* même dans les formes les plus graves et rapides. Mais si les injections ne sont point dangereuses, elles peuvent être

inutiles; aussi, quand au bout de six à huit semaines on ne constate aucun changement, il est inutile d'insister.

Traitements accessoires. — Pendant tout le temps de la cure, les malades devront être rigoureusement soumis aux meilleures conditions hygiéniques, autant au point de vue de l'habitation que de l'alimentation. Il est même certain que les cures faites dans les maisons de santé spécialement organisées pour cela seront plus sûres et plus efficaces.

Régime alimentaire. — Le professeur Maragliano soumet ses malades aux règles suivantes :

1er repas à 7 heures du matin : une tasse de lait (1/2 litre) avec du café et une cuillerée de cognac et deux œufs;

2e repas à 11 heures : une soupe plutôt abondante, et de préférence de pâtes bien cuites au beurre ou au jus de viande, un morceau de viande, du fromage; un quart ou un demi-litre de vin, une tasse de café;

3e repas à 4 heures du soir comme à 11 heures;

4e repas à 9 heures du soir comme celui de 7 heures du matin.

Comme adjuvant de ce régime, le professeur Maragliano fait prendre à chaque repas une cuillerée de ses poudres reconstituantes à l'hémoglobine dont la formule est connue :

Phosphate de chaux, bicarbonate de soude, chlorure de sodium, calamus aromaticus, 1 gramme, hémoglobine 5 grammes.

Prescriptions pharmaceutiques. — Aucune indication pour les voies gastriques.

La sérothérapie antituberculeuse.

Mon intention n'est pas de faire une revue de l'intéressante question de la sérothérapie. Le cadre de ce journal ne le comporterait pas. Je me bornerai à quelques réflexions sur cette nouvelle méthode de traitement.

Dès 1888, Richet et Héricourt firent des essais de sérothérapie antituberculeuse sur les animaux. Depuis cette époque, Martin, Grancher, Samuel Bernheim, Courmont, Dor, Babès, Paquin ont fait de nouveaux essais soit sur les animaux, soit même sur l'homme. Ces essais sont loin d'avoir donné des résultats bien probants.

Maragliano a-t-il été plus heureux? Le savant professeur italien est venu l'annoncer au congrès de médecine interne de Bordeaux (août 1895) dans une communication déjà faite à la *British Medical Association* et parue dans *Berliner klinische Wochenschrift*.

Il a obtenu son sérum en immunisant des animaux réfractaires à la tuberculose (chien, âne, chevaux) non pas au moyen de cultures vivantes ou préalablement chauffées et filtrées, mais au moyen de substances toxiques extraites de cultures très virulentes et capables de tuer les cobayes en deux ou trois jours.

Maragliano n'a donné, à Bordeaux, aucun renseignement sur la nature de ces substances toxiques, sur les procédés employés soit pour les extraire, soit pour immuniser les animaux, *points essentiels* à connaître.

Sa communication s'est bornée à déclarer que le sérum ainsi obtenu possède des propriétés physiologiques différentes suivant les sujets. Il provoque, suivant les doses, des effets pyréogènes. Il donne lieu à une hypergénèse des leucocytes.

Le sérum agirait en aidant l'organisme à triompher de la maladie. C'est un adjuvant de la vieille nature médicatrice, comme l'a dit M. le professeur Bouchard au congrès de Bordeaux.

Quant aux résultats obtenus en clinique les voici : 83 malades présentant toutes les formes de la tuberculose pulmonaire ont été traités; 61 d'entre eux auraient été améliorés et ceux dont la maladie n'était pas trop avancée ont guéri ou à peu près. Sur les 22 autres aucun renseignement.

Au congrès de médecine de Rome (22 au 25 octobre 1895), dont Maragliano a été le rapporteur pour la sérothérapie, il n'a fait que rappeler ce qu'il avait dit à Bordeaux.

Invité par Petrone (de Naples) à vouloir bien faire connaître au monde médical les détails de la méthode employée pour la préparation de son sérum, il s'est contenté de répondre :

« Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai déjà exposé. J'ai dit que j'emploie aussi bien les éléments (toxines) qui résistent à la chaleur que ceux qui n'y résistent pas. Quant au mode de préparation du sérum, permettez-moi de garder encore le silence sur ce point ».

On ne peut manquer de comparer l'attitude de Maragliano à celle de Behring et de Roux dans leurs communications sur la sérothérapie antidiphtéritique. Ce silence voulu restera incompris du corps médical.

A M. Foà qui le traitait de « révolutionnaire » parce qu'il a commencé ses expériences sur l'homme, Maragliano a répondu qu'il en avait fait et et de nombreuses sur les animaux. Mais alors pourquoi ne pas les publier? Pourquoi ne pas en avoir fait la première partie de sa communication au congrès de Bordeaux?

Dans son rapport au congrès de Rome, le professeur de Gênes affirme que les malades traités par son sérum présentent une augmentation de poids du corps, de l'euphorie, la disparition de la fièvre et une diminution très notable de la matité au sommet du poumon. Et ceux qui n'ont retiré aucun bénéfice de la sérothérapie?

Giuffri, Campana, Fosano, Marrani sont venus, après Maragliano, parler des résultats favorables obtenus avec le sérum chez des phthisiques et dans des cas de tuberculose cutanée. Seul M. Fazio n'a jamais vu, dans les cas qu'il a traités par la sérothérapie, s'amender les symptômes cardinaux de la maladie.

Adhuc sub judice lis est!

En ce qui me concerne et après mon observation, sans accuser le sérum de Maragliano, sans traiter ce dernier de « révolutionnaire », comme Foà, j'estime aussi qu'il conviendrait d'abord d'établir : 1° qu'en aucun cas le produit fabriqué par MM. Martignoni, Mela et Cie, sous la surveillance du professeur italien, ne peut être nuisible à l'organisme vivant; 2° qu'il est réellement utile contre la tuberculisation.

En résumé il y a lieu de craindre que le sérum de Maragliano ne constitue pas la magistrale découverte à laquelle on avait applaudi au début, comme on avait applaudi à la tuberculine de Koch. De simples améliorations chez des poitrinaires peuvent être obtenues par les moyens thérapeutiques déjà connus. Il y a d'ailleurs dans la tuberculose des trêves qui peuvent être considérées comme de véritables guérisons. Quelle est la part qu'il convient de faire à l'aérothérapie et au régime alimentaire que Maragliano lui-même affirme être des auxiliaires indispensables de la sérothérapie? L'hygiène paraît encore jusqu'ici la meilleure thérapeutique de la tuberculose.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles.

Dans certains cas de cystites rebelles aux divers traitements, surtout dans les cystites tuberculeuses ; l'intensité et la continuité de la douleur peuvent fournir une indication chirurgicale formelle : drainer la vessie pour la mettre au repos. Hartmann (th. de doct., Paris, 1887) avait déjà montré les bons résultats de l'évacuation continue, et, à cette époque, les chirurgiens penchaient plutôt vers la taille hypogastrique, qui seule permet une action directe sur la muqueuse malade.

Cystotomie sus-pubienne et taille périnéale permettent de pratiquer le drainage; mais, depuis quelques années quelques opérateurs ont tendance à préférer la voie périnéale. Legueu dans un article des *Annales et maladies des organes génito-urinaires* (décembre 1895), et Vigné dans sa thèse faite sous l'inspiration d'Augagneur (th. de doct., Lyon, 1895), viennent d'insister sur les bons résultats obtenus par cette intervention.

Leur procédé opératoire est un peu différent. Legueu, suivant la pratique de Guyon, introduit dans la vessie le catéther cannelé, puis fait entre la bulbe et l'anus une incision transversale complétée par une incision plus petite, perpendiculaire et longitudinale; après avoir ponctionné l'urèthre, il introduit, dans la cannelure du catéther le dilatateur à mandrins de Guyon et procède à la dilatation en passant des mandrins de plus en plus gros jusqu'à obtenir un diamètre de deuxième; il curette la vessie à travers la boutonnière périnéale et termine l'opération en plaçant à demeure une grosse sonde de Pozzi qui doit rester en place environ 6 semaines, après lesquelles on laisse la plaie se refermer. Augagneur procède d'une façon un peu différente, il fait au périnée une double incision oblique en bas et en dehors : après la ponction de l'urèthre, il introduit un lithotome double qui sectionne la prostate suivant ses deux grands diamètres obliques postérieurs; il repousse le curettage vésical et draine la vessie soit avec une sonde n° 25, soit avec un gros drain qui est retiré au bout d'un mois en moyenne.

On peut donc soit se borner au drainage, soit le compléter par l'abrasion de la muqueuse.

Il est hors de doute que le simple drainage ait une influence rapide et manifeste sur la cessation des douleurs; de trois malades de Legueu, l'un a guéri, les deux autres ont été considérablement améliorés. Il en a été de même chez les cinq malades de Vigné, le pronostic général de la tuberculose étant du reste réservé. Il paraît également certain que le drainage périnéal est supérieur dans ce cas au drainage hypogastrique : les 3 malades de Legueu, traités auparavant par la taille sus-pubienne, n'en avaient retiré qu'une amélioration temporaire; Guyon préfère aussi chez les tuberculeux viscéraux la voie périnéale à la voie hypogastrique et c'est encore la conclusion de Vigné.

Comment agit l'incision périnéale? Certainement par la mise au repos de l'organe et par son évacuation régulière qui facilite la désinfection. Cela n'est pas douteux. Vigné ajoute que la congestion viscérale produite par l'opération doit mettre obstacle au développement des tubercules; aussi insiste-t-il sur l'importance de la large incision prostatique qu'il préconise; il ne nous semble pas que cette explication soit suffisamment justifiée.

Quant au curettage de la vessie son importance paraît moindre; il est certainement plus incomplet après l'incision périnéale que par la taille hypogastrique. En outre la taille périnéale, en cas de tuberculose viscérale est considérée le plus souvent et avec raison comme un traitement palliatif puisque d'ordinaire les tubercules sont loin d'être limités à la muqueuse viscérale. Aussi les résultats fournis par Vigné d'après plusieurs auteurs sont-ils peu encourageants; Legueu, lui-même, sans nier l'efficacité du curettage, pense que l'action du drainage est prédominante. Quoi qu'il en soit, il est certain que le chirurgien pourra trouver dans le drainage et accessoirement dans le curettage une excellente ressource contre les cystites douloureuses rebelles et surtout contre la tuberculose viscérale.

Nous ferons suivre ce résumé, relatif à quelques indications de la taille périnéale, des conclusions par lesquelles, il y a quelques mois un des élèves les plus distingués du professeur Guyon, M. E. Michon, terminait sa thèse *sur la valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie.*

Par le fait même qu'elle évacue la vessie et la met au repos, l'incision hypogastrique, d'abord employée dans le but mécanique d'entraîner les calculs et d'enlever les tumeurs, a une action thérapeutique plus étendue et peut être employée pour combattre certaines complications : rétention, douleur, hématurie inférieure. Mais en chirurgie urinaire, ce ne doit être qu'une méthode d'exception.

L'impossibilité du cathétérisme au cours de rétention aiguë est exceptionnelle; le cathétérisme avec mandrin et la sonde à demeure suffisent presque toujours à obtenir la guérison; la ponction aspiratrice, si la vessie est aseptique, est inoffensive. Si on est obligé d'ouvrir la vessie pour le cathétérisme rétrograde et la reprise des sondages, on doit rechercher rapidement la fermeture de la plaie. Le passage douloureux ou difficile de la sonde au cours de la rétention chronique peut être une indication de fistulisation.

Contre les hémorrhagies vésicales, mettant la vie du malade en danger et ayant résisté à l'évacuation des caillots et à la sonde à demeure, la taille doit être employée.

Les douleurs vésicales cessent dès que la vessie est incisée. Dans les cystites simples, après une ouverture plus ou moins longue, la guérison complète peut être obtenue. Au contraire, si on est en présence d'un prostatique, d'un néoplasique ou d'un tuberculeux, le traitement ne sera le plus souvent que symptomatique, la douleur ne cessant que si la fistulisation persiste.

La sonde à demeure chez plus des trois quarts des malades suffit à combattre les phénomènes d'infection urinaire, soit d'origine vésicale, soit d'origine uréthrale. La cystostomie doit être réservée aux cas, où la sonde a échoué, soit par le fait de l'intensité de l'infection, soit à cause des lésions périvésicales, et à ceux où la sonde devient nuisible (infiltration d'urine périnéale, frisson à chaque tentative de changement de la sonde).

Dans les infections aiguës, elle ne sera aussi faite que dans des conditions graves, elle permettra cependant de sauver quelques malades. Dans les infections chroniques même lorsqu'il y a amélioration post-opératoire, on voit le plus souvent, même avec la persistance de la fistule, tous les accidents reparaître lorsque les malades sont livrés à eux-mêmes.

Il n'y a pas de procédé permettant d'obtenir même une ouverture vésicale sus-pubienne fonctionnant bien; il faut donc restreindre autant que possible la cystostomie permanente : la douleur interne vésicale ou uréthrale, les catéthérismes difficiles et s'accompagnant de fièvre urineuse au cours de rétention chronique en sont les deux seules indications. Elle ne donnera encore des résultats satisfaisants que chez les malades soigneux et propres.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en octobre, novembre et décembre 1895.

M. Bolognésie (Alfred). *Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose humaine.* N° 4.

M. Blondel (Jules). *De l'intervention dans la pérityphlite.* N° 9.

M. Ponsard (Louis). *Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé.* N° 26.

M. Bolognési, dans sa thèse, reprend la question si controversée de l'hérédité de la tuberculose. Il apporte de nouveaux documents et des expériences intéressantes sur ce point.

Pour certains pathologistes, les enfants de phthisiques héritent d'un ensemble d'attributs physiques, chimiques et dynamiques

qui les prédisposent simplement à la tuberculose; c'est là l'hérédité tuberculeuse la plus anciennement connue. D'autres, au contraire, admettent que dans l'hérédité tuberculeuse, le bacille est transmis à l'organisme fœtal, soit par le sperme paternel, soit par le sang de la mère à travers le placenta.

Dans le premier cas, c'est l'hérédité de terrain, l'hérédo-prédisposition; dans le second, *l'hérédité de graine* suivant l'expression de Landouzy, c'est l'hérédo-contagion.

M. Bolognési rapporte d'abord les faits cliniques et expérimentaux positifs prouvant l'existence de la tuberculose congénitale et de la transmission maternelle de cette tuberculose de la mère au fœtus pendant la vie intra-utérine. Il en existe une vingtaine dans la littérature médicale.

Il leur oppose les faits cliniques et expérimentaux négatifs; ce sont des cas dans lesquels la tuberculose congénitale d'origine maternelle a été recherchée sans succès, alors qu'il était rationnel de supposer son existence. Ici la liste serait trop nombreuse si on la faisait complète, l'auteur cite 23 cas dont 13 lui sont personnels.

Il examine ensuite la tuberculose de la première enfance que bien des auteurs ont invoquée comme preuve de l'existence de la tuberculose congénitale; mais, comme le fait remarquer M. Straus, la plupart des cas dont il s'agit se rapportent à des enfants âgés de six mois à deux ans, ayant par conséquent eu largement le temps de s'infecter après leur naissance (Sanchez Toledo). Quand un enfant a derrière lui plusieurs semaines de vie extra-utérine, qui oserait affirmer qu'il n'ait pas été exposé après la naissance à des influences capables de provoquer la tuberculose? (Cohnheim.)

Ces cas ne prouvent donc rien en faveur de la tuberculose congénitale.

Après avoir rappelé la pathogénie de la transmission intra-utérine du bacille de Koch, et les expériences de Landouzy et H. Martin, Karth et Charrin, Armanni, Sabouraud, etc., etc., l'auteur rapporte ses observations de l'hôpital Cochin et ses expériences. Après avoir recherché si le sang de la mère contenait des bacilles, M. Bolognési a fait des examens et des inoculations aux animaux avec des fragments du placenta, des fragments du cordon (extrémité fœtale, extrémité placentaire), des fragments des divers organes de l'enfant et enfin avec du sang de la veine ombilicale. Dans les 13 cas qui ont été l'objet de ces recherches, les expériences ont été négatives.

L'auteur en conclut que l'hérédo-contagion ne doit pas être fréquente. Cependant elle existe parfois, les expériences de Landouzy et Martin et d'autres ne peuvent laisser de doutes sur ce point; d'ailleurs, certaines conditions favorisent la contagion intra-utérine, ce sont :

1° L'état de la mère au moment de l'accouchement : tuberculose miliaire aiguë généralisée, la tuberculose maternelle avancée avant la conception, la cachexie avec fièvre, les poussées aiguës pendant la grossesse.

2° La présence du bacille dans le sang de la mère au moins à un moment donné de la grossesse. Toutefois, ce n'est pas une raison pour qu'il y ait nécessairement contagion intra-utérine.

3° La tuberculose placentaire, mais elle n'est pas non plus suivie forcément de contagion.

4° La tuberculose utérine, et la présence des bacilles dans le liquide amniotique.

L'auteur reprend alors l'un après l'autre les faits qui semblent prouver la contagion intra-utérine et montre que la plupart ne sont pas indiscutables, les examens étant incomplets ou la maladie ayant pu être acquise et évoluant rapidement. Le nombre des observations probantes se trouve alors réduit à 8 ou 10.

Il termine en concluant avec Straus que l'hérédo-contagion tuberculeuse est l'exception rarissime, tandis que la contagion pendant la vie extra-utérine est la règle générale. L'hérédité tuberculeuse est donc dans l'immense majorité des cas une hérédité de prédisposition, d'aptitude, la mère léguant à son enfant un terrain propre au développement du bacille, qui en fait un candidat à la tuberculose.

Dans sa thèse, *Sur l'intervention dans l'appendicite*, M. Blondel se fait le défenseur des moyens médicaux appliqués au traitement de cette grave affection.

Après avoir passé rapidement en revue les périodes de l'histoire de l'appendicite, il dit que si l'obligation d'opérer s'impose sans discussion pour les appendicites aiguës perforantes, il n'en est pas de même pour les autres variétés, qu'il considère comme impossibles à reconnaître au lit du malade. Cependant il cite la conclusion pratique de Huchard : « Dans le doute il ne faut pas s'abstenir. »

Passant en revue les divers symptômes, il se demande s'il en est dont le caractère peut conduire au diagnostic de la suppuration.

La fluctuation nettement perçue, un léger œdème des parois (Keen, Jalaguier), des veinosités sous-cutanées (Terrier) sont les symptômes qui donneront le plus de certitude mais ils sont inconstants, ou impossibles à constater dans bien des cas.

Reste la fièvre; c'est l'influence du traitement local sur la température qu'il faut étudier dit l'auteur, avec M. François Hue.

Voici ce que conseille M. Blondel : 1° un purgatif léger; 2° applications de sangsues *loco dolenti*.

Si la fièvre persiste avec des rémissions matinales et des sommets qui atteignent ou dépassent 39° sans modification de l'état général au bout de deux ou trois jours, si les autres symptômes ne la contredisent pas, c'est qu'il y a suppuration : il faut intervenir. Il en est de même lorsque la température après avoir cédé remonte et oscille comme auparavant.

Dans l'esprit de l'auteur l'application de sangsues ne proscrit point les autres traitements locaux parmi lesquels il signale les applications de glace, les onctions à l'onguent napolitain, les vésicatoires et, cette fois, l'opium, au lieu du purgatif léger dont il était question plus haut. Il laisse de côté la ponction exploratrice, dangereuse selon lui parce qu'on peut piquer l'intestin.

Après avoir dit un mot du diagnostic différentiel, il arrive au traitement.

Il examine rapidement le traitement chirurgical et insiste surtout sur les moyens locaux, et plus particulièrement sur les applications des sangsues.

En somme les conclusions de l'auteur, peuvent se résumer ainsi après le traitement local :

a) Si la température s'abaisse et se maintient entre 37°, 37°5 avec pouls concordant 80 à 95, la temporisation est permise, on peut espérer que le traitement médical suffira à la guérison du malade.

b) Mais si après une accalmie d'un, deux ou trois jours, la température remonte, il y a certainement du pus, il faut intervenir chirurgicalement.

c) A plus forte raison devra-t-on opérer si la température n'est pas influencée par le traitement local.

Cette thèse présente de nombreuses lacunes; par exemple la fluctuation recherchée sous le chloroforme devient souvent manifeste; d'autre part les vésicatoires, l'onguent napolitain, les sangsues sont des moyens qui nous paraissent au moins inférieurs à l'application de glace; l'intervention ultérieure peut être très gênée par eux.

Enfin la temporisation prolongée en matière d'appendicite a bien souvent des suites funestes.

Les traitements les plus variés ont été appliqués au traitement de l'hydrocèle; M. L. Ponsard préconise un moyen qui donnerait d'excellents résultats, c'est l'injection d'éther iodoformé.

L'auteur, après avoir passé en revue l'historique des traitements employés jusqu'aujourd'hui, rappelle le manuel opératoire très simple du reste des injections, et les différents procédés de la méthode sanglante; puis il arrive aux injections d'éther iodoformé, suivant la méthode de M. le Dr Dury (du Havre). Avec toutes les précautions antiseptiques, on évacue le liquide de l'hydrocèle et on injecte avec la seringue de Pravaz de 3 à 8 grammes d'éther iodoformé suivant le volume et l'ancienneté de l'hydrocèle. Au moment où l'éther se volatilise, on peut laisser ses vapeurs s'échapper par l'aiguille, si les douleurs sont trop fortes. Inutile de malaxer les bourses après l'injection; on retire simplement l'aiguille et on obture la petite plaie.

Quel est le mode d'action de ce traitement? L'auteur pense avec M. Dury que « c'est sans doute la modification apportée par l'iodoforme jointe à l'irritation que détermine l'éther qui provoque la guérison ».

Quelle que soit la valeur de cette explication, l'auteur constate les bons effets de la méthode et rapporte 20 observations qui sont 20 succès. Ensuite, il compare la méthode de M. Dury aux injections iodées et à la méthode sanglante.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° L'injection iodée préférée jusqu'ici dans les traitements de l'hydrocèle par le plus grand nombre des praticiens est inférieure à l'injection d'éther iodoformé.

2° La cure radicale de l'hydrocèle par la méthode sanglante, opération délicate, accessible aux chirurgiens seuls, doit être réservée à certains cas spéciaux, pachy-vaginalites, corps étrangers, lésions nettement senties de l'épididyme ou du testicule.

3° L'injection à l'éther iodoformé, exempte des reproches adressés aux précédentes méthodes, nous paraît devoir être la méthode de choix pour tous les cas d'hydrocèle simple.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Lésions du fond de l'œil dans la polioencéphalite hémorrhagique supérieure (Augenspiegelbefund bei Polioencephalitis hämhorragica superior), par Herrnheiser (*Wiener medizinische Presse*, n° 44, 3 novembre 1895). — Cordonnier âgé de 40 ans. A fait des excès alcooliques très grands, suivis de délirium tremens et de troubles oculaires depuis cinq semaines. La maladie actuelle a débuté à cette époque par de la céphalalgie, du vertige et des vomissements. Actuellement on constate que les traits de la face sont effacés; l'ouverture des fentes palpébrales diminuée. Du côté droit, l'occlusion de la paupière n'est pas aussi rapide qu'à gauche. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Paralysie incomplète du droit externe des deux côtés avec diplopie, nystagmus. Dans la marche, le malade titube du côté droit. La commissure labiale droite est abaissée. On note du tremblement de la langue et des lèvres. L'épaule gauche est plus élevée que la droite. Quelques troubles de sensibilité localisés aux doigts. A l'examen ophtalmoscopique on a constaté autour du disque du nerf optique de petites hémorrhagies sous forme de stries circulaires ou sous forme de bandes, et en rapport surtout avec les veines. Le malade s'est amélioré et au bout de quelques mois il guérit complètement de ses troubles oculaires comme des autres symptômes. — Les intoxications et les infections jouent un grand rôle dans la polioencéphalite de Wernicke. Sur 14 cas observés, on a trouvé 11 alcooliques. Dans un autre cas, il s'agissait d'une intoxication par l'acide sulfurique, tandis que dans le cas de Salomonsohn il s'agissait probablement d'une infection. Du reste, les lésions hémorragiques que l'auteur a trouvées dans les centres nerveux et dans la rétine seraient une preuve confirmative de cette manière de voir. Ajoutons que Freyhan a identifié au point de vue pathogénique l'encéphalite décrite par Strümpell avec la polioencéphalite hémorrhagique de Wernicke.

Faisceau de fibres spéciales du faisceau pyramydal (Ueber ein besonderes, intermediäres, in den Pyramidenseitenstrangbahnen befindliches Fasersystem), par Bechterew (*Neurologisches Centralblatt*, n° 21, 1er novembre 1895). — L'auteur aurait entrevu l'existence de ce faisceau depuis 1890. Dans la moelle de fœtus d'un certain âge, où la masse des fibres pyramidales est encore dépourvue de myéline, on distingue dans la zone du faisceau pyramidal des fibres disséminées et pourvues d'une gaîne de myéline et siégeant surtout à la périphérie de ce faisceau. Cet ensemble de fibres, dont le développement est plus précoce, doit être considéré comme formant un faisceau distinct. On sait, du reste, que dans la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal, il reste toujours des fibres non dégénérées dans l'aire de ce faisceau. L'origine de ces fibres, ainsi que Marchi croit l'avoir démontré, se trouve dans le cervelet. Tout récemment Biedl a constaté, à la suite de la section du corps restiforme, la dégénérescence de ce groupe de fibres et l'a suivi jusque dans la région lombaire. Par conséquent les voies descendantes de ce nouveau système se trouvent dans le pédoncule inférieur et non dans le pédoncule moyen comme le croyait Bechterew.

MÉDECINE

De la présence des bacilles dans les glandes génitales des individus tuberculeux (Ueber den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und des Sperma tuberculöser Individuen), par Jaeckh (*Virchow's Archiv*, 1895, vol. CXLII, p. 101). — Les recherches de l'auteur ont consisté à inoculer dans le péritoine des cobayes le sperme, le parenchyme testiculaire et le parenchyme ovarique d'individus ayant succombé à la tuberculose. Les tissus de même que le liquide étaient pris et injectés avec toutes les précautions de rigueur en pareil cas.

Sur cinq cobayes inoculés avec du sperme ou du parenchyme testiculaire, trois devinrent tuberculeux. Ces trois cobayes ont été inoculés deux fois avec du sperme, une fois avec du sperme et du parenchyme testiculaire. Dans ce dernier cas le testicule venait d'un individu qui a succombé à la tuberculose miliaire généralisée.

Sur quatre cobayes inoculés avec du parenchyme ovarique, un seul devint tuberculeux.

La conclusion très limitée que l'auteur tire de ses expériences, c'est que le sperme du tuberculeux renferme quelquefois des bacilles et que ces bacilles se trouvent plus souvent dans le sperme que dans le tissu glandulaire du testicule.

Éclampsie puerpérale (Beitrag zur pathologischen Anatomie des Puerperaleclampsie), par Peles Zeusden (*Virchow's Archiv*, 1895, vol. CXLII, p. 1). — En s'appuyant sur l'étude de deux cas d'éclampsie qui se sont terminés par la mort, l'auteur soutient qu'il n'existe aucune raison permettant de soutenir l'origine infectieuse, bactérienne de l'éclampsie. Celle-ci serait plutôt produite par des substances toxiques circulant dans le sang.

L'organe principalement touché dans l'état éclamptique sont les reins. Les cellules polynucléaires qui ont été trouvées dans les poumons et dont la présence fréquente dans ces organes a été pour la première fois signalée par Schmorl, proviennent des cellules géantes du placenta et ne possèdent pas de pouvoir coagulant. Ces embolies cellulaires ne jouent du reste aucun rôle dans la pathogénie de l'éclampsie et se rencontrent dans d'autres états pathologiques.

La nécrose très superficielle des cellules hépatiques, trouvée dans les deux cas, était très peu accusée et ne peut être considérée comme la cause de l'éclampsie. De même les thromboses hyalines trouvées dans les poumons et le foie sont des phénomènes secondaires consécutifs à la toxémie dont dépend l'état éclamptique.

Gastrorrhée chronique (Zur Lehre vom chronischen Magenausfluss), par Boas (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 46, p. 1001). — L'étude des observations que l'auteur a réunies dans son travail aboutit aux conclusions suivantes :

1° Dans la majorité de cas la gastrorrhée chronique n'est pas une maladie autonome, mais un état morbide qui accompagne ou suit une autre affection.

2° Dans un grand nombre de cas la gastrorrhée chronique est le résultat d'une insuffisance motrice de l'estomac,

3° Si cette insuffisance motrice existe, le traitement doit être dirigé contre elle, et s'il amène sa disparition, la gastrorrhée disparaît en même temps.

4° Dans la gastrorrhée tenant à une sténose du pylore, l'intervention opératoire dirigée contre la sténose pylorique fait disparaître en même temps la gastrorrhée.

Quelques données sur la question de l'étiologie des cirrhoses du foie, par Kabanof (*Archives générales de médecine*, fév. et mars 1895, p. 291). — Les agents extérieurs ne doivent pas être seuls invoqués pour expliquer le développement de la cirrhose du foie; l'hérédité arthritique, la dégénérescence dans son sens le plus large peuvent souvent favoriser l'action de l'alcool et des autres causes; d'autres fois ce sont des arrêts de développement du foie qui facilitent la production de ses lésions.

CHIRURGIE

Symphyséotomie avec ostéoplastie secondaire (Ueber den osteoplastischen Verschluss eines nach Symphyseotomie bestehen gebliebenen Symphysenspaltes), par GENER (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1895, n° 43, p. 1129). — Dans un cas de symphyséotomie chez une rachitique où après la guérison de la plaie par réunion secondaire, il est survenu un diastasis du pubis rendant la marche presque impossible. L'auteur au bout de deux mois, excisa la cicatrice et tailla sur la branche descendant du pubis gauche un lambeau ostéo-cutané qu'il plaça entre la symphyse après avivement des surfaces articulaires. Le lambeau prit fort bien et quinze jours environ après l'opération la malade a pu commencer à marcher sans la moindre difficulté.

On sait que la pubioplastie a été préconisée, il y a deux ans, par Fénoménoff et Kotchekoff qui ont fait sur ce point des expériences très probantes sur le cadavre.

Ostéomalacie (Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie), par NEUMANN (*Arch. f. Gynäkol.*), 1895, vol. L, p. 138). — D'après l'auteur, dont le travail s'appuie sur des observations personnelles et la littérature de la question, ni la castration, ni l'opération césarienne, ni la médication interne ne peuvent prétendre à être le traitement de choix, car chacune de ces méthodes thérapeutique réussit dans certains cas et échoue dans d'autres. La médication interne amène ordinairement une amélioration appréciable, mais qui, en dernière analyse, pourrait probablement être obtenue aussi bien par une hygiène et une diète bien comprises.

Il en est tout autrement du traitement médicamenteux et du phosphore en particulier, quand il est institué après la castration ou l'opération césarienne, lorsque la convalescence se fait mal ou se fait attendre. Dans ces cas, le phosphore agit d'une façon remarquable presque spécifique sur les manifestations rachitiques.

Chez les femmes non enceintes, le traitement médicamenteux doit être enrayé au début de l'ostéomalacie, quand les symptômes sont encore peu marqués. S'il échoue, si la situation semble s'aggraver, il ne faut pas hésiter à faire la castration sans trop tarder. Mais il faut savoir que dans les cas graves, avancés, la castration ne se sera d'aucune utilité.

Chez les femmes enceintes dont la grossesse est au début, et chez lesquelles l'ostéomalacie est grave d'emblée, la meilleure intervention est la castration suivie d'extirpation de l'utérus gravide; si la grossesse est avancée et le fœtus viable, on fera d'abord l'opération césarienne pour extraire le fœtus, et on terminera par une hystérectomie suivie d'ablation des annexes.

Apoplexie du pancréas (Die Apoplexie des Pankreas), par SARFERT (*Deut. Zeitschs. f. Chir.*, 1895, vol. XLII, p. 125). — L'auteur rapporte dans son travail trois cas d'apoplexie du pancréas (pancréatite hémorragique) qu'il a eu l'occasion d'observer. Dans le premier cas il s'agit d'un homme, alcoolique moyen, de trente-neuf ans, qui, en soulevant une charge, est pris de douleurs abdominales, de vomissements, puis, quelques heures après, de tuméfaction de l'abdomen. Lorsque, dans la soirée, il entre à l'hôpital, il présente le tableau classique de l'étranglement interne avec collapsus. On fait la laparotomie et on trouve l'intestin ballonné, congestionné, couvert d'ecchymoses; mais nulle part d'obstacle au cours des matières. Le malade succombe avant qu'on ne ferme la plaie, et, à l'autopsie faite deux heures après l'opération, on trouva, outre les lésions intestinales signalées plus haut, une apoplexie du pancréas qui se présentait sous forme d'une masse infiltrée de sang, et un peu de liquide louche dans le péritoine.

Dans les deux autres cas, femme de vingt-quatre ans et homme de quarante, les symptômes ont évolué d'une façon subaiguë : douleurs abdominales, fièvre, vomissements, dyspnée, ballonnement du ventre, faiblesse du pouls, etc., ont persisté pendant une huitaine de jours. La mort survint au milieu d'un état de collapsus assez accusé. A l'autopsie, comme dans le premier cas, on trouva une apoplexie du pancréas et un peu de liquide dans le péritoine.

L'auteur se demande, après avoir rapporté ces observations, quelle est la cause de cette pancréatite? et quel est le mécanisme de la mort dans ces cas?

Pour ce qui est de l'étiologie de cette affection, on manque encore de notions précises. On a bien incriminé la syphilis, l'alcoolisme (deux malades de l'auteur étaient en effet des alcooliques), l'obésité, l'artériosclérose, sans toutefois indiquer de quelle façon ces diverses lésions aboutissaient à l'apoplexie du pancréas.

Quant au mécanisme de la mort, l'auteur admet une action réflexe sur le cœur, en même temps qu'une sorte d'auto-intoxication par les produits de l'intestin. En s'appuyant notamment sur les expériences de Hildebrand, de Jung, l'auteur admet que, dans ces cas, le suc pancréatique agit directement sur l'intestin, et provoque des lésions (congestion, ecchymoses, etc., comme dans les cas opérés) qui favorisent l'absorption des toxines et permettent aux bactéries de traverser les parois de l'intestin. En effet, dans deux cas où l'auteur a fait l'examen bactériologique du liquide épanché dans le péritoine, il trouva une fois des coli-bacilles, l'autre fois des microcoques en chaînette. L'auto-intoxication en question existerait principalement dans les cas à marche subaiguë.

Peut-on intervenir efficacement dans l'apoplexie du pancréas? Pour les cas aigus l'intervention semble à l'auteur illusoire, d'autant plus que, jusqu'à présent du moins, on n'est pas encore parvenu à faire le diagnostic exact de la lésion. Dans les cas subaigus on pourrait peut-être intervenir par la laparotomie, en se guidant sur la formation d'une tumeur dans la région épigastrique et sur la présence de sucre dans l'urine, qui a été constatée dans quelques cas.

MÉDECINE PRATIQUE

Insomnie nerveuse.

Dans les cas où l'insomnie ne dépend d'aucune cause accidentelle (état fébrile, douleur de quelque nature qu'elle soit, embarras gastrique, etc.) ni d'une lésion cardiaque, pulmonaire ou cérébrale, c'est-à-dire lorsqu'elle est due à une simple surexcitation des cellules encéphaliques, il conviendra :

1. D'éviter le soir les travaux intellectuels trop prolongés, l'agitation due au séjour dans une atmosphère chaude (salles de théâtre, etc.), une alimentation trop copieuse ou trop excitante.

2. De prendre le soir, au moment du dîner, 3 à 4 heures environ avant le coucher, soit un cachet contenant *un gramme de sulfonal*, soit un cachet contenant 0gr75 *de trional mélangé à 0gr25 de bicarbonate de soude*.

Pour agir convenablement et ne déterminer aucun accident, le sulfonal et le trional ne doivent pas être pris d'emblée à de trop fortes doses. On ne doit jamais en continuer l'usage plus de 2 ou 3 jours consécutifs sauf à reprendre leur emploi après 2 ou 3 jours d'interruption.

Les personnes qui ne peuvent avaler les cachets pourront prendre le sulfonal soit pur, soit mélangé à un peu de sucre vanillé, la poudre étant incorporée dans un peu de confiture ou mélangée à un sirop quelconque. Dans le cas où l'on préfère ce mode d'administration, on peut absorber le sulfonal au moment même de s'endormir, mais à la condition de boire immédiatement après une tasse d'infusion chaude (tilleul ou feuille d'oranger) ou un verre de grog léger.

3. Lorsque le sulfonal ou le trional ne réussissent pas, on pourra faire l'usage des préparations de bromure d'après les formules suivantes :

Bromure de potassium	10 gr.
Eau distillée	120 gr.

Prendre une cuillerée à soupe de cette solution dans un verre à boire de bière légère ou d'eau très sucrée ou d'infusion de

feuilles d'oranger chaude. Renouveler la dose après une heure si l'insomnie persiste.

Bromure de potassium	5 gr.
Sirop d'aconit	40 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . .	60 gr.

Prendre une cuillerée à soupe de ce sirop dans un quart de verre d'eau pure ou d'infusion chaude ou de grog léger.

4. On pourra aussi associer le bromure et l'hydrate de chloral (à la condition qu'il n'existe ni palpitation ni excitation cardiaque habituelle).

Bromure de potassium.	4 gr.
Hydrate de chloral	3 gr.
Sirop de groseilles ou sirop de framboises.	100 gr.

Prendre une cuillerée à soupe de ce sirop dans un demi-verre à boire d'eau pure. Renouveler la dose après une heure si l'insomnie persiste.

5. Les préparations opiacées réussissent rarement chez les sujets atteints d'insomnie nerveuse. On peut cependant essayer d'associer l'opium à la jusquiame et prescrire alors une des pilules suivantes :

Extr. gommeux d'opium.	0gr03
Extr. de jusquiame.	0gr02
Poudre de réglisse	Q. S.

Pour une pilule. — En prendre une trois heures au moins après le dernier repas. L. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les étudiants étrangers en France.

Il est certaines questions qui reviennent pour ainsi dire périodiquement à l'ordre du jour des conseils universitaires et des journaux de médecine. Celle de l'admission plus ou moins libérale des étudiants étrangers est de ce nombre. Jadis on était d'accord pour affirmer la nécessité d'ouvrir largement l'accès de nos laboratoires et de nos hôpitaux à tous ceux qui deviendraient ensuite des amis de notre pays, désireux de répandre au loin le renom de la science française. Il y a quelques mois, une statistique montrant le nombre croissant des étudiants étrangers fit pousser un cri d'alarme à la *Gazette des hôpitaux*, et tout aussitôt deux camps se formèrent. Les uns protestaient énergiquement contre les facilités accordées à ceux qui n'ont pas à voir leurs études interrompues par les exigences du service militaire, les autres demandaient que la France ne se montre pas plus protectionniste encore au point de vue intellectuel qu'au point de vue économique.

Tout récemment, deux faits assez graves sont venus faire croire qu'au Ministère de l'instruction publique aussi bien que dans nos Facultés de province on n'avait pas envisagé sous toutes ses faces une question que nous croyions résolue dans le sens des idées que nous n'avons cessé de défendre. Il importe donc de revenir sur un sujet que nous avons bien souvent déjà traité dans les colonnes de ce journal et de montrer quelle nous paraît devoir en être la solution.

On affirmait que désormais des certificats d'études obtenus à l'étranger ne seront considérés comme équivalents à nos baccalauréats que pour les étudiants qui se feront inscrire aux Facultés de province. Tout étranger qui voudrait désormais suivre les cours officiels de la Faculté de Paris ou concourir pour l'internat des hôpitaux, devrait être reçu bachelier ès lettres et avoir obtenu le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Nous sommes en mesure d'affirmer que cette mesure ne sera prise que par les étudiants résolus *à se fixer en France pour y exercer la médecine*.

D'autre part, on nous dit que dans les Facultés de province la protestation rédigée par les étudiants de Montpellier a causé une vive émotion, et qu'elle va provoquer de nombreuses pétitions adressées aux chambres et aux conseils universitaires.

Nous croyons devoir tout d'abord, par esprit d'impartialité, reproduire textuellement cette protestation :

Aux étudiants en médecine.

Chers camarades,

Le 4 décembre 1895, les étudiants en médecine de nationalité française, inscrits à la Faculté de Montpellier, se sont réunis en assemblée générale pour s'occuper d'une question depuis longtemps soulevée et dont l'importance est essentielle aux yeux des étudiants et des médecins français.

L'ordre du jour était ainsi conçu : « Les étudiants étrangers de la Faculté de médecine sont de jour en jour plus nombreux : cette invasion est un obstacle à nos études et une menace pour notre avenir. Quelles mesures convient-il de prendre pour conjurer ce danger? »

Un bureau fut nommé par acclamation et l'assemblée, avec le plus grand calme, en toute indépendance, prit d'importantes décisions, au sujet desquelles nous venons vous demander votre avis et, si vous le jugez à propos, votre assentiment, décisions qui jamais n'ont eu un caractère quelconque d'hostilité ou de menace, mais qui sont de simples actes de protection et de légitime défense.

L'assemblée comprit que la Faculté de Montpellier ne devait pas seule prendre en main l'intérêt des étudiants français : elle pensa qu'il y avait lieu de faire appel à tous les étudiants de France. Sans doute, partout il n'en est heureusement pas comme ici, et dans nombre d'écoles et de Facultés vous n'assistez pas à ce lamentable spectacle d'une nuée d'exotiques encombrant les salles de dissection, troublant les services hospitaliers, montant à l'assaut de tous les concours et de toutes les places, bénéficiant des faveurs refusées aux Français et reléguant à l'arrière-plan tous nos compatriotes. Nous sommes donc admirablement placés pour juger cette grave question, et les premiers nous jetons le cri d'alarme, convaincus qu'il trouvera un écho dans les Facultés provinciales.

Depuis longtemps déjà, on manifestait l'intention de mieux défendre au bénéfice des Français l'accès des carrières libérales. Ces intentions ont naturellement rencontré de l'opposition chez les esprits plus ou moins chevaleresques, qui, sous le prétexte de rester fidèles au grand renom de l'hospitalité française, ne craignent pas de mettre avant leurs compatriotes des étrangers et foulent aux pieds les plus stricts devoirs de protection et d'égalité.

L'historique rapide de ce qu'on pourrait appeler la question des étudiants étrangers vous démontrera bien vite que, même avec les vœux que nous avons adoptés, nous faisons preuve encore d'une libéralité et d'une bienveillance considérables.

A. — Insuffisance des études prémédicales. — L'équivalence

Vous savez, chers camarades, que, pour avoir le droit de s'inscrire dans un Faculté de médecine, il faut que le jeune Français soit pourvu de deux baccalauréats. Or ces baccalauréats, qui sont le couronnement de nos études classiques, demandent des études longues et pénibles, exigent l'internat, dans les lycées ou les collèges. Êtes-vous muni du baccalauréat ès lettres complet, vous ne serez pas étudiant en médecine parce qu'il vous manque le baccalauréat ès sciences restreint (1).

Vous avez acquis votre diplôme, vous êtes inscrit dans une Faculté, mais le service militaire vient vous en tirer ; vous devez faire une coupure dans vos études, les cesser brusquement, abandonner votre place d'aide-préparateur ou d'externe, si vous

1. Une décision ministérielle récente vient de transformer la question des baccalauréats. Mais les considérations que nous exposons restent entières puisqu'il faudra toujours que les étudiants en médecine s'inscrivent d'abord (pendant la première année) dans une Faculté des sciences.

avez vaillamment affronté les concours : vous perdez votre temps, et vous avez, au sortir du régime militaire, toutes les peines du monde à vous refaire à la vie de Faculté et à vous entraîner de nouveau pour de prochains concours.

Combien est différente l'entrée à la Faculté au jeune étranger et combien toutes les difficultés et tous les obstacles s'évanouissent devant lui, dès que, la frontière franchie, il exprime le désir de s'inscrire dans une de nos Facultés !

Voici des chiffres fortement suggestifs : en 1895, 163 étrangers sont venus s'inscrire à la Faculté de Paris : ce sont des nouveaux.

Or, 132 ont été dispensés de tout diplôme, apparemment par l'excellente raison qu'ils n'en pouvaient fournir aucun ; 19 autres ont eu l'équivalence, terme sur lequel nous allons revenir ; 6 avaient un seul baccalauréat et ont été naturellement dispensés de l'autre, et, enfin, sur les 163 étrangers, 6 seulement étaient normalement pourvus des deux baccalauréats réglementaires (*Gazette des Hôpitaux*, 10 décembre 1895).

Voilà donc les trois quarts des inscrits étrangers dont l'instruction n'est nullement en harmonie avec l'instruction exigée des Français ; voilà donc les trois quarts des étrangers indument sacrés étudiants en médecine et, de par l'insuffisance de leurs premières études, à peu près incapables de suivre et de comprendre l'enseignement supérieur, à moins que cet enseignement ne s'abaisse jusqu'à eux.

Sur 163, 19 ont obtenu l'équivalence. Or, l'équivalence, c'est une valeur égale à nos baccalauréats, pour l'inscription à la Faculté de médecine.

Cela, c'est la théorie : la formule serait parfaite, en pratique, elle est souvent faussée et subit de rudes entorses.

« Depuis quelque quinze ans, l'équivalence était accordée avec une très grande facilité, et c'est à cette pratique que nous devons l'accroissement, à Paris, de deux colonies d'étudiants étrangers, et surtout d'étudiants russes. Notre réputation de bienveillance s'était si bien répandue que, vers 1884, on reçut, en quelques jours, plus de cent demandes d'équivalence de jeunes filles russes qui n'avaient subi, dans leur pays, que des examens d'enseignement primaire. »

(*L'Éclair*, de Paris, du lundi 11 novembre 1865.)

« L'équivalence, nous dit-on dans la *Gazette des Hôpitaux* (du 10 décembre 1895), s'obtient par une pure formalité. Le règlement exige un semblant d'examen devant le Secrétaire de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences. La plupart du temps même, l'examen n'a pas lieu et, dernièrement encore, un étranger, muni de ses équivalences, se présentait à la Faculté de médecine pour prendre ses inscriptions, ignorant les premiers rudiments de la langue française. On se demande, ajoute judicieusement l'auteur de l'article, comment il avait pu obtenir ses équivalences. »

Le fait est donc indéniable : les trois quarts des étrangers arrivent dans notre pays n'ayant fait que des études incomplètes, — quelques-uns munis de certificats à noms bizarres et de source pas toujours claire, — mais qui, en tout cas, ne sont nullement les équivalents des nôtres.

Et ainsi, pendant de longues années, l'étranger, quelle que fût sa nationalité et son instruction première, était placé pour la suite des études, au même rang que l'étudiant français. Il pouvait être interne, il pouvait exercer la profession médicale, tout comme un Français ; il pouvait s'inscrire pour prendre part au concours ; il bénéficiait des mêmes droits et des mêmes bénéfices que l'étudiant français.

La situation était donc excellente, et on se le disait au delà des frontières : l'affluence fut considérable, la courbe exotique s'éleva dans des proportions qu'on jugea bientôt inquiétantes.

On pense alors qu'il y avait abus, on pensa que l'équivalence n'était qu'un vain mot et on résolut de la rendre plus difficile à obtenir.

En 1885, le Ministre de l'instruction publique décida qu'à l'avenir un examen supplémentaire pourrait être imposé en France, même aux jeunes gens munis d'un diplôme étranger.

Or, cette barrière n'était pas suffisante. L'examen a lieu pour la forme. Tantôt, c'est le Secrétaire de la Faculté des sciences qui est le seul et unique juge, tantôt le Secrétaire de la Faculté des lettres qui est l'unique dispensateur, suivant la nature du diplôme présenté. Le plus souvent, c'est une conversation rapide ; d'autres fois, un échange de saluts ; parfois même, le jeune étranger répond à l'aide d'un interprète « qui a peut-être de la science pour lui ».

Ceci n'arrêta donc rien. En moins de dix ans, le nombre des étrangers avait triplé. L'afflux continue toujours, toujours plus menaçant.

Le 15 juillet 1895, le Ministre decida qu'une commission serait instituée au Ministère de l'instruction publique, commission qui serait chargée d'examiner la valeur des diplômes et qui aurait plein pouvoir pour délivrer les équivalences.

Au commencement du mois de novembre dernier, cette commission a décidé qu'elle n'accorderait de dispense que pour la province, à cause de l'encombrement de la Faculté de Paris. A bref délai, toutes les Facultés de province vont être, elles aussi, envahies par l'élément exotique et devenir de véritables établissements cosmopolites, où les étudiants nationaux ne trouveront de place ni dans les cliniques, ni dans les laboratoires, ni dans les amphithéâtres.

B. — Concours des hôpitaux

Malheureusement, ce n'est pas le seul grief que nous ayons à invoquer contre d'aussi choquantes inégalités. Une fois inscrits pour le doctorat, les difficultés continuent à s'évanouir devant les étrangers. Non seulement les examens deviennent pour eux d'une invraisemblable facilité, mais encore, placés sur le même pied que nous, quelles que soient leur nationalité et leur instruction première, ils ont les mêmes droits. Les concours d'externat et d'internat des hôpitaux, à de très rares exceptions, leur sont ouverts et bien souvent l'indulgence des juges leur permet des succès trop fréquents. Or, ici se place une question d'un intérêt capital pour tous les étudiants français. Les exigences de la loi militaire, qui veut qu'à 27 ans on fasse 2 ans de service, si l'on n'a pris le grade de docteur ou le titre d'interne dans une ville de Faculté, nous mettent une fois de plus en état d'infériorité, car les étrangers, à l'abri, par leur naissance, de l'impôt du sang, comme d'ailleurs de tous les autres, nous enlèvent ainsi les postes qui, sans parler des avantages matériels que l'internat procure, sont non seulement les plus fructueux au point de vue scientifique, mais constituent encore les seuls moyens que nous ayons de poursuivre nos études quelques années de plus. Et qu'on ne nous dise pas qu'il n'y a là qu'une question de priorité scientifique à acquérir et que nous reculons devant le travail. Les règlements, qui exigent de nous des garanties sérieuses et nous imposent des limites d'âge, nous opposent des conditions assez difficiles à réaliser pour que nous demandions qu'on en exclue ceux qui n'y sont pas soumis.

Dans les villes où les administrations des hospices nomment leurs internes sans concours, ces faits sont encore plus fréquents ; de sorte qu'on voit bien souvent, dans les hôpitaux mixtes, des étrangers internes des salles militaires : comme s'il n'y avait pas assez de médecins français en France pour soigner nos soldats !

C. — Exercice de la médecine en France

Enfin, pour sanctionner toutes ces faveurs et mettre le comble à tant d'inégalités, la loi Chevandier n'exigeant, pour l'exercice de la médecine en France, que des diplômes pris dans nos Facultés, il en résulte que, une fois docteurs, ces mêmes étrangers restent chez nous et s'y établissent.

Nous nous estimerions heureux si, après être venus étudier sur nos bancs, ils nous laissaient, leurs études finies, le champ libre pour la lutte dans notre patrie. En retournant exercer la médecine dans la leur, ils étendraient au dehors le renom de la science française et propageraient au loin les perfectionnements et les découvertes apportées à la médecine et à la clinique par nos maîtres cliniciens et savants. Mais, hélas ! il n'en est rien. Admis sans études préalables sérieuses, sans diplômes de valeur égale aux nôtres, ils se refusent au service militaire et se soustraient, en évitant la naturalisation, à toutes les charges du citoyen français. Nombreux sont actuellement les docteurs ou doctoresses russes, grecs, égyptiens, roumains, anglais, allemands, établis en France. Leur nombre va chaque jour grandissant, et nous sommes obligés de leur disputer des situations qui deviennent de plus en plus rares et insuffisantes.

Les journaux de Paris, se faisant l'écho de quelques voix isolées, racontaient ces temps derniers qu'un maire d'une ville de province demandait naguère un docteur français pour exercer la médecine légale, parce que tous les praticiens y étaient étrangers. Ce fait montre, plus que tous les raisonnements, à quel danger menaçant ces abus nous ont conduits. Et, chose triste à constater, les conseils des Facultés ne font rien pour sauvegarder nos droits : aveuglés par le désir de grossir le nombre des étudiants, d'élever les chiffres de statistiques, de multiplier les délivrances de thèses, les doyens autorisent des élèves à s'inscrire, qui devraient être impitoyablement refusés comme n'étant pas dans les conditions exigées pour nous. Et l'on pourrait citer certaine Faculté qui a écrit à l'étranger pour inviter les jeunes gens désireux ou obligés d'émigrer, de venir suivre ses cours; d'autres font une véritable réclame et distribuent aux exotiques des plans et des vues de leurs hôpitaux et de leurs instituts, encartés en d'élégants livrets qu'on refuse d'ailleurs aux nationaux. Ainsi l'enseignement supérieur est abaissé, ravalé au niveau d'un commerce vénal où l'on sacrifie la qualité de la marchandise à sa quantité, comme si la valeur du maître se reconnaît au nombre de ses élèves.

D. — Mesures a prendre.

Tel est, rapidement exposé, l'état actuel de la question. Il est impossible de permettre à un tel état de choses de persister et de s'aggraver : tout le monde le sent, si tout le monde ne l'avoue.

Et c'est pour protester contre cette pléthore d'exotiques qui encombre nos Facultés et nos hôpitaux et nous enlève des positions dont nous devrions être les premiers à avoir le bénéfice, puisque seuls nous remplissons les charges de la patrie, que, réunis en assemblée générale, nous avons voté les conclusions suivantes ;

I. — Exiger les baccalauréats français des jeunes gens étrangers qui s'inscrivent dans les Facultés des sciences pour poursuivre les études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

II. — Exiger la qualité de Français pour se présenter aux concours d'internat des hôpitaux, comme cela a lieu pour les concours dans les Facultés. Les hôpitaux n'étant qu'indirectement sous la dépendance de l'Etat, prier les administrations des hospices de faire remplir les postes d'interne par des élèves français ou naturalisés français.

III. — Délivrer aux étrangers un diplôme de docteur qui ne leur permette pas de s'établir en France, comme cela est pratiqué à l'étranger; ou exiger la naturalisation immédiate de tous les étrangers qui veulent exercer chez nous.

Ces conclusions sont des vœux que nous allons faire valoir pour essayer d'en obtenir la réalisation. Et pour que ces vœux ne soient pas l'expression isolée d'un groupe d'étudiants, mais au contraire l'écho des revendications générales de tous les médecins français, il faut que vous répondiez à notre appel pour nous unir ensemble dans un effort commun.

Forts de votre solidarité et soutenus par votre appui, nous tâcherons de faire porter un remède au mal déjà bien grand dont nous venons de vous exposer les causes et les effets. « Jamais, à aucune époque, disait M. le professeur Lannelongue au banquet de l'Union des Syndicats médicaux français, les médecins n'ont eu le besoin de se sentir les coudes, d'une manière aussi ferme. Il nous faut lutter pour l'existence lutter pour notre indépendance, et, qu'on le sache, nous sommes prêts à défendre nos droits avec l'énergie que commande la gravité de la situation. »

Ces paroles, venues de haut, résument l'état actuel et nous serviront de ligne de conduite.

Que faut-il penser de ce document?

M. le Dr Sébileau, à qui il a été spécialement adressé et commenté dans une lettre personnelle, proteste contre l'exagération avec laquelle les étudiants de Montpellier jugent une question évidemment controversable et, dans la *Gazette médicale*, affirme qu'aux examens des hôpitaux et de la Faculté on n'est pas plus indulgent pour les nationaux que pour les étrangers; que ceux-ci travaillent plus et mieux que les étudiants français; que le jour où l'on appliquerait le règlement draconien proposé par les étudiants de Montpellier, il ne viendrait plus en France un seul étudiant étranger, ce qui serait un malheur. Notre confrère propose donc d'atténuer dans une grande mesure la rigueur des conclusions qui lui ont été soumises, et son projet diffère très peu de celui que nous serions nous aussi très heureux de voir accepter.

Il nous semble, en effet, que, dans leur ardent réquisitoire, les étudiants de Montpellier ont confondu deux choses essentiellement distinctes : l'enseignement de la médecine et le droit d'exercice.

L'enseignement doit être libéralement donné dans les Facultés et dans les hôpitaux à tous ceux qui désirent s'y faire inscrire. Qu'un règlement spécial autorise les professeurs, les agrégés, les médecins des hôpitaux, voire même les internes à créer des cours ou des conférences payantes; que l'habitude de faire rémunérer le maître par l'élève s'introduise ainsi peu à peu en France, nous l'avons souvent demandé, nous le souhaitons encore. Mais que cette règle soit la même pour tous les étudiants français et étrangers, une fois leur inscription obtenue, et que, pour obtenir celle-ci, on continue à se montrer très large au point de vue des équivalences de diplôme? Il sera toujours loisible, au moment des examens, de juger si un étudiant étranger est vraiment digne de continuer ses études médicales. Lui imposer la nécessité de subir les épreuves de baccalauréat français serait lui fermer à jamais l'accès de nos Facultés.

Quant à l'idée singulière que l'on paraît avoir eue de faire progresser les Facultés de province en interdisant aux étudiants étrangers l'accès de la Faculté de Paris, elle ne résiste pas à un examen sérieux. « Déjà, a dit M. Langlois, dans *la Presse médicale,* les statistiques actuelles nous montrent que sur 1 192 étudiants étrangers répartis dans toutes les Facultés de France, plus de 1 000 se trouvent à Paris. Les 158 autres, boursiers de leur gouvernement, sont presque tous à Montpellier et à Nancy. Il faut le dire franchement et sans hypocrisie : supprimer l'accès de la Faculté de Paris c'est éloigner l'étranger de la France. »

Nous sommes absolument de cet avis. Est-il avantageux dès lors, sous prétexte que nos Facultés sont encombrées d'élèves, de supprimer les étudiants étrangers?

« L'Allemagne, dit encore M. P. Langlois, dont les Universités sont si florissantes, qui, sans connaître les beautés des concours, présente un état-major scientifique si considérable, ne redoute pas l'élément étranger; loin de là, elle l'attire par toutes les séductions possibles. Les chiffres ici sont éloquents. En 1884, les Facultés de médecine de l'empire allemand renferment 7 366 étudiants, dont 2 778 étrangers; en 1892, 8 000 étudiants, dont 4 077 étrangers, soit plus de la moitié d'étrangers.

« Et l'Allemagne comprend quelle force puissante elle trouve dans cet enseignement donné aux étrangers. Un seul exemple suffira.

« Croit-on que l'influence incontestable que l'Allemagne exerce aujourd'hui sur le Japon n'est pas liée au rôle joué par ses savants? Où se sont formés les Kitasato, les Ogata, les Kumagawa et toute la pléiade, certainement non négligeable, des savants japonais? A Berlin. Qu'enseigne-t-on à l'Université impériale de Tokio? La science allemande, dans des livres allemands.

« Pendant la guerre sino-japonaise, les instruments de chirurgie, les pièces de pansement étaient d'origine allemande. Ce dernier détail montre quelle relation étroite existe entre le développement intellectuel et le

développement commercial. En réclamant pour le maintien des idées libérales qui ont fait l'honneur de notre vieille Faculté de Paris, nous n'envisageons donc pas seulement le côté intellectuel, nous sommes plus pratiques et nous croyons défendre encore les intérêts matériels de notre pays. »

La question sera jugée dans le même sens par tous les esprits non prévenus. Elle l'a été ainsi, nous le répétons au Ministère de l'Instruction publique. Nous n'avons plus dès lors à insister à notre tour pour que l'on permette aux étudiants étrangers, en se montrant très libéral au point de vue des équivalences de diplômes, l'accès de la Faculté de médecine de Paris.

Au point de vue des examens et des concours, qu'ils soient traités comme les étudiants français. Les difficultés qu'ils auront éprouvées à apprendre notre langue et à se mettre au courant de nos méthodes d'enseignement leur créent une infériorité qu'il convient de ne pas exagérer.

Reste la question toute différente de l'exercice de la médecine. A ce dernier point de vue, le seul auquel ait fait allusion M. Lannelongue, nous pensons qu'il convient de réagir contre la grande facilité avec laquelle on autorise les étrangers à s'installer chez nous et à y faire concurrence aux médecins français. Nous croyons donc qu'il conviendrait soit d'imposer la *naturalisation française* avec toutes ses conséquences et en particulier l'obligation du service militaire à tous ceux qui voudraient exercer en France, sauf à faire de très rares exceptions en faveur des médecins des frontières et des médecins des stations hydrominérales ou hivernales; soit à n'accorder le diplôme de docteur en médecine *donnant le droit d'exercice* qu'à ceux-là seuls qui auraient subi en France toutes les épreuves imposées aux étudiants français. Les autres recevraient un diplôme purement honorifique qui pourrait leur servir à l'étranger mais qui ne donnerait en aucun cas le droit d'exercer en France.

Une autre mesure, dont les résultats seraient les mêmes, consisterait à créer un *examen d'état* analogue à celui qui existe en Allemagne. On n'obtiendrait ce diplôme qu'à la condition de présenter les garanties que nous sommes d'avis de demander à tous ceux qui voudront exercer en France. C'est ce qui sera fait, nous en avons l'assurance, le jour où la loi sur les Universités sera promulguée.

Mais quoi qu'on décide il importe — et sur ce point nous sommes d'accord avec tous nos confrères : 1° d'ouvrir libéralement nos Facultés et nos hôpitaux aux étudiants étrangers; 2° de restreindre plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour le droit d'exercer la médecine.

L. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — Dans sa séance du 30 décembre dernier, le Conseil municipal a accordé, pour l'anné 1896, une somme de 111 000 francs, à titre de subventions spéciales, en faveur des études médicales (bibliothèques, laboratoires, musées, etc.).

Une grande partie de ces subventions est attribuée à des laboratoires dans divers hôpitaux, et le rapporteur a dit qu'il y avait lieu de poser à ce propos les deux questions suivantes :

Au lieu de subventionner plusieurs laboratoires dans un même hôpital, ne serait-il pas plus utile de créer dans chaque établissement hospitalier un seul laboratoire où tous les maîtres pourraient travailler et réunir leurs élèves?

Ne convient-il pas, en dehors de ces diverses créations, d'organiser à Paris un grand laboratoire général et central?

L'étude de ces deux questions sera proposée à la cinquième commission dès le début de la prochaine session.

En réglant le budget de l'Assistance publique pour 1896, le Conseil municipal a rétabli le crédit destiné à payer les indemnités des externes des hôpitaux, crédit qui avait été supprimé dans le projet de l'administration.

Les chiens de guerre ambulanciers. — La *Militär Zeitung*, de Berlin, annonce qu'une expérience a été faite à Neuwied, dans le Schlosspark, sous l'inspiration du peintre animalier Jean Bumgartz, président du « Verein » des chiens hospitaliers.

On avait mis une section d'infanterie en tenue de campagne, à la disposition des organisateurs de l'expérience pour figurer les blessés. Le président de la Société présenta le chien Sanita, qui évolue, paraît-il, avec une correction irréprochable, aux commandements de : « Halte! Couchez! Debout! En avant! En arrière! Marche! »

Une fois les blessés supposés cachés aux endroits qu'on leur avait indiqués, le chien fut lancé au commandement de : « Cherche! » Il fouilla les coins et recoins, les buissons, et, au bout d'une demi-heure, il avait trouvé 8 blessés placés dans des conditions particulièrement difficiles.

Cela, c'est la reconnaissance de jour. Vient ensuite la recherche de nuit. Pour opérer la nuit, le chien est pourvu d'un harnachement consistant en une large sangle, à droite et à gauche de laquelle sont des poches contenant chacune un accumulateur; à la partie supérieure de la sangle est placée une lampe électrique. Cet appareil est construit de telle sorte que le chien, ainsi harnaché, peut toujours laisser connaître la direction qu'il prend à celui qui le conduit, même dans les taillis ou les broussailles.

On sait que c'est le lieutenant français Jupin qui a, par ses remarquables essais d'il y a dix ans, donné aux Allemands l'idée d'utiliser les chiens tant pour la garde des postes que pour la recherche des blessés.

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Klippel, Plicque, Gallois, Bruhl, Toupet, Triboulet, Barbier, Jeanselme, Florand et Le Noir, *ex æquo* MM. Belin et Parmentier.

Toupet	56 1/2	Plicque	56
Barbier	56	Bruhl	55 1/2
Jeanselme	56	Le Noir	54 1/2
Gallois	55 1/2	Florand	53 1/2

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pour l'examen pratique de l'urine à l'usage des médecins et des étudiants, par le Dr JAMES TYSON, 8e édit., revue et corrigée. Traduction de MM. E. Gautrelet et A.-S. Clarke. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

Cette brochure est un véritable traité de l'examen des urines. On y trouve les renseignements les plus précis sur toutes les substances entrant normalement ou accidentellement dans la composition de l'urine. Les caractères physiques, chimiques, histologiques et microbiologiques de l'urine y sont étudiés en détail; la signification clinique de chaque particularité de l'urine est indiquée succinctement. Toutes ces descriptions, très documentées, sont faites avec beaucoup de méthode et de clarté.

Les traducteurs, en présentant leur œuvre au public médical, croient devoir s'excuser des explications détaillées dans lesquelles l'auteur est entré au sujet des manipulations de chimie que nécessitent les recherches sur l'urine. C'est là un reproche qu'on n'aurait garde de leur faire : les praticiens et les élèves leur savent gré, au contraire, de ces détails, qui sont d'une indiscutable utilité à quiconque n'est pas très versé dans la technique chimique.

Cet excellent ouvrage, qui n'a pas d'analogue dans la littérature scientifique de notre pays, est tout à fait digne du succès qu'ont obtenu en Amérique et en Angleterre ses éditions successives. Il mérite de se trouver entre les mains de tous ceux qui pratiquent des analyses d'urine.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Exploration de la rate hypertrophiée chez les paludéens par le procédé de « l'effleurement »

Par M. le médecin-major de 1re classe Catrin
Professeur agrégé au Val-de-Grâce (1).

L'exploration de la rate par la percussion présente chez les paludéens des inconvénients multiples; presque toujours cette percussion est douloureuse mais en outre elle peut n'être pas sans danger.

E. Collin, qui a fait le travail le plus complet sur les ruptures de la rate, a signalé ce danger en montrant que parfois le trauma le plus faible peut amener des ruptures de l'organe splénique, un coup de balle, un coup de canne ont suffi pour produire cet accident. Aussi Collin conseille-t-il de s'abstenir de *la percussion orthodoxe* surtout chez les paludéens chroniques. En effet chez ces malades la capsule splénique est, on le sait, inégalement épaissie et les points les plus minces pourront se rompre même spontanément sous la simple influence d'un accès amenant une congestion plus ou moins intense de l'organe.

D'autre part c'est un simple effort musculaire, la toux, le vomissement qui sont signalés comme jouant un rôle important dans la pathogénie de ces ruptures. On raconte l'histoire d'un homme qui, dans le cours d'une discussion, sous l'empire d'une vive colère, s'affaissa tout à coup et mourut rapidement; l'autopsie permit de constater une rupture splénique.

Piorry pensait aussi que la contusion de la rate était capable de produire un accès de fièvre.

C'est donc avec une certaine réserve prudente qu'on doit percuter la rate des paludéens chroniques.

D'autre part la palpation de l'abdomen même délicatement faite produit une contracture des muscles droits et obliques qui rend souvent très difficile l'exploration, d'autant que chez bon nombre de paludéens chroniques, il existe une hyperesthésie cutanée qui exagère encore la tendance aux contractures musculaires.

Aussi toutes les fois que la rate dépasse les fausses côtes, c'est-à-dire toutes les fois qu'elle atteint un volume un peu notable, j'ai renoncé à rechercher les limites de cet organe par la palpation, la percussion.

Me plaçant à la gauche du malade, j'applique à plat la main sur la partie inférieure de l'abdomen dans la fosse iliaque gauche, puis n'appuyant qu'à peine la pulpe des doigts sur la peau, je remonte lentement vers l'épigastre, et j'arrive ainsi, en évitant les contractions musculaires, à sentir le bord inférieur de la rate dans sa portion extra-costale.

Jusqu'à présent tous les stagiaires de mon service auxquels j'ai fait pratiquer ce mode d'exploration sont très rapidement arrivés à dessiner la rate. Tous ont pu voir alors que la percussion était parfois infidèle, surtout avec l'habitude classique qu'on a prise de faire coucher le malade sur le flanc droit, car dans cette situation la rate, s'il n'y a pas d'adhérences, peut tomber, quitter la paroi, et cela suffisamment pour qu'une anse intestinale vienne s'interposer entre elle et la paroi. Dans ce cas, on a l'illusion d'une sonorité qui peut tromper une oreille exercée.

Je trouve donc au procédé de *l'effleurement* que je préconise deux avantages : d'abord il est très facile, très simple et plus exact que la percussion; en second lieu il n'a aucun des inconvénients de la percussion, il n'est pas douloureux et n'expose pas la rate à des traumas qui, tant légers qu'ils soient, peuvent ne pas être sans inconvénient.

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux dans sa séance du 17 janvier 1896.

VARIÉTÉS

Association de la Presse médicale française (Congrès international de thalassothérapie de Tunis, avril 1896). Par suite d'une entente avec l'*Association française pour l'avancement des sciences*, les adhérents au Congrès international de thalassothérapie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du comité central de propagande de ce congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris) avant le 15 février 1896, seront admis, par faveur spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis (*Congrès de Carthage*).

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste au secrétaire du comité central, M. Marcel Baudoin, la somme de vingt francs.

Cette cotisation donne droit au volume qui sera publié ultérieurement et qui contiendra les communications faites au Congrès de thalassothérapie. De plus, elle assimile les membres de ce congrès à ceux de l'Association française : ce qui leur permettra d'obtenir, aux conditions habituelles, une réduction de 50 p. 100 sur les frais de voyages (chemins de fer et bateaux) et leur permettra de retenir à l'avance leur logement à Tunis et de se faire inscrire aux diverses excursions qui seront orga-

nisées en Tunisie à l'occasion de ces congrès par l'Association française.

On est prié d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, 14, boulevard Saint-Germain.

Concours de l'internat. — *Liste des questions données à l'épreuve orale :* 1° Sacrum. Indications, manuel opératoire et dangers de la version podalique. — 2° Follicules de de Graaf. Diagnostic des kystes de l'ovaire. — 3° Nerf sciatique poplité externe. Plaies des nerfs — 4° Médiastin postérieur. S. et D. du pneumothorax partiel. — 5° Rapports de l'œsophage; rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — 6° Parois osseuses des fosses nasales. S. et D. des polypes naso-pharyngiens. — 7° Cordon séminal; kystes du cordon. — 8° Artères de la jambe. Phlegmatia alba dolens. — 9° Glotte. Diagnostic et indications thérapeutiques du croup. — 10° Arrière-cavité des épiploons. Valeur séméiologique de l'ascite. — 11° Rapports de l'uretère. Eclampsie puerpérale. — 12° Rapports de la parotide. Oreillons. — 13° Muscles de l'éminence thénar. S. et D. de la paralysie saturnine. — 14° Oreillettes du cœur. S. et D. de l'insuffisance tricuspidienne. — 15° Sinus de la dure-mère. S. et D. de l'urémie.

Nomination des internes titulaires et des internes provisoires :

INTERNES TITULAIRES :

1. MM. Veau, Roger Jean, Ghika, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, Monod Fernand, Terrien, Rebreyend, Merklen.

11. MM. Deguy, Ferron, Théohari, Millet Maurice, Dupuy-Dutemps, Keim, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann.

21. MM. Chaillous, Pétron, Martinet, Druault, Constenseux, Roux, Tissier, Grosjean, Gibert, Grisel.

31. MM. Ardoin, Fontoynont, Roques, Georghiu, Audion, Turner, Bernheim, Rigard, Cadol, Herresnchmidt.

41. MM. Coyon, Marcille, Hennecart, Mercier, Guibé, Ménier, Mettetal, Guillemot, Luys, Véron.

INTERNES PROVISOIRES :

1. MM. Weill Emile, Cochemé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guéry, Hivet.

11. MM. de Font-Réaulx, Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Michaut Charles, Iselin, Tournemelle.

21. MM. Cere, d'Herbécourt, Nicaise, Sicard Léon, Rastouil, Gaulieur L'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu, Rellay.

31. MM. Masbrenier, Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, Lévy Jules, Thoyer, Minet, Tesson, Célos.

41. MM. Fossard, Lévis Georges, Nollet, Elias, Chastanet, Ballet, Guillemard, Drouard, Mauger Adrien, Guillot.

51. MM. Gauchery, Weill Benjamin, Audistère.

Socialisme et aliénation mentale. — Un singulier procès va se juger en Angleterre. Le 28 octobre dernier, M. Sullivan, un jeune homme bien connu dans le sud de Londres comme secrétaire de la Fédération socialiste, se présentait devant le magistrat de la cour de police de Battersea pour lui demander d'ordonner la mise en liberté de sa fiancée, miss Edith Lanchester, enlevée par ses parents et séquestrée dans un asile d'aliénés en vue d'empêcher son union avec lui. M. Sullivan n'hésitait pas à déclarer qu'il était d'accord avec la jeune fille pour entrer en ménage selon les doctrines de l'union libre et que c'était sur ce commun accord que les parents de miss Edith et le médecin consulté basaient leur intervention.

Moins de trois jours après, la jeune révolutionnaire était rendue à la liberté. Un mouvement de sympathie se déclara en sa faveur dans presque toutes les classes de la population; elle reçut quantité de lettres, de dépêches, de présents, notamment une somme de 2500 francs offerte par l'excentrique marquis de Queensberry.

Une instruction fut immédiatement ouverte par la commission des aliénés contre le Dr Blandford qui avait signé l'ordre de séquestration à la requête de M. Lanchester père. Aux journalistes qui l'avaient interrogé dès le premier jour, ce médecin avait répondu qu'il discernait des preuves irrécusables de folie dans les déclarations socialistes de la jeune fille et dans sa résolution avouée de s'unir à M. Sullivan sans prêtre ni fonctionnaire de l'état civil.

La commission des aliénés vient de faire comparaître le Dr Blandford et a décidé à l'unanimité qu'il avait agi contrairement à toutes les lois sur la matière. Aucune poursuite ne sera cependant exercée contre le docteur par la commission elle-même, ses membres ayant jugé qu'il était coupable seulement d'ignorance et de légèreté, le prix de 78 fr. 75 (3 guinées) reçu pour ses visites et son certificat excluant tout soupçon de corruption. Mais miss Edith Lanchester annonce sa résolution de poursuivre M. Blandford devant la cour du banc de la reine.

Quelques statistiques à propos du traitement par le sérum antidiphthéritique.

Ville de Halle	114 cas,	9 morts.	7,8 p. 100
— de Heidelberg	75 —	18 —	25 —
— de Johannessen	19 —	2 —	10,5 —
— de Buda-Pest	120 —	31 —	25,5 —
— de Grætz	51 —	5 —	9,5 —
— de Zurich	58 —	2 —	3,44 —
— de Genève	60 —	6 —	10 —
— de Bâle	33 —	8 —	24 —
	530	81	14,56 p. 100

D'autre part, en France, M. Monod a donné à l'Académie de médecine une statistique qui permet d'apprécier la valeur du sérum antidiphthéritique (17 décembre 1895).

Durant les mois de novembre, décembre 1894 et janvier 1895, il a été distribué 50 000 tubes de sérum : la France, à l'heure actuelle, en est donc abondamment pourvue.

Dans 108 villes ayant plus de 20 000 habitants, la mortalité était, dans le 1er semestre des années 1888 à 1894, de 2 627 (moyenne de chaque année); dans le 1er semestre de cette année elle n'est que de 904, soit une diminution de 65,6 p. 100.

1er semestre 1888-94		1er semestre 1895	
Janvier	469 décès	Janvier	205 décès
Février	466 —	Février	187 —
Mars	499 —	Mars	155 —
Avril	442 —	Avril	160 —
Mai	417 —	Mai	113 —
Juin	333 —	Juin	84 —

Médecine navale. — M. Lockroy vient de décider que, lors des prochains examens des titres à l'avancement dans le corps des infirmiers, un médecin de la marine serait adjoint à la commission pour y soutenir les droits de ce corps. Jusqu'à présent le corps médical n'avait pas été représenté dans la commission.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1896.

Traitement de la morphinomanie.

M. Paul Sollier. — Faute d'avoir su s'astreindre aux nécessités qu'elle exige, les Français n'ont pas encore étudié de la façon qu'elle le mérite la méthode de démorphinisation rapide d'Erlenmeyer, malgré les succès qu'elle a donnés en Allemagne. La statistique de M. Sollier comprend 57 cas traités de 1892 à 1894, les cas les plus récents ont un an de date, ce qui permet de juger les résultats définitifs.

Les 57 malades comprennent 24 femmes et 33 hommes (dont 15 médecins, 1 étudiant en médecine et 1 pharmacien). La plus grande fréquence se rencontre chez la femme de 25 à 50 ans, chez l'homme de 30 à 40 ans. L'origine de la morphinomanie était 12 fois passionnelle, 20 fois thérapeutique. Tous les cas étaient anciens et de doses élevées, jusqu'à plus de 2 grammes par jour. Il y avait plusieurs fois adjonction d'alcoolisme (6 cas),

de cocaïnomanie (8), d'éthéromanie (1), de chloralomanie (1). L'alcoolisme concomitant aggrave le pronostic.

38 malades ont été suivis depuis leur guérison, et il n'y a pas 10 p. 100 de récidives parmi elles; et sur 11 malades ayant récidivé après la démorphinisation lente, 1 seule a récidivé après la démorphinisation brusque. Les récidives semblent s'expliquer par une surveillance insuffisamment prolongée.

Cette méthode exige environ 2 mois de traitement dans un établissement spécial. Elle ne provoque aucun accident et réussit toujours à sevrer le malade de la morphine.

Atonie gastro-intestinale des nouveau-nés.

M. Debove, ayant à faire un rapport sur le travail lu à l'Académie il y a quelques semaines par M. Clozier (de Beauvais), ne croit pas que les conclusions de l'auteur soient justifiées et qu'on puisse attribuer les dyspepsies de l'adulte à des tétées trop nombreuses et trop abondantes des nourrissons. Il constate d'ailleurs que cette opinion n'est étayée par M. Clozier sur aucune observation précise.

M. Laborde commence sur la *prophylaxie du paludisme* une communication qu'il achèvera dans la prochaine séance.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Polaillon, la liste de présentation de candidats dans la section de correspondants nationaux, 2e division, est établie ainsi qu'il suit ;

En première ligne : M. Gaulard (Lille).

En deuxième ligne : M. Auffret (Rochefort).

En troisième ligne (*ex æquo*) : MM. Gross (Nancy), Poncet (de Lyon) et Poncet (de Cluny).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 Janvier 1896.

Pachy-pleurite tuberculeuse.

M. Auscher rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme du thorax, présenta une pleurésie hémorrhagique, au cours de laquelle il survint des phénomènes nerveux graves; délire, troubles moteurs, etc., que l'on a cru pouvoir rattacher à la cirrhose du foie qu'on trouva chez le malade. A l'autopsie on trouva une cirrhose pigmentaire du foie, une rate hypertrophiée et pigmentée, une pachy-pleurite tuberculeuse énorme sans tuberculose pulmonaire, une tuberculose des méninges.

Trachéotomie pour corps étranger.

MM. Pasteau et **Vanverts** rapportent l'observation d'un enfant de dix-huit mois, auquel on a fait la trachéotomie pour extraire un corps étranger, un pépin de citron. Par la suite, l'enfant eut une broncho-pneumonie qui céda aux enveloppements humides généraux à 18°.

Le décanulement a présenté dans ce cas des difficultés dont on triompha par l'emploi d'une canule perforée à sa face convexe, dont on obstruait de temps en temps l'orifice extérieur.

En rapportant cette observation MM. Pasteau et Vanverts insistent sur la possibilité de faire redescendre dans la trachée un corps obstruant la glotte pour sa face intérieure, en imprimant au malade des secousses violentes et brusques de haut en bas.

Un autre enseignement à tirer de cette observation c'est la nécessité d'être prêt à pratiquer une trachéotomie immédiate, dès qu'on essaie de provoquer l'expulsion d'un corps étranger de la trachée par les voies aériennes supérieures.

Lymphadénie aleucémique généralisée.

MM. Rist et **Bensaude** ont présenté les pièces provenant d'un enfant ayant succombé à une anémie grave et chez lequel l'examen du sang fait à plusieurs reprises pendant la vie a révélé la présence des hématies à noyaux, sans augmentation du nombre de leucocytes. A l'autopsie on trouva une hypertrophie des plaques de Peyer et des follicules de l'intestin, et une hypertrophie du foie, de la rate et des ganglions viscéraux. Les ganglions sous-cutanés étaient intacts.

Anomalie de l'intestin.

M. Morestin a montré un intestin qui présentait un diverticule de Meckel de 7 à 8 centimètres de long et une malformation du gros intestin. Le cæcum était situé au milieu des anses intestinales près de l'ombilic. Le côlon ascendant remontait jusqu'au-devant du rein droit. Le gros intestin redescendait dans le *flanc droit* en passant sous le cæcum et se dirigeait vers le petit bassin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 janvier 1896.

Déclaration obligatoire des embryons et fœtus.

M. Lutaud a eu récemment à déclarer la naissance d'un fœtus de quatre mois et demi, dont la mère ne voulait pas se faire connaître. Il fit une simple déclaration aux fins d'inhumation dudit fœtus, mais au bureau de l'état-civil on exigea une double déclaration de naissance et de décès, une visite du médecin de l'état-civil pour constater le décès et enfin la levée du corps par l'administration des pompes funèbres. Toutes ces difficultés furent toutefois tranchées par le maire qui recueillit le fœtus, donna rendez-vous à la mairie au médecin de l'état-civil et chargea les pompes funèbres de prendre le fœtus. On peut se demander pourquoi la loi, qui permet au médecin de déclarer un enfant vivant sans divulguer le nom et le domicile de la mère, ne serait pas applicable à la déclaration des embryons.

La solution pratique serait que le maire pût accepter le dépôt du fœtus et charger les pompes funèbres de venir l'enlever.

Si, malgré l'arrêté du préfet de la Seine en date du 26 février 1882, nombre de fœtus sont encore jetés aux fosses d'aisances, c'est que beaucoup de femmes honorables ne tiennent pas à ce que leurs accidents puerpéraux soient connus.

M. Vibert trouve que la question soulevée par M. Lutaud est des plus importantes, et que la solution qu'il propose est très admissible.

M. Leblond. — L'arrêté préfectoral visé par M. Lutaud est forcément tombé en désuétude, car on n'est pas obligé de déclarer les décès. M. Lutaud n'avait donc pas à se charger de la déclaration du fœtus.

M. Masbrenier. — En province comme à Paris, la déclaration des fœtus de quatre mois et demi est généralement obligatoire. Mais il y a plus : dans certains départements, on publie la naissance et le décès du fœtus.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 Janvier 1896.

Présidence de M. Cornu.

Anévrysme cirsoïde du cou, de la face, du plancher de la bouche et de la langue, traité par la méthode sclérogène.

M. Lannelongue a déjà exposé en juillet 1891 les résultats obtenus par la méthode qu'il appelle *sclérogène*, sur les sujets atteints d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

Depuis cette époque, la méthode sclérogène, susceptible de généralisations étendues, a été appliquée à d'autres états morbides, aux tumeurs vasculaires en particulier. Le Dr Deubel, de

Lure, a été le premier qui se soit engagé dans cette voie, et il a publié deux exemples de guérison d'angiomes de la face.

Aujourd'hui M. Lannelongue désire communiquer à l'Académie l'observation suivie, durant plusieurs années maintenant, d'une malade atteinte d'une des variétés d'angiomes les plus graves et les plus difficiles à guérir qui a été soumise avec succès au même traitement.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, venue de province à Paris pour se faire opérer d'une tumeur volumineuse occupant à la fois le cou, la partie inférieure de la face et l'intérieur de la bouche. Elle ne savait pas fixer elle-même l'époque à laquelle la maladie avait débuté; elle la reportait à sa première enfance, et tout porte à croire qu'elle était congénitale. Mais elle s'était peu développée durant l'enfance et l'adolescence et ce n'était, d'après elle, qu'après son mariage que l'accroissement de volume s'était produit. La malade indiquait en outre que l'augmentation n'était pas seulement progressive, mais qu'il y avait des poussées brusques. Il s'était manifesté, avec le développement de la tumeur, toute une série de symptômes spéciaux qui plaçaient cette pauvre femme dans la nécessité impérieuse de réclamer une opération, quelle qu'elle fût.

A l'examen, la tumeur occupait la région sous-maxillaire du côté droit, dépassant la ligne médiane en avant pour empiéter d'un pouce sur le côté gauche. De là elle remontait sur la joue droite, à partir du menton jusqu'à la région parotidienne.

Le plancher de la bouche du même côté, ainsi que la moitié de la langue environ dans les deux tiers de sa longueur, étaient envahis par la tumeur. La langue était particulièrement gonflée, tendue et douloureuse au moindre contact à cause d'un état luisant et de légères érosions superficielles qui s'y produisaient depuis quelques mois seulement. De nombreuses dilatations artérielles suivaient le bord latéral de la langue et se voyaient aussi sur le plancher de la bouche.

Les caractères que présentait cette tumeur à la palpation indiquaient immédiatement sa nature.

Les troubles fonctionnels et la douleur ressentis par la malade appelaient particulièrement l'attention. La femme avait beaucoup de peine à manger et éprouvait une grande gêne dans la mastication à cause du volume de la langue; elle ressentait aussi une douleur assez vive à cause de la desquamation et des exulcérations de la langue. Le contact des liquides était particulièrement douloureux; les douleurs suivaient le bord de la langue et se propageaient dans l'oreille. La malade, très amaigrie, en était arrivée à redouter de manger et de boire. Ce qui la tourmentait aussi était l'absence de sommeil; au moment où, obsédée par la fatigue, elle s'endormait, le susurrus de la tumeur la réveillait et ce bruit ne la quittait plus; durant la veille, elle était moins sensible au bruit de soufflet qui la réveillait.

Une intervention chirurgicale s'imposait donc et c'est avec raison que la malade la réclamait. Mais laquelle et que convenait-il de faire? Après avoir envisagé la méthode thérapeutique pouvant être utilisée M. Lannelongue s'arrêta en dernier lieu à la méthode sclérogène.

Il employa la technique qu'il a conseillée : solution de chlorure de zinc au dixième, injections de 3 à 4 gouttes par chaque piqûre dans les tissus immédiatement adjacents à la tumeur, ne redoutant pas trop d'ailleurs de pénétrer dans la tumeur sanguine elle-même. La première séance fut assez timide : on fit seulement huit injections de 3 à 4 gouttes chacune dans la joue immédiatement au-dessus de l'angiome. Cette tentative n'amena aucun accident et fut même assez encourageante pour décider à en faire une seconde plus importante dès que les résultats des premières injections furent acquis. Ces résultats consistèrent, en effet, en une oblitération d'une partie de l'angiome.

M. Lannelongue fit ainsi quatre séances d'injections autour de la poche et dans la poche elle-même, profitant des transformations subies pour pénétrer plus profondément. Il n'y eut, durant le cours du traitement, qu'une complication sérieuse non pas en elle-même, mais parce qu'elle pouvait être suivie d'hémorrhagie; il se fit deux eschares au cou consécutivement aux injections. Ces eschares mirent un certain temps à se détacher. On surveilla la malade, craignant une hémorrhagie qui ne se produisit pas.

Le traitement, commencé à la fin de mai 1892, était terminé à la fin de juillet; il avait duré deux mois, les séances d'injections étant pratiquées de dix à quinze jours l'une de l'autre.

La malade quitta Paris en août avec un *résultat immédiat* qui était celui-ci : transformation de la presque totalité de la tumeur en une masse dense, présentant encore en certains points, surtout au cou, vers la bifurcation de la carotide primitive droite, des battements; mais on n'y trouvait plus de thrill. La langue était encore gonflée et vaguement pulsatile; on n'avait pas fait d'injections dans cet organe pas plus que dans la bouche. Les troubles fonctionnels étaient presque abolis : plus de douleurs, plus de bruit. La malade mangeait facilement.

La malade a été revue deux fois depuis 1892, la dernière fois en juin 1895. A ce moment on pouvait constater qu'il s'était produit depuis l'intervention une *sclérose lente atrophique* de la tumeur dans sa presque totalité. La langue est redevenue normale et non pulsatile, le plancher de la bouche a suivi le retrait de la langue, la figure et le cou ont repris leur conformation propre. Il reste toutefois encore dans le cou une petite tumeur du volume d'une *petite noix environ*, profondément placée comme sur la carotide externe et pulsatile, présentant un certain thrill. Mais cette tumeur n'est pas apparente, ne gêne pas la malade et, de l'avis de MM. Jalaguier et Broca auxquels j'ai montré la malade, il n'y a pas à chercher à compléter le résultat on ne peut plus satisfaisant qu'on a obtenu.

Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse (staphylococcie).

M. Cheinisse a étudié, en utilisant les particularités bien connues des effets du gaïacol, appliqué en badigeonnage sur la peau, l'influence exercée par la fièvre sur l'évolution d'une maladie aiguë.

Il a choisi à cet effet l'infection à staphylocoques, qui offre l'avantage d'être une des maladies expérimentales les mieux étudiées et les plus faciles à suivre. Les recherches faites sur des lapins ont mis en évidence les faits suivants :

1° La suppression de la fièvre (au moyen de badigeonnages de gaïacol) fait prendre à l'infection une marche suraiguë ; chez les animaux badigeonnés, la mort par septicémie suraiguë arrive en vingt-quatre, quarante-huit heures, de sorte qu'elle prévient, pour ainsi dire, la formation des lésions : les animaux témoins, dont la fièvre évolue sans aucune perturbation médicamenteuse, ne meurent qu'au bout de deux à quatre semaines, avec des abcès multiples dans les reins, le foie et le cœur (infection purulente généralisée).

2° Ce résultat obtenu avec les badigeonnages de gaïacol chez les animaux fébricitants est bien dû *à l'abaissement de la température fébrile* et non pas au badigeonnage lui-même, ni même à une action toxique du gaïacol.

a. Des badigeonnages avec du collodion iodoformé, faits les mêmes conditions que les badigeonnages de gaïacol, restent sans aucune influence sur la marche de la fièvre et de la maladie.

b. Des animaux badigeonnés, mais mis immédiatement après à l'étuve (réglée à 30°-35°), où ils restent quelques heures, de façon à empêcher l'action hypothermisante du badigeonnage gaïacolé, se comportent comme les animaux non badigeonnés, c'est-à-dire qu'ils ne meurent qu'au bout d'un temps plus ou moins long avec des abcès multiples dans les viscères. Ils semblaient même montrer une résistance plus considérable que les lapins placés dans des conditions normales et chez lesquels la température est moins élevée, ce qui tendrait non seulement à faire considérer la fièvre comme un phénomène rationnel favorable à l'organisme, mais encore à voir dans la chaleur elle-même un élément utile à l'organisme qui est en proie à l'infection.

Sur la sérothérapie de la tuberculose.

MM. V. Babès et **G. Proca** ont fait une série d'expériences pour étudier l'effet des injections de sérum d'animaux ayant reçu auparavant de la tuberculine et des bacilles tuberculeux morts. Ces recherches ont conduit les auteurs à formuler les conclusions suivantes :

1° Les bacilles morts renferment encore, après l'extraction soigneuse de la tuberculine et après le passage par le corps des animaux des principes actifs qui, sans produire la fièvre caractéristique de la tuberculine, reproduisent des lésions localisées, analogues aux produits pathologiques des bacilles vivants.

2° L'action de la tuberculine diffère sur plusieurs points de celle du sérum : (a) Tandis que des doses minimales de tuberculine tuent les animaux tuberculisés, le sérum antituberculeux, même à grandes doses, ne produit pas cet effet. (b) Le sérum injecté, même en grande quantité, ne produit qu'une légère élévation de la température qui, d'ailleurs, ne ressemble aucunement à la réaction de la tuberculine. (c) Le sérum mélangé *in vitro* à la tuberculine, paralyse l'action de celle-ci mais le mélange, inoffensif à petites doses, se comporte comme de la tuberculine simple s'il est injecté en grande quantité et tue rapidement les animaux tuberculeux. Chez l'homme tuberculeux les doses plus élevées de ce mélange produisent de la fièvre et l'amaigrissement. (d) La tuberculine possède cependant une action commune avec le sérum : c'est l'action curative sur les lésions produites par les bacilles tuberculeux morts.

3° Le sérum des animaux traités par la tuberculine empêche le développement de l'ulcération locale que produisent les bacilles morts et, si la lésion est déjà constituée, les injections de sérum la guérissent.

4° Il semble que les animaux traités par la tuberculine, et ensuite par des bacilles morts, possèdent un sérum plus efficace que les animaux traités par la tuberculine seule.

5° En inoculant aux animaux la tuberculose et du sérum en même temps, la tuberculose ne se propage pas et la lésion locale, consistant en une infiltration plus ou moins grande des tissus, guérit à la longue.

6° Les injections de tuberculine peuvent aussi, dans des conditions exceptionnelles, guérir la tuberculose, si l'on commence le traitement peu de temps après l'infection.

7° On peut guérir la tuberculose, d'une manière plus certaine, par des injections de sérum, commencées quelques jours après l'infection et répétées plusieurs fois, et surtout si l'on emploie le sérum des animaux traités, en même temps, avec de la tuberculine et des bacilles morts.

8° La guérison des animaux infectés s'obtient par des doses relativement grandes de sérum ; les petites doses sont insuffisantes et semblent aggraver l'infection tuberculeuse.

Dans les cas où nous avons procédé de la manière indiquée, presque tous les animaux ont été sauvés; quelques-uns de ces animaux, sacrifiés deux mois après l'infection, ne présentaient pas de lésions tuberculeuses. Les animaux qui sont morts spontanément à la suite d'un traitement incomplet ne présentaient que de rares tubercules dans les organes, ou bien des lésions localisées seulement dans la région inoculée. Tous les témoins sont morts tuberculeux.

9° Le sérum antituberculeux en contact prolongé avec un milieu nutritif favorable au développement du bacille tuberculeux (gélose-sérum glycériné), ce milieu devient impropre à la culture de ce microbe.

10° Les bacilles tuberculeux soumis *in vitro* à l'action prolongée du sérum antituberculeux (14-20 jours) deviennent inoffensifs pour les cobayes.

11° Les bacilles tuberculeux développés en même temps que le bacille pyocyanique sur le même milieu de aulture, ne produisent plus la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Janvier 1896.

De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité.

M. Bourneville. — Dans une communication sur *trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne,* faite à la session du *Congrès des aliénistes et des neurologistes* qui a eu lieu au mois d'août dernier à Bordeaux, M. Bourneville a eu soin de mettre en relief l'action exercée par la *glande thyroïde* sur la *croissance* de ces malades et sur leur *obésité.*

Parmi les effets du traitement, dans ces trois cas, deux étaient plus particulièrement frappants par leur matérialité : la diminution du poids ou l'*amaigrissement,* l'augmentation de la taille ou la *croissance.* De là, naturellement, l'idée d'administrer la glande thyroïde aux enfants *obèses* et aux enfants *nains*. Par malheur, manquant de glandes thyroïdes, on a dû se limiter provisoirement et se borner à soumettre au *traitement tyroïdien* trois des enfants de la première catégorie. C'est le résultat de ses observations sur ces deux points, *amaigrissement* et *croissance,* que M. Bourneville apporte aujourd'hui.

Dans le premier cas, où il s'agit d'une fille de 7 ans atteinte d'imbécillité à un degré prononcé avec macrocéphalie et adipose exagérée, la *taille* a augmenté de *six centimètres* en moins de *cinq mois.* Le *poids* a diminué de 3300 gr. du début (23 juillet) à la fin (9 novembre) du traitement; puis, progressivement, il s'est relevé à 27 kil. 250. Dans le second cas, où il s'agit d'un garçon de 9 ans atteint d'idiotie avec épilepsie et obésité, l'ingestion de glande thyroïde a eu d'abord pour effet de diminuer le *poids* de 31 kil. à 29 kil. 150 soit 1 kil. 850; puis dans les 15 derniers jours du traitement, le poids a commencé à se relever (29 kil. 500) et l'augmentation est allée en augmentant jusqu'à 31 kil.

Quant à la *taille,* elle s'est accrue de 3 centimètres de septembre 1893 à janvier 1895, et est restée stationnaire depuis cette époque jusqu'au début du traitement. Sous l'influence de celui-ci, en *six mois,* la *taille* a gagné *trois centimètres.* Le tableau fait voir aussi que la croissance a continué puisque, à la date du 10 janvier de cettecrannée, elle atteint le chiffre de 1m235.

Une autre particularité mérite d'être signalée : c'est l'augmentation des *accès d'épilepsie* pendant la période du traitement et les deux mois qui ont suivi.

Dans le troisième cas, il n'y eut pas d'augmentation de la taille.

M. Laborde demande quel était l'état intellectuel de ces enfants.

M. Bourneville. — Cet état allait de l'imbécillité à l'idiotie. L'ingestion des glandes thyroïdes provoquait chez eux une sorte d'excitation cérébrale.

M. Gley a aussi constaté l'existence d'une excitation cérébrale chez les individus soumis au traitement thyroïdien. C'est peut-être à cela qu'il faut attribuer l'aggravation de l'épilepsie chez le second malade de M. Bourneville.

Ulcérations de la langue chez les tuberculeux.

M. H. Claude. — Les ulcérations tuberculeuses de la langue résultent le plus souvent de l'inoculation directe des bacilles de Koch sur la muqueuse linguale.

Deux cas que nous avons pu étudier récemment nous ont paru relever d'un processus pathogénique différent.

L'une des observations a trait à un homme qui présenta d'abord trois ulcérations qui s'étendaient rapidement en même temps qu'apparaissait un semis de granulations jaunes et de petites ulcérations. Ces lésions évoluèrent en trois mois en même temps qu'une tuberculose granulique généralisée.

L'examen histologique et bactériologique montre l'existence de granulations tuberculeuses confluentes au niveau des ulcérations et une multitude de follicules à bacilles de Koch non seulement au niveau de la muqueuse, mais jusqu'aux profondeurs de l'organe en plein tissu sain à l'œil nu.

L'autre cas est relatif à un homme atteint de cirrhose tuberculeuse, d'entérite et de tuberculose pulmonaire, qui, environ un mois avant la mort, présenta une ulcération de la pointe de la langue, circulaire, à fond rosé, et à bords aplatis. L'examen histologique ne décela aucune lésion, ni de l'ulcération, ni de la langue. Au niveau de la perte de substance, la ligne des papilles disparaissait subitement, le fond d'ulcération apparaissait constitué par les fibres musculaires recouvertes par quelques cellules rondes et des éléments conjonctifs nécrosés. Les nerfs ne paraissaient pas malades sur les coupes, mais les artères étaient atteintes de méso et péri-artérite. Il ne fut possible de déceler aucun bacille sur les coupes, il existait seulement une

grande quantité de micro-organismes au niveau de l'ulcération ne pénétrant pas dans la profondeur. L'inoculation à un cobaye d'un petit fragment de l'ulcération après lavage rapide dans le sublimé resta sans résultat.

Nous pensons que dans le premier cas il s'agit d'une infection tuberculeuse par la voie sanguine, d'une granulie de la langue à tendance ulcéreuse comme il en existait dans le foie et le rein. Dans le second cas, au contraire, l'ulcération n'était pas due au bacille de Koch; il est vraisemblable qu'il s'agit d'une ulcération cachectique causée par les micro-organismes de la bouche. L'état de sécheresse de la langue et des lésions vasculaires locales relevant peut-être de l'intoxication tuberculeuse favorisèrent l'action pathogène de ces germes.

Abcès à pneumocoques et à streptocoques consécutifs à des piqûres de caféine. Infection d'origine sanguine.

MM. Méry et **Bensaude** communiquent deux cas : le premier analogue à celui que M. Zuber a rapporté dans la dernière séance de la Société : infection générale à pneumocoques (pneumonie et pleurésie purulente à pneumocoques), et apparition au bout de cinquante jours au niveau de deux des piqûres de caféine faites pendant la pneumonie d'abcès contenant du pneumocoque pur.

Dans le second cas, il s'agit d'une infection streptococcique généralisée pendant une scarlatine grave. Plusieurs abcès apparurent au niveau des piqûres de caféine; l'examen de la gorge au début de la scarlatine, l'examen du sang pendant la vie et après la mort, l'examen du pus ont démontré la présence du même streptocoque identique par ses caractères de culture et son action sur les animaux.

L'infection sanguine, cause de ces divers abcès, est démontrée dans le dernier cas de la façon la plus évidente.

Infection urinaire mixte.

M. P. Le Noir. — Le bacille pyocyanique a été constaté à plusieurs reprises chez l'homme, soit à l'état de saprophyte dans les humeurs (salive, crachats, liquide gastrique, sueur), soit à l'état d'agent pathogène dans certains cas d'infection locale (péricardites, broncho-pneumonies, adénites) ou d'infections générales caractérisées par des symptômes analogues à ceux qui résultent chez ces animaux de l'inoculation du bacille et de l'injection de ses produits (hémorrhagie, entérite, albuminurie, fièvre).

Dans le cas observé, il s'agissait d'un malade présentant des symptômes de calcul du rein et de pyélite et qui avait été opéré auparavant de la pierre par la lithotritie. Les urines, troubles au moment de l'émission mais de coloration normale, contenaient à la fois le bacterium coli et le bacille pyocyanique. Ce dernier fut mis en évidence et caractérisé par les réactions colorées de ses produits de sécrétion. Il végétait dans la vessie de ce malade à l'état de saprophyte et ne paraît avoir provoqué aucun accident. La présence de ce germe doit néanmoins aujourd'hui être considérée comme un danger.

Le bacille pyocyanique se cultive d'ailleurs aisément dans l'urine normale, mais il perd son pouvoir chromogène; il le recouvre en partie si on additionne l'urine d'une certaine quantité de sucre.

Suture des vaisseaux.

M. Petit (Raymond), après avoir fait au laboratoire de M. Dastre, sur des chiens, plusieurs essais de sutures et d'anastomoses veineuses et artérielles, apporte les conclusions suivantes :

1° Les anastomoses et les sutures veineuses sont possibles, ce qui a du reste été démontré.

2° Le catgut flottant dans l'intérieur d'une veine y est résorbé sans coagulation.

3° La ligature au catgut a laissé une artère perméable et a entraîné l'oblitération d'une veine.

4° Nous n'avons pu arriver jusqu'ici à suturer avec succès une artère, ni à anastomoser latéralement les artères avec les veines.

Ces expériences seront d'ailleurs continuées.

Action de l'hydrogène sulfuré sur des composés amidés organiques.

M. C. Chabrié. — On sait que Kulz a montré que la cystine pouvait prendre naissance dans la digestion pancréatique des matières albuminoïdes.

Cela m'a donné l'idée que la cystine se formait par l'action de l'hydrogène sulfuré sur les acides amidés, puisque l'hydrogène sulfuré et ces acides sont des composés dont la présence n'est pas douteuse dans la digestion pancréatique.

Cela m'a engagé d'une manière plus générale à étudier l'action de l'hydrogène sulfuré sur des composés organiques amidés.

J'ai obtenu un résultat intéressant en soumettant l'aldéhyde ammoniaque mêlée à de l'éther à un courant du gaz sulfuré pendant quelques heures.

Il se forme un produit soluble dans l'éther fusible à 60°—63°.

Ce produit nouveau cristallisé est certainement intéressant pour les chimistes à cause des fonctions complexes qu'il renferme. Il appuie l'hypothèse de la possibilité de la synthèse de la cystine par l'action de l'hydrogène sulfuré sur les acides amidés.

Il me paraît surtout curieux, au point de vue physiologique, parce qu'il prouve que des composés simples comme l'aldéhyde, l'ammoniaque et l'hydrogène sulfuré peuvent, par des réactions se faisant à température peu élevée, donner naissance à un produit contenant la plupart des groupements fonctionnels des albuminoïdes. Il renferme, en effet, dans sa molécule les fonctions carbure, sulfure, aldéhyde et ammoniaque composé.

M. Caussade expose ses recherches sur l'hypertrophie des capsules surrénales chez des animaux soumis aux injections d'extrait de capsules.

M. Féré cite une nouvelle série d'expériences qui montrent que la notion de la position du corps est soumise au sens musculaire.

M. Dastre dépose au nom de M. Floresco un mémoire sur l'activité comparative du pancréas chez divers animaux.

M. Bourquelot expose au nom de M. Mathieu un nouveau procédé de mesure de la capacité de l'estomac.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1896.

PRÉSIDENCE DE M. TH. ANGER.

Abcès du foie.

M. Ricard présente un rapport sur 6 observations d'abcès du foie qui ont été dernièrement remises par M. Walther.

Au point de vue étiologique, il est à remarquer que dans 3 cas la suppuration du foie était en rapport avec une dysenterie antérieure; dans 1 cas l'abcès s'est déclaré au cours d'une infection générale à streptocoques dont le point de départ était une angine. Dans 2 cas, l'étiologie n'a pu être élucidée.

Pour ce qui est de l'abcès survenu au cours d'une infection générale, M. Ricard tient à faire observer que dans les cas de ce genre la suppuration est grave, s'accompagne de phénomènes généraux sérieux et exige une intervention précoce.

Dans les cas de M. Walther, la collection siégeait 3 fois en arrière. Dans ces cas, M. Walther suivit la voie transpleurale, suivant la méthode préconisée par Israël en 1879 et utilisée depuis dans bon nombre de cas. Dans 3 autres cas, l'abcès formait une tumeur proéminente en avant : M. Walther les aborda par la voie transpéritonéale. Sur les 6 opérés, M. Walther a eu 4 guérisons, et 2 morts chez 2 malades opérés *in extremis*. La guérison a été rapide et la cicatrisation de la plaie n'a pas demandé plus de 25 à 40 jours; dans un cas il persista une fistule qui se ferma après élimination d'un fil.

L'examen bactériologique du pus fait dans les 3 cas d'origine dysentérique a montré 2 fois la présence des staphylocoques et des streptocoques; une fois le pus fut trouvé stérile. Ces faits montrent donc que la stérilité du pus des abcès du foie n'est pas la règle et qu'elle s'observe le plus souvent dans les abcès relevant d'une dysenterie et dont la marche est lente.

M. Routier a récemment opéré un individu atteint de suppuration hépatique. Le pus examiné avant l'intervention et

après, était stérile. Le malade avait fait, il y a 7 ans, un séjour au Tonkin, d'où il revint avec une affection hépatique qui sembla guérie après un traitement à Vichy. La guérison survint et se maintenait complète depuis cinq ans, lorsqu'il fut pris, en 1894, de nouveaux accidents hépatiques qui l'obligèrent à entrer dans un service de médecine. Au bout de deux mois, il put sortir en bon état de santé; le foie, qui était gros à l'entrée du malade à l'hôpital, était revenu à son volume normal. Il y a six mois, survinrent de nouveaux accidents hépatiques et surtout pulmonaires qui firent croire à la tuberculose. Le diagnostic d'abcès du foie fut néanmoins porté. Actuellement l'opéré va très bien.

Grossesse extra-utérine.

M. Picqué fait un rapport sur un travail de M. Potherat contenant 3 observations de grossesse extra-utérine traitée dans 2 cas par l'hystérectomie vaginale; dans le troisième par la laparotomie avec marsupialisation de la poche. Les 3 opérées ont guéri. Dans le premier cas, où la métrorrhagie primait toute la symptomatologie, le diagnostic était celui de grossesse extra-utérine au niveau de la corne droite. Dans le second cas, où prédominaient les douleurs abdominales, M. Potherat diagnostiqua une grossesse tubaire avec hématocèle. Dans le troisième cas enfin, où la grossesse était au septième mois, M. Potherat, dans le but d'avoir un enfant vivant, attendit quinze jours; puis des accidents étant survenus, il fit la laparotomie pratiqua l'extraction du fœtus et, après avoir laissé le placenta, fit la marsupialisation de la poche. Il y eut des accidents de septicémie, mais la malade finit par guérir.

En présentant ce rapport, M. Picqué tient tout d'abord à déclarer qu'on a abusé du terme « grossesse extra-utérine » et qu'il s'est établi une confusion regrettable entre l'hématocèle utérine et la grossesse extra-utérine.

L'hématocèle dérive de la grossesse extra-utérine, mais n'en est pas le synonyme. Ainsi, dans les 3 observations de M. Potherat, seule la dernière peut être considérée comme se rapportant à un cas de grossesse extra-utérine.

En éliminant par conséquent les cas d'hématocèle, on peut diviser la grossesse extra-utérine en normale et compliquée, la grossesse extra-utérine normale comprenant deux groupes de faits, suivant que le fœtus est viable ou non. Si l'on se trouve en face d'une grossesse extra-utérine avec fœtus non viable, il faut intervenir par la laparotomie, et non pas par l'hystérectomie vaginale, sauf les cas où il s'agit de grossesse tubaire. Si le fœtus est viable, il faut s'occuper de l'enfant, mais l'intérêt de la mère doit primer. On peut attendre si rien ne presse, mais intervenir au premier accident.

Dans la grossesse extra-utérine compliquée, quand il survient une rupture du kyste avec hémorrhagie abondante, la seule intervention rationnelle est la laparotomie. Mais que faire du placenta? Dans certains cas on peut se contenter de la marsupialisation de la poche; mais dans d'autres il faut enlever le kyste fœtal en totalité et ne s'arrêter que lorsqu'on ne peut plus avancer.

Enfin, quand la grossesse extra-utérine se complique d'hématocèle, on peut faire la laparotomie ou bien encore se contenter d'une colpotomie avec désinfection de la poche.

M. Reynier admet volontiers qu'il existe une confusion entre l'hématocèle et la grossesse extra-utérine, seulement cette question tient à ce que jusqu'au cinquième mois le diagnostic différentiel entre les deux est impossible. Avec M. Picqué, M. Reynier admet que la laparotomie est, dans ces cas, préférable à l'hystérectomie vaginale, car les lésions étant unilatérales on n'a pas le droit de sacrifier l'utérus. Seulement les malades ne consentent pas souvent à la laparotomie et, forcément, on est réduit à la colpotomie avec désinfection du sac, opération incomplète. Ainsi, dans un cas récent, où il fit la colpotomie postérieure, il lui fut impossible de vider et de désinfecter convenablement la poche, et un mois plus tard il a été forcé de compléter son opération par une hystérectomie dans un autre cas, où la malade refusa la laparotomie, il fit la la colpotomie; la poche fut vidée et l'incision se cicatrisa, seulement la malade partit avec une tumeur qu'il a bien constatée au cours de l'opération à côté de la poche, qu'il n'a pas osé attaquer et sur la nature de laquelle il n'a aucune idée. La seule opération complète qu'il ait faite c'était dans le troisième cas où il a pu faire la laparotomie.

M. Lucas-Championnière a vu des malades très bien examinées, envoyées avec le diagnostic de grossesse extra-utérine et c'étaient des malades qui avaient toute espèce de chose autre que la grossesse extra-utérine. C'est un problème insoluble d'établir une règle de traitement de la grossesse extra-utérine.

Dans le traitement, il n'y a qu'une chose certaine ; dans les cas où il existe un fœtus prêt à descendre dans le vagin, dans ceux où déjà autrefois on préconisait la voie vaginale, cette voie est dangereuse, elle est aveugle et on ne peut voir ce que l'on fait. L'opération est toujours certaine de demeurer imparfaite. La règle est d'enlever tout ce que l'on peut. Mais ce qui caractérise la grossesse extra-utérine est l'adhérence de tout côté du sac fœtal. Aussi doit-on, de nécessité, faire la marsupialisation. C'est une opération incomplète et qui, certainement, ne peut être l'idéal.

On a beaucoup discuté sur la vie du fœtus. Mais il faut avant tout sauver la mère.

Suture osseuse pour pseudarthrose de l'humérus.

M. Berger montre un malade auquel il a pratiqué une suture osseuse pour une pseudarthrose de l'humérus. Il s'agit d'un homme qui s'était fracturé l'extrémité supérieure de l'humérus; la fracture s'accompagnait d'un épanchement sanguin qui suppura sous l'appareil de Hennequin. La guérison se fit lentement et incomplètement; en effet, six mois après sa sortie de l'hôpital, le malade se refracturait l'humérus. Une pseudarthrose s'ensuivit. La résection des fragments fut pratiquée sans résultat. Dix-huit mois plus tard, la suture osseuse était faite avec deux fils d'argent. Aujourd'hui, dix mois après l'opération, le résultat est excellent.

Hydronéphrose intermittente.

M. Tuffier présente un rein hydronéphrotique. L'hydronéphrose était causée par une coudure de l'uretère qui est particulièrement nette sur la pièce présentée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1896.

Empoisonnement par la créosote chez un tuberculeux.

M. Faisans a eu récemment à soigner un étudiant en pharmacie, âgé de 26 ans, tuberculeux pulmonaire à la deuxième période, qui était traité depuis trois ans par les injections d'huile créosotée. Le traitement avait été suivi d'une amélioration notable, bien que la toux ait persisté.

Le 10 décembre dernier, le malade entra dans le service de M. Faisans pour des accidents pseudo-méningitiques. Il y avait trois semaines qu'il avait repris le traitement créosoté, sous la direction de M. Burlureaux, et il avait reçu chaque jour, pendant ces trois semaines, des doses progressivement croissantes d'huile créosotée au 1/15, 10, 20, 30, 40 et jusqu'à 140 gr. C'est le 6 décembre que cette dose de 140 grammes fut atteinte. Ce jour-là on s'aperçut que les urines étaient foncées, et on abaissa la dose à 60 grammes pour la journée du 7.

Le matin du 9, on trouva le malade étendu sur son lit, en proie à une violente agitation et à du délire alternant avec un état demi-comateux. Il fut impossible d'obtenir de lui le moindre renseignement sur ce qui s'était passé; seulement on vit près de lui le flacon d'huile créosotée avec l'aiguille, et on put se rendre compte que, dans l'injection qu'il s'était faite lui-même le dimanche 8 décembre, le malade avait pris 140 grammes d'huile créosotée au 1/15, représentant environ 9gr50 de créosote.

A l'examen, on trouva une dilatation considérable des pupilles, une température de 38°, un pouls régulier à 100, une hyperesthésie générale très marquée. Le malade paraît souffrir surtout du ventre et de la tête; sur le lit et dans la chambre, on relève

des traces de vomissements, et M. Burlureaux, qui a porté le diagnostic de méningite tuberculeuse, demande le transfert du malade à l'hôpital.

A l'hôpital, on constata que le malade se trouvait dans un état demi-comateux et couché en chien de fusil. Les pupilles étaient largement dilatées, la droite plus que la gauche. Pas de strabisme ni paralysie circonscrite, mais hyperesthésie très marquée; température = 36°2. Le malade urinant sous lui, on ne peut analyser les urines.

Le lendemain, ces divers symptomes s'amendèrent, et, trois jours plus tard, le malade, complètement rétabli, quittait l'hôpital.

En analysant cette observation, M. Faisans fait tout d'abord observer qu'il ne s'agissait pas là d'une méningite tuberculeuse, puisque le malade a fini par guérir et que les symptômes essentiels de la méningite tuberculeuse (absence de fièvre, pas d'irrégularité du pouls ni des mouvements respiratoires, pas de convulsions ni de paralysies, pas de raideur de la nuque) ont fait défaut. L'erreur commise provenait sans doute de ce fait que lorsque surviennent brusquement, chez un tuberculeux notoire, des accidents cérébraux ou cérébro-spinaux graves, on a beaucoup de peine à se défendre de l'idée que le malade commence une méningite tuberculeuse.

Contre le diagnostic de méningite plaidaient encore l'agitation coïncidant avec l'hypothermie, le délire bruyant et loquace avec tendance aux hallucinations, l'hyperesthésie cutanée généralisée et intense. Tout cela éveillait bien plutôt l'idée d'une intoxication. Aussi le diagnostic fait par M. Faisans fut-il celui de pseudo-méningite toxique.

Les cas de ce genre ont été observés deux fois par M. Burlureaux qui les a publiés dans son livre. Dans ces deux observations, comme dans celle qui vient d'être rapportée, l'évolution des accidents a été très rapide, et la guérison est survenue au bout de quelques jours. Il n'en faudrait pourtant pas conclure que cette intoxication est constamment bénigne, et qu'elle n'amène jamais la mort.

En résumé, outre les accidents toxiques déjà connus : urines noires, sueurs profuses, hypothermie, la créosote, administrée à des doses élevées, peut déterminer des accidents cérébro-spinaux qui constituent une nouvelle variété de pseudo-méningite. C'est une raison de plus pour se montrer circonspect à l'endroit d'un médicament qui n'a rien de spécifique, dont les indications sont restreintes et dont les contre-indications sont très multiples.

La folie hépatique.

M. Charrin a, en juillet 1892, décrit les désordres psychiques placés sous la dépendance d'un trouble fonctionnel du foie. Ce trouble fonctionnel correspondant à des lésions variées se réduisait, en définitive, à un processus d'auto-intoxication, et par sa symptomatologie spéciale devait rentrer dans le groupe des folies auto-toxiques, dont la folie brightique, la folie cardiaque, sont des exemples. Ce sont des accidents sensiblement analogues qu'il ne faut pas confondre avec certains délires enregistrés au cours des affections hépatiques, en particulier au cours des affections fébriles de nature infectieuse qui ont été étudiées par Klippel, au mois d'août de la même année, comme par d'autres auteurs. Récemment M. Charrin a observé un autre cas.

Il s'agit d'un individu âgé de 52 ans, ancien alcoolique, entré à l'hôpital pour une pleurésie, et chez lequel on trouvait en même temps un foie volumineux, une rate assez grosse.

Malgré le traitement, l'état général devenait de plus en plus mauvais lorsque est survenu un délire, qui, par tous ses caractères, rappelait le type et la forme classiques du délire alcoolique. Mais en même temps que le délire on constata que les symptômes relevant de l'affection du foie se sont aggravés (urobilinurie, teint jaunâtre, etc., plus considérables), si bien qu'on était en droit de rapprocher ces troubles psychiques des lésions hépatiques.

Exploration de la rate par l'effleurement.

M. Catrin. — Voir p. 37.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Janvier 1896.

De l'action diurétique de la théobromine dans les maladies des reins et du cœur.

M. Huchard. — Depuis près de deux ans, j'emploie couramment la théobromine comme médicament diurétique dans les affections des reins et du cœur. A ce titre, en effet, la théobromine jouit d'une réelle supériorité sur la digitale et la caféine. Son usage prolongé ne présente guère d'inconvénients lorsqu'on ne dépasse pas la dose quotidienne de 5 grammes, surtout si l'on a soin de fractionner cette dose en prises de 50 centigrammes. Elle peut cependant, même à des doses inférieures, déterminer une céphalée gravative toute spéciale, céphalée en casque, qui est parfois intolérable. Rarement j'ai observé des nausées et des vomissements, et ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai noté quelques phénomènes d'excitation cérébrale.

J'ai recherché, d'autre part, si la théobromine pouvait provoquer l'albuminurie ou aggraver une albuminurie déjà existante. Je n'ai constaté qu'un seul fait d'albuminurie susceptible d'être attribuée à la théobromine, et trois cas où l'augmentation de l'albumine a succédé à cette médication. Dans ces trois cas, l'exagération de la proportion d'albumine a coïncidé avec la résolution rapide des œdèmes.

Je prescris la théobromine de la façon suivante : je donne 3 grammes le premier jour en six cachets de 50 centigrammes; 4 grammes le deuxième jour en huit cachets; 5 grammes le troisième jour en dix cachets. Je continue cette dernière dose pendant trois ou quatre jours. Dans certaines affections cardiaques, pour prolonger l'action diurétique, j'administre consécutivement un demi-milligramme ou un milligramme de digitaline pendant un jour.

D'après les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, je me crois en droit de conclure que la théobromine est un des diurétiques les meilleurs et les plus fidèles dans les anasarques liées aux affections rénales et cardiaques. Elle appartient à la classe des diurétiques directs, agissant, sans l'altérer, sur l'épithélium rénal, dont elle exalte les fonctions. Elle agit surtout dans les cardiopathies artérielles, dans les cardiopathies compliquées de lésions rénales, dans l'asystolie et dans la néphrite interstitielle. L'association à la théobromine de la digitaline, de la caféine ou de la lactose n'augmente pas ses effets diurétiques. La digitaline donnée durant un jour, après l'administration de la théobromine, peut prolonger la diurèse qui, très rapide dans son apparition, ne persiste guère plus de quatre jours après la dernière prise médicamenteuse. La théobromine ne détermine pas d'effets accumulatifs; elle n'est pas toxique. En dehors de la céphalée en casque, les symptômes qu'elle provoque ne consistent qu'en de légers troubles digestifs. Elle réussit souvent dans les cas où la digitaline et la caféine ont échoué. Enfin, elle m'a paru jouer un rôle utile dans les maladies infectieuses où la dépuration urinaire joue un grand rôle, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 Janvier 1896.

Fœtus malformé.

MM. Chambrelent et **Chemin** présentent deux fœtus recueillis à la suite d'un accouchement prématuré. Il y avait du liquide amniotique en grande abondance (6 à 8 litres). Le placenta était unique, le cordon, de longueur normale, se bifurquait à 4 ou 5 centimètres de son extrémité et chacune de ses branches se rendait à un fœtus : l'un normalement constitué âgé de cinq à six mois, l'autre constitué par deux membres inférieurs et un bassin se continuant avec une masse arrondie, gélatiniforme représentant le reste du corps. Ce monstre fœtal

sera soigneusement disséqué et le résultat de la dissection communiqué à la Société.

Séance du 13 Janvier 1896.

Fibromes utérins.

MM. Tocheport et **Volpillac** présentent des fibromes utérins multiples qui ne s'étaient révélés que par des troubles de la défécation et de la miction, sans aucun signe fonctionnel du côté de l'utérus : cela était dû à ce que deux fibromes sous-péritonéaux, du volume d'un petit œuf, comprimaient le rectum en arrière, tandis qu'un troisième fibrome comprimait la vessie en avant.

Hématome des corps caverneux.

MM. Chavannaz et **Binaud** présentent un hématome des corps caverneux. Le malade qui en est porteur, étant en érection, reçut de sa femme un coup de revers de la main sur la verge. Peu de temps après sa verge s'incurva et devint rigide. Actuellement, elle a la forme d'un demi-cercle et se tourne à droite ; elle se redresse dans l'érection. Le doigt sent les corps caverneux indurés. Il existe quelques troubles de la miction.

M. Pousson estime que ce cas est très rare, peut-être unique dans la science.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Compte rendu des travaux pendant l'année 1894-1895, d'après le résumé de M. le docteur Knœpfler, secrétaire annuel.

(Suite.)

Névralgie faciale.

M. Frœlich a fait une communication sur le *traitement opératoire des névralgies faciales.* S'appuyant sur une observation d'arrachement du nerf sus-orbitaire pratiquée par M. Heydenreich et sur deux observations personnelles similaires, toutes suivies de guérison ou d'amélioration considérable, l'auteur a établi l'indication formelle de recourir à l'intervention chirurgicale toutes les fois que le traitement médical rationnel et prolongé avait échoué. Le procédé de choix consiste d'après lui à arracher simultanément les bords central et périphérique du nerf malade en tordant ce dernier sur une pince à forcipressure. Quant aux opérations plus étendues et aux extirpations de ganglions, M. Frœlich a fait toutes ses réserves à leur égard, ces interventions étant beaucoup plus graves et pouvant faire plus de mal que de bien.

M. Vautrin a rappelé à ce sujet qu'il avait pratiqué plusieurs résections du nerf sus-orbitaire et du frontal externe, et même que chez un de ses opérés la résection simultanée de ces nerfs et de l'auriculotemporal n'avait pu prévenir une récidive qui fut traitée ultérieurement par la résection du ganglion de Meckel que pratiqua M. Février.

Kyste de l'ovaire. Généralisation.

M. Gross a communiqué l'observation d'une femme atteinte de *kyste ovarique rompu dans le péritoine qu'il laparotomisa* une première fois avec succès et dut ensuite opérer une seconde fois de hernie crurale étranglée. La première opération montra qu'il s'agissait d'un *kyste mucoïde* dont le contenu s'était répandu dans la cavité péritonéale, donnant lieu à l'état local et général grave qui avait décidé à intervenir. La toilette fut incomplète vu le grand nombre de masses gélatiniformes qui encombraient la cavité abdominale, et la guérison s'effectua lentement. L'*opération de hernie pratiquée un an après la laparotomie* amena la découverte d'un *sac herniaire néoplasique* dont la face interne était tapissée de végétations mucoïdes en tout comparables à celles qui encombraient le péritoine au moment de la laparotomie.

Discutant l'origine de cette néoplasie, M. Gross s'est demandé s'il s'agissait d'une généralisation secondaire ou d'une simple greffe locale provenant d'un reliquat du contenu kystique emprisonné dans le sac herniaire. Vu le bon état général de l'opérée il s'est prononcé pour ce dernier diagnostic, faisant ressortir la bénignité de certains kystes mucoïdes malgré leur ressemblance avec l'épithélioma mucoïde malin de Malassez et leur différence avec les papillomes bénins décrits par Péan.

Cholécystectomie.

M. Heydenreich a rapporté une observation de *cholécystectomie partielle* qu'il avait entreprise *sur une femme de 51 ans,* souffrant depuis longtemps de vives douleurs à la région de la vésicule biliaire. Le diagnostic, hésitant entre un néoplasme et des calculs biliaires, se trouva fixé au cours de l'intervention qui amena la découverte d'une vésicule à parois hypertrophiées, adhérente en partie aux organes voisins et renfermant trois calculs. Les parties malades et libres furent réséquées, les calculs extraits et ce qui restait de la vésicule restée ouverte suturé aux lèvres de la plaie abdominale. La guérison s'effectua assez rapidement et la malade quitta l'hôpital au bout de deux mois ne présentant plus qu'une petite fistule qui laissait passer quelques gouttes de bile. L'auteur a insisté sur la nécessité où il s'était trouvé de ne faire qu'une cholécystectomie partielle vu les nombreuses adhérences de la vésicule et sur la préférence qu'il avait donnée à la ventro-fixation sur les sutures perdues, ayant mieux aimé courir les chances d'une fistule biliaire toujours justiciable d'une opération ultérieure que celles d'une rupture intra-abdominale inopinée de la vésicule avec irruption de bile dans le péritoine.

M. Vautrin a étudié les *indications de la cholécystectomie,* opération dont il a relaté une observation personnelle et qu'il considère comme applicable toutes les fois que les altérations des parois de la vésicule s'opposent au rétablissement de ses fonctions physiologiques, c'est-à-dire en cas de tumeur non propagée aux organes voisins et en cas d'empyème. Au contraire, toutes les fois que la vésicule peut être rendue à ses fonctions, comme dans la lithiase biliaire, l'hydropisie vésiculaire, etc., l'auteur recommande la cholécystostomie. La cholécystostomie n'est qu'un pis-aller et la cholédochotomie ainsi que la cysticotomie aidées ou non de la cholélithotripsie doivent être réservées à l'extirpation des calculs des canaux cholédoque et cystique. L'auteur a insisté sur l'importance du drainage sous-hépatique et a donné incidemment des détails sur la cysticotomie, opération encore inconnue en France.

Mucocèle du sinus frontal.

M. Rohmer a fait voir *une première fois un homme de 60 ans porteur d'un mucocèle du sinus frontal* développé en quatre ans. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide filant de couleur tabac. Opéré quelques jours plus tard, le patient fut *présenté de nouveau à la séance suivante.* Une incision cruciale pratiquée à la région saillante, vers l'angle interne de l'orbite, avait donné issue à une abondante quantité de mucus et avait ouvert une vaste cavité communiquant en arrière avec le sinus ethmoïdal. Le drainage de cette cavité avait presque complètement tari l'écoulement de liquide et le malade se disposait à quitter l'hôpital.

M. Vautrin a exposé à ce propos un cas de sinusite frontale qu'il opéra une première fois sans succès et qu'il guérit par l'ouverture large des sinus. Prenant texte de cette observation, il a préconisé dans les sinusites suppurées l'ablation large de la paroi lorsqu'elle est praticable, contrairement à l'opinion de M. Rohmer qui a posé en principe qu'on ne pouvait ériger en méthode absolue tel ou tel procédé opératoire et que l'intervention devait varier suivant les circonstances.

M. Rohmer a rappelé, ainsi que **M. Faure**, que les rhinologistes étaient divisés en deux camps relativement au cathétérisme des sinus, les uns le préconisant, d'autres le repoussant.

Paralysies chloroformiques.

M. Vautrin, compulsant ses propres observations et les travaux étrangers sur la question, est arrivé à conclure que le

plus souvent les paralysies chloroformiques étaient localisées au bras et à reconnaître à ces accidents une double origine.

Dans une discussion à laquelle prirent part MM. Bernheim, Gross et Heydenreich, M. Bernheim se montra disposé à considérer les paralysies comme d'origine toxique et M. Gross établit une distinction tranchée entre les paralysies mécaniquement produites par action directe sur les faisceaux nerveux et les paralysies post-chloroformiques proprement dites. Beaucoup sont attribuables à la période d'excitation et aux accidents vasculaires centraux qu'elle entraîne chez les prédisposés. M. Gross vous a cité deux observations personnelles à l'appui de cette thèse. M. Heydenreich de son côté a exprimé une manière de voir analogue et rappelé que les hémiplégies observées dans la chloroformisation tête pendante par la méthode de Rose étaient manifestement dues à des congestions cérébrales favorisées par l'action de la pesanteur. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 13 Janvier 1896.

Tumeur intra-thoracique.

M. Schwalbe. — Il s'agit d'un homme de 59 ans entré à l'hôpital pour des phénomènes de gastrite. Au cours du traitement il fut pris de paralysie du récurrent gauche, de douleurs névralgiques très fortes dans le bras gauche avec œdème et cyanose du membre. A l'examen du thorax on trouva à gauche et en avant une matité qui commençait au-dessus de la clavicule et descendait jusqu'au milieu du sternum; l'espace semi-lunaire était mat à la percussion et en arrière on trouvait une voussure manifeste de la partie inférieure de la cage thoracique. La pointe du cœur était à peine perceptible au toucher, les bruits du cœur très faibles. Une ponction faite dans le dos, au niveau du deuxième espace intercostal, permit de retirer deux litres de liquide sanguinolent.

Malgré l'évacuation de cette quantité de liquide, la matité persista. La cachexie fit, dans la suite, des progrès et le malade finit par succomber dans le marasme.

A l'autopsie on trouva le poumon gauche adhérent au thorax. Le sommet du poumon était coiffé d'une masse grosse comme deux poings d'adulte et formée par des ganglions. La tumeur entourait le nerf laryngé et avait traversé la bronche gauche.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme à grosses cellules.

Ulcère de l'estomac.

M. Gottschalk a eu l'occasion d'intervenir il y a deux mois pour une suppuration du petit bassin chez une femme de 28 ans. L'opération se passa fort bien et la malade était déjà convalescente lorsqu'au 21ᵉ jour après l'intervention elle fut prise de vomissements abondants de sang avec mélœna. Ces hémorrhagies se répétèrent et malgré les injections sous-cutanées de sérum artificiel, la malade finit par succomber à l'anémie aiguë, 31 jours après l'intervention.

A l'autopsie on trouva à quelques centimètres du pylore, un ulcère d'estomac, au centre duquel se trouvait un vaisseau béant, ouvert par le processus ulcératif. Le duodénum adhérait au pancréas, et la vésicule biliaire contenait trois calculs volumineux.

Dangers de la bicyclette.

M. Mendelsohn revient sur la question des dangers que comporte le sport de la bicyclette.

Quand on marche trop vite, quand on se fatigue à bicyclette, une quantité considérable de sang veineux pénètre dans le cœur droit sans que le poumon subisse un accroissement correspondant du déplissement. Le sang veineux n'est donc pas projeté en totalité dans le poumon, et le cœur droit se dilate. D'un autre côté, à la suite de l'usage immodéré, on peut observer une hypertrophie du cœur qui, dans certaines conditions, se montre impuissante à parer aux dangers de la dilatation aiguë pouvant dans ces cas conduire à l'asystolie aiguë et à la mort subite.

L'abus de la bicyclette est particulièrement grave chez les enfants et les vieillards. Les enfants, par le fait de la position vicieuse en avant, sur la selle, sont particulièrement exposés à avoir des accidents cardiaques; leur squelette encore malléable peut garder des déformations définitives; enfin leurs organes génitaux sont particulièrement sensibles aux traumatismes répétés provoqués par la selle.

Chez les vieillards l'hypertrophie de la prostate et l'artériosclérose sont les deux conditions qui rendent chez eux dangereux l'usage de la bicyclette.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 13 Janvier 1896.

Prophylaxie et traitement de la manie puerpérale.

M. Savage. — La classification la plus simple est la suivante : 1° Troubles intellectuels survenant pendant la grossesse; *a.* dans les premiers mois, y compris certains cas où la manie débute avec la grossesse; *b.* dans les derniers mois de la grossesse. 2° Manie pendant le travail : *a.* hystérique et passagère; *b.* plus durable ou permanente. 3° Manie d'une durée éphémère associée à la fièvre de lait; elle peut disparaître ou se transformer en une manie aiguë. 4° Manie survenant dans les deux premiers septénaires qui suivent l'accouchement. 5° Manie survenant entre la 2ᵉ et la 6ᵉ semaine après l'accouchement. 6° Manie de la lactation et manie du sevrage. La manie puerpérale ne revêt pas une forme particulière. Les causes prédisposantes sont les mêmes pour toutes les formes; l'hérédité en est le facteur le plus important et elle peut être directe.

Il est impossible de dire si l'on doit prescrire ou défendre le mariage aux hystériques. Quand les premières grossesses surviennent après l'âge de 30 ans, elles s'accompagnent plus souvent de ces accidents. La manie peut être le premier symptôme de la grossesse. La manie des premiers mois passe souvent facilement et vite; celle des derniers mois cesse rarement avec l'accouchement. Je ne crois pas qu'il soit souvent indiqué de recourir à l'accouchement prématuré comme méthode de traitement. Pendant le travail, il peut y avoir des manifestations hystériques; elles peuvent apparaître à chaque douleur et passer avec l'accouchement; elles peuvent persister un temps plus ou moins long, elles peuvent aussi aboutir à la manie. Certaines malades ont des troubles mentaux quand on les endort au chloroforme pour leurs accouchements. La fièvre de lait peut provoquer une manie qu'une purge fera disparaître; toutefois cette manie peut n'être que le prélude d'un délire aigu. La manie puerpérale peut encore être due à de l'infection. Quand les troubles intellectuels éclatent dans les quinze premiers jours qui suivent l'accouchement, ils revêtent la forme de la manie puerpérale; plus tard, c'est généralement la mélancolie qu'on observe. Ces troubles s'accompagnent d'insomnie, d'inappétence absolue, de haine pour toutes les personnes de l'entourage et plus tard apparaît l'érotisme. La guérison peut se faire attendre quelques semaines ou quelques mois. Souvent il faut changer la malade de milieu. Il faut, pendant quelques années, éviter de nouvelles grossesses. 8 p. 100 des malades atteintes de manie puerpérale meurent; 20 p. 100 restent toujours plus ou moins faibles d'esprit. La paralysie générale peut se montrer à titre de complication. La folie consécutive à la lactation ou au sevrage est en

rapport avec une grande faiblesse; elle revêt généralement un caractère mélancolique et elle est parfaitement curable.

M. Browne. — La manie puerpérale d'origine infectieuse diminue de plus en plus, grâce aux progrès de l'antisepsie. On a trop de tendance à regarder comme étant d'origine puerpérale des troubles intellectuels qui éclatent pendant la grossesse.

M. Blandford. — La manie puerpérale est des plus curables, puisqu'elle donne 80 p. 100 de guérisons, et encore cette statistique est celle des cas qui sont entrés dans les asiles, c'est-à-dire des cas graves. L'hystérie pure ne se transforme pas souvent en manie puerpérale. Les cas de manie puerpérale que j'ai vus avaient d'ordinaire présenté antérieurement des troubles intellectuels. Le plus souvent, c'est l'insomnie qui en est le premier symptôme; on peut quelquefois prévenir ces accidents en faisant disparaître l'insomnie par un médicament. Quand la manie est établie, les hypnotiques ne peuvent pas beaucoup, dans les cas très aigus, ils peuvent cependant prévenir la mort en ramenant le sommeil.

M. Herman. — Les femmes qui ont de la manie puerpérale sont celles qui présentent une prédisposition nerveuse. Il n'existe guère de forme de maladie nerveuse pour laquelle on puisse recommander le mariage comme devant guérir l'affection. Dans la plupart des cas de manie puerpérale, il n'y a pas d'albuminurie, bien que la manie soit plus fréquente à la suite des accouchements qui se sont accompagnés de phénomènes éclamptiques. Je crois qu'on peut couper ou prévenir une manie puerpérale en rétablissant le sommeil.

M. Jones. — La manie est plus fréquente que la mélancolie. Comme hypnotiques, je conseille le chloral et le bromure de potassium.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 10 Janvier 1896.

Hydronéphrose intermittente, albuminurie transitoire et rein flottant.

M. Newmann. — J'ai soigné 4 cas d'hydronéphrose intermittente avec albuminurie transitoire chez des sujets atteints de rein flottant. Dans 2 cas j'ai fait la néphrorraphie pour guérir l'hydronéphrose intermittente; dans 2 autres cas j'ai fait la même opération pour faire cesser la torsion du pédicule vasculaire du rein qui s'accompagnait d'albuminurie avec cylindres dans les urines.

Observation I. — Hydronéphrose transitoire et un peu d'albuminurie accompagnant des attaques douloureuses paroxystiques. La malade présentait tous les signes du rein flottant, avec attaques douloureuses paroxystiques qui devinrent de plus en plus fréquentes et qui finissaient par durer jusqu'à 28 heures; pendant ce temps une quantité énorme d'urine s'accumulait dans le bassin et quand l'urine était évacuée la douleur disparaissait graduellement.

Obs. II. — Rein droit flottant; hydronéphrose passagère par courbure de l'uretère; pas d'albuminurie. L'opération amena la guérison. L'hydronéphrose ne disparaissait que pendant quelques jours, elle était quelquefois très distendue.

Obs. III — Rein droit flottant, s'accompagnant de torsion de l'uretère et produisant de l'hydronéphrose, de l'albuminurie et la présence de cylindres dans l'urine. Lors du début des douleurs paroxystiques, tantôt il y avait de l'hydronéphrose, tantôt on ne pouvait la constater; mais l'urine devenait toujours plus dense et albumineuse, toujours aussi, en même temps que les douleurs, on voyait apparaître des cylindres dans l'urine. Depuis l'opération, on n'a plus trouvé dans l'urine ni albumine ni cylindres.

Obs. IV. — Rein gauche flottant avec torsion des vaisseaux du rein, albuminurie, cylindres dans l'urine, douleurs vives, anurie. Pas d'hydronéphrose.

L'opération amena la guérison. Le rein était simplement mobile, mais il n'était pas hypertrophié.

M. Clarke. — Ces observations nous montrent que l'hydronéphrose s'accompagne toujours d'albumine, dont la présence dans l'urine peut du reste n'être que passagère. Quand je fais la néphrorrhaphie je ne bourre jamais la plaie de gaze iodoformée; malgré cela, dans les cas où j'ai dû ensuite pratiqué la néphrectomie, j'ai toujours eu de la peine tant le rein était bien fixé. Quand je fais la néphrorrhaphie, je sectionne la capsule, je fais à l'aide du bistouri quelques excoriations à la surface du rein, puis je fixe cet organe par deux ou trois sutures que je passe à travers la substance rénale.

Thrombose spontanée des veines et sinus cérébraux dans la chlorose.

M. Dickinson. — Ces thromboses surviennent plus fréquemment dans la chlorose que dans toute autre maladie. On sait en effet combien, dans cette maladie, le sang a de tendance à se coaguler. Dans un des cas que j'ai observés, on trouva à l'autopsie de la pneumonie d'une partie d'un des poumons. Cela est important, car le sang des pneumoniques est riche en fibrine et des coagulations peuvent se faire dans le cœur droit. Cependant la thrombose des sinus est rare dans la pneumonie; sur 367 cas de pneumonie que j'ai vus, je n'ai constaté que 7 fois des thromboses des autres veines. Sur ces 7 sujets, 4 appartenaient au sexe féminin et 2 avaient de la chlorose. On sait que la présence de l'acide carbonique favorise la coagulation du sang; il est probable que le sang des chlorotiques est très riche en acide carbonique. Si l'on trouve relativement rarement la thrombose des sinus, c'est que dans ces canaux les conditions mécaniques sont très favorables à la circulation du sang et que le sang veineux cérébral est pauvre en acide carbonique. Les petites thromboses des sinus n'entraînent pas toujours la mort et sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit.

Dans certains cas de chlorose on observe des névrites optiques avec des céphalées qui sont hors de proportion avec l'anémie. Or, on sait que la névrite optique et la céphalée intense sont les deux signes principaux de la thrombose des sinus.

M. Duckworth. — Il y a bien des années j'ai vu une jeune femme ayant une chlorose très accentuée. Il y avait une céphalée intense et la malade mourut. A l'autopsie on trouva une thrombose des sinus cérébraux. D'autre part j'ai vu une femme de 35 ans, malade depuis trois semaines à la suite de son accouchement et ayant une phlegmatia alba dolens. Il y avait une céphalée atroce, de la névrite optique et de petites attaques convulsives. On fit le diagnostic de thrombose des sinus et la malade mourut. A l'autopsie, on trouva de nombreux thrombus dans les veines cérébrales et les sinus. Le traitement doit consister en ammoniaque, alcool, fer.

M. Spurrel. — Une fille de 13 ans était atteinte d'une affection qu'on avait prise d'abord pour une scarlatine; il y avait une céphalée intense, de la fièvre, de la rigidité du cou; elle était dans le coma. Les pupilles étaient également dilatées, mais ne réagissaient pas à la lumière; il n'y avait que peu ou point de névrite optique. Elle mourut au bout d'une semaine. A l'autopsie, on trouva une grande abondance de liquide céphalo-rachidien; la couche optique droite paraissait hypertrophiée; elle était en état de ramollissement rouge; une couche de lymphe fibrineuse recouvrait les plexus choroïdes; la veine de Galien du côté droit était thrombosée; il y avait aussi dans la grande veine de Galien un caillot se prolongeant dans le sinus droit. La malade était un peu anémique; elle n'avait pas de maladie de cœur.

M. Buzzard. — Je soigne actuellement à l'hôpital une jeune femme de 18 ans, entrée depuis 1 mois; je crois, bien qu'elle soit en voie de guérison, qu'elle a eu l'affection qui nous occupe. Elle a eu pendant un an des douleurs des deux côtés de la face. Il y a 2 mois, elle a eu une série de crises s'accompagnant de cris et suivies de perte de connaissance persistant pendant plusieurs heures. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a eu une céphalée très intense; le membre inférieur droit gonfla alors depuis l'aine jusqu'au pied. Quand elle entra à l'hôpital, elle avait des signes de chlorose et était très faible, mais elle n'avait pas de paralysie définie; il y avait de la névrite optique double et la céphalée intense continuait. Le chiffre de l'hémoglobine n'était que de 50 p. 100. Sous l'influence du fer, la malade alla mieux et la névrite optique disparut. Le chiffre de l'hémoglobine est actuellement de 80 p. 100.

Maladie d'Addison traitée par l'extrait de capsules surrénales.

MM. Ruiger et **Phear.** — Sur 9 cas dont j'ai eu connaissance qui ont été traités par cette méthode, il y a eu 5 améliorations, bien que le traitement ait encore duré trop peu de temps pour qu'on puisse se prononcer. Dans 2 cas il n'y eut aucune amélioration; dans un autre cas il n'y eut que fort peu de changements; dans un autre cas la maladie se termina par la mort malgré le traitement. Chez certains le tissu des capsules surrénales fut administré par la bouche; dans d'autres cas on fit des injections hypodermiques. J'ai récemment soigné un cas par cette méthode, à l'hôpital. Une femme de 28 ans présentait depuis 2 ans les signes de la maladie d'Addison, avec faiblesse, vomissements, pigmentation de la peau. Pas de signes de tuberculose. J'appliquai le traitement à l'extrait de capsules surrénales. Il y eut une amélioration rapide dans l'état général et la pigmentation diminua; les vomissements persistèrent cependant. L'amélioration dura 4 semaines, puis la malade alla plus mal; l'état général devint très mauvais, le cœur s'affaiblit, la mort survint 6 semaines après le début du traitement.

M. Parkinson. — Un homme de 31 ans, sans symptômes d'affection pulmonaire, présentait les signes de la maladie d'Addison. On le traita par l'extrait de capsules surrénales. Les vomissements cessèrent, mais le malade n'en continua pas moins à s'affaiblir et mourut.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 15 Janvier.

La sérothérapie dans la syphilis.

M. Neumann, après avoir passé en revue les recherches faites sur cette question par Tourmasolli, Kollman, Fournier et Feulard, Richet, Gilbert et autres, a rapporté les essais de sérothérapie et d'hémothérapie dans la syphilis faits dans son service. Ces essais ont été faits avec du sérum de mouton et du sérum du sang de deux syphilitiques tertiaires et ont porté sur cinq syphilitiques dont trois à la période tertiaire avec des gommes. Les résultats furent très incertains et, dans aucun cas, les injections n'ont paru exercer d'action manifeste ni sur les manifestations syphilitiques, ni sur l'évolution de la diathèse.

Ces essais ne peuvent naturellement pas trancher la question, d'autant moins que, dans certains cas, ceux de Gilbert et Fournier, de Wieworowski, de Pellizzari, etc., la sérothérapie a semblé donner des résultats tout à fait surprenants. La question mérite donc d'être étudiée à nouveau sur ce point, de façon à réunir un grand nombre de cas permettant alors de porter un jugement définitif.

M. Hock se demande si le lait de la mère non syphilitique ne renferme pas de substances antitoxiques jouant un rôle pour son enfant hérédo-syphilitique.

M. Teleki ne pense pas que ces substances existent dans le lait, car les hérédo-syphilitiques qui ont des accidents ne guérissent que par un traitement spécifique quand même ils sont allaités par leurs mères.

M. Neumann fait observer que le virus syphilitique ne se trouve pas plus dans le lait que dans la sueur, le sperme, le pus, etc., des syphilitiques.

M. Hock réplique que la mortalité des hérédo-syphilitiques allaités par leurs mères est moins grande qu'en cas d'alimentation artificielle. L'absence du virus syphilitique dans le lait n'est pas une preuve de l'absence des substances antitoxiques dans ce liquide.

Influence du système nerveux sur la sécrétion du suc gastrique.

M. Schneyer a étudié sur des chiens l'effet que l'excitation du pneumogastrique et du grand sympathique exerce sur la sécrétion du suc gastrique. Il a trouvé que l'excitation du grand sympathique et du pneumogastrique au cou provoque une sécrétion gastrique qui se manifeste très rapidement après la cessation de l'excitation. Si l'on excite le bout central du pneumogastrique, la sécrétion n'a pas lieu. Il s'ensuit que le pneumogastrique est le nerf sécrétoire de l'estomac.

Chez les animaux soumis au jeûne, le sucre gastrique renferme des chlorures fixes, ne contient pas d'acide chlorhydrique libre et était impropre aux digestions.

Chez des chiens à jeun, ayant reçu un lavement alimentaire, l'excitation du pneumogastrique provoque la sécrétion d'un suc gastrique contenant des chlorures et de l'acide chlorhydrique libre et doué de propriétés digestives. Si l'on nourrit un animal exclusivement par la voie rectale, ses glandes stomacales conservent la propriété de former de l'acide chlorhydrique libre. La transsudation des chlorures fixes est une condition de la formation de l'acide chlorhydrique libre, seulement l'acide se forme dans les glandes non exclusivement après la transsudation des chlorures fixes.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 Janvier 1896.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

M. Englisch. — Les inconvénients inhérents à la castration double en tant que traitement de l'hypertrophie de la prostate ont conduit à essayer successivement la castration unilatérale qui n'a réussi que dans 4 cas, et la ligature ou la résection du cordon.

Les expériences sur les animaux ont montré que la ligature du canal déférent n'exerce aucune influence sur la forme et la structure du testicule, que les fonctions génitales restent conservées bien que la stérilité absolue reste le résultat obligatoire de cette intervention chez l'homme. Ce fait a été constaté il y a déjà longtemps par Bardenheuer qui a pratiqué la résection de l'épididyme et d'une partie du canal déférent dans un cas de tuberculose testiculaire. D'autres recherches, celles de White en particulier, ont encore montré que la ligature double des canaux déférents amène l'atrophie de la prostate sans modification des testicules.

Il y a quelque temps, M. Englisch a eu l'occasion de pratiquer cette opération chez un prostatique de 67 ans, atteint de rétention d'urine. La section a été faite au thermocautère, et au 9e jour après l'intervention le malade pouvait uriner spontanément et vider complètement sa vessie. La diminution de la prostate ne s'est manifestée qu'au bout de quinze jours.

La résection des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate a été faite jusqu'à présent dans 102 cas; 43 fois on a obtenu la diminution du volume de la prostate et la disparition des phénomènes vésicaux et urinaires; dans 57 cas la prostate a gardé ses dimensions d'avant l'opération.

Quant au traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'ingestion de parenchyme prostatique, traitement préconisé par Reinert, M. Englisch l'a essayé dans 4 cas d'hypertrophie. Chez tous les quatre, les mictions sont devenues moins fréquentes dans la nuit et l'urine est devenue plus claire; en outre, on a constaté chez 2 une diminution du volume de la prostate.

M. Tropolanski montre une malade qui présente sur les régions temporales droite et gauche un œdème particulier et une éruption de vésicules. La malade attribue son affection à une morsure qui lui a été faite. Comme les vésicules et l'œdème ont été accompagnés d'un mouvement fébrile, on peut supposer qu'il s'agit là d'un érysipèle.

M. Kohn présente une malade dont la main droite est le siège d'une tuméfaction particulière qui suit le trajet des veines. La tumeur n'est pas pulsatile mais saigne abondamment à la moindre éraillure.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

L'ictus laryngé dit essentiel.

D'après la thèse de M. J. Bédos, Paris, 1895.

En 1876 Charcot décrivit pour la première fois « une névrose rare et singulière, essentiellement caractérisée par une sensation subite, imprévue, de chatouillement au niveau du larynx, provoquant quelques secousses de toux spasmodique et, immédiatement après, une perte de connaissance avec rougeur de la face et quelquefois des convulsions épileptiformes partielles. Le malade revient à lui instantanément avec pleine possession de son intelligence comme si rien ne s'était passé (1). »

Charcot appela cet état « vertige laryngé ». Trois ans plus tard, en 1879, il rapporta une observation de J.-R. Gasquet (2) et deux nouvelles observations personnelles d' « ictus laryngé », comme il l'appela alors (3), et conclut que les accidents groupés sous cette dénomination répondaient à une forme clinique distincte, séparable des autres formes connexes : le vertige *ab aure læsa*, le petit mal épileptique. Il fit remarquer que ces crises ressemblaient aux crises laryngées des tabétiques, mais en 1888 il différencia les deux affections (4).

A la suite de ces premiers travaux parurent en 1882 une observation de Krishaber (5), en 1884 les mémoires de Lefferts, Mac Bride, Russel et Massei (6).

Knight rapporte deux observations, et étudie la question à un nouveau point de vue pathogénique.

L'année d'après, Dauwin et Thermes font paraître, en France, deux importants articles (7), et en 1888 Weill rapporte une observation nouvelle (8).

1. Charcot, *Soc. de Biologie*, 19 novembre 1876, et *Gazette médicale de Paris*, 1876, n° 49, p. 586.
2. Gasquet, *The Practitioner*, août 1878 (anal. in *Rev. des sciences méd.*, 15 avril 1879).
3. Charcot, *Progrès médical*, avril 1879.
4. Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88.
5. Krishaber, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1882.
6. Lefferts, *Arch. of. laryngol.*, 1884. — Mac Bride, *Edimb. med. Review*, 1884. — Russel, *Birminghan med. Review*, 1884. — Massei, *Giorn. internat. delle scienze med.*, 1884.
7. Dauwin, *Journ. de médecine de Paris*, août 1887, p. 200. — Thermes, *ibid.*, juin 1887.
8. Weill, *Rev. de laryngologie*, 1888.

En 1889 Armstrong (1) groupe sous la dénomination de syncope laryngée vingt cas connus et un personnel. En France, Cartaz (2) fait connaître deux nouvelles observations.

Puis paraissent les mémoires de D'Aguano, Gleitsman, Roquer Casadesus, Adler, Newcombe, Philipps, Gaman, Briozola (3). Récemment Ruault, dans le *Traité de Médecine* (4), a rapporté quatre cas d'ictus laryngé essentiel et un cinquième sur lequel il fait des réserves car le malade était syphilitique et soupçonné d'ataxie, et Garel et Collet (5), dans un important mémoire, ont cité vingt-trois cas nouveaux.

Enfin M. Merklen a communiqué tout récemment à la Société médicale des hôpitaux un cas personnel, à propos duquel M. Catrin en a cité deux autres exemples (6). La question vient d'être mise au point par un élève de M. Merklen, M. J. Bédos, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de l'*ictus laryngé essentiel* (7) et rapporté un nouveau fait recueilli dans son service et une observation inédite de M. Lermoyez (8).

Étiologie. — L'ictus laryngé a été considéré comme un accident rare. Toutefois, M. Bédos pense avec Garel et Collet que le nombre des personnes sujettes à cette affection est considérable, mais qu'il faut la chercher et interroger minutieusement les malades à ce sujet.

L'ictus laryngé frappe de préférence le sexe masculin sur 43 observations, M. Bédos trouve 2 femmes seulement.

L'âge moyen où l'ictus fait son apparition est, d'après ces 43 observations, 49 ans : 33 cas sont compris entre 30 et 60 ans, dont 14 entre 40 et 50.

Garel et Collet font remarquer que les malades frappés d'ictus ont le plus souvent une profession sédentaire; ce n'est pas toutefois une règle absolue.

L'arthritisme semble favorable à l'éclosion de l'ictus laryngé. On le trouve dans plus de la moitié des cas, ainsi que le font remarquer Garel et Collet. M. Bédos note 7 fois la goutte, 7 à 8 fois l'obésité, 1 fois le diabète. On retrouve aussi dans la plupart des cas les manifestations arthritiques chez les parents.

L'alcoolisme est noté 3 fois, la syphilis 3 fois.

Au point de vue nerveux, rien de bien particulier : quelques malades sont signalés comme nerveux, impressionnables (Charcot, Weill, Lermoyez).

On remarquera que nous nous sommes attaché à exclure soigneusement toutes les observations où le malade pouvait être suspecté de tabes ou d'épilepsie.

Mais parmi les conditions prédisposantes, les affections de l'appareil respiratoire paraissent avoir une impor-

1. Armstrong, *Medical News*, 1889.
2. Cartaz, *Congrès internat. de laryngologie*, Paris, 1889.
3. D'Aguano, *Arch. italiani de laryngol.*, 1890. — Gleitsman, *New York med. Journ.*, 1891. — Roquer Casadesus, *Rev. de laryng.*, Barcelone, 1891. — Adler, *New York med. Journ.*, 1892. — Newcombe, *ibid.*, 1892. — Philipps, *Medical News*, Philad., 1892. — Gaman, *Pest. med. chir. Presse*, 1893. — Briozola, *Monitor medic.*, Lima, 1893.
4. *Traité de médecine*, t. IV, p. 152.
5. Garel et Collet, *Ann. des mal. de l'oreille et de larynx*, déc. 1894.
6. Merklen, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 oct. 1895, p. 655. — Catrin, *ibid.*, p. 658. — Merklen, *ibid.*, 20 déc.
7. J. Bédos, *De l'ictus laryngé essentiel*, thèse de Paris, 28 nov. 1895.
8. Nous laissons de côté dans cet historique les cas de Sommerbrodt (1876), Landon Carter Gray (*Amer. journ. of. neurol. and psych.* 1882), Bianchi (*Psychiatria*, Napoli, 1883), relatifs à des malades épileptiques.

tance capitale : *presque toujours* les malades sont de vieux tousseurs. Dans 32 observations, en effet, M. Bédos trouve le catarrhe pulmonaire chronique, l'emphysème pulmonaire nettement indiqués.

La tuberculose est notée deux fois (Garel et Collet).

Dans trois observations l'*asthme* coexiste avec l'ictus laryngé. Nous verrons plus loin les rapports des crises d'asthme et des crises d'ictus. — Enfin, dans quatre cas, les malades ont eu leurs crises au cours d'un rhume ou d'une bronchite aiguë; dans deux cas (Thermes) au cours de la *coqueluche*.

Notons que la plupart de ces malades appartiennent à des familles de catarrheux ou d'asthmatiques.

Dans la moitié des cas environ l'on constate un peu de laryngite. Cette dernière se borne toujours, d'ailleurs, à une *légère rougeur*, le plus souvent marginale, *des cordes vocales*. Deux malades avaient la voix voilée (Dauwin, Garel et Collet). Dans une observation de Cartaz on trouve qu'une petite masse charnue partant de la base de la langue vient frotter contre l'épiglotte.

L'examen du pharynx a fait reconnaître de la pharyngite granuleuse chez quatre malades. Cette pharyngite est souvent d'origine nicotinique. Nous parlerons plus loin de l'influence de la fumée de tabac sur l'ictus lui-même.

Dans un cas de Garel et Collet, il est indiqué que la luette est très longue avec un papillome à la base.

Du côté du nez, on trouve dans une observation des polypes, dans deux observations une déviation de la cloison : dans un cas cette déviation est même assez considérable pour obstruer complètement la narine droite.

L'hypertrophie des amygdales est notée une fois.

Enfin, dans l'observation de M. Lermoyez, il y a de la pharyngite sèche et de la laryngite; celle-ci se manifeste par deux symptômes : raucité de la voix et toux quinteuse; au laryngoscope, un peu d'épaississement et de rougeur de la muqueuse. Ces lésions, d'ailleurs, ne sont que la conséquence d'une affection ancienne des fosses nasales (l'empyème combiné de plusieurs sinus) pour laquelle le malade n'a jamais voulu accepter de traitement chirurgical.

Le plus souvent l'ictus laryngé n'a aucune cause occasionnelle appréciable. On a noté la position des malades au moment où est survenue la crise : elle ne paraît avoir aucune influence sur la production de l'attaque. Quelques malades étaient debout, d'autres assis, d'autres couchés ou assis dans leur lit. Un même malade a eu des accès tantôt dans la position assise, tantôt dans la station debout. Un malade de Ruault a toujours eu son accès quand il était assis à la terrasse d'un café; un autre, en se levant.

L'influence des *repas* a été signalée par plusieurs malades : Obs. Ruault II : l'ictus survient toujours au moment des repas. — Obs. Ruault III : l'ictus survient toujours le soir après dîner. — Obs. Garel et Collet II : l'ictus survient une fois après le dîner, une fois avant. — Obs. Garel et Collet XVII : le malade a toujours ses accès après dîner et dans la position assise. — Obs. Garel et Collet XX : le malade a toujours ses accès une ou deux heures après avoir mangé.

Notons aussi l'action de la *fumée de tabac* : le malade de Krishaber est frappé une fois en recevant une bouffée de tabac. Le Dr Dauwin eut une crise alors qu'il fumait assis à son bureau. Un malade de Ruault a toujours eu ses crises quand il fumait ou venait de fumer.

Les relations des *crises d'asthme* avec l'ictus laryngé ne peuvent être définies exactement, car sur trois observations concernant cette coexistence, dans l'une (Charcot) le malade est frappé « en dehors des accès d'asthme et sans cause appréciable » ; dans une autre (Weill) c'est « à propos des violents accès d'asthme » que le malade a sa crise; dans la troisième enfin (Garel et Collet) le malade a eu deux accès d'asthme mais on ne dit pas s'ils ont été ou non suivis d'ictus.

Citons enfin diverses influences qui ont été notées : un malade a été frappé en sortant du café (air froid), un autre au théâtre (air surchauffé), deux autres en faisant leur partie de cartes. Un malade de Garel et Colet a eu une crise en riant aux éclats, une autre en se retenant de rire. Chez un malade, la crise était provoquée par les odeurs de cuisine, de chloroforme, d'éther.

Trois malades pouvaient faire avorter leur crise, l'un en suçant des pastilles, les deux autres en se badigeonnant la gorge à la cocaïne.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'ictus laryngé peut être ainsi décrit : un homme d'une quarantaine d'années, vieux tousseur le plus souvent, sent au niveau du larynx un *chatouillement* qui détermine une *quinte de toux*. Il *perd connaissance*. Généralement sa face est *congestionnée, vultueuse;* quelquefois ses membres sont agités de *mouvements convulsifs*. Presque immédiatement il revient à lui et reprend pleine possession de son intelligence.

Analysons ces divers symptômes :

Chatouillement. — Il est indiqué dans la grande majorité des observations. C'est, d'après les malades, un petit picotement au niveau du larynx, analogue, la plupart du temps, au picotement qu'on ressent dans la toux ordinaire.

Un malade de Charcot, le Dr W... le définit : un sentiment particulier de brûlure et de chatouillement très pénible au niveau du larynx. Dans une observation de Garel et Collet, c'est « une sensation de resserrement au gosier ». Dans deux autres, c'est « une sensation des trangulation », c'est « un chatouillement laryngé intense avec sensation d'étouffement ».

Certains malades le localisent au niveau du sternum (Garel et Collet VII). Dans la première observation de M. Bédos, nous voyons que c'est « un picotement au larynx avec gêne rétrosternale ».

Toux. — Elle est le plus souvent quinteuse, spasmodique, violente. Dans trois observations cependant, les malades ont une petite toux *sèche*. D'autres malades n'ont leur attaque qu'après une *légère* quinte de toux (Krishaber, Garel et Collet).

Dans l'observation I de Garel et Collet, le malade fut pris une fois après une toux légère, une fois après trois ou quatre secousses de toux; dans les observations IX et XII, l'accès arrive après « un seul coup de toux ».

La toux est parfois *dyspnéique*. Le Dr Dauwin déclare qu'il « se sentait graduellement asphyxier », pendant la quinte et dans l'observation de Weill, il est dit que la toux était « accompagnée d'anxiété asphyxique ».

En somme, l'on peut dire « qu'en règle générale l'ictus accompagne les quintes les plus violentes; mais il n'y a pas un rapport forcé entre l'apparition de celui-ci et la violence des quintes de toux » (Garel et Collet).

Notons, en terminant, que chez un malade de Garel et Collet, la toux était produite par le frottement du linge à la hauteur du larynx, quand il se lavait, et que chez un des malades de M. Merklen, on peut encore provoquer une quinte de toux avec cyanose de la face par une légère pression au niveau du larynx.

Perte de connaissance. — Garel et Collet sont d'avis

que la perte de connaissance est *toujours complète*. M. Bédos conclut, au contraire, que si l'ictus laryngé est le plus souvent nettement caractérisé, c'est-à-dire avec perte de connaissance complète, il est des cas assez nombreux où celle-ci est *incomplète*. Par exemple :

Dans deux observations de Charcot, le malade n'a eu qu'un simple sentiment vertigineux, une simple menace de suffocation. Krishaber écrit que son malade a eu quelquefois « une légère obnubilation, un étourdissement ». Dans un cas de Cartaz, il y eut une fois « après un accès de toux une obnubilation de quelques secondes ». Dauwin déclare n'avoir pas eu la première fois « la sensation de la perte complète de connaissance ». Un malade de Garel et Collet a « quelquefois, après les fortes quintes, un éblouissement sans perte de connaissance » ; un autre a « quelquefois, après le repas, une toux violente et un éblouissement passager ». Un troisième a eu 5 crises incomplètes, c'est-à-dire sans *perte de connaissance complète*, mais avec vertige et bourdonnements d'oreilles ». Enfin, une autre observation note que lorsque les quintes sont violentes, « le malade est obligé de prendre un point d'appui ».

Dans tous ces faits, les malades ont eu, à côté des crises incomplètes, des ictus vrais, nets, complets. Mais dans la première observation de Charcot, le malade n'a eu qu'une crise et cette crise a été incomplète : « pendant la durée d'une quinte, il s'affaissa sur lui-même et se releva presque aussitôt. Mais il n'avait *pas perdu complètement* connaissance ». Dans la seconde observation de M. Bédos, le malade, vieux tousseur, n'a jamais eu, après de violentes quintes, que des étourdissements l'obligeant à se cramponner au premier objet venu. De même, dans l'observation de M. Lermoyez, il n'y a eu que des crises incomplètes d'ictus laryngé atténué.

On peut donc, avec M. Bédos, diviser l'ictus laryngé essentiel en ictus *complet* et ictus *incomplet*, ou bien encore en ictus laryngé proprement dit et vertige laryngé (1).

Congestion et pâleur de la face. — Dans le plus grand nombre des cas, on a noté, pendant l'ictus, la congestion de la face, qui est rouge, turgescente, violacée, cyanosée, etc. Dans 10 cas, il est indiqué que cette congestion était suivie de pâleur; dans 9 autres cas, on n'a pas remarqué la pâleur consécutive.

Dans 3 cas, au contraire, on a noté la pâleur du visage pendant l'ictus (Krishaber, 2 cas de Garel et Collet).

Pouls. — Le pouls n'a été que rarement observé, car le médecin ne voit presque jamais le malade pendant l'attaque. Pourtant, Thermes eut une fois cette occasion et dit : « Les battements du cœur étaient à peine perceptibles. Puis le pouls revint petit à petit... » Kurz assista également à la crise d'un de ses clients : le pouls était très faible et lent. Comme l'a fait remarquer M. Merklen, à ce point de vue, l'expression de syncope laryngée proposée par Armstrong serait légitime.

Mouvements convulsifs. — Ils accompagnent fréquemment l'ictus, quelquefois le suivent. Les convulsions les plus fréquentes sont celles du membre supérieur.

D'autres fois, il est bien noté qu'il n'y a pas eu de convulsions (13 observations). Dans tous les cas, il n'y a jamais eu de convulsions *toniques*.

Durée de l'accès. — On ne peut la fixer exactement; mais dans la plupart des cas, la crise a été fort courte : quelques secondes. Le Dr Dauwin dit lui-même à propos de son ictus : « Les derniers mots qu'avait tracés ma plume, encore frais et humides, attestaient le peu de durée de la crise ». Il y a quelques exceptions. Dans un cas de Charcot, la durée de l'accès est de deux à trois minutes, ainsi que dans celui de Gasquet. Dans une observation de Thermes, la durée est d'une à deux minutes. Un malade de Garel et Collet a eu une fois une crise très courte; une autre fois la crise a duré une demi-minute.

Après la crise. — Presque tous les malades s'accordent à reconnaître que, la crise passée, ils n'ont éprouvé aucun malaise et ont repris immédiatement possession d'eux-mêmes, comme par exemple le malade de Charcot qui « reprend la conversation un instant interrompue ». Dans quelques cas, il a été noté un peu d'hébétude : ainsi, dans un cas de Charcot et dans celui de Gasquet, « le malade reste un moment étourdi ». Le malade de Weill a la tête lourde et de l'oppression. Dans un fait de Garel et Collet, le malade est abattu pendant un quart d'heure.

Mais on remarque l'absence de toute dépression; de plus on n'a jamais noté de morsure de langue, ni de paralysie, ni de miction involontaire (1).

Marche et fréquence. — Comme leur durée, la fréquence des crises d'ictus laryngé est difficile à fixer.

Un malade de Charcot a eu 15 crises en un jour; un autre 3 ou 4.

Par contre, un malade de Ruault en a eu 3 en 35 ans, à 15 ou 18 ans d'intervalle.

Quelques malades n'ont eu qu'un seul accès complet dans leur vie. D'autres en ont tous les hivers. D'autres encore ont des éblouissements fréquents et de temps en temps une perte complète de connaissance. Dans la seconde observation de M. Bédos, il y a environ un étourdissement par mois à l'occasion d'une forte quinte de toux. Dans un cas de Garel et Collet, le malade voit le nombre de ses accès redoubler à propos d'une laryngo-bronchite. On ne peut donc nettement définir la marche et la fréquence des accès : « on peut simplement poser en règle générale que les accès très fréquents sont d'ordinaire liés à une poussée aiguë du côté des voies respiratoires et cèdent généralement avec elle pour revenir de même : que les accès rares sont beaucoup plus capricieux, et que le malade ne peut jamais se considérer comme préservé de leur retour, puisqu'ils apparaissent quelquefois à des intervalles très éloignés » (Garel et Collet).

Diagnostic et pronostic. — L'ictus laryngé est d'un diagnostic facile.

Il se distingue, ainsi que le fit remarquer Charcot, du *vertige de Ménière*, lequel est annoncé en général par une exacerbation brusque des sensations auditives telles que bourdonnements, sifflements, etc. et est suivi de nausées, quelquefois de vomissements.

Il se distingue aussi du *petit mal épileptique*. L'absence de toute dépression et de tout épuisement, suites forcées de la crise d'épilepsie, suffit à différencier les deux atta-

1. D'ailleurs, si Garel et Collet pensent que la perte de connaissance est toujours complète, quelques pages avant ils écrivent ceci : « Il s'en faut que toutes les quintes aboutissent à une perte de connaissance; la plupart de ces malades toussent depuis fort longtemps et cependant l'ictus ne survient chez eux qu'exceptionnellement. Ils éprouvent pendant les quintes des sensations pénibles d'étouffement... plusieurs d'entre eux ont pendant les accès des éblouissements... ou encore une ou deux secondes d'absence qui ne s'accompagnent pas de chute». Quelques auteurs considèrent de tels cas comme des ictus avortés.

1. Notons cependant que dans l'observation XV de Garel et Collet, il est écrit que le malade avait rarement des mictions et des selles involontaires, « probablement par relâchement des sphincters sous l'influence d'une forte quinte de toux ».

ques. De plus nous avons vu qu'il n'y avait jamais dans l'ictus laryngé de morsure de langue, jamais de miction involontaire. Enfin l'âge des malades frappés d'ictus laryngé n'est plus celui de l'épilepsie, et la perte de connaissance est nettement précédée d'une quinte de toux.

Reste à faire le diagnostic de l'ictus laryngé essentiel avec l'ictus laryngé des *tabétiques*.

Il y a deux sortes de crises laryngées tabétiques. Charcot les a décrites en 1888. Les unes, crises intenses ou très intenses, sont caractérisées par une véritable apnée avec menace de mort et convulsions épileptiformes. Quelquefois on a observé dans ces cas la mort subite. On ne pourra évidemment pas confondre ces crises avec l'ictus laryngé simple lequel, nous l'avons vu, n'a jamais une suite aussi funeste et a pour signe pathognomonique la perte de connaissance, non l'apnée.

Mais il y a chez les ataxiques une seconde forme de crises laryngées consistant en une toux quinteuse avec perte de connaissance, crises absolument analogues à celles que nous venons d'étudier. M. Dieulafoy les décrit ainsi : « Les troubles laryngo-bronchiques peuvent survenir dès la première période du tabes. Ils sont caractérisés par des accès de toux quinteuse, coqueluchoïde, avec des spasmes de la glotte et sensation d'étouffement. Parfois ces accès sont violents, accompagnés de vertige, de vomissements, et même dans quelques cas de convulsions épileptiformes et de perte de connaissance avec chute du malade; c'est l'ictus laryngé (1). » La description de ces crises est donc bien identique à celle que nous avons donnée de l'ictus laryngé essentiel. On se basera pour faire le diagnostic, non sur les symptômes de l'accès lui-même, mais sur la présence ou l'absence chez les malades des autres symptômes du tabès : douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture, absence des réflexes rotuliens, troubles visuels, signe de Romberg, etc. que l'on peut déceler chez les ataxiques et qui ne sont jamais notés dans les observations d'ictus laryngé essentiel. On n'oubliera pas toutefois que le laryngisme tabétique pourrait se manifester à la période préataxique du tabès. Par contre il est permis de se demander avec M. Bédos si les tabétiques n'ont pas quelquefois le simple ictus laryngé des arthritiques et des vieux tousseurs, indépendant de leurs lésions nerveuses.

Enfin ces cas d'ictus laryngé essentiel où on ne trouve parfois qu'un peu de rougeur des cordes vocales diffèrent absolument des crises que l'on peut rencontrer dans les affections laryngées graves. Dans ce dernier cas, en effet, l'ictus est unique et toujours mortel (2).

Le pronostic de l'ictus laryngé essentiel est, au contraire, toujours favorable. Cette affection « plus effrayante en apparence que dangereuse en réalité » comme la juge le docteur Dauwin, ne met jamais en danger les jours du malade. Nous verrons en outre que nous possédons un certain nombre de médicaments capables d'enrayer la crise. Il y a donc un grand intérêt à la connaître exactement et à la différencier des autres affections similaires que nous venons de nommer.

Pathogénie. — La pathogénie et la nature de cette singulière affection sont encore bien mal connues.

Nous devons tout d'abord rejeter l'opinion qui la rattache à l'épilepsie, puisque nous avons eu soin d'éliminer les cas relatifs à des épileptiques, bien que les limites de l'épilepsie soient, à vrai dire, assez difficiles à préciser aujourd'hui.

Charcot qui avait tout d'abord appelé ce syndrome « vertige laryngé » l'assimilait au vertige de Ménière. Au lieu du nerf auditif, le nerf excité était le laryngé supérieur. Charcot voyait dans cette affection un trouble réflexe causé par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures. « Les symptômes prémonitoires, disait-il, semblent désigner le larynx ou les régions supérieures de la trachée comme étant le point de départ de tous les accidents. »

Gasquet faisait intervenir une vaso-dilatation réflexe de l'artère vertébrale et de ses rameaux labyrinthiques, d'où résulterait une augmentation de tension dans le labyrinthe et des troubles de l'équilibre par action sur les canaux semi-circulaires.

Pour Cartaz « il semble qu'il y ait là, dans la majorité des cas, un trouble nerveux réflexe dont le point de départ est une hyperesthésie de la muqueuse laryngée et qui détermine par des phénomènes d'inhibition sur le pneumogastrique et les centres bulbaires une véritable sidération passagère. »

En 1886, Knight avait proposé une théorie que Garel et Collet, dans leur important mémoire de décembre 1894, ont reprise et développée, et que nous appellerons théorie *circulatoire*, l'ictus s'expliquant ici par un trouble de la circulation encéphalique. A la vérité, ils font bien de l'ictus laryngé un réflexe qui a son point de départ au niveau du larynx ou des bronches; ils accordent bien le rôle initial à l'état de congestion ou d'inflammation de la muqueuse laryngée; mais, se basant sur les troubles de la circulation de la face, sur le pouls faible et lent, ils pensent que les excitations parties du nerf laryngé supérieur retentissent sur les centres par l'intermédiaire de la circulation, et en arrivent à cette conclusion : la perte de connaissance s'explique tout naturellement par l'anémie de la substance corticale du cerveau, comme dans la syncope ordinaire. Mais, dira-t-on, dans la grande majorité des observations on a noté de la congestion, parfois même très intense, de la face : il n'y a donc pas anémie cérébrale. Garel et Collet réfutent l'objection en disant : la congestion de la face, notée dans la plupart des cas, n'est que de la congestion veineuse. Il y a, en réalité, anémie artérielle et c'est là la véritable anémie encéphalique, « les deux conditions sont réunies pour laisser au contact des cellules nerveuses le moins d'oxygène et le plus d'acide carbonique possible, et l'anémie artérielle et la congestion veineuse, loin de se contrarier, ne font qu'additionner leurs effets (1). »

Récemment, M. Merklen a proposé une théorie où il est tenu compte des deux éléments : troubles circuloires, hyperexcitabilité de la muqueuse laryngée. L'excitation du nerf laryngé par le chatouillement du début provoque la toux; la toux détermine la cyanose de la face (augmentée encore par l'emphysème et la toux habituelle). A ce moment, le dégorgement du système veineux ne se fait plus que difficilement; comme conséquence de cette rétention veineuse il y a anémie artérielle, le ventricule gauche ne lançant dans l'aorte qu'une ondée sanguine insuffisante pour assurer l'irrigation des centres nerveux. L'anémie bulbaire qui en résulte ne peut que favoriser les phénomènes d'inhibition qui résultent de l'excitation laryngée, c'est-à-dire la syncope.

1. Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*.

2. La mort subite dans les laryngites graves a été particulièrement étudiée par M. Caillard, dans sa thèse de Paris, 1892. M. Caillard rapporte deux observations : la première concerne un malade atteint de tuberculose des voies aériennes; la seconde un malade atteint d'une laryngo-sténose syphilitique : mort subite dans les deux cas. M. Ruault en rapporte quatre observations dans le *Traité de médecine*, t. IV.

1. Garel et Collet, *loc. cit.*

Quelle que soit la théorie proposée pour expliquer le mécanisme de la perte de connaissance, pour tous les auteurs, le point de départ des accidents est l'hyperexcitabilité de la muqueuse laryngée. Or cette hyperexcitabilité ne se justifie nullement par l'état de la muqueuse et il y a une disproportion énorme entre les lésions observées, toujours minimes, et l'intensité parfois effrayante de la crise. Il faut donc faire une place importante à l'élément névropathique et l'on est amené à envisager l'ictus laryngé essentiel comme une sorte de névrose, comme une névrose laryngée spasmodique, ayant des affinités avec l'asthme.

Comme l'ictus, en effet, l'asthme est parfois occasionné par les causes les plus légères, une émotion, le rire, certaines odeurs. Les polypes du nez se trouvent dans l'étiologie des deux affections. La prédisposition neuro-arthritique héréditaire joue un rôle semblable dans l'une et l'autre (1). Il y a là des analogies suffisantes pour qu'on puisse rapprocher au point de vue nosographique les deux affections paroxystiques.

Traitement. — Il y a lieu de considérer le traitement de la lésion causale et le traitement de la crise.

Le traitement de la cause s'adressera à l'état laryngotrachéal. On mettra donc en usage contre l'affection chronique des voies respiratoires, le plus souvent cause première de l'ictus laryngé, les moyens thérapeutiques appropriés. On fera disparaître les lésions ou causes locales : si la luette est trop longue on pratiquera l'uvulotomie. Dans les cas où l'on observera des polypes du nez, on procédera à l'extirpation de ces tumeurs.

On se trouve bien dans les cas de laryngite des badigeonnages du pharynx et du larynx avec une solution à 1 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. On pourra encore employer cette solution en pulvérisations. La révulsion (pointes de feu, teinture d'iode au-devant du cou) est aussi un excellent moyen thérapeutique. La privation de tabac, chez les grands fumeurs, peut faire disparaître les attaques (Ruault.)

Dans les cas de pharyngite chronique avec hypertrophie du tissu adénoïde, nous avons vu employer avec succès les cautérisations de la base de la langue au chlorure de zinc (Cartaz).

Pour le traitement de la crise elle-même, on aura recours à deux médicaments qui tous les deux ont donné d'excellents résultats; ce sont : *le bromure de potassium* à dose assez élevée, jusqu'à 5 et 6 grammes par jour, préconisé par Charcot, *l'antipyrine* à la dose de 2, puis de 3 grammes par jour, qui a pleinement réussi dans les observations de M. Merklen et de M. Lermoyez. C'est après avoir pris connaissance des bons effets de l'antipyrine obtenus par Merklen que M. Lermoyez a eu l'idée d'employer le même médicament. Il est à remarquer que, dans les deux cas, la médication antipyrinique a fait disparaître rapidement les crises d'ictus sans supprimer la toux. Ajoutons que M. Merklen vient de communiquer à la Société des hôpitaux une nouvelle observation, due à M. Tuefferd (de Montbéliard), et dans laquelle l'antipyrine eut le même succès.

Ch. Achard.

1. Brissaud, *Traité de médecine*, t. IV.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical du pied bot paralytique.

D'après la thèse de M. le Dr Brunswic.

Le pied bot consécutif à la paralysie infantile, ou plus simplement le pied bot paralytique, se présente, suivant le laps de temps écoulé depuis le début de l'affection, sous deux formes. Ou bien l'on en est encore à la période de flaccidité (généralement transitoire mais qui exceptionnellement peut durer fort longtemps) et le pied est, suivant l'expression consacrée, *ballant*, c'est-à-dire que le pied pend passivement au bout d'une jambe dont tous les muscles sont paralysés et atrophiés et qu'on peut lui imprimer tous les mouvements articulaires comme on les produirait sur un pied de cadavre disséqué et réduit aux ligaments; — ou bien, cette phase étant passée, on se trouve en présence de ce qu'on appelle le pied bot secondairement fixé, c'est-à-dire que des rétractions musculaires et tendineuses sont survenues, quelques muscles seuls restant paralysés et atrophiés. Si même le cas est très ancien et très grave, des déformations osseuses ont pu se surajouter, dont peuvent rendre compte les modifications apportées par la rétraction musculaire dans le rapport réciproque des surfaces osseuses normalement en contact.

Ballant ou secondairement fixé, une notion fondamentale domine le traitement du pied bot, c'est l'état de la musculature. Les muscles paralysés et atrophiés sont-ils perdus sans retour, c'est-à-dire l'examen électrique démontre-t-il que la lésion est irrémédiable ou mieux peut-être la lésion paralytique a-t-elle un an de date, il ne saurait être question d'un autre traitement que du traitement chirurgical : il faut faire appel aux moyens sanglants. Au contraire, la lésion est-elle récente, les muscles frappés ne le sont-ils pas d'une façon définitive, ce que montre l'examen électrique, en un mot le pied bot n'est-il pas invétéré, le traitement est du ressort de la médecine ou du moins des traitements non sanglants : c'est l'électricité, peut-être quelquefois le port, provisoire bien entendu, d'un appareil orthopédique le plus simple qu'il soit possible, des exercices variables suivant les cas, tous moyens dans l'étude desquels nous n'entrerons pas. Est-ce à dire pour cela que le chirurgien dans ce cas ne doit pas intervenir? Nullement. Les moyens sanglants ont un rôle accessoire, l'intervention est palliative et non curative, mais elle est dans certains cas indispensable. Pour que le traitement médical ait son maximum d'effet, pour pouvoir appliquer, si provisoirement que ce soit, un appareil orthopédique, pour que la marche et les divers exercices nécessaires soient possibles et utiles, il faut que le pied soit dans une bonne position. Dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi et la rétraction musculaire a déjà agi, rendant la réduction du pied impossible. Aussi, avant tout traitement le chirurgien devra-t-il intervenir.

Cette intervention se réduira le plus souvent à une simple ténotomie. Sans doute quelquefois il y aura lieu de sectionner à la fois l'aponévrose plantaire interne et les muscles sous-jacents, d'autres fois même il faudra pratiquer l'opération de Phelps, c'est-à-dire l'incision de toutes les parties molles au bord interne du pied, mais ce sera l'exception. Dans la pratique, le plus souvent il s'agit d'un pied bot *varus équin* que la section simple du tendon d'Achille permet de redresser complètement.

Nous allons dire comment il faut faire cette section, et parce que, dans le cas particulier qui nous occupe, elle doit très souvent être pratiquée et parce que, d'autre part, elle constitue généralement le premier temps de l'intervention plus complexe qu'exigent les pieds bots invétérés.

Voici comment on procède : incision verticale de 1 centimètre à travers de doigt au-dessus de l'insertion calcanéenne (la crainte d'une chéloïde ultérieure ne peut arrêter dans cette région et on a ainsi l'avantage de voir ce que l'on a fait); à égale distance des deux bords de l'incision un coup de pointe pour dénuder le tendon dont la gaîne contient dans ses parois les vaisseaux du tendon, c'est-à-dire ses moyens de régénérations, section de ce tendon qu'on rend rigide en essayant de fléchir le pied. Le tendon est coupé, l'*équinisme* est réduit; un coup d'éponge et un crin de Florence et l'opération est faite. — Il faut, bien entendu, une fois la forme normale, l'orthomorphie obtenue, placer le pied en bonne position : les bouts de tendon s'écartent et la réparation se fait. Le procédé le plus simple consiste à mettre le pied à angle droit, voir même légèrement à angle aigu sur la jambe, dans une gouttière plâtrée : il faut bien veiller, ce point est capital, à ce que cette position se conserve pendant la solidification de l'appareil qui, il faut le faire remarquer, ne doit pas être trop serré à cause de sphacèle possible.

Quand la cicatrisation est complète, on pourra permettre la marche et l'aider au besoin, comme nous l'avons dit, par un appareil orthopédique provisoire très simple qu'il faudra surveiller avec le plus grand soin car la moindre pression continue sur ces membres mal nourris et atrophiés détermine des ulcérations qui, arrêtant et le port de l'appareil et la marche elle-même, compromettent sérieusement le succès du traitement.

La ténotomie faite permet de bénéficier au maximum des moyens de traitement médicaux dont nous avons parlé : le résultat opératoire est toujours excellent et se poursuit pendant plusieurs mois. Il peut rester définitif si les muscles atrophiés ou plutôt dystrophiés tendent à l'amélioration, mais il est loin d'en être toujours ainsi et le tendon, organe passif qui ne peut opposer qu'une résistance mécanique, partant limitée, à la rétraction musculaire constante, se laisse peu à peu distendre et la difformité se reproduit : c'est une rechute, le pied bot est devenu invétéré et il n'y a plus qu'à faire appel aux moyens chirurgicaux curateurs, à ceux qu'il faut employer d'emblée lorsqu'on se trouve en présence de tout pied bot paralytique invétéré quelle que soit la déformation dont il s'agisse.

Quelle sera l'intervention? Pour nous, le véritable traitement du pied bot paralytique, qu'il soit total ou partiel (dès l'instant qu'il est établi que les muscles atteints sont perdus), c'est l'*arthrodèse*, qui consiste à rechercher de parti pris la soudureosseuse entre les différentes pièces du tarse et entre le tarse et la jambe, de façon à maintenir indéfiniment le pied en bonne position, c'est-à-dire à angle droit sur la jambe. Le malade marchera de la sorte sur la plante du pied : la démarche manquera sans doute de souplesse mais il marchera et sans appareil; l'arthrodèse aura fait de son squelette un véritable appareil orthopédique interne, un « pilon vivant », suivant l'expression de son inventeur, Albert (de Vienne).

Ce n'est pas que nous méconnaissions les succès dus à la tarsetomie, mais nous croyons que ces succès ne sont que d'heureuses exceptions : sans doute la tarsetomie peut, comme dans le pied bot congénital, venir à bout des difformités d'un pied bot paralytique invétéré (il ne s'agit pas ici du pied ballant), mais les muscles malades et non pas sains comme dans le pied bot congénital vont continuer leur travail de rétraction, et la déformation, les os étant mobiles, se reproduira fatalement, — à moins qu'il n'y ait eu fusion osseuse entre les surfaces de section et qu'au lieu du tarse mobile, quasi-normal, que l'on cherche à obtenir, on n'ait un bloc soudé à la jambe et par conséquent non susceptible d'obéir aux tractions déformatrices des muscles survivant à la paralysie. Mais ce résultat peut être obtenu à moins de frais par l'arthrodèse, c'est pour cela que nous croyons que c'est le traitement de choix et que la résection partielle du tarse dans certains cas de déformations osseuses ne nous semble qu'un temps complémentaire et le plus souvent inutile de l'intervention.

Voici comment nous avons vu pratiquer cette opération à l'hôpital Trousseau, par notre maître, M. Broca.

L'enfant étant soumis aux règles préparatoires habituelles de toute intervention chirurgicale, sur lesquelles nous n'insistons pas, on ne met pas la bande d'Esmarch l'hémorrhagie étant toujours à peu près nulle.

Le premier temps consiste généralement dans la section du tendon d'Achille, nécessaire pour amener la réduction du pied. Cette section étant faite comme nous l'avons dit précédemment, une compresse aseptique est placée sur la petite plaie et l'on procède au deuxième temps de l'opération, à l'arthrodèse proprement dite pour laquelle un bistouri, une rugine courbe, deux curettes de Volkmann, une petite et une grande, quelques pinces hémostatiques sont suffisants. Il est bon de se munir d'un ciseau et d'un maillet si les déformations osseuses très prononcées font prévoir la nécessité d'une résection partielle.

Une incision part le long du bord antérieur du péroné et de la malléole, se recourbe en bas et en avant sur la face dorsale du pied en passant horizontalement au-dessus des deux tendons péroniers et va finir sur l'interligne de Chopart. Cette incision donne beaucoup de jour et permettrait de réséquer ce qu'il faut de substance osseuse pour obtenir une bonne correction, si par hasard un cas très ancien le nécessitait.

Quelques coups de rugine libèrent le lambeau supérieur; la face externe de l'articulation paraît, un coup de bistouri tranche le ligament latéral externe tandis que la main gauche tord vigoureusement l'avant-pied en dedans. La jointure s'ouvre, l'astragale se luxe et sort.

L'œuvre de la curette commence; on abrase le cartilage articulaire de toute la partie supérieure de l'astragale, poulie et facettes, puis celui de la mortaise tibio-péronière. Il faut fixer définitivement par soudure osseuse des surfaces articulaires, il faut donc faire un avivement aussi complet que possible, il faut abraser complètement le cartilage articulaire jusqu'à ce que l'os saigne, il faut racler, éplucher l'os.

Cela fait, c'est le tour de la médio-tarsienne, car l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne est insuffisante pour assurer la stabilité du membre. La pointe du bistouri va faire bâiller l'interligne en haut, en coupant les divers ligaments dorsaux; on augmente l'hiatus en pesant sur les orteils. Même abrasion du cartilage, avec une curette plus fine cependant; la tête de l'astragale doit être complètement découverte à ce moment, il faut la ruginer avec soin.

Tout ceci étant fait, il ne reste qu'à suturer l'incision cutanée : d'hémorrhagie il n'est jamais question. Il n'y a pas à s'inquiéter des moyens d'union des pièces osseuses,

ceci est affaire à l'appareil plâtré qu'on a tenu prêt et qu'on applique sur le membre dès que le pansement est fait. On maintient soigneusement le plâtre pendant sa dessication, de façon que le pied soit correctement à angle droit sur la jambe; on peut même augmenter légèrement la flexion du pied au delà de 90°, faire une d'hypercorrection.

L'enfant est porté dans son lit et ce n'est qu'au bout de 2 mois (durée moyenne) qu'on enlève le plâtre et qu'on coupe les fils. Si l'ankylose n'était pas complète, il n'y aurait qu'à prolonger un peu plus longtemps la durée de l'immobilisation.

Quand on abrase le cartilage articulaire chez un enfant jeune, on est quelquefois étonné, sinon effrayé, de l'épaisseur qu'il faut détruire pour arriver à l'os. C'est qu'en effet, pour l'astragale en particulier, il n'y a encore qu'un noyau osseux recouvert d'un cartilage qui est autant « ostéogène » par sa face profonde qu'articulaire à la surface, et l'os est réduit notablement de volume.

L'expérience nous a permis de constater qu'il n'y avait aucune crainte à avoir de ce chef et que l'ankylose ne s'était pas moins produite dans les cas de ce genre. Cependant nous estimons qu'il vaut mieux différer l'intervention chez un enfant au-dessous de 4 ans, mais sans que cela soit absolument rigoureux. Quant à l'époque de l'affection à laquelle il convient d'intervenir, on peut admettre, comme nous l'avons dit, qu'il faut attendre un an après la paralysie pour agir : à cette époque les muscles atrophiées le sont complètement et définitivement.

L'arthrodèse est une opération excellente qui, sauf des cas exceptionnels, donne des résultats excellents. On lui a reproché ceci : c'est qu'en ankylosant le pied elle fait abandonner définitivement tout espoir de mouvement, tout espoir de régénération musculaire. Au moment où on opère, il n'y a plus rien à espérer, on peut en être assuré, mais d'autre part cette objection n'est pas vraie de tout point. Chez la plupart des petits opérés qu'il nous a été donné d'examiner longtemps après l'opération, les parents nous ont déclaré spontanément que la jambe s'était fortifiée, qu'elle était relativement augmentée de volume : les troubles trophiques s'effaçent peu à peu. S'il est difficile de donner l'explication de ce fait, nous avons pu constater qu'il est absolument exact.

A. Boquel.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en octobre, novembre et décembre 1895.

I. M. Auferin (Gaston). *Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale à forme hématurique.*

II. M. Audineau (E.). *Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale.* N° 22.

I. Les hématuries rénales sont fréquentes dans la tuberculose du rein et peuvent apparaître comme symptôme initial; elles sont caractérisées par : 1° leur spontanéité; 2° leur courte durée (2 à 4 jours); 3° la faible quantité de sang (urine rosée); 4° leur fréquence et leur intensité qui vont en diminuant à mesure que la lésion rénale s'accuse.

Cependant l'hématurie profuse, répétée avec redoublements, causant par son abondance un danger pour la vie du malade, ne doit pas faire rejeter l'idée de la tuberculose. M. Auferin, dans sa thèse, étudie cette forme sous le nom de *Tuberculose rénale à forme hématurique*, en s'appuyant sur d'intéressantes observations de MM. Routier, Pousson (de Bordeaux), Tuffier, Czerny et Albarran.

Dans cette forme, l'hématurie n'a qu'un point commun avec celle de la forme classique, c'est la spontanéité, mais elle en diffère par ses autres caractères : 1° par la durée, puisque, au lieu d'une hématurie de 2 à 4 jours en moyenne, nous sommes en présence d'hématuries qui persistent dans un cas 8 mois sans interruption, dans un autre 3 mois, enfin 7 semaines, et cette dernière n'a été interrompue que par l'opération; 2° par la quantité plus abondante du sang : au lieu d'urines à peine teintées, nous avons à faire à des urines noires pendant toute la période de l'hématurie (obs. I), rouges avec des crises pendant lesquelles le sang prend une coloration noire foncée (obs. II); 3° par leur répétition. L'hématurie a été unique dans le cas de Czerny, unique également dans le cas de Pousson. Cependant, dans l'observation de Tuffier, nous retrouvons pendant quatre ans des hématuries courtes et répétées; là le tableau classique a été fidèlement reproduit pendant quatre ans; seulement, à partir de cette époque, les hématuries qui auraient dû cesser deviennent au contraire plus fréquentes, plus prolongées et assez abondantes pour faire craindre la mort du malade.

Hématurie spontanée, de longue durée, profuse et continue, pouvant être unique, amenant par son abondance, une débilitation rapide du malade, ou bien hématuries répétées, de plus en plus intenses et conduisant au même résultat : tel peut être le début d'une tuberculose rénale.

L'auteur fait ensuite le diagnostic différentiel de cette forme; sans doute la présence du bacille de Koch lèvera tous les doutes, mais son absence n'est point significative.

L'hématurie calculeuse se distinguera facilement, parce qu'elle est influencée par le mouvement et le repos.

Dans les tumeurs malignes du rein, les hématuries durant quinze jours ou un mois sont rares; celles qui durent davantage sont exceptionnelles. Enfin on peut souvent constater la tumeur au palper.

Les hématuries des pays chauds (Distoma hœmatobia, filaire du sang) ne s'observent pas en France.

Un des diagnostics les plus difficiles est celui qu'il faut faire avec les hématuries *sine materia* décrites par Lancereaux sous le nom d'hématuries névropathiques. L'auteur y insiste longuement et conclut qu'il faut se baser sur l'état général.

Le retentissement nul sur l'état général d'une personne atteinte d'une hématurie prolongée devra toujours faire penser à une hémorrhagie liée à une influence nerveuse, et faire rechercher les antécédents névropathiques héréditaires et personnels qui mettront sur la voie.

A ce groupe, l'auteur rattache les faits exceptionnels où le rein fournit des hématuries abondantes, sans cause connue, et cessant complètement à la suite d'une intervention chirurgicale, consistant simplement à explorer le rein. Il cite à ce sujet le cas très intéressant que rapporte M. Broca dans les *Annales des organes génitaux-urinaires.*

Jusqu'à nouvel ordre ces cas rentrent dans le cadre des hématuries névropathiques, une action nerveuse pouvant seule expliquer le succès d'une simple incision lombaire, comme le dit justement M. Broca.

En tous cas ces hématuries névropathiques se distingueront de la tuberculose rénale à forme hémorrhagique en ce qu'elles laissent l'état général parfaitement indemne.

Quant à l'hémophilie rénale, décrite par les Allemands, elle survient chez des sujets hémophiles héréditairement, comme dans le cas, unique du reste, de Senator.

Reprenant ensuite une à une ses observations, l'auteur montre que dans les 4 cas il s'agissait de tuberculose rénale primitive, d'infection par voie sanguine et non d'une tuberculose ascendante; de plus, dans ces quatre cas, la lésion était unilatérale, ce qui pourrait servir comme argument à la contamination sanguine, car presque toujours la lésion rénale est double lorsque la contamination est ascendante.

La tuberculose rénale à forme hématurique est une affection grave, qui peut nécessiter la néphrectomie d'urgence.

Dans les cas où l'intervention n'est pas pour ainsi dire imposée par les accidents on peut hésiter, car les autopsies ont

montré des tuberculoses rénales guéries; mais si on intervient c'est à la néphrectomie totale qu'il faut recourir.

L'auteur termine ce travail intéressant en concluant :

1° Que la tuberculose peut se manifester au début par des hématuries très abondantes.

2° Cette tuberculose hématurique est primitive et unilatérale.

3° Cette hématurie par son intensité et par sa persistance peut être une indication à la néphrectomie.

4° L'hématurie, premier symptôme d'une tuberculose localisée à un seul rein est encore une indication de la néphrectomie pour les partisans de l'extirpation précoce de tout foyer tuberculeux susceptible d'infecter l'organisme.

II. Le sérum antidiphthérique est désormais le traitement obligé de toutes formes de la diphthérie. M. Aubineau expose dans sa thèse les bons effets de cette médication dans la diphthérie conjonctivale.

Le bacille de Klebs-Löffler localisé sur la conjonctive peut, suivant sa virulence, donner naissance à trois formes cliniques distinctes, la conjonctivite interstitielle : la conjonctivite croupale, la conjonctivite catarrhale. Toutes les 3 relèvent du même agent microbien avec des degrés divers de virulence. Ce qui le prouve c'est la possibilité du passage d'une forme à l'autre chez le même sujet. La forme catarrhale répond au moindre degré de virulence, c'est une infection superficielle de tissus qui résistent et se défendent.

Mais souvent le bacille de Löffler s'associe soit au streptocoque, soit au staphylocoque, et dans ces cas il est difficile d'apprécier le rôle de l'un et de l'autre; cependant M. Aubineau pense que les associations microbiennes donnent le plus souvent des formes graves, susceptibles de s'accompagner de lésions de la cornée.

Le diagnostic, en somme facile si l'on fait des examens bactériologiques répétés, ne préjuge donc rien de la forme ni de la gravité que pourra revêtir l'affection, cependant il permet d'isoler de suite le malade pour éviter la contagion.

L'auteur expose ensuite les résultats des injections de sérum dans les cas qu'il a observés. Les doses injectées ont varié de 4 à 30 centimètres cubes, et les injections ont été, comme de coutume, suivies d'élévation de température, et parfois d'une éruption polymorphe plus ou moins tardive.

Localement les modifications ont été très rapides; en 24 ou 48 heures, il a observé une véritable fonte des fausses membranes, ou bien celles-ci se détachaient d'elles-mêmes pour ne plus se reproduire; en même temps le gonflement et l'aspect variqueux des paupières disparaissent.

Toutefois, dans les cas d'associations microbiennes, le sérum n'a pas une action curative complète, il n'agit que sur l'élément diphthérie, sans influencer les autres microbes.

Enfin, fait intéressant, un mois après la guérison, M. Aubineau a retrouvé des bacilles de Löffler, mais ils n'étaient pas virulents comme l'a prouvé l'inoculation au cobaye.

L'auteur conseille donc l'injection de sérum dans la diphthérie conjonctivale, mais sans supprimer le traitement local. Il recommande le jus de citron et l'huile de gabion dans les cas simples, et l'ésérine s'il y a des complications cornéennes.

Sans vouloir formuler de conclusions absolues sur un sujet nouveau et encore à l'étude, M. Aubineau termine par les remarques suivantes :

1° Le sérum antidiphthérique a une action efficace et rapide dans la diphthérie conjonctivale.

2° Son action est nulle dans les conjonctivites pseudo-membraneuses non diphthériques.

3° Son action est spécifique et pour cette raison il peut aider le diagnostic.

4° Il n'y a pas d'inconvénient à employer le sérum dans un cas de doute, alors que la nature diphthérique de l'affection n'est pas encore démontrée.

5° Le diagnostic ne doit jamais être négligé. Il faut se guider sur des examens bactériologiques fréquents pour insister sur la sérothérapie ou suspendre le traitement.

6° Dans les cas d'associations microbiennes, le pronostic doit toujours être réservé même avec l'emploi du sérum. Après les injections et la disparition rapide du bacille de Löffler, l'affection peut continuer grâce à la présence des microbes associés et particulièrement du streptocoque.

7° Le traitement local ne nuit pas au traitement général. Il peut être très utile dans les cas à associations microbiennes.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Vertige (Experimental researches regarding the state of the mind in vertigo. Vertigo as an aid to hypnotism and nervosis), par Corning (*The New York med. Journal*, 7 septembre 1895, p. 289). — L'auteur a fait construire un appareil destiné à déterminer le vertige chez l'homme et qui inscrit en même temps les phénomènes que présente un individu atteint de vertige provoqué. Dans le vertige le plus léger, l'état de la conscience est toujours modifié. Cette modification est en rapport direct avec l'intensité du vertige. Bien que les causes déterminantes du vertige soient multiples, elles ont toutes de commun ce fait qu'elles agissent toujours sur l'écorce cérébrale par voie directe ou indirecte (réflexe) et déterminent l'altération de la conscience. L'état d'instabilité psychique qu'engendre le vertige favorise la production de l'hypnose. Une personne en état de vertige est excessivement sensible à l'influence du protoxyde d'azote, de l'éther et d'autres anesthésiques.

Acromégalie (Two cases of Akromegaly), par Gordinier, (*Med. News*, 7 septembre 1895, p. 263). — Dans le premier cas, il s'agit d'un cordonnier âgé de 67 ans dont la maladie semble avoir débuté il y a cinq ans par des maux de tête qui revenaient par accès et accompagnés de vertiges qui le faisaient tomber. Les enfants du malade ont noté que depuis l'année dernière la mémoire a baissé et que le caractère s'est modifié par ce fait que le malade rit à tout propos. D'autre part, il se montre indifférent à ce qui se passe autour de lui. Les autres symptômes sont les manifestations classiques de l'acromégalie. Les mains sont larges et les bras en forme de saucisson; il en est de même des pieds. La face est ovale. Les arcades orbitaires sont saillantes; le nez hypertrophié présente deux larges rides. Les os malaires sont hypertrophiés et proéminents. Il existe un prognathisme très marqué. Il y a de la cyphose cervico-dorsale avec légère lordose dorso-lombaire et légère scoliose. Les bras sont courts, sans apparence d'atrophie, mais les muscles sont flasques. Il y a de la polydipsie et de la polyurie (3 litres par jour). L'appétit est parfois excessif et l'oblige quelquefois à se lever la nuit pour manger. Il est très sensible au froid et s'enrhume facilement pendant l'hiver. Les pupilles réagissent bien à l'accommodation et à la lumière. Le fond de l'œil est normal, il y a de l'anosmie. La sensibilité tactile est altérée. Le deuxième cas se rapporte à un malade de 63 ans dont on ne peut obtenir aucun renseignement, puis sur le début de la maladie par suite de l'infériorité de l'état intellectuel. Il n'a pas souffert de la tête. Il y a de la cyphose cervico-dorsale. Le prognathisme est très marqué. Les lèvres sont épaisses et l'inférieure éversée, le nez est court avec des ailes élargies et des narines évasées. Les os malaires sont larges et proéminents. La langue est hypertrophiée et très large. Le thorax est augmenté dans tous ses diamètres, de même que la clavicule, l'omoplate et les côtes. Les pieds sont élargis tranversalement, les orteils hypertophiés. Les pupilles réagissent à la lumières et à l'accommodation. Les réflexes sont normaux. L'urine ne contient pas de substances anormales.

Scoliose neuropathique (Zur Kenntniss der Scoliosis neuropathica), par Vulpius (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 5 septembre 1895, n° 36, p. 583). — L'auteur rapporte 6 observations de sciatique avec déviation de la colonne vertébrale. Dans 5 cas, il y avait scoliose croisée. Dans le dernier cas, scoliose homologue. Un des malades présenta des phénomènes un peu plus complexes. La scoliose, d'abord croisée, devint homologue pour passer finalement à l'état de scoliose alternante. Après ces observations, l'auteur passe en revue les théories que l'on a données sur la pathogénie de ces déviations au cours des

sciatiques. Il rejette d'abord l'ancienne théorie qui attribuait la scoliose à l'habitude que prenait le malade de porter presque tout le poids de son corps sur la jambe saine, de façon à décharger d'autant le côté malade.

C'est bien plutôt au lumbago coexistant dans tous ces cas avec la sciatique qu'il faut attribuer ces scolioses. Le degré de déviation est même en rapport direct avec l'acuité de la névralgie lombaire, tandis qu'il n'y a aucun rapport entre la déviation et l'intensité de la sciatique.

La scoliose homologue serait due, comme l'a montré M. Brissaud, à une contracture des muscles du côté malade. La même raison doit être donnée pour expliquer la transformation des scolioses homologues en scolioses croisées et vice-versa, c'est-à-dire les scolioses alternantes.

Etant donnée la faible part que prend la sciatique dans la pathogénie de ces scolioses, l'auteur croit qu'il faudrait abandonner la dénomination de scolioses sciatiques, dénomination qui peut prêter à confusion.

Lésions du système nerveux dans la maladie d'Addison (Beitrag zur Lehre von den anat. Veränd. des Nervensystems bei M. Addisonii), par Brauer (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.*, vol. VII, f. 5 et 6, 1895). — L'auteur, en se basant sur l'examen anatomique et clinique complet d'un cas de maladie d'Addison, pense qu'il n'est pas encore démontré que la lésion du sympathique constitue le substratum anatomique de la maladie d'Addison. L'existence de cas de maladie d'Addison sans aucune lésion du sympathique et *vice versa* l'altération du sympathique sans maladie d'Addison constituerait une double preuve à l'appui de son opinion. Il est possible que la cause de la maladie d'Addison ou bien la cachexie profonde que l'on rencontre dans cette maladie déterminent secondairement l'altération du sympathique qui, à son tour, provoque des phénomènes qui s'ajoutent à ceux de la maladie.

Pouls lent permanent avec respiration de Cheyne-Stokes et attaques épileptiformes, par Rémond (de Metz) et Beylac (*Archives médicales de Toulouse*, 15 décembre 1895, p. 517). — Les auteurs rapportent l'observation d'un carrier, âgé de 64 ans, qui, à l'âge de 35 ans, a eu de la pollakiurie nocturne et des crampes légères des membres inférieurs. En 1885, surpris par un éboulement, il reçoit sur la tête un bloc de terre qui détermine une plaie du cuir chevelu sans lésions du crâne. C'est à cette occasion qu'on constate chez lui un ralentissement considérable du pouls, des vertiges avec perte de connaissance. Ces attaques apoplectiformes, rarement épileptiformes, sont surtout fréquentes après des écarts de régime. Le pouls est extrêmement lent, mais ample et régulier. Au niveau de l'aorte, double souffle. Les réflexes plantaire et rotulien sont abolis. Le 25 octobre apparaît la respiration périodique de Cheyne-Stokes. Malgré ces symptômes, la sécrétion urinaire est normale. Le coefficient urotoxique est égal à 0,16, par conséquent très faible. Les auteurs pensent que le malade est un urémique et que le ralentissement du pouls ne traduit ici que l'excitation du bulbe irrité par les substances toxiques charriées par le sang. La respiration de Cheyne-Stokes, qui est un phénomène urique au premier chef, l'amélioration produite sous l'influence de la saignée, de même que l'hypotoxicité urinaire, constituent pour eux des preuves à l'appui de cette opinion. L'athérome constaté chez le malade explique le vertige et les crises apoplectiformes.

MÉDECINE

Diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde (Die Elsner'sche Diagnose des Typhusbacillus und ihre Anwendung in Klinik), par Lazarus (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 49, p. 1068). — L'auteur a examiné à la clinique du professeur Renvers la valeur du milieu de culture préconisé récemment par Elsner (voir *Mercredi médical*, 1895, n° 50, p. 600) et permettant d'obtenir, avec les selles des typhiques, des cultures de bacilles typhiques dans l'espace de 48 heures.

A cet effet, le milieu en question (composé de gélatine, d'une décoction de pommes de terre et d'iodure de potassium en proportion de 1 p. 100) a été ensemencé avec les selles de 5 typhiques en pleine période de leur dothiénentérie. L'ensemencement, fait à plusieurs reprises avec les selles de ces malades, a toujours donné le même résultat, à savoir le développement au bout de 48 heures des colonies caractéristiques du coli-bacille et du bacille d'Eberth, facilement reconnaissables à l'œil nu d'après leurs caractères macroscopiques.

L'ensemencement des selles de 16 typhiques convalescents, chez lesquels la défervescence datait de trois jours à six semaines, a donné un résultat positif chez 3 malades; chez les 13 autres, les selles ne renfermaient plus de bacilles typhiques. Enfin l'ensemencement des selles des individus bien portants ou des individus atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde n'a jamais donné lieu au développement des cultures typhiques.

L'auteur pense donc que le milieu d'Elsner peut rendre de grands services en clinique en permettant de faire rapidement le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde dans les cas douteux.

Glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes (Ueber alimentäre Glycosurie bei Graviden), par Lanz (*Wien. med. Presse*, 1895, n° 49, p. 1857). — L'auteur a fait ses recherches, à la clinique de von Jaksch, sur 30 femmes enceintes, à des époques variables de leur grossesse. Les femmes recevaient dans du thé 100 grammes de glycose (sucre de raisin), et leur urine était prise dans la vessie immédiatement avant l'ingestion du sucre, puis 2, 4 et 6 heures après. Les échantillons étaient ensuite examinés, au point de vue de la présence du sucre, à l'aide des réactifs de Trommer, Nylander, etc.

Sur les 30 femmes, on retrouva le sucre dans les urines chez 17. Le sucre, qui chimiquement avait tous les caractères du sucre de raisin, était tantôt en quantité notable, tantôt en proportion difficile à déterminer. Cette glycosurie disparaissait après l'accouchement.

L'auteur pense que, dans les cas difficiles, la constatation de la glycosurie alimentaire pouvait servir pour asseoir le diagnostic de grossesse, dans les cas où ce diagnostic est difficile.

Suppurations osseuses et articulaires et bacilles (Ricerche sperimentali sul potere piageno del bacillo del tifo, diplococcus pneumonice e bacterium coli commune nelle ossa e nelle articulasioni), par S. del Vecchio et C. Parascandolo (*Riforma medica*, 4 et 5 fév. 1895, p. 340 et 351). — Les auteurs n'ont jamais pu obtenir de suppurations osseuses et articulaires chez les animaux auxquels ils injectaient dans les veines le bacille typhique, le diplocoque pneumonique et le coli-bacille. Les animaux présentaient seulement les lésions viscérales propres à chacun de ces microorganismes.

CHIRURGIE

Tumeurs du maxillaire supérieur (Tumoren des Oberkiefers und angrenzender Gegenden), par Hammer (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. CXLII, fasc. 3, p. 503). — Le trait saillant des tumeurs du maxillaire supérieur, comme cela résulte de l'étude histologique de 22 cas réunis par l'auteur, c'est que, pendant longtemps, elles restent latentes et échappent au médecin aussi bien qu'au malade. Cette particularité tient en grande partie à la disposition anatomique de la région et au mode d'évolution de ces tumeurs. On comprend, en effet, qu'une tumeur développée à l'intérieur du sinus maxillaire puisse atteindre certaines dimensions avant d'attirer l'attention du malade; d'un autre côté, ces tumeurs, en se développant, se substituent à l'os, si bien que la configuration extérieure de la région reste longtemps conservée, tant que le néoplasme n'est pas arrivé à la peau ou à la muqueuse.

Aussi, dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une tumeur du maxillaire supérieur, il faut rechercher l'état de la voûte palatine, de la paroi interne du sinus; si on percevait de la crépitation, ou si en traversant cette paroi avec une aiguille, on constatait une friabilité, une perméabilité du tissu osseux, on pourrait diagnostiquer la tumeur de bonne heure.

Au point de vue pronostique, les sarcomes à petites cellules, sans substances intermédiaires (3 cas) sont les plus graves; les sarcomes avec substance hyaline (1 cas) ou avec substance intermédiaire abondante (2 cas), ensuite les sarcomes fibreux (2 cas)

et les sarcomes à cellules géantes (3 cas) comportent un pronostic moins grave. Les endothéliomes (2 cas) conservent pendant longtemps un caractère de bénignité; les kystomes paradentaires se développent et n'offrent aucune tendance à la malignité. Les carcinomes sont presque aussi graves que les sarcomes à petites cellules.

Du rôle des vestiges de l'intestin post-anal dans la production de certaines tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par A. Broca et M. Cazin (*Rev. d'orthop.*, 1895, p. 437). — A propos de deux cas opérés avec succès par Broca et examinés histologiquement par Cazin, les auteurs font voir que dans le groupe des tumeurs sacro-coccygiennes, il existe une variété spéciale où, au centre de la tumeur polykystique, existe un tube intestinal nettement reconnaissable. Ces tumeurs sont implantées à la face antérieure du sacrum et doivent être distinguées de celles qui, produites aux dépens du reste du canal épendymaire, sont implantées en arrière. Le mémoire se termine par quelques considérations pratiques sur l'ablation de ces tumeurs, qui exige la résection partielle du sacrum.

Déchirure du rectum au cours d'une laparotomie pour pyosalpinx (Ueber Zerreissung des Mastdarmes bei abdominaler Pyosalpinx-Operation und deren Behandlung), par Saenger (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 47, p. 1233). — Au cours d'une ablation des annexes pour pyosalpinx gonorrhéique double et pelvipéritonite, l'auteur, au moment de faire l'hémostase définitive, constata l'existence d'une large perforation du rectum, siégeant profondément dans le bassin, à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée. Avec des difficultés considérables, la perforation a pu être suturée. Drainage à la Mickulicz, que l'on enlève seulement au 11e jour, et la malade finit par guérir avec deux fistulettes suintantes. — L'examen de la pièce permit de découvrir sur une des trompes enlevées un lambeau de rectum arraché probablement pendant l'opération.

En passant en revue la littérature de la question, l'auteur arrive à conclure que, dans des cas analogues, on doit faire soit la suture de la perforation avec drainage de Mickulicz, soit la suture avec cloisonnement et drainage de l'espace ainsi encapsulé, soit, quand les conditions le permettent, la sigmoïdo-proctostomie de Kelly.

Suture des plaies des artères (Ueber Naht der Arterienwunden), par Heidenhain (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 49, p. 1113). — Dans un cas d'extirpation de cancer du sein chez une femme de 59 ans, l'auteur ouvrit par mégarde, pendant le curage de l'aisselle, l'artère axillaire. L'hémorrhagie une fois arrêtée par l'application de trois pinces, on trouva sur l'artère une plaie longitudinale de 1 centimètre de longueur. Dans ces conditions, il n'hésita pas à fermer la plaie artérielle par une suture continue au catgut; l'opération a pu ensuite être terminée. Ne se fiant pourtant pas à la solidité de la suture et craignant une hémorrhagie secondaire, l'auteur ne ferma pas l'aisselle, mais fit un tamponnement en règle de la cavité et appliqua un pansement serrant le bras contre le tronc. Quarante-huit heures après, le tampon a été enlevé et le creux axillaire fermé. Guérison. La malade a été revue quatre mois après l'opération, l'artère axillaire est normale, et nulle part on ne trouve trace d'anévrysme.

L'auteur publie son observation à l'appui des cas d'Israël (suture de l'iliaque primitive) et de von Zœge-Manteufel (suture de la fémorale).

MÉDECINE PRATIQUE

Lithiase biliaire et coliques hépatiques.

Un malade ayant été atteint, à plusieurs reprises déjà, de coliques hépatiques peut en éviter le retour à l'aide d'une hygiène bien entendue et d'un régime approprié. Voici à ce point de vue les indications les plus essentielles :

1° Vie au grand air mais avec exercice modéré. Les voyages, les longs trajets en chemin de fer ou en voiture, les marches trop prolongées, les exercices physiques actifs ramènent les crises et, longtemps après celles-ci, il faut garder un repos presque absolu aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Les crises s'étant éloignées un exercice modéré pourra être permis mais toute fatigue devra être évitée.

Pour compenser la nécessité du repos physique il conviendra de faire chaque jour sur toute la surface du corps des lotions alcoolisées et des frictions sèches, des massages légers, de prendre fréquemment de grands bains chauds salés.

En été une cure à Vichy ou à Carlsbad ou encore à Evian, Vittel ou Contrexéville sera nécessaire et devra être recommancée plusieurs années de suite.

2° Régime très sévère presque exclusivement végétarien. Après les crises, exclure du régime tous les aliments gras, même le bouillon et le lait non écrémé, toutes les boissons alcooliques, les féculents, le sucre, les œufs, les viandes noires, les légumes accommodés au beurre. Ne prendre en conséquence que des potages aux légumes, des viandes blanches bien cuites, des purées de légumes verts, des pommes de terre en petite quantité, des fromages frais, des fruits cuits. Ne pas boire de vin mais exclusivement de l'eau d'Evian ou de l'eau de Vichy (Hauterive).

3° Tous les 2 jours, le matin au réveil, prendre un demi-verre à boire d'eau de Carlsbad (Mühlbrunnen) chauffée au bain-marie ou bien un demi-verre à boire d'eau de Vichy (Hôpital) également chaude et à laquelle on mélangera 2 à 3 cuillerées à soupe d'une eau fortement saline (Rubinat, Carabana, Villacabras).

En alternant avec cette eau, prendre tous les 2 jours une tasse d'infusion de feuilles de Boldo à laquelle on mélangera 10 à 15 gouttes de teinture de Boldo.

4° Après 15 jours cesser cette médication et prendre le matin au réveil et pendant 8 jours une des pilules suivantes :

Calomel	0gr05
Poudre de réglisse	Q. S.

Pour une pilule.

5° Pendant 3 jours consécutifs chaque semaine, en même temps que l'eau alcaline prise le matin et le Boldo, prendre à chaque repas un cachet de 0gr50 de salicylate de soude.

Cette médication devra être continuée pendant 2 ou 3 mois après les crises si celles-ci ont été intenses, et jusqu'à ce qu'une saison hydro-minérale les ait fait disparaître. Elle devra être reprise pendant 1 ou 2 mois tous les ans. Lorsque les crises se seront espacées, on pourra peu à peu revenir à un régime normal tout en évitant toujours l'abus des corps gras et des œufs.

Si les crises reviennent d'une manière suraiguë on devra faire usage de purgatifs cholagogues et principalement d'évonymine. Tout en prenant pendant 15 jours le matin à jeun l'eau alcaline et légèrement laxative ou le Boldo, on prendra le soir en se couchant une des pilules suivantes :

Évonymine	0gr02
Poudre de racine de belladone	0gr01

Pour une pilule.

Au moment des crises aiguës il conviendra de faire de

très faibles injections hypodermiques de morphine, par exemple 5 milligrammes de la solution suivantes :

Chlorhydrate de morphine 0gr10
Sulfate neutre d'atropine 0gr002
Eau distillée de laurier-cerise. . . 10 gr.

Sauf à répéter ces injections plusieurs plusieurs fois dans les 24 heures.

En même temps on fera prendre au malade des bains chauds prolongés; on calmera les vomissements à l'aide d'inhalations d'éther mentholé ou bien en faisant prendre d'heure en heure une cuillerée à soupe de la potion suivante rafraîchie à la glace.

Eau chloroformée saturée. . . }
Sirop de menthe . . . . . . } ââ 50 gr.
Eau de fleur d'oranger. . . . }

L. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins de l'armée et la clientèle civile.

Au sujet de l'article que nous avons récemment publié pour apprécier le conflit survenu à Montreuil entre les médecins et la municipalité nous avons reçu la lettre suivante que nous empressons de reproduire textuellement :

Paris, 21 janvier 1896.

A Monsieur le Directeur de la *Gazette hebdomadaire*.

Très honoré confrère, et, permettez-moi d'ajouter, mon très sympathique camarade,

La *Gazette hebdomadaire* a publié un article, reproduit par le *Bulletin des Syndicats des médecins de la Seine* où la question du conflit survenu entre le maire et les médecins de Montreuil, jugée avec cette impartialité courtoise à laquelle nous sommes habitués à rendre hommage, est mise à son véritable point. Je ne doute donc pas que vous me permettiez à mon tour d'appeler votre attention sur une phrase de cet article pouvant présenter quelque ambiguïté et donner lieu à des interprétations peu favorables pour nos confrères de l'armée qui ont cru devoir chercher dans la carrière civile l'emploi de leurs forces physiques et intellectuelles, aussi bien que d'une expérience dont ils ont maintes fois donné les preuves. Et tout d'abord, pour bien préciser la question, je veux affirmer nettement ma manière de voir au sujet de ce conflit, et déclarer, qu'à mon avis, en présence des inqualifiables procédés de M. le maire envers nos confrères, en présence des lettres peu courtoises et des expressions malsonnantes qu'il employait à leur égard, M. Bourot, quels que fussent ses engagements antérieurs, aurait dû refuser ses services, et prouver ainsi que, dans l'exercice de notre profession, la confiance, le respect, l'estime de ceux auxquels nous donnons sans marchander notre temps, notre repos et si souvent notre santé, sont le premier salaire que nous sommes en droit de réclamer d'eux. Mais ce point établi, je ne puis m'expliquer pourquoi M. Bourot ne pouvait exercer un service « auquel ne l'avaient nullement préparé ses fonctions antérieures ». Si cette phrase vise la capacité professionnelle de notre confrère, c'est affaire à lui de prouver que ses travaux antérieurs, ses études, son expérience, lui donnaient le droit de se charger d'un service dont il avait la conscience de pouvoir s'acquitter utilement. Mais, si l'on prétend que M. Bourot n'était pas capable de diriger un dispensaire, parce qu'il avait été antérieurement médecin de l'armée; si l'on laisse sous-entendre que le médecin militaire, qui pendant trente années de sa vie a donné ses soins à un nombre considérable de malades atteints d'affections semblables à celles qu'il devra traiter dans ce dispensaire, à une population militaire où des ménages, des femmes, des enfants, des domestiques, ont réclamé son secours pour des maladies qui ne diffèrent pas, je crois, de celles que l'on rencontre dans la clientèle civile; si on laisse sous-entendre, dis-je, que le médecin militaire n'est pas capable au même titre qu'un confrère civil, quelquefois beaucoup plus jeune que lui, de remplir les fonctions de médecin de dispensaire, je ne puis que protester contre une pareille allégation, que je n'avais jusqu'ici entendu émettre que par un public mal éclairé, dont l'opinion sur les médecins de l'armée n'était que le résultat de ces racontars ou de ces calomnies dont nous avons journellement de si tristes preuves.

Mais alors, ni vingt ans de pratique dans les hôpitaux d'Algérie et de nos colonies, où la population hospitalière comportait certes plus de civils que de militaires; dans des villes où l'élément civil venait chaque jour à notre consultation ou réclamait nos visites — où les accouchements, les affections gynécologiques nécessitaient nos soins dans une proportion importante, si les preuves que nous avons pu donner de notre travail dans le concours pour les hôpitaux, dont vous avez pu apprécier vous-même la valeur, ni les travaux que nous avons publiés et qui ont pu nous mériter soit les récompenses des Sociétés savantes, soit l'honneur qu'elles nous ont fait en nous admettant dans leur sein, rien de tout cela ne nous suffirait donc pour être reconnus capables, après avoir quitté l'armée, de diriger un dispensaire, et l'on serait en droit de dire que nos fonctions antérieures de médecin militaire ne nous ont pas préparé pour ce service.

Je ne puis croire, très honoré confrère, que telle ait été votre pensée, à vous qui savez le fonds de travail, de dévouement et d'expérience que l'on rencontre parmi nos confrères de l'armée, à vous qui êtes journellement appelé à juger de la valeur de leurs travaux ou de leurs écrits, dans les concours de l'Académie, à vous enfin qui comptez parmi vos collègues des membres si distingués de la médecine militaire. Mais, hélas! ceux qui vous auront lu pourront mal interpréter votre pensée, et c'est pourquoi j'ai cru devoir protester contre cette interprétation erronée, demandant à votre courtoisie de ne laisser planer aucun doute dans l'esprit de vos lecteurs.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments et de ma très sympathique confraternité.

A. Demmler,
Médecin principal en retraite, Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Nous sommes très heureux de l'occasion que nous offre ancien camarade Demmler non seulement d'expliquer notre pensée, mal comprise en effet si l'on s'en tient exclusivement au membre de phrase qu'il a signalé, mais encore d'affirmer une fois de plus les sentiments d'affectueuse estime que nous gardons à tous nos confrères de l'armée.

Nous avons trop souvent défendu leurs intérêts; nous avons trop activement contribué à leur émancipation administrative — nous le démontrerons explicitement un jour prochain — pour qu'il nous semble nécessaire d'insister longuement pour prouver encore que nous n'avons cessé de leur rendre justice. S'il est vrai que nous avons blâmé le règlement qui, depuis quelques années, oblige tous les médecins de l'armée à diriger tantôt le service régimentaire, tantôt le service hospitalier, à s'improviser chirurgiens lorsque leurs études spéciales et leurs aptitudes les engageraient à rester médecins, à diriger un service médical lorsqu'ils auraient eu plus de goût pour la pratique chirurgicale; nous n'avons jamais manqué une occasion de reconnaître leur dévouement, leur zèle, leur science professionnelle, et dans les conditions où ils se trouvent placés, leurs aptitudes multiples et leur incessant labeur.

Dans les concours académiques aussi bien que lors des élections qui les appellent à la Société des hôpitaux, à la Société de chirurgie ou à l'Académie de médecine; dans les nombreuses occasions où ils ont pris l'initiative des mesures d'hygiène et de prophylaxie, les médecins de

l'armée ont prouvé maintes fois qu'ils étaient à la hauteur des devoirs qui s'imposent à leur patriotique et laborieuse activité.

Mais est-ce à dire pour cela que les fonctions qu'ils ont exercées et l'expérience qu'ils ont acquise les prépare directement aux fonctions beaucoup plus modestes mais non moins méritoires que doivent remplir les médecins du bureau de bienfaisance ou les médecins spécialement chargés de soigner à domicile les indigents, les ouvriers, les déshérités de la fortune? Peut-on soutenir qu'un médecin militaire arrivé à l'un des plus hauts grades de sa profession, longtemps habitué à commander pour se faire obéir, à imposer à ses malades aussi bien qu'à ses subordonnés une discipline que les lois militaires rendent indispensable à tous, puisse acquérir du jour au lendemain le tact, l'abnégation professionnelle, la souplesse de caractère qui sont indispensables au médecin des pauvres? Poser ces questions c'est les résoudre.

Dans le cas particulier qui a motivé les réflexions que souligne mon ami Demmler je n'ai entendu faire allusion qu'aux qualités professionnelles que doit exiger des médecins d'un dispensaire un maire vraiment soucieux des intérêts moraux et matériels de ses administrés. Le maire ne doit pas ignorer que la plupart des malades qui se présentent au dispensaire sont exposés à devenir les clients des médecins qui leur ont donné une consultation, à les demander le jour et la nuit lorsqu'ils seront malades à domicile, à faire un incessant appel à leur dévouement et à leur charité. Le médecin d'armée qui a été comblé de dignités et qui a conscience de sa situation sociale pourra-t-il jamais remplir tous les devoirs qui s'imposent au modeste médecin du bureau de bienfaisance? Et s'il ne peut s'y astreindre, de quel droit viendrait-il prendre sa place?

Il ne me paraît pas nécessaire de développer longuement ce sujet. J'admets qu'un médecin militaire retraité, à la condition toutefois qu'il prenne sa retraite à un âge où l'activité professionnelle est encore possible, puisse rendre de grands services comme médecin praticien. Parmi les anciens médecins de l'armée il en est beaucoup qui ont réussi, même après leur retraite, à se créer une situation des plus honorables. Ce que je conteste est qu'ils puissent, sans déchoir, faire concurrence à des confrères qui ont assumé la pénible tâche qui s'impose aux médecins de l'Assistance publique, des bureaux de bienfaisance ou des dispensaires municipaux.

Je ne veux pas citer d'exemples, désireux surtout de ne blesser personne. Mais je reste convaincu que tous mes confrères sauront me comprendre; qu'ils admettront avec moi que, dans le corps médical surtout, il faut que chacun reste à sa place; et que, plus on a été honoré jadis, plus il convient de respecter les sentiments de dignité et de solidarité professionnelles. L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Règlement de police sanitaire. — Le *Journal Officiel* du 21 janvier 1896 publie un important rapport de M. le Président du Conseil, Ministre de l'intérieur, suivi d'un décret réorganisant le service de la police sanitaire maritime. L'étendue de ces documents nous oblige à ne les publier que dans un prochain numéro.

Concours des hôpitaux (*Médecine*). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Klippel, Toupet et Barbier.

Nomination des médecins auxiliaires. — M. Cavaignac, ministre de la guerre, vient de décider qu'il ne pouvait être fait application des dispositions du décret du 6 avril 1888 aux étudiants en médecine qui, renvoyés dans leurs foyers après une année de service militaire, doivent être de tout point considérés comme disponibles. Ces étudiants peuvent donc, s'ils ont subi avec succès l'examen d'aptitude professionnelle, être nommés à l'emploi du médecin auxiliaire avant leur passage dans la réserve, et seront convoqués comme tels pour accomplir la période réglementaire d'instruction de quatre semaines.

Concours d'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, *institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888.* — Par application des arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et 14 avril 1894, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mois de mai prochain.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au Ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciront l'autorisation de concourir.

Les demandes peuvent être adressés, dès maintenant, au Ministère de l'intérieur, sous le timbre de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène publique et privée, par Paul Langlois. Paris, O. Doin, 1896.

Ce manuel, composé d'une façon simple et pratique, est au courant des modifications importantes que la microbiologie a introduites dans l'hygiène. L'auteur passe en revue successivement : le terrain et ses dépendances (nappe d'eau souterraine), l'eau, l'atmosphère, l'alimentation, le vêtement, l'habitation, les « nuisances » (excrétions, ordures ménagères, déchets industriels), l'hygiène des villes, des groupes spéciaux (écoles, armée, marine, hygiène rurale), l'hygiène industrielle, les maladies contagieuses et la désinfection, la législation sanitaire française et étrangère. Toute la partie microbiologique, disséminée dans ces divers chapitres, est traitée avec tous les détails que comportait l'étendue de l'ouvrage.

Des figures, des schémas et des tracés fort clairs facilitent beaucoup la lecture de ce précis où les étudiants apprendront avec grand profit les principes de l'hygiène. Un index bibliographique, placé à la fin du volume, renvoie aux sources les plus importantes.

Traité de thérapeutique physiologique, par le Dr D. de Buck, avec préface de M. Lépine, 2e édit., Haarlem, De Erven, F. Bohn, Paris, O. Doin, 1896.

Cet ouvrage est une sorte de résumé des principales notions physiologiques, pharmacodynamiques et thérapeutiques, établi d'après ce principe que le pharmacodynamique doit reposer sur la physiologie. Aussi toutes les grandes fonctions physiologiques sont-elles passées successivement en revue, avec l'exposé sommaire des notions fondamentales qui s'y rattachent et des discussions qu'elles ont soulevées; puis à la suite de l'étude de chacune de ces fonctions se trouve indiquée l'action qu'exercent sur elle les substances toxiques et médicamenteuses. Un dernier chapitre donne, dans une sorte de tableau, les notions chimiques essentielles sur les substances organiques et inorganiques entrant dans la composition du corps humain.

La deuxième édition, que le professeur Lépine s'est chargé de présenter au public médical français, a été revisée de façon à être mise en harmonie avec les acquisitions nouvelles de la science. Des chapitres entièrement nouveaux ont été consacrés au sang et à la lymphe, notamment à la question de l'œdème lymphatique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Arthrite métatarso-phalangienne à pneumocoques et péricardite purulente de même nature. — Dépôt préalable d'urate de soude dans la jointure,

Par M. Fernand Widal.

Les cas d'arthrite à pneumocoques dans lesquels on a pu faire un examen histologique complet sont exceptionnels; ceux dans lesquels on a pu saisir la raison de l'arrêt du microbe sur la jointure sont encore plus rares. Dans un cas que nous avons observé et dont les pièces ont été montrées par M. Meslay à la Société anatomique, ces deux obligations ont pu être remplies. A ce double titre, ce fait nous paraît digne d'être rappelé. Un saturnin invétéré entre au mois de juillet dans notre service à l'hôpital Beaujon, accusant de la dysphagie dont il souffre, dit-il, depuis quelques années d'une façon intermittente, mais se plaignant surtout de douleurs vives au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne du côté gauche, douleurs exagérées par le moindre mouvement ou la moindre pression. L'articulation est légèrement tuméfiée, chaude et la peau à son niveau présente une coloration rouge pelure d'oignon. La température générale reste oscillante pendant quelques jours entre 38°5 et 39°. La douleur demeurant localisée avec ces caractères à cette unique jointure, nous pensons, en raison des antécédents du malade, à une attaque de goutte saturnine.

Au bout d'une quinzaine de jours, la température tombe à la normale, les douleurs articulaires s'atténuent, le malade devient subdélirant et tombe dans un état de faiblesse inexplicable. L'examen méthodique des organes permet seulement de constater un frottement très net localisé à trois centimètres en dedans et un peu au-dessus de la pointe du cœur. Après une dizaine de jours de cet état, le malade s'éteignit dans le collapsus, conservant son bruit de frottement jusqu'à sa mort. Les bruits du cœur n'avaient cessé d'être perceptibles à l'auscultation.

A l'autopsie grande fut notre surprise, de trouver un énorme épanchement dans le péricarde qui contenait plus d'un litre de pus épais, bien lié. Une fausse membrane fibrineuse d'un demi-centimètre d'épaisseur recouvrait les parois du cœur; une symphyse cardiaque partielle de deux centimètres d'étendue environ rendait adhérente la pointe au feuillet fibreux du péricarde, de telle sorte que le pus était épanché non pas en avant, mais en arrière entre la paroi postérieure du cœur et le sac fibreux. Cette adhérence partielle explique pourquoi cliniquement malgré un si grand épanchement péricardique on a perçu jusqu'à la mort un frottement et les bruits du cœur. L'examen bactériologique a montré dans le pus du péricarde le pneumocoque à l'état de pureté. Cette péricardite pneumococcique semblait primitive, car dans les antécédents du malade, on ne trouvait pas souvenir d'une infection à pneumocoque, et on ne trouvait pas trace à l'autopsie de lésion pulmonaire récente ou ancienne. Cette péricardite devait être de date ancienne, comme semblent en témoigner les accès de dysphagie dont le malade avait souffert durant des années. Cette dysphagie était suffisamment explicable par la compression que l'épanchement exerçait au niveau de l'œsophage.

A l'ouverture de la première articulation métatarso-phalangienne gauche on trouvait quelques gouttes de liquide séro-purulent contenant de nombreux globules de pus et des pneumocoques à l'état de pureté. L'articulation était à peu près intacte, bien qu'elle eût été douloureuse pendant quatre semaines environ. La synoviale était seulement injectée et les cartilages diarthrodiaux légèrement éburnés. Au microscope, la substance fondamentale des cartilages paraissait intacte. Des lésions purement irritatives portaient uniquement sur les capsules cartilagineuses qui étaient augmentées de nombre et sur les cellules cartilagineuses qui étaient tuméfiées pour la plupart et œdématiées. Certaines de ces cellules présentaient même des lésions régressives allant quelquefois jusqu'à la disparition du noyau. De plus, sous les parties superficielles du cartilage, bien qu'à l'œil nu on ne pût déceler la moindre lésion goutteuse, on trouvait en abondance des cristaux caractéristiques d'urate de soude et c'est là, un des points les plus intéressants de cette observation.

Cette arthrite suppurée neumococcique, ayant duré quelques semaines, n'avait donc produit dans la jointure que des altérations superficielles, tout à fait comparables à celles qui ont été décrites dans les arthrites rhumatismales aigues. Elle participait à la bénignité des diverses localisations du pneumocoque sur les séreuses. Cette localisation pneumococcique au niveau d'une seule petite jointure en général touchée par la goutte, mais

respectée par l'infection, n'était fortuite que d'apparence. Une localisation uratique préalable avait entraîné la localisation infectieuse. En un mot la détermination articulaire chez ce malade atteint d'infection pneumococcique était de cause toute professionnelle et devait être cherchée dans le saturnisme qui avait créé l'uricémie. Les localisations articulaires infectieuses ne sont pas l'effet de pur hasard, elles doivent être le plus souvent régies par des conditions histologiques, humorales ou dynamiques qui échappent encore le plus souvent à l'observation clinique. Nous avons pu saisir une de ces conditions dans le cas présent et c'est sur ce fait que nous avons voulu surtout attirer l'attention.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Un cas d'actinomycose cervico-faciale

Par le Dr Ch. Audry (de Toulouse)

Chargé de la clinique de dermatologie à la Faculté de médecine.

L'actinomycose, tardivement reconnue en France, a été signalée à Reims, à Lille, à Tours, à Lyon, à Bordeaux. En voici une observation tout à fait typique qui n'a d'ailleurs pas d'autre mérite que d'être la première diagnostiquée dans la région toulousaine.

F..., âgé de 23 ans, est né dans l'Ariège et habite depuis 6 ans dans le département de Tarn-et-Garonne, à Dieupental. Dothiénentérie à 12 ans. Carie des incisives supérieures à 15 ans. Il a gardé les bœufs étant enfant, mais bien qu'ayant été cocher depuis lors, depuis 6 ans il n'a eu aucun contact avec les bovidés. Il n'a pas l'habitude de sucer des brins de paille. Briquetier depuis 1 an 1/2.

Il a été soigné il y a 18 ou 20 mois pour un abcès fistuleux siégeant au même point que la lésion actuelle. Le médecin qui le vit le renvoya à un dentiste. Ce dentiste lui arracha une molaire et lui fit faire des lavages dans la fistule. Guérison sauf persistance d'une masse indurée, indolente.

Il y a 2 mois 1/2, cette masse augmente et en 12 jours acquiert le volume d'un œuf de poule; elle est incisée par un médecin. Comme elle persiste, le malade se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu; la signification de la lésion échappe encore une fois à un jeune chirurgien et il arrive à notre clinique le 15 janvier.

C'est un homme bien bâti, qui se plaint d'avoir un peu maigri. La dentition est très mauvaise; les molaires inférieures gauches, les incisives ne sont représentées que par quelques chicots. Du reste, pas de fistule intrabuccale.

A l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur existe une fistule qui laisse passer une assez grande quantité de pus épais, gris, visqueux. Dans le pus s'aperçoivent de nombreux grains jaunes, blancs ou gris. Le malade en a déjà constaté la présence. En arrière, au-dessus et au-dessous de cette fistule, la peau est décollée, soulevée en 2 bosselures aplaties dont l'inférieure empiète sur la région sous-maxillaire. En arrière de ces bosselures, la peau de la région jusqu'à l'angle inférieur de la mâchoire présente une induration superficielle en plastron tout à fait caractéristique quand on en a vu d'autres cas. Le masséter n'est pas envahi; mais la peau qui recouvre son insertion inférieure fait partie du plastron d'induration.

Le maxillaire n'est pas tuméfié.

Examinés au microscope sans préparation autre que l'apposition d'une lamelle, les grains du pus montrent de nombreux actinomycètes parfaitement caractérisés.

On prescrit de l'iodure de potassium au malade qui ne peut entrer dans le service.

Il revient 2 jours plus tard demander son admission à la clinique, où il entre. L'écoulement purulent est abondant; la tuméfaction a sensiblement progressé depuis 3 jours; en arrière est apparue une nouvelle bosselure fluctuante.

L'examen des viscères ne révèle aucune anomalie.

Incision, curettage. Pus abondant suivi de grains; la peau est très amincie, la paroi est revêtue d'une couche fongueuse grise, molle, épaisse.

Iodure de potassium à l'intérieur.

L'observation est conforme aux descriptions classiques, et je n'ai pas l'intention de reprendre ici l'histoire si connue de l'actinomycose.

J'avais vu déjà 4 actinomycosiques : 2 autrefois à la clinique de Billroth (actinomycose de la paroi abdominale); 2 tout récemment à la clinique de Poncet, à Lyon. La ressemblance de mon malade avec ces derniers était telle que je n'ai pas eu une minute d'hésitation à reconnaître la maladie.

Je ne puis que répéter après tous les autres que si les dentistes et les chirurgiens prenaient une connaissance initiale de l'actinomycose, ils n'éprouveraient probablement pas de difficulté à en rencontrer un nombre assez considérable.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. Clemente Ferreira (de Rio de Janeiro) une lettre dont nous extrayons le passage suivant :

Rio-Janeiro, le 12 décembre 1895.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un travail de M. Moncorvo, publié à présent dans votre excellent journal, je vois que l'auteur, s'occupant de l'emploi du chlorhydrate de phénocolle dans l'impaludisme, ne fait aucune mention de mon nom, comme étant celui du premier médecin brésilien qui ait publié une note sur les applications de cet agent thérapeutique contre les fièvres paludéennes de l'enfance. Dans le cours de l'année 1893 j'ai fait plusieurs observations, que j'ai communiquées à l'Académie de médecine de Rio-Janeiro dans sa séance du 27 juillet 1893, ensuite j'ai adressé une note sur le même sujet à la Société de thérapeutique, note qui a été lue dans la séance du 13 décembre de la même année et a paru dans les Bulletins de ladite Société. On voit donc que la priorité de ces études m'appartient; comme l'a très bien dit Wecker, la priorité revient à celui qui publia le premier les résultats de ses études et non pas à celui qui les fait sans les publier.

Recevez mes sincères salutations.

Clemente Ferreira.

VARIÉTÉS

Photographie du squelette. — Un poète viennois, M. J. Bauer, inspiré par la nouvelle découverte de Rœntgen, lui consacre quelques vers dont voici le sens :

« Je ne puis comprendre l'enthousiasme avec lequel les hommes saluent cette lumière nouvelle. — Pourquoi nos contemporains veulent-ils contempler ce que les dieux ont revêtu d'obscurité et d'une chemise?

« Ces rayons révèlent — horreur! désespoir! — la physionomie de nos entrailles. — Désormais, en se faisant photographier, on compromettra jusqu'à son ossature. »

Pour les fumeurs de cigarettes. — D'après le Dr Mulhall, de Saint-Louis, tandis que le fumeur de cigare ou de pipe aspire rarement la fumée, le plaisir du fumeur de cigarettes consiste essentiellement dans cette inhalation et dans l'excitation des nerfs laryngés et des filets trachéaux du pneumogastrique. Toutefois si les conséquences générales de cette absorption sont

les mêmes que pour tout autre mode de tabagisme, les effets locaux sont peu sérieux. La cigarette peut aggraver un état morbide antérieur, mais elle ne crée pas de maladie de la gorge digne de ce nom. Tout ce qu'elle détermine, c'est une hyperémie modérée, parfois un léger catarrhe du pharynx avec expectoration de petits crachats perlés. Et M. Mulhall nous apprend que l'assassin Maxwell, qui fumait 40 cigarettes par jour, ne présentait à l'autopsie aucune altération appréciable de la muqueuse laryngée ou trachéale. Ce que M. Mulhall reproche surtout à la cigarette, c'est d'être en quelque sorte l'initiatrice du tabagisme. La première cigarette ne donne pas la nausée comme le premier cigare. Elle coûte si peu et se fume si facilement... d'où un encouragement à l'usage et par suite à l'abus.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1896.

Élection.

Élection de deux correspondants nationaux (2e division).

1re place.

MM. Gross (de Nancy)	38 voix.	Élu.
Poncet (de Cluny)	5	
Gaulard (de Lille)	19	
Auffret (de Rochefort)	1	
Poncet (de Lyon)	2	

2e place. — 1er tour.

MM. Poncet (de Lyon)	22
Poncet (de Cluny)	21
Gaulard (de Lille)	15
Folet (de Lille)	1
Auffret	3
Nuls	2

2e tour.

MM. Poncet (de Lyon)	32 voix.	Élu.
Poncet (de Cluny)	17	
Gaulard (de Lille)	8	

Origine hospitalière de la phthisie.

M. Jaccoud relate trois faits dans lesquels au premier abord on pourrait croire que les malades ont contracté la phthisie à l'hôpital, et où, cependant, à l'examen plus attentif, la certitude apparente devient une simple possibilité. Ces trois observations concernent des hommes robustes, non tarés héréditairement, qui ont succombé à une tuberculose déclarée à la suite d'une pneumonie traumatique; et à l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion qui pût paraître ancienne, antérieure au trauma. Ces hommes auraient-ils donc contracté la tuberculose à l'hôpital, à la faveur d'une lésion pulmonaire prédisposante? Mais ne peut-on aussi bien penser qu'ils portaient en eux des bacilles latents, qui ont évolué à la faveur du foyer de pneumonie traumatique? Enfin, pour les deux derniers malades, n'auraient-ils pas été contaminés une fois hors de l'hôpital, après le séjour nécessité par la pneumonie?

Malgré la précision apparente des faits, on ne peut choisir avec certitude entre ces trois hypothèses. Dès lors, il y a là un argument contre l'utilité de séparer les tuberculeux en des services spéciaux. Pour conclure par l'affirmative, il faudrait pouvoir affirmer la contagion hospitalière. Or on ne le peut pas. Il faut donc rester sur la réserve. Et cela d'autant plus qu'une deuxième question se pose : l'agglomération n'est-elle pas dangereuse pour les tuberculeux eux-mêmes? Or, d'après ce qu'il a vu sur l'aggravation due, chez les phthisiques, aux infections pyogènes secondaires, M. Jaccoud croit que ce danger est réel. Mais ici encore il n'y a pas de certitude.

Au total, plus encore qu'en 1890, M. Jaccoud se prononce contre les hôpitaux spéciaux pour phthisiques et croit que le progrès sera réalisé par la suppression des poussières.

M. Duguet. — Depuis plus de dix ans je m'étonne du petit nombre de tuberculoses contractées à l'hôpital. Dans mon service, depuis cette date, j'ai, comme à l'étranger, supprimé les poussières en faisant calfater les planchers, et on les nettoie en les lavant avec la sciure de bois mouillée. J'ai également modifié les crachoirs : avec le modèle que j'ai adopté il n'y a ni crachat perdu, ni crachat qui se dessèche. Je crois avec M. Jaccoud qu'il faut chercher dans ce sens avant d'édicter la séparation des malades.

M. Nocard. — Nous sommes tous d'accord sur la nocivité des crachats desséchés, et la suppression des poussières est évidemment une excellente prophylaxie. Mais il ne faut pas croire que la contagion hospitalière ne soit pas dangereuse; les réunions de phthisiques sont dangereuses pour les non-phthisiques. Chez l'homme, comme le dit M. Jaccoud, la difficulté de démonstration est réelle. Mais chez les bovidés la preuve est parfois facile à faire. Ainsi j'ai vu un taureau, démontré sain par la tuberculine, qui a contracté la tuberculose d'une manière très nette dans l'étable des animaux tuberculeux. On peut, par l'hygiène, diminuer le danger qu'un tuberculeux a pour ses voisins, mais ce danger est absolument réel.

M. Péan, comme M. Jaccoud, se déclare très hésitant à résoudre le problème, non seulement pour les organes internes, mais même pour le rôle du trauma dans la genèse des lésions tuberculeuses du squelette.

M. Tarnier insiste sur la nécessité de supprimer les poussières. Il ajoute, d'ailleurs, que l'observation ne peut pas être rigoureuse dans les hôpitaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 Janvier 1896.

Varices œsophagiennes.

M. Kahn montre l'œsophage d'un individu atteint de cirrhose alcoolique et ayant succombé brusquement à une hématémèse.

L'œsophage est couvert sur presque toute sa hauteur de varices dont quelques-unes ont le volume d'un crayon. La perforation qui siège à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'organe est très petite.

Anévrysmes multiples de l'aorte.

M. Kahn rapporte l'observation d'une homme qui a succombé cachectique à la tuberculose et qui, pendant la vie, présentait, au niveau de la partie latérale droite du thorax, une tumeur que, d'après les phénomènes de compression qu'elle a provoqués du côté des organes du médiastin, on avait reconnu pour un anévrysme de la crosse de l'aorte.

A l'autopsie on trouva quatre poches anévrysmales qui siégeaient une au niveau de l'aorte thoracique, une autre à l'embouchure de la carotide gauche, une troisième à l'origine de la sous-clavière droite et enfin une quatrième énorme sous la crosse.

Hydronéphrose.

MM. Desfosse et **Tuffier** présentent un rein enlevé par la néphrectomie pour hydronéphrose intermittente. L'uretère est perméable, mais coudé sur les vaisseaux et maintenu dans sa position par une petite bride fibreuse.

Lithiase biliaire.

M. Durante montre une vésicule biliaire contenant de nombreux calculs et présentant au niveau de l'abouchement du canal cystique une petite tumeur dure, arrondie, ayant toutes les apparences d'un calcul, mais formée en réalité par incrustation de parois du canal par des sels biliaires.

M. Bourneville présente une série de cerveaux d'idiots provenant des autopsies qu'il a pratiqué à Bicêtre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 Janvier 1896.

PRÉSIDENCE DE M. GIARD.

De l'aura du vertige auriculaire.

M. Gellé, en analysant de nombreuses observations de vertiges de Ménière, d'accès vertigineux liés à des lésions otiques, conclut à la fréquence d'une aura prémonitoire de l'accès et remarque combien elle a de rapports avec l'aura des grandes névroses, et même de l'épilepsie.

Les formes en sont des plus diverses, les unes sensorielles, auditives ou visuelles; les autres sont des accidents de la sensibilité générale; d'autres formes débutent par les nausées et les vomissements.

Ailleurs ce sont des phénomènes lipothymiques; enfin souvent les troubles de la motricité, qui font le fond de l'accès du vertige, sont les premiers phénomènes subitement apparus.

Parmi les phénomènes sensoriels notés, les auditifs tiennent le premier rang; en général, c'est un sifflement subit, intense, uni ou bilatéral, qui ouvre la scène; c'est le signe classique le plus ordinaire avant-coureur de l'accès; mais ce signe manque parfois complètement, ou bien il n'est que l'aggravation d'un bruit subjectif habituel; quel qu'il soit, le patient en reconnait la signification plus tard et se trouve averti de ce qui le menace.

Dans le quart des cas, ce bruit initial prend des caractères très distincts; c'est une détonation, une sensation de déchirement, de fusillade, des cris, des pétillements, des craquements, un bruit de roulement de chemin de fer, une sensation sonore rotatoire, énervante, croissante, ailleurs un souffle, mais qui monte du cou vers la tête, le long des sillons vasculaires, ou qui passe d'une oreille à l'autre; association très fréquente des deux sensations subjectives à la fois sonore et de translation.

L'ouïe, d'autres fois devient douloureuse, il y a sensibilité anormale aux bruits extérieurs; enfin, et cela moins fréquemment, l'aura est une surdité subite ou rapidement croissante et totale.

Le début du vertige est aussi marqué par des *troubles visuels* subits, par des éblouissements, des flammes, des feux en zigzag, de la diplopie, de la fixité du regard; puis ce sont de véritables hallucinations de la vue, le sol se dérobe, les objets fuient; tout tourne; l'individu oscille, il se sent soulevé, entraîné dans un sens, en rotation ou précipitation, renversé, courbé, jusqu'à la chute finale.

Il voit des fumées, des papillons, et parfois il perd subitement la vue et tombe comme en syncope.

Les troubles de la sensibilité générale ne sont pas moins fréquents comme signes prémonitoires de l'accès; on trouve notées des sensations bizarres subitement apparues sur les points les plus divers du corps : ici, c'est un coup de massue reçu sur la tête, ou des coups répétés sur le vertex, à la nuque, dans un bras, dans une jambe, dans la tête, dans le dos; une douleur violente qui traverse la tête d'une oreille à l'autre, débute dans bas de la colonne et remonte vers l'oreille ou la tête, se porte du voile du palais à une oreille; ailleurs une sensation de quelque chose qui se déplace de bas en haut ou de droite à gauche, puis soudain le sifflement, les nausées et le tournoiement arrivent.

Le plus souvent observé est le début par un choc à la nuque, suivi aussitôt de renversement en avant en arrière ou sur la tête; ainsi on a toujours la sensation hallucinatoire et le mouvement involontaire ou l'hallucination des mouvements.

Dans ces cas, on observe au début de la crise que le malade *jette un cri*, avant de tournoyer ou de se cramponner.

J'ai 6 observations où ce début par un cri est noté; cri de terreur, de douleur, de surprise, dès la première sensation de vertige.

Comme signe prémonitoire de l'accès vertigineux, les nausées, les vomissements sont souvent signalés.

Leur intensité, leur durée peuvent induire en erreur et font oublier l'oreille; crampes, gastralgie, coup dans l'estomac, vomissements subits sont suivis aussitôt des accidents de tournoiements, de déséquilibration et des perturbations motrices caractéristiques, avec ou sans chute sur le sol, sans perte de connaissance.

Le malade se plaint d'éprouver assez fréquemment, au début, des troubles de l'innervation vaso-motrice, du refroidissement avec tremblement, des sueurs froides, des chaleurs, à la face, à la tête, auxquels s'ajoutent les vomissements et l'état semi-syncopal.

L'accès peut d'autre part débuter par une impulsion subite, avec rotation, un renversement de la tête, ou une résolution brusque avec chute, à terre, sans autre préambule.

Le sifflement, la flamme, le choc initial, sont aussitôt suivis de défaillance et de chute. Un geste, l'action de dresser la tête, de lever les yeux, de se moucher, d'avaler, l'aération de la caisse, les pressions, la mastication, etc., amènent souvent ces crises immédiates par le choc auriculaire.

Les troubles visuels, l'état nauséeux, les impulsions ou sensations motrices les plus diverses naissent instantanément. Souvent le malade se plaint, comme au début, d'éprouver de la raideur du cou, une rotation forcée de la face, une inclinaison de la tête sur l'épaule, la faiblesse des jambes.

On remarque le strabisme, la rotation, l'oscillation de la tête ou du corps, l'instabilité, le tremblement des membres, avant la demi-syncope terminale.

Le sujet conscient raconte toutes ces hallucinations terrifiantes qui se succèdent avec rapidité et comme fatalement.

Tels sont les faits, telle est l'aura du vertige de Ménière, ou otique.

Il résulte de cet exposé que les irritations du nerf auditif ne provoquent pas seulement des phénomènes moteurs comparables à ceux que l'expérimentateur produit, dans le laboratoire, par la blessure des canaux semi-circulaires, mais qu'elles donnent naissance à de véritables hallucinations, à l'éveil de représentations motrices ou sensorielles, ou de la sensibilité générale, en même temps qu'aux désordres de la motricité et des sensations motrices.

Le vertige auriculaire est composé d'hallucinations des sens et de la sensibilité générale et musculaire, et manifeste la participation évidente des centres nerveux psychiques autant que celle des centres moteurs à l'excitation partie du nerf auditif ou de ses divisions périphériques.

La clinique ne laisse planer aucun doute à ce point de vue.

On comprend dès lors le vertige purement nerveux, de même que celui qui naît d'affections des organes autres que l'oreille.

Mal de Pott aspergillaire.

M. Rénon. — Nous venons d'observer chez un lapin, qui avait reçu dans les veines deux injections de spores d'aspergillus fumigatus, un fait très curieux d'aspergillose vertébrale ayant pris toute l'allure d'un mal de Pott.

Atteint de paraplégie du train postérieur, cet animal présenta les jours suivants une paralysie des muscles de l'abdomen et du tronc, et succomba très rapidement. A l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses, en ouvrant le canal rachidien et en enlevant la moelle, on trouva deux abcès siégeant l'un dans la région dorsale et l'autre dans la région lombaire : ils comprimaient la moelle et proéminaient à la face antérieure de la colonne vertébrale. Le contenu caséeux de ces abcès, ensemencé sur tubes de liquide de Raulin, développa dans tous les tubes une culture d'aspergillus fumigatus; à l'examen direct de la matière caséeuse, on décela du mycelium très net qu'on retrouva par coloration à la thionine.

Une vertèbre malade, coupée après décalcification, montre l'envahissement du corps vertébral par des éléments embryonnaires, la plupart d'origine migratrice, mous et polynucléés, sans cellules géantes. Il existait des points caséeux dans le tissu osseux et sur les limites de l'abcès. Au pourtour de ces points caséeux, la coloration par la thionine permit de constater des rameaux enchevêtrés et ramifiés de mycelium aspergillaire.

La recherche des bacilles de Koch, tant sur les coupes de la vertèbre que dans la matière caséeuse, et par inoculation de cette dernière au cobaye, est restée négative.

Les lésions vasculaires dans les centres nerveux des syphilitiques

M. Lamy. — L'examen de faits composés de syphilis médullaire m'a conduit aux conclusions suivantes, en ce qui concerne les lésions vasculaires :

1° Les faits à évolution rapide sont particulièrement favorables à cette étude, mais il faut distinguer ceux où la syphilis reste pure, de ceux où le sujet a succombé à une infection secondaire.

2° Dans le premier cas, la lésion initiale est primitivement péri-vasculaire; dans le second cas, on constate en outre l'existence de lésions d'origine endo-vasculaire ayant pour origine des thromboses plus ou moins avancées en organisation. Selon toute vraisemblance, ces dernières sont liées à l'infection sanguine.

3° Il y a lieu dans l'étude des myélites infectieuses, en général, de tenir compte de l'infection sanguine lorsqu'elle s'est produite.

Des lésions primitives et des lésions secondaires de la cellule nerveuse.

M. G. Marinesco. — Dans une communication antérieure, nous nous sommes efforcé de prouver par des faits histologiques, expérimentaux et anatomo-cliniques, qu'il n'existe pas de névrites périphériques (dégénérescence parenchymateuse des nerfs) sans participation des centres d'origine des nerfs affectés. Nous nous proposons maintenant d'étudier la nature des lésions de ces centres d'origine. La cellule nerveuse motrice présente la structure suivante : elle est composée d'une partie fondamentale d'aspect homogène (d'après la méthode de Nissl) qui contient dans son intérieur des éléments fortement colorés par les couleurs basiques d'amiline (éléments chromatophiles). Ces éléments sont disposés concentriquement autour du noyau (couche périnucléaire), ou s'irradient à la périphérie dans les prolondements protoplasmiques. Le cylindre-axe n'en possède pas, mais par contre, il a une structure fibrillaire. Il se continue avec la masse incolore du protoplasma dont la structure est difficile à préciser. Nous donnons le nom de *kinétoplasma* aux éléments chromatophiles, et de *trophoplasma* à la partie fondamentale qui constitue le corps cellulaire et le cylindre-axe. C'est à l'intégrité de cette *dernière qu'est liée la nutrition de la fibre nerveuse et de la fibre musculaire*, tandis que le kinétoplasma, qui n'existe pas à un certain moment de la vie embryonnaire, constitue un appareil nécessaire à la transformation des impressions sensitives en inectations motrices. Quand on coupe un nerf moteur chez un lapin, on constate quelques jours après, une disparition partielle, au début, du kinétoplasma. (Nous avons donné à cette lésion le nom de dissolution des éléments chromatophiles.) Cette dissolution a son point de départ, comme l'a montré Nissl, au niveau de la colline que forme le cylindre-axe, elle s'étend progressivement au reste de la cellule et n'envahit qu'en dernier lieu la couche périnucléaire. Le premier auteur qui a vu cette lésion est Nissl, et, après lui, nous avons constaté les mêmes altérations. Elles constituent comme nous l'avons dit une réaction à distance ; car le cylindre-axe et la myéline de la fibre coupée sont intacts.

Ces lésions du kinétoplasma sont réparables et, à mesure que le travail de dégénérescence des fibres coupées s'accentue, les éléments chromatophiles réapparaissent. Mais si à la lésion du kinétoplasma succède une altération du néoplasma, la lésion de la cellule nerveuse est irréparable et on constate dans cette deuxième phase une atrophie et une dégénérescence dans le cylindre-axe qui émane de la cellule. Ce sont ces dernières lésions du trophoplasma qui ont été vues par Hayem, Forel, parce que leur technique ne leur permettait pas d'étudier les lésions du kinétoplasma.

On voit, par conséquent, que dans la première phase qui suit la section d'un nerf il n'y a pas de lésions du bout central, mais disparation partielle du kinétoplasma ou réaction à distance, tandis que dans la deuxième phase, il y a désintégration et atrophie du trophoplasma et lésions dans le bout central du nerf sectionné. Ces dernières lésions ont été à tort appelées par certains auteurs du nom de névrite ascendante. En réalité, les lésions de ce bout central sont dues aux lésions du trophoplasma de la cellule nerveuse. Grâce à ces constatations histologiques, il est possible de distinguer une lésion secondaire des lésions primitives d'un centre cellulaire. Mais cette différence n'existe que tant que la lésion n'a pas envahi le trophoplasma. A ce moment, la différence est bien moins nette, et même impossible à établir. On comprend facilement que dans certains cas de névrite périphérique avec lésions des centres, comme dans celui de MM. Ballet et Dutil, on ne puisse affirmer quelle est la lésion primitive.

Néphrite expérimentale.

MM. Abelous et **Bardier** ont obtenu une néphrite épithéliale chez des animaux chez lesquels ils badigeonnaient la surface du rein avec une solution au nitrate d'argent au 15°. A côté d'une oligurie avec albuminurie, ils ont observé chez ces animaux des troubles psychiques (inquiétnde, agitation, etc.) rappelant la folie brightique, et une modification du rythme respiratoire. Dans les badigeonnages unilatérals les phénomènes disparaissent dès que la sécrétion rénale redevient normale.

L'anurie complète à la suite d'un badigeonnage révélateur est d'un ordre réflexe.

Tuberculose des perroquets.

M. Roger a pu étudier 27 cas de tuberculose spontanée chez des perroquets, le plus souvent sous forme de lésions verruqueuses ou cutanées de la peau. Dans 4 cas M. Roger a pu faire l'autopsie et constater la présence des lésions viscérale. Ce qu'elles présentent de particulier c'est que dans le foie, par exemple, la structure histologique du tubercule est presque identique à celle de l'homme. L'étude de la virulence de cette tuberculose contrôlée par des inoculations à des cobayes et des lapins a montré qu'elle est presque aussi virulente que celle de l'homme.

Sur les 27 cas on a pu établir que 7 fois les perroquets ont été contaminés par leurs propriétaires respectifs tous tuberculeux. On doit donc se demander si la tuberculose des perroquets ne peut à son tour se transmettre à l'homme.

Action préventive du curare dans le tétanos strychnique.

M. Laborde occupé, depuis quelque temps à étudier un curare pur, a trouvé que ce curare en injections sous-cutanées exerce, chez les grenouilles, une action préventive contre le tétanos qu'on provoque par l'injection de curare.

Diminution de la résistance du sang dans l'hémoglobinurie paroxystique.

MM. Vaquez et **Marcano** rapportent l'observation d'un cas d'hémoglobinurie paroxystique où ils ont étudié la résistance du sang d'après le procédé de Malassez.

Cette étude leur a montré que le cas était caractérisé par :

1° Une diminution considérable de la teneur du sang en hémoglobine, atteignant un tiers environ de l'hémoglobine totale;

2° Un affaiblissement de la résistance des globules du sang permettant la destruction spontanée de 1 200 000 globules dans le sérum artificiel au bout de 24 heures, alors qu'en dehors de la crise la destruction dans le même laps de temps ne dépasse pas 700 000.

M. Mathieu, dans une note sur la meusuration du volume des liquides pendant la digestion, a constaté que cette quantité augmente au début de la digestion, pendant une demi-heure, par le fait de la sécrétion gastrique, et diminue ensuite par évacuation régulière de l'estomac.

M. Œchsner de Coninck, en poursuivant ses recherches sur l'analyse de l'urine des rachitiques, fait connaître les procédés de dosage qu'il a employés pour obtenir : 1° l'acide sulfurique des sulfates libres de l'urine; 2° l'acide sulfurique conjugué; 3° le soufre total.

MM. Abelous et **Biarnès** envoient une note sur le mécanisme des oxydations organiques.

M. Galippe soutient, en s'appuyant sur ses recherches, que les fœtus entourés d'enveloppes et les graines ne sont pas aparasitaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 Janvier 1896.

Présidence de M. Th. Anger.

Traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Routier revient à la discussion soulevée par M. Picqué à propos du traitement de la grossesse extra-utérine. Il distingue plusieurs cas, mais avant tout il met hors de la discussion la grossesse extra-utérine après le cinquième mois, pour laquelle tout le monde est d'accord pour faire la laparotomie, ouvrir la poche, sortir le fœtus et marsupialiser la poche.

Quant à la grossesse extra-utérine avant 5 mois, M. Routier trouve que le diagnostic peut être fait; qu'en tout cas, on peut avoir des probabilités suffisantes pour en arriver à une intervention, si l'on envisage l'arrêt des règles, l'existence d'une tumeur juxta-utérine, un utérus vide, et personnellement il a fait ce diagnostic et est intervenu dans 4 cas de grossesse ectopique. Toutes ces malades ont été laparotomisées et toutes elles ont guéri après ablation du kyste fœtal.

Reste l'hématocèle rétro-utérine, due le plus souvent à une grossesse ectopique rompue rapidement dans le péritoine, et qui peut suppurer. M. Routier en a observé 24 cas qu'il a opérés par les voies vaginales. Dans 3 cas, il trouva, dans la poche, des fœtus développés.

Dans un cas où le diagnostic était à faire avec l'appendicite, M. Routier fit une incision dans le cul-de-sac postérieur du vagin, évacua la poche et trouva au milieu des caillots un fœtus long de 10 centimètres. La malade a bien guéri.

Dans le second cas, il existait une grosse tumeur dans le cul-de-sac postérieur, la collection a été ouverte par le vagin : il sortit une grande quantité de caillots, entre lesquels on crut sentir aussi un fœtus qu'il fut impossible d'extraire. Après cette opération, il y eut quelques accidents inflammatoires. Au bout de 20 jours seulement, il sortit un fœtus long de 15 centimètres. La malade a très bien guéri.

Donc, dans tous ces cas, l'incision dans le cul-de-sac postérieur a suffi pour extraire et les caillots et le fœtus.

A côté de ces cas d'hématocèles habitées, il y a les faits d'hématocèles rétro-utérines cataméniales simples. On ne trouve pas de fœtus. Le traitement est le même que dans la catégorie précédente.

Dans un cas où l'hématocèle était anté-utérine, l'incision a été faite dans le cul-de-sac antérieur.

Toutes ces opérées ont guéri. Une fois seulement il y eut une alerte vive. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une hématocèle rétro-utérine. L'incision vaginale fit sortir des caillots noirs. Mais il resta un kyste, sensible par l'abdomen, qui fut ouvert à son tour. M. Routier voulut agrandir l'ouverture de ce kyste et donna un coup de ciseaux ; il sortit un énorme jet de sang artériel. La compression de l'aorte suffit à arrêter l'hémorrhagie, La malade, malgré cet incident, a fort bien guéri.

En somme, toutes les fois qu'une hématocèle rétro-utérine ne tend pas à la guérison au bout de 5 à 6 semaines, il faut opérer et intervenir par l'incision vaginale, vider la poche et drainer. Quand il s'agit d'une grossesse extra-utérine donnant lieu à une tumeur abdominale, il faut faire la laparotomie.

M. Schwartz trouve comme M. Routier que le diagnostic de la grossesse extra-utérine est possible. Pour la grossesse à terme il accepte la laparotomie avec marsupialisation de la poche.

Dans les hématocèles rétro-utérines consécutives à la rupture d'une grossesse tubaire ou d'un hématosalpinx, le sang est épanché dans le cul-de-sac de Douglas ou bien sur les côtés de l'utérus. Quand la tumeur est plutôt abdominale il faut faire la laparotomie. Quand la tumeur est bien pelvienne, située dans le cul-de-sac de Douglas, il faut inciser par le vagin.

Quand l'hématocèle ne croît plus, l'opération de choix en effet est l'incision vaginale. On ouvre la porte, on la nettoie sans trop insister sur le grattage de la poche, et on la draine.

Dans l'hématocèle en voie de formation et d'augmentation, quand l'hémorrhagie continue et devient menaçante pour l'existence de la femme, il vaut mieux intervenir par l'abdomen quoique la tumeur proémine dans le vagin.

M. Segond se borne à quelques généralités, se réservant de revenir plus tard sur le traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Picqué a dénié à Gallard la paternité de la théorie qui rattache les hématocèles à la puerpéralité et à la grossesse extra-utérine. Or, pour M. Segond, c'est bien Gallard qui a précisé les rapports qui existent entre l'hématocèle et la puerpéralité.

En second lieu M. Segond trouve que la distinction établie par M. Picqué entre l'hématocèle non puerpérale de l'hématocèle due à une grossesse extra-utérine, bonne au point de vue didactique, est inutile en pratique. Car le plus souvent, en pratique, le diagnostic de la variété de l'hématocèle est très difficile, et l'erreur de diagnostic est commune dans la moitié des cas.

Troisième point. M. Picqué recommande l'hystérectomie vaginale, à titre exceptionnel, dans la grossesse tubaire interstitielle. Or ce diagnostic ne peut jamais être fait; on devrait, si l'on voulait suivre le précepte de M. Picqué, faire d'abord la laparotomie pour constater la variété de la grossesse, et ensuite l'hystérectomie vaginale.

D'après M. Segond, les grossesses extra-utérines doivent se diviser en grossesses avant le cinquième mois et en grossesses après le cinquième mois.

1° Pour les grossesses avant le cinquième mois, en clinique, le diagnostic est toujours difficile. Dans ces grossesses, avant la rupture, il peut ne pas y avoir de symptômes. Le plus souvent, il existe des signes manifestes, comme par exemple l'existence d'une tumeur unilatérale, chez une femme jeune. Dans ces cas il faut intervenir et intervenir par la laparotomie.

Cette grossesse extra-utérine avant le cinquième mois peut se compliquer de rupture. Quand à la suite de la rupture, il y a hémorrhagie grave et continue, il faut faire la laparotomie.

Quand l'hémorrhagie se fait en foyer, s'enkyste dans le petit bassin, quand il s'agit d'une hématocèle rétro-utérine enkystée, on fera l'incision vaginale large dans le cul-de-sac postérieur. S'il existe un placenta on le laisse s'éliminer tout seul.

Dans les variétés d'hématocèles à poussées successives, à hémorrhagies successives dans la poche, il faut encore faire l'incision vaginale.

Lorsque l'hématocèle se complique de suppuration, on doit faire l'hystérectomie vaginale comme pour tout abcès du petit bassin.

2° Restent les grossesses ectopiques après le cinquième mois. Dans ces cas, le diagnostic est plus facile que dans les cas précédents. Dans ces cas encore, la laparotomie seule est indiquée.

Si la grossesse extra-utérine arrive à terme, on ouvre le kyste fœtal, on sort l'enfant; on laisse le placenta et on marsupialise la poche. On peut avoir ainsi un enfant vivant.

Si le fœtus est mort depuis quelques jours seulement, on attend un peu pour que le placenta se dévascularise. Si le fœtus est mort depuis longtemps, il faut faire la laparotomie immédiate. Enfin si l'on se trouve en face d'une rupture du kyste fœtal, on doit faire la laparotomie, enlever le fœtus et enlever aussi le placenta.

La grossesse extra-utérine après le cinquième mois peut se compliquer (rupture, hémorrhagie); on doit dans ces cas avoir recours à la laparotomie.

M. Reynier maintient la supériorité de la laparotomie dans le traitement de l'hématocèle, il a vu des cas malheureux avec l'incision vaginale; des hémorrhagies, la persistance de la tumeur, etc.

M. Bazy présentant les pièces provenant d'une femme opérée avec succès d'une grossesse extra-utérine au cinquième mois.

Appendicite familiale.

M. Brun a présenté l'appendice d'un homme de 31 ans qu'il a opéré pour une appendicite relativement légère, puisque les symptômes consistaient essentiellement en une douleur fixe au niveau de la fosse iliaque droite; cette douleur, de même que les quelques autres symptômes ont complètement disparu au bout de trois jours, M. Brun a néanmoins opéré le malade et enlevé un appendice volumineux, turgescent contenant trois boulettes de matières fécales.

La raison qui a conduit M. Brun à opérer était que quelque temps auparavant le frère de l'opéré a succombé à une appendicite familiale.

M. Routier a opéré aussi tout récemment un cas d'appendicite familiale.

M. Tuffier cite le cas d'une jeune fille qui a succombé à une péritonite d'appendiculaire. Son père est mort un mois auparavant dans les mêmes conditions.

D'un autre côté il cite trois frères dont un a succombé à une appendicite non opérée, le second a guéri après une intervention; le troisième a déjà eu trois attaques d'appendicite.

M. Jalaguier cite deux cas analogues.

Gastro-entérostomie.

M. Quénu présente les pièces d'une malade à laquelle on a fait dans son service une gastro-entérostomie, avec le bouton de Murphy, pour cancer. Pendant qu'on appliquait le bouton, une pièce tomba dans l'estomac, et on fut obligé de la remplacer par une autre.

La malade ayant succombé au bout de quelques mois aux progrès de la cachexie cancéreuse, on trouva dans l'estomac le bouton entier. Quant à la moitié qui était tombée dans l'estomac au cours de l'opération, elle passa probablement dans l'intestin et fut éliminée avec les selles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1896.

La créosote dans la tuberculose.

M. Burlureaux revient sur le cas d'empoisonnement grave, par la créosote, signalé à la dernière séance par M. Faisans, chez un tuberculeux. Il se demande si les cas semblables doivent faire proscrire le traitement de la tuberculose par la créosote à hautes doses.

M. Burlureaux insiste sur deux faits, à savoir : 1° que ces accidents, graves en apparence, ne sont jamais mortels, disparaissent après six ou huit jours, sans laisser aucune trace; 2° qu'ils sont extrêmement rares, puisque depuis cinq ans qu'il emploie la créosote à toutes doses, il n'en a observé que 3 cas. Par conséquent, pas plus pour la créosote que pour d'autres médicaments il n'y a pas lieu de se laisser arrêter par les accidents qui peuvent arriver quand on emploie des médications actives.

Il est vrai que les phénomènes de pseudo-méningite ne s'observent que chez les malades traités par les fortes doses. On doit donc se demander s'il y a intérêt à donner de fortes doses de créosote?

D'après M. Burlureaux il faut donner la dose la plus forte qui sera tolérée, car ne pas l'atteindre, c'est priver le malade d'une partie des bénéfices du traitement. Mais comme elle varie d'un individu à l'autre, c'est au médecin à la chercher, par tâtonnement et en ayant pour guides les diverses manifestations d'intolérance.

Si la tolérance est minime, il ne faudra donner que de très petites doses, beaucoup moindres que celles qu'on emploie habituellement. Si la tolérance est parfaite, il y aura tout intérêt à donner des doses considérables sans se laisser arrêter par l'appréhension des accidents de pseudo-méningite.

L'utilité des fortes doses est démontrée par une longue observation, elle est de plus d'accord avec les notions de thérapeutique générale, d'après lesquelles, si un médicament semble utile, il faut le donner à haute dose. Ce principe est bien celui adopté pour le traitement de l'épilepsie par les bromures.

La créosote est un reconstituant de premier ordre. Sans être un spécifique de la tuberculose, les services qu'elle rend aux tuberculeux doivent faire négliger les accidents dont elle peut être responsable et dont la plupart sont facilement évitables.

M. Faisans ne croit pas non plus qu'on doive renoncer à une médication par cela seul qu'elle peut occasionner des accidents, fussent-ils graves, fussent-ils même mortels, si la méthode a fait ses preuves. Seulement la question est de savoir si la créosote à hautes doses mérite la faveur dont elle jouit en France. Or la créosote n'a nullement les vertus d'un spécifique, et elle est contre-indiquée dans tous les cas où il y a de la fièvre ou une dyspepsie habituelle, ou de l'éréthisme cardiaque, comme c'est très souvent le cas.

Il est certain que par les injections créosotées à hautes doses on obtient des améliorations considérables, notamment au point de vue du poids. Mais on arrive à ce résultat avec bien d'autres médications, notamment avec l'huile de foie de morue à très hautes doses (200, 300 grammes par jour), avec la poudre de viande à hautes doses (250 grammes par jour), d'après la méthode de M. Debove.

En somme, la créosote est un bon balsamique, peut-être le meilleur des balsamiques capables de rendre d'excellents services dans les bronchorrées, mais on ne peut admettre qu'on en fasse une médication systématique.

M. Ferrand s'associe aux réserves de M. Faisans et accepte les contre-indications dont il a parlé et qui, en effet, sont aussi formelles que fréquentes. De plus on s'illusionne facilement sur les effets de la créosote et des autres balsamiques sur les manifestations locales de la tuberculose pulmonaire; on constate, par exemple, que les signes d'auscultation ont diminué en un point, mais cela provient simplement de ce que l'air arrive en quantité moindre dans les points congestionnés par le fait de la créosote.

En tout cas, M. Ferrand proteste contre l'assertion de M. Burlureaux, à savoir que pour obtenir de bons effets de médication, il faut la pousser jusqu'aux extrêmes limites de la tolérance.

M. Lereboullet est du même avis que MM. Faisans et Ferrand. La créosote n'est malheureusement pas un spécifique de la tuberculose, mais c'est un des meilleurs adjuvants de l'hygiène des tuberculeux et elle rend de grands services dans les formes torpides, dans la scrofulo-tuberculose.

Sur la pituite hémorrhagique des hystériques.

MM. Albert Mathieu et **Milian.** — Les malades qui sont toujours des hystériques nettement stigmatisés — le plus souvent, mais non toujours des femmes — vomissent de temps en temps, de préférence la nuit, une petite quantité d'un liquide que les auteurs comparent à du sirop de groseilles étendu d'eau ou à du sirop de ratanhia étendu. On voit parfois, du reste, le liquide, qui d'abord était d'un rouge sirop de groseilles, se teinter et prendre une coloration plus noire, ce qui peut être dû à l'action du suc gastrique qu'il renferme. Ce liquide est constitué, ainsi que le montre l'analyse chimique et microscopique, par de la salive mélangée d'une petite quantité de sang. Parfois on y trouve des débris alimentaires ou de l'acide chlorhydrique, ce qui démontre qu'il a été vomi. Cependant il n'est pas établi que le sang vienne toujours ni même ordinairement de l'estomac : quelquefois il s'agit d'une sialorrhée sanglante et la salive est déglutie puis rejetée peu de temps après sa pénétration dans l'estomac. On sait que la pituite matinale des alcooliques relève du même mécanisme.

Le diagnostic du symptôme est facile, d'après l'aspect du liquide qui est tout à fait caractéristique. Le diagnostic différentiel est à faire avec l'expectoration sanguinolente que présentent certains cardiaques, certains aortiques, certains artério-scléreux, à la suite d'une poussée d'œdème pulmonaire. Dans tous les cas, le liquide est expectoré à la suite d'une crise de dyspnée, après des quintes de toux, et la constatation des lésions cardiaques ou artérielles permet facilement d'établir le diagnostic.

Le pronostic de la pituite hémorrhagique est peu grave, bien que cette pituite soit souvent très tenace.

Sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningées.

MM. Fernet et **Lorrain** rapportent l'observation d'un malade âgé de 56 ans qui, après quelques phénomènes pulmonaires, présenta une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche, et mourut de méningite. Dans les derniers jours, le tableau de la maladie fut celui d'une infection généralisée. L'arthrite présentait des caractères anatomo-pathologiques rares; il s'agissait d'une véritable ostéo-arthrite avec destruction du

ménisque inter-articulaire, des cartilages, des ligaments. Les os étaient dénudés et présentaient à la vue une surface spongieuse. L'articulation contenait quelques gouttes seulement de sérosité louche. Cette sérosité et le pus méningé contenaient des pneumocoques à l'état de pureté.

M. Widal, voir page.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 9 janvier 1896.

Un cas d'emphysème sous-cutané partiel, survenant pendant la période d'expulsion du travail.

M. Macé. — Il s'agit d'une femme de 22 ans, primipare, qui ressentit brusquement, pendant la période d'expulsion, un point de côté violent, siégeant un peu en dedans et en dessous du sein gauche. On constate, à la suite de ce point de côté, de l'emphysème au niveau du cou, de la joue gauche, et de la partie antérieure du thorax gauche. La respiration était de 36 à 44 à la minute, le pouls régulier à 100; la malade se plaignait d'une sensation de constriction très accusée. On fait immédiatement une application de forceps. Enfant vivant de 3 520 grammes. L'emphysème disparut peu à peu les jours suivants; le sixième jour il n'y en avait plus trace.

L'emphysème sous-cutané est une complication rare du travail et se manifeste presque toujours pendant la période d'expulsion. Il est dû généralement à la rupture de vésicules pulmonaires. Dans le cas qu'il a observé, M. Macé pense que la rupture a eu lieu au point où la malade a ressenti le point de côté; l'air a filé sous la plèvre viscérale, est arrivé au médiastin et de là au cou. De là l'origine de la dyspnée, qu'elle a manifestée de suite, et le nombre des inspirations qui s'est élevé et maintenu de 36 à 44 par minute.

M. Guéniot est d'avis que dès l'apparition de l'emphysème, il faut déterminer l'accouchement si l'état de la dilatation le permet, engager la femme à respirer faiblement et surtout à ne pas crier.

M. Petit présente deux instruments : 1° un obturateur vulvaire, à double courant, en caoutchouc durci, pour l'emploi des injections vaginales chaudes; 2° une modification au pessaire intra-utérin de Lefour qui empêche le lien fixateur du pessaire de glisser sur les côtés du col et par conséquent de l'étreindre.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 Janvier 1896.

Action diurétique de la théobromine.

M. Bardet revient sur la communication de M. Huchard qui a cité de nombreuses observations prouvant l'action diurétique remarquable de la théobromine, et attribue à la théobromine une action spéciale sur l'épithélium rénal, en lui déniant en revanche toute action vaso-constrictrice, ce qui la différencie absolument de la caféine.

M. Bardet n'est pas de cet avis. Autrefois il a pris des tracés avec la caféine et de la théobromine, et constaté que toutes les deux élèvent la tension artérielle.

M. Huchard ne croit pas que l'on puisse assigner à la théobromine une action marquée sur le système cardio-vasculaire, et maintient que très probablement cette substance agit seulement sur l'épithélium rénal, comme le strophantus, le nitrate de potasse, le lait, la lactose. Quant à la digitale, elle n'est probablement diurétique que par une action secondaire : elle augmente la force des contractions systoliques, le sang circule plus rapidement dans les vaisseaux, ce qui favorise la résorption des épanchements, qui sont à leur tour évacués plus énergiquement par le rein.

Association des antithermiques et des analgésiques.

M. Vogt recommande la formule suivante :

Antipyrine.	2 gr. 50
Phénacétine	1 gr.
Acétanilide.	0 gr. 50

Mêlez et divisez en 8 cachets.

On obtient une action antithermique et analgésique maxima avec des doses minimes (4 cachets au maximum par jour). On évite ainsi les effets toxiques qui s'observent fréquemment quand on use de ces analgésiques, car pour obtenir un effet thérapeutique certain avec chaque médicament pris isolément, on est obligé de forcer les doses.

M. Ferrand rappelle les récentes expériences de Charrin sur l'utilité de la réaction fébrile dans les cas de septicémie, et croit qu'il y a avantage à ne pas combattre l'hyperthermie qui permet de résister aux toxines.

M. Patein fait remarquer que des expériences faites au laboratoire de M. Richet ont démontré que pour des substances toxiques, les résultats sont inverses : en refroidissant l'animal, on peut lui faire absorber des doses beaucoup plus considérables de poisons qu'à l'état normal, sans danger d'intoxication.

M. G. Weber cite les résultats obtenus par les injections de sérum artificiel dans certaines infections péritonéales. Ces infections provoquent un abaissement de température que les injections de sérum combattent avec succès. En ramenant le température à la normale et au-dessus à chaque injection, on sauve le malade; autrefois, ces infections étaient fatalement mortelles.

M. Pouchet se rallie aux conclusions de M. Ferrand : les antithermiques ont une action nocive sur l'activité vitale des cellules.

M. Vidal (de Blidah) adresse à la la Société un mémoire sur le traitement de la cirrhose hypertrophique par l'hépatothérapie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Compte rendu des travaux pendant l'année 1894-1895, d'après le résumé de M. le docteur Knœpfler, secrétaire annuel.

(Suite et fin.)

Collections pelviennes.

M. Vautrin a donné lecture d'une *Étude sur l'élytrotomie dans le traitement des collections pelviennes.* Il y préconisa, d'une façon générale, l'élytrotomie comme traitement des collections basses, bien limitées, difficiles à atteindre par les voies supérieures, la laparatomie étant réservée aux collections volumineuses en rapport avec les lésions des trompes ou avec des grossesses extra-utérines. Étudiant les diverses localisations des collections pelviennes, M. Vautrin les a divisées en trois catégories : collections rétro-utérines, anté-utérines et collections des ligaments larges, les premières étant justiciables de l'élytrotomie postérieure lorsqu'il s'agit d'hématocèles anciennes enkystées ou de collections suppurées de petit volume, les secondes de l'élytrotomie antérieure quand on a affaire à des hématocèles anté-utérines ou à des collections antérieures suppurées ne dépassant pas en dehors les orifices internes des canaux inguinaux et en haut la partie supérieure du pubis. L'innocuité de l'élytrotomie antérieure et postérieure a même engagé l'auteur à préconiser l'emploi combiné des deux opérations dans certaines collections siégeant à la fois en avant et en arrière de l'utérus. Enfin, M. Vautrin a également considéré l'élytrotomie comme indiquée dans les phlegmons de la base des ligaments larges, dans certaines salpyngites, enfin comme traitement de l'ovaire scléro-kystique, de l'ovaire suppuré et des tumeurs ovariques de petit volume. Au cours de

son étude, l'auteur a développé ses idées personnelles sur la meilleure technique à suivre, insistant sur l'élytrotomie antérieure et sur les services qu'elle peut rendre non seulement à titre d'opération isolée, mais encore comme opération de complément dans certaines laparatomies et comme opération préliminaire dans le traitement des déviations utérines.

Corps étrangers du genou.

M. Th. Weiss a fait passer sous vos yeux un *fragment d'aiguille* qu'il avait *retiré du genou* d'un jeune garçon par *l'arthrotomie antiseptique*.

L'enfant était tombé accidentellement sur le chàs de l'aiguille qui avait pénétré dans l'article et dont la pointe s'était brisée. Après une expectation de douze jours, M. Weiss, ayant constaté l'existence d'un épanchement articulaire, pratiqua une ponction qui ramena un liquide dont la nature séro-purulente décida à intervenir radicalement. L'arthrotomie, pratiquée dès le lendemain, permit d'extraire le corps étranger qui s'était implanté dans les ligaments croisés. La plaie opératoire guérit et tout faisait présager le rétablissement intégral des mouvements. M. Vautrin a émis à ce sujet l'opinion que la pénétration profonde de l'aiguille avait pu se produire après l'accident sous l'influence des mouvements et préconisé la mobilisation précoce de l'article pour prévenir l'ankylose. M. Th. Weiss a fait remarquer qu'il avait immobilisé l'enfant une demi-heure après l'accident, ce qui ne permettait guère d'admettre l'hypothèse de M. Vautrin sur la pénétration tardive de l'aiguille.

DERMATOLOGIE, SYPHILIGRAPHIE

Elephantiasis nostras.

M. Étienne a observé une femme de 32 ans atteinte d'un *elephantiasis nostras* de la jambe. L'affection s'était développée dix ans après une fracture compliquée de la jambe, donnant lieu à une tuméfaction progressive du membre, à des poussées intermittentes de lymphangite et à la formation d'abcès dans le pus desquels l'analyse bactériologique permit de constater la présence de streptocoques. M. Étienne a rapproché de ce cas les faits d'éléphantiasis localisés à un segment de membre atteint d'ulcère variqueux, ou à la lèvre irritée par les sécrétions nasales des scrofuleux et deux observations personnelles, l'une d'éléphantiasis de la jambe consécutif à une piqûre charbonneuse du pied, l'autre de lymphangite intermittente du genou due à des irritations habituelle de la région.

Ichtyose généralisée.

M. Haushalter a montré deux *cas d'ichtyose généralisée*.

Le premier, *qu'il vous a présenté deux fois* à un mois d'intervalle, s'était produit chez un garçon de 11 ans et, sans être héréditaire, avait débuté dès la première enfance, se développant par poussées successives et envahissant toute la surface cutanée qui avait l'aspect de la peau des grands sauriens. Vous avez pu juger, à la seconde présentation qui vous a été faite du malade, de l'amélioration locale produite par l'emploi des bains savonneux combinés aux frictions glycérinées. Malheureusement, ainsi que vous l'a fait remarquer M. Haushalter, le traitement est purement palliatif et reste sans action sur le processus morbide lui-même.

Le second cas concernait un enfant de 7 ans atteint *d'ichtyose généralisée à forme lamelleuse* datant de quelques jours après la naissance, non héréditaire et surtout accentuée aux membres.

Syphilis cérébrale.

M. Haushalter a fait deux présentations relatives à la syphilis.

Dans la première, il s'agissait du *cerveau d'un enfant hérédo-syphilitique* dont le *lobe frontal* était le siège d'une *gomme*. L'enfant, atteint trois jours après sa naissance d'éruption papuleuse, de pemphigus des mains et des pieds, de plaques muqueuses des lèvres et de coryza spécifique, avait succombé à l'âge de 15 jours à une bronchopneumonie vulgaire. Cette observation a donné occasion à M. Spillmann de vous rapporter un fait similaire concernant un enfant hérédo-syphilitique mort vingt jours après sa naissance et chez qui l'autopsie amena la découverte de gommes du poumon et du foie.

L'autre présentation de M. Haushalter fut celle des *artères cérébrales* et de la *boîte crânienne* d'une filette de 3 ans morte en état de coma entrecoupé de crises convulsives. Il existait une ostéite du rocher à droite, des thromboses de l'hexagone artériel de Willis et une série d'ulcérations polycycliques de la boîte crânienne, toutes lésions que l'auteur a rattachées à la *syphilis héréditaire*.

Tuberculose verruqueuse.

M. Vautrin a fait voir à la Société un malade atteint de *pachydermie de l'avant-bras gauche et de tuberculose verruqueuse*. L'affection s'était développée depuis deux ans chez un homme dans la force de l'âge, à la suite d'un phlegmon osseux et tuberculeux de l'avant-bras qui donna lieu à des poussées inflammatoires à répétition dues, d'après l'auteur, à des réveils streptococciques intermittents. Le malade refusait l'amputation. M. Heydenreich a comparé cette évolution pathologique aux lésions trophiques qu'on observe sur les jambes atteintes d'ulcères variqueux. D'autre part, répondant à diverses questions posées par MM. Lévy et Stœber, M. Vautrin a ajouté qu'il n'existait pas d'antécédents tuberculeux héréditaires chez son malade et que l'amputation donnerait toutes chances de guérison définitive en opérant au niveau du bras.

Ophthalmie des nouveau-nés.

M. Rohmer a donné lecture d'un *Mémoire sur l'ophthalmie des nouveau-nés* où il s'est étendu principalement sur la gravité de certains cas dans lesquels la cornée se sphacèle rapidement et sur la difficulté d'amener les familles à pratiquer les injections vaginales préventives chez les parturiantes et le lavage soigné des culs-de-sac conjonctivaux chez les enfants atteints. L'auteur a établi que les ophtalmies purulentes des nouveau-nés étaient toujours blennorrhagiques et, comme traitement, a préconisé les lavages fréquents des culs-de-sac de préférence aux cautérisations de nitrate d'argent. Il a terminé en insistant sur l'inanité de la loi de novembre 1892 sur la déclaration obligatoire des ophtalmies des nouveau-nés et sur le triste sort réservé aux victimes de la maladie. — Dans une discussion à laquelle prirent part MM. Haushalter, Alph. Herrgott et Stœber, M. Haushalter s'est demandé, d'après une observation personnelle, si, chez les enfants atteints, les gonocoques ne pourraient passer de l'œil aux méninges et entraîner l'idiotie, opinion combattue par M. Rohmer. M. Herrgott a rappelé les bons effets obtenus à la Maternité par l'emploi de la méthode de Crédé et fait ressortir l'importance prophylactique de l'antisepsie vaginale des parturiantes; enfin M. Stœber, tout en se montrant partisan des lavages conjonctivaux, a défendu l'utilité des cautérisations de nitrate d'argent, surtout dans les cas graves. Comme M. Rohmer, il a émis l'opinion que les enfants atteints de leucome adhérent ne vivaient pas longtemps et, comme M. Herrgott, il a rappelé l'utilité de la méthode de Crédé tout en reconnaissant son insuffisance dans les ophtalmies très virulentes.

Fulguration de l'œil.

M. Rohmer a étudié *les désordres produits par la foudre dans les diverses membranes de l'œil :* brûlures de la peau des paupières, injection des conjonctives, éraillures et taies de la cornée, etc. Abordant la pathogénie des accidents, l'auteur a établi que les lésions externes étaient attribuables à l'action comburante de la foudre tandis que les effets produits sur la rétine et le nerf optique dépendaient d'une action électrique et peut-être de l'action des rayons chimiques de l'éclair. Le traitement, variable suivant la nature des organes lésés, est à peu près impuissant vis-à-vis des accidents neurorétiniens.

M. Stœber a rappelé à ce propos qu'il a fait des expériences sur le coup de soleil électrique, expériences consignées dans la thèse du Dr Bresse et établissant l'action prépondérante des rayons chimiques sur l'organe de la vision.

Application de forceps.

M. Alph. Herrgott a communiqué un mémoire *sur les traumatismes utérins causés par le forceps intempestivement appliqué*. Après avoir rappelé que les conditions d'application du forceps sont que l'orifice soit dilaté et complètement dilatable, que les membranes soient rompues, qu'il n'y ait pas entre le volume de la tête fœtale et l'aire de la cavité pelvienne une disproportion capable d'amener une compression céphalique incompatible avec la vie extra-utérine de l'enfant, M. Herrgott a rapporté en détail quatre observations dans lesquelles on avait négligé de s'assurer de l'existence de la premières des conditisns énumérées. Elles se terminèrent, les deux premières par la mort de l'enfant, les deux autres par la mort de l'enfant et de la mère.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 Janvier 1896.

Diverticules de l'intestin.

M. Hansemann présente l'intestin d'un homme de 85 ans ayant succombé à une pneumonie pour laquelle il a été reçu cinq jours auparavant.

A l'autopsie, à côté des lésions classiques de la pneumonie, on trouva l'intestin couvert, à partir du duodénum jusqu'au delà de l'S iliaque, d'un nombre considérable de diverticules dont les dimensions variaient de celles d'un grain d'avoine à celles d'un œuf de pigeon.

Ces diverticules au nombre de 300 à 400, commençaient au niveau du duodénum, devenaient de plus en plus nombreux vers le jéjunum, pour diminuer ensuite au niveau de l'iléon; l'appendice vermiculaire n'en offrait pas; par contre on en trouvait dans le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant où ils devenaient particulièrement nombreux au niveau de l'S iliaque.

Ils étaient disposés au niveau de l'attache du mésentère et siégaient sur le parcours de petits vaisseaux qui tantôt passaient sur le diverticule, tantôt s'enfonçaient dans sa cavité.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas, c'est que le malade n'a jamais eu de troubles intestinaux.

Maladie de Barlow.

M. E. Meyer rapporte quatre cas de maladie de Barlow qu'il a eu récemment l'occasion d'observer. Dans tous les quatre cas, il s'agissait de nourrissons de 5 à 7 mois nourris artificiellement avec du lait d'albumose. L'un de ces cas est particulièrement intéressant en ce sens qu'ici le tableau clinique de la maladie de Basedow a été au complet : anémie, endolorissement du squelette, hématome de la cuisse, hématome sus-orbitaire, etc. Seulement les ulcérations et hémorrhagies gingivales ont fait défaut. Malgré le traitement qui a consisté dans le changement du régime alimentaire, et dans l'administration d'huile de foie de morue et d'arsenic, l'enfant a succombé. A l'autopsie on trouva les lésions du rachitisme et les manifestations de la diathèse hémorrhagique. Les mêmes lésions furent trouvées à l'autopsie du second enfant qui avait succombé avec les phénomènes classiques de la maladie de Basedow. Les deux autres ont guéri.

Tous les enfants ont été nourris avec du lait d'albumose. M. Hansemann ne pense pas pourtant que cette préparation doive être incriminée d'une façon particulière, puisque des cas de maladie de Barlow ont été signalé, avant la mise en circulation du lait d'albumose.

M. Cassel a observé, dans le courant des deux dernières années 4 cas de maladie de Barlow chez des nourrissons de 8 à 18 mois nourris soit avec des farines lactées, soit avec du lait stérilisé. Deux de ces malades ont succombé; deux autres, chez lesquels l'affection a été diagnostiqué de bonne heure, ont guéri. Chez ces deux derniers le lait fabriqué ou stérilisé a été remplacé par du lait de vache simplement bouilli et additionné de jus de citron ou d'orange.

M. Baginsky fait observer que le symptôme le plus constant de la maladie de Barlow est l'anémie.

Polype des amygdales.

M. Preiser a observé à la clinique du professeur Baginski une fille de 15 ans qui, depuis deux ans, était sujette à des accès de toux forcés survenant à la suite d'une sensation de corps étranger qu'elle percevait dans la gorge.

A l'examen, on trouva derrière la base de la langue, insérée sur le bord postérieur de l'amygdale droite, une petite tumeur pédiculée qui fut enlevée avec l'amygdale correspondante. L'examen montra qu'il s'agissait d'un fibrome verruqueux papillaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 Janvier 1896.

Entérite amibienne.

M. Boas rapporte les observations de deux cas d'entérite amibienne qu'il a récemment observés.

Le premier cas se rapporte à une femme de 32 ans qui, à la suite d'un séjour à la campagne où elle manqua d'une bonne eau potable, a été prise, en 1892, de diarrhée chronique. La diarrhée l'affaiblit beaucoup, de sorte qu'en peu de temps elle perdit 30 livres. Traitée par toutes les médications possibles, elle ne parvint pas à guérir. Sa situation s'aggrava encore par une entéroptose généralisée qui se manifesta en 1895 à la suite d'un accouchement.

A cette époque, les selles avaient un aspect de purée de pois et une réaction alcaline et, dès le premier examen microscopique, on a pu y trouver une quantité énorme d'amibes, animés de mouvements spontanés, pourvus de pseudopodes, et mesurant 30 à 50 μ. L'injection d'une certaine quantité de ces selles dans le rectum des chats ne provoqua chez ces animaux aucun phénomène morbide.

La malade fut traitée par le calomel, la quinine sans grand succès; seuls les lavements au nitrate d'argent ont amené une amélioration considérable sans toutefois parvenir à guérir complètement la malade.

Le second cas est celui d'une phthisique de 39 ans atteinte depuis cinq ans de diarrhée chronique. Chez elle aussi, les traitements les plus variés furent impuissants à amener la disparition de la diarrhée.

Comme on a soutenu que les amibes se rencontraient dans les selles des individus bien portants, M. Boas examina les fèces de 47 individus préalablement purgés avec du sel de Carlsbad. Chez 9 seulement, il trouva dans ces conditions des microphytes ressemblant à des amibes, mais qui, toutefois, n'avaient pas les mêmes dimensions, ni les mouvements spontanés, ni les pseudopodes.

Les dangers de la bicyclette.

M. Tiburtius, quoique âgé de 60 ans, va fréquemment en tricycle et s'en trouve fort bien. Il serait donc un exemple que, contrairement à l'assertion de M. Mendelsohn, le sport cycliste réussit aux vieillards. En plus, M. Tiburtius est artério-scléreux, et, malgré cette seconde contre-indication de M. Mendelsohn, sa santé est devenue meilleure depuis qu'il s'adonne à la bicyclette.

M. Voss rapporte un cas de mort subite qui est survenue chez un marchand de tabac après un voyage de cinq minutes.

M. Fürbringer pense que le sport cycliste peut être comparé à l'alpinisme. Il a pu constater ce fait pendant les excursions qu'il a faites en montagne. L'alpinisme est contre-indiqué chez les tuberculeux florides.

D'un autre côté, M. Fürbringer connaît un jeune homme soigné pendant longtemps et sans succès pour une cystite ulcéreuse particulière. Ce malade a guéri spontanément après s'être adonné au sport cycliste.

M. Leyden croit qu'on parle trop des dangers de la bicyclette qu'il considère comme un sport des plus utiles et des plus hygiéniques, non seulement chez l'homme, mais encore chez la femme.

M. Eulenburg prescrit la bicyclette aux neurasthéniques qui s'en trouvent remarquablement bien.

SOCIÉTÉ HUFELANDIENNE DE BERLIN

Pyélo-néphrite gonorrhéique.

M. Mendelsohn rapporte l'observation d'un homme de 70 ans qu'il a eu récemment à soigner pour une pyélo-néphrite grave. L'affection a débuté dix-huit mois auparavant avec des phénomènes de rétrécissement uréthral. Lorsque le malade vint à la clinique, à ce moment on trouva un rétrécissement qui ne laissait passer qu'une sonde filiforme. L'urine était trouble, purulente et le résidu obtenu par la centrifugation ne se composait que de cylindres hyalins et de leucocytes contenant des gonocoques. Si après évacuation et lavage de la vessie et de l'urèthre on recueillait l'urine qui s'écoulait par les uretères, le liquide, à l'examen microscopique et après centrifugation, présentait les mêmes caractères que celui recueilli dans la vessie, c'est-à-dire que l'urine qui s'écoulait par les uretères renfermait également des éléments figurés et des leucocytes contenant des gonocoques typiques.

Or dans les antécédents de ce malade on ne relevait qu'une chaudepisse contractée en 1850, c'est-à-dire il y a 45 ans. Le malade a avoué avoir eu plus tard la syphilis, mais niait avoir contracté une seconde gonorrhée. Du reste pendant le traitement on n'a trouvé à aucun moment d'écoulement uréthral.

Il s'agit donc d'une pyélo-néphrite ascendante d'origine gonococcique, consécutive à une infection datant de quarante-cinq ans. C'est un exemple extraordinaire d'un espace de temps pendant lequel les gonocoques ont pu conserver leur virulence.

Maladie d'Addison.

M. Hansemann a reçu dernièrement dans son service un homme de 31 ans dans les antécédents personnels duquel on relevait seulement deux attaques de gastro-entérite aiguë. Le malade entrait à l'hôpital pour une faiblesse générale et un léger ictère. L'exploration des organes, du cœur, des poumons, des reins, du foie, ne révéla rien de particulier. Par contre on était frappé de l'amaigrissement considérable de l'individu et de la teinte foncée, noire, de ses cheveux et de son iris. La coloration foncée de la peau échappa donc à l'attention bien qu'on constatât une pigmentation très foncée du raphé, de la voûte palatine et de quelques cicatrices anciennes.

Le malade succomba aux progrès de sa faiblesse quinze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une atrophie brune du cœur, l'existence de cicatrices et de foyers caséeux dans les poumons, la tuméfaction des follicules de l'intestin dont la muqueuse était par places tuméfiée, congestionnée, couverte d'ecchymoses. Les autres organes, sauf les capsules surrénales, étaient normales.

Ces capsules surrénales étaient fixées aux parties voisines par des adhérences fibreuses. A l'œil nu elles paraissaient très amincies et sur la coupe on constatait la disparition complète de la substance corticale. Sous le microscope on ne voyait qu'un tissu réticulaire avec de grosses cellules remplies de pigment. Sur quelques préparations on trouvait encore une infiltration à petites cellules. Il n'y avait pas trace de néoformation du tissu conjonctif.

Il s'agissait donc d'une aplasie de la substance corticale et on pouvait se demander si cette aplasie était d'origine congénitale ou l'effet d'un processus pathologique. Comme le malade a pu arriver à l'âge de 31 ans, on est obligé d'admettre que l'aplasie n'était pas congénitale.

L'examen du plexus solaire, du cerveau et des centres nerveux a montré leur intégrité parfaite. Dans ce cas la maladie d'Addison était donc produite par la lésion des capsules surrénales.

Xanthome diabétique.

M. Gans. — Il s'agit d'un homme de 40 ans, diabétique depuis 6 ans et dont les parents étaient également diabétiques. Au mois de juillet de cette année, il fut pris d'une éruption papuleuse avec papules d'un rouge sombre mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre. En quelques semaines, l'éruption avait envahi tout le corps, les membres, le tronc, les mains, les pieds. Les papules, qui n'étaient pas douloureuses au toucher, étaient disposées symétriquement. Lorsqu'on les ouvrait, il s'écoulait quelques gouttes d'un sang clair.

La malade vint à Carlsbad, et à ce moment l'examen de son urine donna 0gr03 p. 100 d'albumine et 2 p. 100 de sucre. Après un séjour de 20 jours, l'albuminurie disparut et la proportion de sucre descendit à 1gr5 p. 100. L'éruption changea en même temps d'aspect ; les papules se sont transformées en macules jaunes entourées sur les bords d'une zone d'infiltration ; cette infiltration manquait au niveau de certaines macules qui avaient l'aspect de simples taches pigmentaires.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 21 Janvier 1896.

Passage du bacille de la diphthérie dans le sang et les organes.

MM. Kanthack et **Stephens.** — On dit généralement que le bacille diphthérique ne va pas au delà des fausses membranes et qu'il ne pénètre ni dans le système sanguin ni dans le système lymphatique. Wright, de Philadelphie, Frosch et d'autres ont montré que le passage du bacille diphthérique dans les organes ou même dans le système circulatoire n'est pas rare, tout au moins quand l'affection se termine par la mort.

Nous avons fait des recherches sur 19 sujets atteints de diphthérie grave et nous avons vu, après la mort, que les *poumons* contenaient de nombreux bacilles de la diphthérie ; chez 13 de ces sujets il y avait de la broncho-pneumonie d'origine diphthérique. C'est une erreur de croire, comme on le fait souvent que la broncho-pneumonie qui complique la diphthérie a uniquement pour cause des bacilles pyogènes. M. Wright a examiné 14 cas et a trouvé 13 fois le bacille de la diphthérie dans les poumons ; chez 10 de ces sujets il y avait aussi de la broncho-pneumonie. Frosch et Kutscher ont aussi trouvé souvent le bacille diphthérique dans les foyers de pneumonie. Dans les cas que nous avons examinés, les lésions diphthériques étaient généralement laryngées ; fréquemment les membranes se propageaient au-dessous de la glotte, dans la trachée. 16 de nos sujets avaient de la diphthérie laryngée et chez 12 d'entre eux il y avait en même temps de la broncho-pneumonie ; parmi les cas de Wright 9 avaient de la diphthérie laryngée, dont 6 avaient aussi de la broncho-pneumonie. On a fait la trachéotomie chez la plupart, mais nous ne pensons pas qu'on doive regarder cette opération comme étant la cause du passage des bacilles dans les poumons ; le plus souvent, en effet, les enfants sont entrés mourants ou très gravement atteints et sont morts un ou deux jours après l'opération. De plus la broncho-pneumonie se montre souvent sans qu'on ait fait auparavant la trachéotomie. Nous concluons donc que la broncho-pneumonie qui accompagne si souvent la diphthérie est fréquemment sinon généralement de nature diphthérique. 14 fois nous avons examiné la *rate* et 14 fois nous y avons trouvé des bacilles ; Wright ne les y a trouvés que 2 fois sur 14 cas. Nous avons employé comme milieu de culture du liquide ascitique rendu fortement alcalin et auquel nous avons ajouté 1,5 p. 100 d'agar-agar, 5 p. 100 de glycérine, 1 p. 100 de sucre

de raisin. Ce milieu a un grand pouvoir de sélection sur le bacille Klebs-Lœffler. Dans tous les cas nous avons trouvé que la présence des bacilles dans la rate était associée à la présence des mêmes bacilles dans les poumons, et dans 75 p. 100 des cas il y avait aussi de la broncho-pneumonie. Donc, dans les cas terminés par la mort, l'infection s'était généralisée.

Le passage du bacille d'un point sur un autre peut se faire de diverses manières : 1° par transport accidentel et direct d'un point du corps vers un autre; 2° par des canaux tels que le nez, le conduit lacrymal, l'œsophage, la trachée, les bronches, etc.; 3° par les lymphatiques, puisqu'on trouve souvent des bacilles diphthériques dans les ganglions cervicaux et bronchiques ; 4° par la circulation sanguine qui conduit les bacilles à la rate, au foie, aux reins, etc. Des expériences sur les animaux ont clairement établi la possibilité du passage du bacille diphthérique du lieu d'infection dans le foie, la rate ou le sang. L'hypothèse de Sidney Martin sur l'intoxication diphthérique n'est donc guère admissible. D'après lui un ferment serait sécrété par les bacilles; ce ferment, une fois absorbé, transformerait les matières protéiques en albumoses toxiques qui constituent le poison spécifique de la diphthérie. Cela pourrait s'admettre si on ne trouvait les bacilles que dans les fausses membranes. Or cela n'arrive pas, tout au moins dans les cas se terminant par la mort, car alors les poumons presque toujours et la rate souvent contiennent des bacilles. Nous regardons le poison diphthérique comme un produit immédiat de la cellule bactérienne; partout où il y a de la diphthérie, ce poison apparaît dans la fausse membrane et il doit exister en grande quantité dans les poumons. Le poison est absorbé tel qu'il arrive à la rate qui peut, en outre, renfermer des bacilles. Nos observations prouvent qu'il faut se servir de l'antitoxine d'une façon énergique dans tous les cas de diphthérie grave; on voit en effet que, par exemple. quand les poumons sont infectés, la quantité de toxine à neutraliser peut être énorme.

M. Hunter. — Ces observations tendent à prouver que le passage du bacille diphthérique, loin d'être une exception, comme on le croit, est assez fréquent. La présence des bacilles dans la rate est un fait très intéressant, qui explique la présence des albumoses dans cet organe mieux que ne le fait l'hypothèse de Martin, d'après laquelle un ferment, formé au niveau de la gorge, serait transporté dans la rate, et là amènerait la formation d'albumoses toxiques, qui seraient ainsi indépendantes des micro-organismes.

M. Kanthack. — En joignant à la mienne les statistiques des autres, j'ai obtenu 100 observations; dans presque toutes on a trouvé des bacilles dans les poumons, bien que dans beaucoup de cas les poumons aient paru être absolument normaux. La rate n'est généralement pas hypertrophiée; son apparence à l'œil nu ne peut rien apprendre sur la présence ou l'absence des bacilles. Dans ma série, j'ai eu 4 cas sans diphthérie laryngée et cependant il y avait des bacilles dans les poumons. D'autres ont observé des faits semblables.

Hémorrhagie causée par des microbes pyogènes.

M. Johnson. — Un garçon de 15 ans était malade depuis trois semaines quand il vint me consulter. La maladie avait débuté par un gonflement douloureux du genou gauche. Au bout d'une semaine, le gonflement douloureux gagna la hanche droite et l'épaule droite. Le genou avait été incisé et il en était sorti du pus. Quand je vis cet enfant, il était très malade et avait de la fièvre; le genou gauche était très gonflé et l'incision laissait à nu une partie du tibia; la fesse droite était occupée par une tuméfaction fluctuante et douloureuse; il y avait de la rougeur et du gonflement sur le 1/3 externe de la clavicule droite. On draina le genou qui contenait du pus et on enleva ensuite un séquestre du tibia; l'inflammation au niveau de la clavicule disparut sans suppurer. Ce qu'on avait pris pour un abcès de la fesse était une vaste extravasation sanguine se prolongeant en arrière du fémur. Le liquide du génou gauche et le sang extravasé au niveau du fémur droit contenaient en abondance le staphylococcus pyogenes aureus. Il s'agissait d'une inflammation infectieuse multiple des os; l'extravasation sanguine autour du fémur était le résultat d'une hémorrhagie produite tout à fait dans le premier stade de la suppuration, au-dessous du périoste. On ne peut admettre, en effet, que les microbes se soient secondairement développés dans le sang qui se serait extravasé par suite d'un traumatisme ou de toute autre cause. Si les autres lésions n'étaient pas venu éclairer la situation, la relation de l'hémorrhagie et de la présence des microbes pyogènes aurait pu facilement échapper. En 1884, Watson Cheyne a relaté 2 cas de purpura hémorrhagique idiopathique, dans lesquels on a trouvé des microbes. Dans l'un il y avait de petits bacilles et dans l'autre des streptocoques. Ces microbes furent trouvés dans les capillaires qui entouraient les hémorrhagies. On pensa que ces dernières étaient dues à l'occlusion des petits vaisseaux par des amas microbiens.

M. Kanthack. — J'ai examiné 3 cas de purpura hémorrhagique; deux sont survenus au cours de la diphthérie; dans l'un j'ai trouvé du pneumocoque et dans l'autre du streptocoque. Dans le 3e cas la clinique ne fournit aucune donnée pour expliquer les hémorrhagies, mais dans le sang et la rate j'ai trouvé des microbes semblables au bacille diphthérique. Gee a vu que si on examine soigneusement les cadavres de sujets morts de purpura hémorrhagique sans qu'on ait pu découvrir aucune cause pendant la vie, on trouvera souvent les lésions diphthériques de la gorge.

Artérite syphilitique de l'aorte ascendante.

M. Pye-Smith. — Un homme de 32 ans entra à l'hôpital en décembre dernier avec les signes d'une sténose et d'une insuffisance aortiques. Pas d'antécédents de rhumatisme, chorée, scarlatine; pas de signes d'athérome; le malade était jeune et avait des occupations peu pénibles. Pas de signes de syphilis. Cet homme ne resta malade que trois semaines en tout et mourut après quinze jours de séjour à l'hôpital. A l'autopsie on trouva les valvules aortiques déformées et il y avait un point d'artérite récente sur l'aorte ascendante. Ce point était ramolli, injecté; son bord était épaissi et en forme de croissant rappelant une syphilide cutanée secondaire. Pas d'athérome. Les testicules avaient subi la dégénérescence fibreuse.

M. Moore. — Il est peu probable que de pareilles lésions puissent être produites simplement par des efforts et du surmenage; dans la majorité des cas on doit trouver de la syphilis, quelquefois une infection de l'endocarde.

Cancer du côlon.

M. Pye-Smith. — Une femme de 59 ans entra à l'hôpital pour une distension énorme de l'abdomen; elle rendait par l'anus des masses membraneuses. Il était évident qu'elle avait un rétrécissement du gros intestin; son âge et d'autres signes firent porter le diagnostic de tumeur maligne de forme annulaire et entourant le côlon. Elle rendait des masses membraneuses aplaties ou cylindriques composées de mucine et de quelques leucocytes. Elle refusa toute opération et mourut. A l'autopsie on trouva un rétrécissement annulaire de l'S iliaque; l'intestin situé au-dessus était distendu et hypertrophié. La muqueuse était normale et son épithélium était intact.

Épithélioma de la région pharyngo-œsophagienne

M. Pitt présente un diverticule qui s'ouvrait sur la face postérieure de l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde et du côté droit. La face antérieure du diverticule présentait un épithélioma qui n'avait pas envahi l'œsophage même. Cette pièce provient d'un homme de 50 ans, qui, à l'âge de 35 ans, resta pendant un an avec un mal de gorge très intense. Il y a 2 ans il constata pour la première fois quelques difficultés pour avaler; souvent il était obligé de cracher ses aliments. La dysphagie augmenta pendant deux ans, et pendant les deux derniers mois le malade ne put plus avaler que des liquides; à la fin les liquides eux-mêmes ne purent plus passer. Il refusa toute opération et fut nourri par le rectum.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

DERMATOLOGIE

Traitement du lupus par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote, par W. Dubreuilh et Bernard (1).

Le lupus tuberculeux est une maladie tellement grave par les délabrements qu'elle produit, tellement tenace en dépit des traitements les plus rationnels, qu'il est indispensable d'avoir plusieurs moyens à sa disposition pour la combattre. Ici, comme dans bien d'autres circonstances, la multiplicité des moyens thérapeutiques prouve qu'aucun n'est absolument bon.

Autrefois, la thérapeutique du lupus consistait principalement en l'usage de médicaments internes. Depuis une vingtaine d'années, le traitement chirurgal a pris le premier rang et la médication interne n'est plus qu'un adjuvant.

Trois procédés sont surtout employés : le raclage, venu d'Allemagne; la scarification, importée d'Angleterre, mais perfectionnée et véritablement transformée en France; la cautérisation ponctuée, née en France. On peut laisser de côté l'excision, qui ne saurait être qu'une méthode d'exception. Ces procédés sont à coup sûr excellents et, dans la plupart des cas, ce sont eux qui donnent les meilleurs résultats. Il peut arriver cependant qu'un lupus, après avoir été rapidement amélioré par le traitement chirurgical, reste stationnaire; quelquefois même il s'étend. L'un de nous a vu un malade atteint de lupus depuis huit ans, qui alla consulter Lailler, alors que la lésion n'était pas plus grande qu'une pièce d'un franc, et depuis lors il a été constamment traité par Lailler, puis par un des meilleurs dermatologistes de Paris. Malgré toutes les scarifications et les cautérisations auxquelles le malade s'est patiemment soumis, le lupus n'a cessé de grandir et occupe maintenant les deux tiers de la face. Il est donc indispensable de changer quelquefois de méthode pour ne pas user en pure perte la patience du malade. C'est alors que peuvent intervenir utilement les cautérisations chimiques.

L'usage des caustiques dans le lupus a toujours été fort répandu en Allemagne. Un certain nombre de caustiques sont très énergiques, mais ont le défaut d'attaquer indifféremment tous les tissus avec lesquels on les met en contact. L'idéal est un caustique qui, respectant les tissus sains, détruise complètement tous les foyers morbides. C'est à cette indication que répond l'emplâtre d'Unna. Ces emplâtres, dont la formule et le mode d'emploi ont été publiés par M. Unna en 1886, sont fort employés en Allemagne et aussi en Angleterre, mais sont peu connus en France.

En employant des emplâtres d'acide salicylique pour faire tomber les croûtes du lupus et le préparer à l'action d'autres moyens caustiques, Unna remarqua que l'acide salicylique ulcérait profondément les tubercules tout en respectant les parties saines. Comme ces applications étaient très douloureuses, il fallait y joindre quelque agent capable d'atténuer la douleur, et ce qui réussit le mieux fut la créosote. M. Unna fit donc faire des emplâtres contenant des doses élevées d'acide salicylique et une quantité de créosote égale ou supérieure. Ces emplâtres, fabriqués par Beiersdorf (d'Altona), présentent cette particularité que la substance médicamenteuse n'est pas incorporée à la masse emplastique, mais seulement déposée à sa surface; il en résulte qu'ils agissent beaucoup plus énergiquement que les emplâtres ordinaires. Le dosage s'exprime non par le rapport de poids entre le médicament et la masse, mais par le poids de substance active étendue sur le rouleau d'un cinquième de mètre carré (1 mètre de long sur 20 centimètres de large).

La série d'emplâtres, d'après le catalogue de Beiersdorf, comporte six types :

Nos du Catalogue.	Acide salicylique.	Créosote.
76.	10	20
77.	15	30
78.	20	40
79.	30	50
80.	40	40
81.	50	50

Nous avons employé les nos 76, 78 et 79.

On découvre l'emplâtre de façon à couvrir toute la surface malade et débordant un peu sur les parties saines; on enlève la tarlatane qui est lâchement appliquée sur le côté actif (1); on le pose sur la peau et on le fixe par une couche de colle de gélatine à l'oxyde de zinc qui dépasse les limites de l'emplâtre. Pendant que la colle est encore chaude, on la couvre d'ouate qui fait corps avec elle et maintient le pansement en place. Le pansement doit être changé en moyenne une fois par jour. On peut sans inconvénient le laisser deux jours, mais il est certain que son action est plus rapide si on le renouvelle deux fois par jour. Il s'enlève sans aucune difficulté, car il n'y a d'adhérence que sur les bords, là où la colle de zinc est en contact avec la peau; quant à l'emplâtre, s'il adhère bien au moment où on l'applique,

1. Le mémoire avec les observations *in extenso* a paru dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, 1895, n° 10, p. 433.

1. Cette tarlatane protectrice qui sert à empêcher l'emplâtre de s'accoler à lui-même est quelquefois difficile à détacher si le temps est chaud. Il suffit alors de tremper un instant l'emplâtre dans l'eau froide pour pouvoir l'enlever sans difficulté.

il ne tarde pas à être séparé du tégument par une mince couche de sérosité purulente et visqueuse.

Les premières applications sont à peu près indolentes, mais dès que le lupus commence à s'ulcérer, chaque application de l'emplâtre est très douloureuse; c'est une sensation de brûlure très vive, mais qui ne dure que très peu de temps. D'après Unna, elle durerait de cinq à quinze minutes; nous ne l'avons guère vue durer plus d'une minute, puis elle disparait entièrement pour ne reparaître qu'au pansement suivant; on peut d'ailleurs la supprimer par un badigeonnage de cocaïne.

Dès que le pansement est enlevé, on éponge légèrement la surface avec un tampon d'ouate humide et l'on réapplique le pansement. Même dans les cas où de larges surfaces étaient excoriées, nous avons toujours vu les malades supporter parfaitement l'application et ne pas trop se plaindre de la minute de douleur qu'on leur occasionnait.

Au bout de trois ou quatre applications de l'emplâtre, on voit les tubercules lupiques s'ulcérer isolément; ils se creusent et, au bout de huit ou dix pansements, l'on voit la surface malade profondément ulcérée en nappe si les tubercules étaient confluents, ou bien semée d'ulcérations arrondies, creusées en godets, de la grandeur d'un pois en moyenne. L'aspect très remarquable du placard lupique dans les cas de ce genre démontre les propriétés électives du caustique. Cette surface ulcérée sécrète un liquide visqueux, louche, peu abondant; il n'y a jamais de véritable suppuration, l'acide salicylique et la créosote sont là en assez grande abondance pour aseptiser complètement la plaie.

Le fond de l'ulcération présente un aspect variable; tantôt il est blanchâtre, formé par un réseau nacré de tissu fibreux résistant, tantôt on y distingue des points jaunâtres, mous, friables, qui sont des tubercules lupiques qui ont persisté.

L'emplâtre d'acide salicylique respecte absolument la peau normale. Il respecte également les cicatrices qui sont tout à fait saines; mais lorsqu'il s'agit d'un lupus sclérosé, formé de tubercules disséminés dans une cicatrice rouge, dure, épaisse, saillante, d'aspect chéloïdien, on voit les tubercules superficiels et apparents s'ulcérer tout d'abord; puis apparaissent d'autres ulcérations, punctiformes au début, qui s'élargissent à leur tour et peuvent confluer; elles répondent probablement à des tubercules plus profonds et invisibles. Si l'on continue l'usage de l'emplâtre et surtout avec des doses fortes d'acide salicylique, toute cette cicatrice dure est rongée et détruite, de sorte que tout le placard lupique ne fait plus qu'une plaie.

Si l'on continue le traitement, le fond des ulcérations se relève et se tapisse de bourgeons charnus rouges et fermes, parmi lesquels on peut souvent distinguer encore quelques points jaunâtres, plus mous, qu'il est bon de détruire, soit avec le crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, soit avec le crayon de sublimé qu'emploie M. Unna, mais que nous avons trouvé trop mou pour cet usage. Quelquefois il se fait sous l'emplâtre un début de cicatrisation et même dans un cas, nous avons vu se faire dans ces conditions une cicatrisation presque complète. Le plus souvent, elle n'est qu'ébauchée et les choses restent en l'état tant que l'on continue l'usage de l'emplâtre. Si alors on le remplace par un pansement à l'acide borique ou une pommade à l'oxyde de zinc, la cicatrisation s'achève très rapidement.

Au commencement de l'année dernière, l'un de nous a eu à soigner un malade qui, ayant consulté M. Unna à Hambourg, demandait à être traité par cette méthode. Les résultats ont été assez satisfaisants pour nous encourager à l'essayer sur un plus grand nombre. Des malades ont été soumis à ce traitement, et ce sont ces résultats que nous allons exposer. Les emplâtres que nous avons employés sont les n°s 76, contenant 10 grammes d'acide salicylique et 20 grammes de créosote, n° 78, contenant 20 et 40 grammes et n° 79 contenant 30 grammes d'acide salicylique et 50 grammes de créosote par cinquième de mètre carré. Nous avons choisi de préférence les emplâtres les plus forts pour les lupus les plus profonds et le nombre d'applications a été en moyenne d'une vingtaine pour chaque traitement.

Un premier groupe contient les cas de lupus à tubercules isolés, dans lesquels l'action élective de l'emplâtre s'est nettement manifestée. Il en fut ainsi chez trois malades, mais si on put obtenir ainsi une cicatrisation temporaire rapide, la récidive s'est produite très promptement, malgré que l'emplâtre ait, dès les premiers jours, paru énucléer les tubercules comme l'aurait fait une curette, et nous avons constaté qu'au total, les résultats fournis par l'emplâtre sont dans ce cas égaux, mais non supérieurs, à ceux qu'auraient fournis l'ignipuncture ou le curettage des tubercules. Et nous ajouterons que chez une fille de seize ans, l'action élective de l'emplâtre s'est montrée très nettement, mais l'ulcération n'a sans doute pas été assez profonde, malgré qu'elle ait été aidée par le nitrate d'argent, puisque les tubercules ont récidivé à brève échéance. En somme, résultat médiocre.

Parfois, au contraire, le résultat est vraiment satisfaisant; ainsi, chez une femme atteinte de lupus cervicofacial consécutif à une fistule ganglionnaire du cou, le résultat a été très satisfaisant et l'emplâtre a donné une cicatrice beaucoup plus saine que les raclages répétés auxquels la malade avait été antérieurement soumise.

Il en fut de même chez une demoiselle de vingt-sept ans atteinte, depuis sept à huit ans, d'un lupus survenu consécutivement à une dacryocystite double, et ayant débuté par l'angle de l'œil, de chaque côté. La dacryocystite a guéri à peu près spontanément; le lupus est resté stationnaire à gauche, mais s'est étendu à droite, gagnant le nez et la joue droite.

La malade était extrêmement impressionnable, presque toutes les opérations auxquelles elle fut soumise avaient dû être faites sous le chloroforme; pendant l'été de 1894, nous pûmes faire quelques petits curettages avec la cocaïne, mais cela même était très difficile, parce que la malade se mettait en défense dès qu'elle voyait l'aiguille de la seringue s'approcher de sa figure; elle avait même fini par s'y refuser complètement et ne plus accepter que le chloroforme.

En présence de l'extrême difficulté des interventions et de leur peu de résultats, nous nous décidâmes à essayer les emplâtres. L'emplâtre d'Unna n° 76 fut appliqué sur les deux points les plus rebelles, l'aile droite et le côté gauche du nez, en débordant largement sur les parties cicatrisées. L'emplâtre fut appliqué deux fois par jour pendant neuf jours, soit dix-huit fois. Dès les premières applications, les parties déjà ulcérées se sont creusées et élargies, quelques tubercules non croûteux des parties voisines se sont ulcérés, mais les parties de la cicatrice qui paraissaient saines ont bien résisté à l'emplâtre.

Les parties ulcérées par l'emplâtre ne présentaient pas de points jaunâtres suspects et, quand même il s'en serait présenté, il n'y avait pas à songer à les curetter au crayon de nitrate d'argent chez une malade aussi susceptible. Aussi avons-nous cherché à compléter l'action de l'em-

plâtre en pansant les ulcérations avec une pommade à l'acide pyrogallique à 1/10 d'axonge. Nous appliquâmes la pommade pyrogallique pendant trois jours, deux fois dans les vingt-quatre heures, puis pendant quatre jours un simple pansement boriqué; enfin, pendant trois jours encore, la pommade pyrogallique; deux jours après la cicatrisation était achevée (1).

La cicatrice obtenue était très lisse et parait encore saine. Nous ne nous berçons pas de l'espoir qu'il ne s'y fera aucune récidive, mais en tout cas nous avons obtenu une première cicatrisation et une disparition au moins provisoire des tubercules dans des points où depuis quinze mois tous nos efforts, les opérations les plus répétées, les plus énergiques et les plus variées, aidées au besoin de cautérisation à la teinture d'iode, au chlorure de zinc ou à l'acide lactique, n'avaient même pas amené l'épidermisation.

Dans certains cas, les tubercules étant manifestement confluents, il est très naturel que les ulcérations deviennent également confluentes et que la plaque de lupus forme sous l'influence de l'emplâtre une vaste plaie où ne persistent que de petits îlots anguleux d'épiderme respecté, s'élevant d'une façon abrupte au-dessus de la surface ulcérée.

Dans un cas, nous avons pu appliquer parallèlement deux méthodes de traitement, l'ignipuncture et les emplâtres; ces derniers ont donné dans le même temps des résultats incontestablement supérieurs.

Le lupus sclérosé est constitué par un tissu fibreux, dense, infiltré de tubercules microscopiques et semé de petits tubercules déjà visibles à l'œil nu sous forme de points bruns ou grisâtres. On croirait avoir simplement affaire à une cicatrice hypertrophique, n'était la teinte rouge persistante et les quelques tubercules isolés qu'on y distingue. L'histologie établit bien plus nettement la différence en montrant qu'il s'agit, non d'un tissu cicatriciel, mais d'un véritable lipome, dans lequel les tubercules sont très petits et la gangue conjonctive très développée. On comprend donc que l'action élective des emplâtres d'Unna se manifeste fort mal et qu'elle aboutisse à la destruction complète de toute cette cicatrice qui est tout entière malade. Même dans ce cas, on voit l'attaque commencer par des tubercules visibles à l'œil nu et ce n'est que graduellement que se fait la destruction diffuse.

Deux de nos observations montrent que les résultats n'ont pas été très favorables. Il semble qu'après une destruction aussi étendue, faite par un agent aussi électif, la nouvelle cicatrice devrait être beaucoup plus saine et plus solide qu'après aucune autre méthode de traitement. Il n'en est malheureusement pas ainsi et la nouvelle cicatrice est presque aussi vicieuse que l'ancienne; elle est dure, saillante, et ne tarde pas à présenter des tubercules de récidive. Le résultat n'est pas nul, mais il n'est pas aussi bon qu'on aurait pu l'espérer et il semble que, dans ces formes de lupus, les méthodes chirurgicales et notamment les scarifications donnent des résultats meilleurs.

Il s'agissait de ces lupus scléreux dans lesquels les récidives se font presque indéfiniment sous forme de petits nodules profonds, sans tendance à l'ulcération. L'emplâtre a fini par détruire la cicatrice comme les tubercules; malgré cette destruction très étendue, malgré les curettages énergiques de tous les points suspects par le crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, la nouvelle cicatrice était encore un peu dure et les tubercules n'ont pas tardé à repulluler; et cela dans une saison où la plupart des lupus sont en amélioration relative.

Enfin, un de nos cas nous parait intéressant. Comme il arrive souvent en pareil cas, la curette mit à nu une surface résistante, mais criblée de petits tubercules. Nous avons appliqué les emplâtres sur cette surface dénudée et par conséquent dans des conditions particulièrement avantageuses. Le résultat a été bon, mais non pas définif. La cicatrice a été meilleure qu'elle ne l'eût été si nous nous étions borné à cautériser au chlorure de zinc ou à scarifier la base du placard lupique; mais, néanmoins, nous avons vu reparaître, au bout de quelques mois, des tubercules de récidive en petit nombre. Malgré ce résultat incomplet, nous estimons que, dans des cas de ce genre, la méthode des emplâtres mérite d'être appliquée.

Il résulte de ce qui précède que, pas plus que la plupart des interventions opératoires, le traitement d'Unna ne donne d'emblée une guérison définitive. Même dans les cas les plus favorables, il faut s'attendre à des récidives; mais les résultats en ont toujours été très satisfaisants. Si, dans quelques cas, il semble que le traitement opératoire eût été préférable, dans d'autres il est certain que les emplâtres ont réussi là où l'ignipuncture essayée parallèlement n'avait produit aucune amélioration et ont donné une cicatrice saine, au moins momentanément, là où les opérations les plus variées n'avaient pu amener même la disparition de l'ulcération.

Les indications de cette méthode peuvent tenir : 1° à des circonstances particulières aux malades et étrangères à la maladie; 2° à la forme anatomique du lupus; 3° à la marche de l'affection.

1° Il est toute une classe de malades qui se refusent obstinément à toute intervention chirurgicale et qu'il faut traiter avec des topiques. Or, parmi ceux-ci, l'emplâtre à l'acide salicylique et la créosote parait être le plus avantageux, vu qu'il est plus électif que le sublimé ou la potasse caustique, moins douloureux et moins dangereux que les pâtes arsenicales. En revanche, il ne saurait convenir qu'aux malades que l'on a absolument sous la main; il n'est pas indispensable que le médecin fasse tous les pansements lui-même, mais il faut qu'il puisse surveiller de près la marche du traitement. Au contraire, après une séance d'ignipuncture ou de raclage, on peut renvoyer un malade chez lui pour quinze jours ou un mois, bien qu'il soit certainement préférable de surveiller la cicatrisation.

2° Les cas où les emplâtres paraissent donner les meilleurs résultats sont les lupus superficiels, qui ne sont pas toujours les moins rebelles. C'est là qu'ils manifestent le mieux leurs propriétés électives; ils choisissent les tubercules et les ulcèrent, ils décèlent même des tubercules qui auraient passé inaperçus à la vue; leur action n'est peut-être pas toujours assez profonde pour empêcher les récidives sur place, mais on peut en compléter l'action par le curettage des points suspects avec le crayon de nitrate d'argent ou le galvanocautère pendant le traitement, ou par des topiques tels que l'acide pyrogallique appliqués sur les surfaces ulcérées pendant la cicatrisation. La méthode est moins avantageuse dans les lupus profonds ou végétants, dans les lupus sclérosés constitués par un tissu de cicatrice dur et épais, infiltré de nodules microscopiques. Dans ce dernier cas, la scarification nous paraît préférable.

2. Cette pommade pyrogallique, que nous expérimentons actuellement, nous parait appelée à rendre des services, mais son emploi a besoin d'être minutieusement surveillé, car si quelques malades la supportent parfaitement, même à la dose de 20 p. 100, chez d'autres elle détermine très rapidement de véritables eschares profondes et étendues.

3° Dans le traitement opératoire du lupus, il arrive souvent que tel ou tel procédé qui a déterminé tout d'abord une amélioration rapide, ne produit plus de résultats appréciables. Il faut alors remplacer le raclage par l'ignipuncture et l'ignipuncture par la scarification ou inversement. Mais quelquefois la maladie n'est plus influencée par aucun genre d'opération, certaines ulcérations n'arrivent pas à se cicatriser, certains groupes de nodules récidivent immédiatement. Le traitement par les emplâtres peut alors amener une amélioration que les procédés chirurgicaux étaient impuissants à donner et fait faire un pas de plus dans la voie de la guérison.

La méthode de traitement préconisée par Unna peut donc rendre de très réels services et constitue une ressource précieuse dans une maladie qui défie trop souvent la thérapeutique la plus ingénieuse et la plus énergique.

LA PHOTOGRAPHIE DE L'INVISIBLE

Depuis quelques jours il n'est bruit, dans la presse politique aussi bien que dans la presse scientifique, que d'une découverte à sensation : on photographie des objets qu'un corps absolument opaque sépare de toute source lumineuse, et ainsi, à travers les parties molles de la main, on a obtenu, sur des clichés photographiques, l'image très nette des phalanges. Quels progrès vont être réalisés de la sorte pour le diagnostic si souvent obscur des lésions du squelette, des cavités splanchniques ! C'est à qui, parmi les profanes, s'extasiera le plus : or, si la découverte scientifique semble avoir un intérêt capital, peut-être une connaissance plus exacte des faits physiques eux-mêmes et des exigences de la clinique doit-elle faire faire quelques réserves sur l'importance *actuelle* de ses applications *pratiques*.

Pour le faire comprendre, il est utile de rappeler sommairement quelques expériences tout à fait banales d'optique.

A l'aide d'un faisceau de lumière blanche, nous pouvons obtenir plusieurs sortes d'images.

Le cas le plus simple est celui où nous interposons un objet opaque entre la source lumineuse et un écran également opaque : sur l'écran se projette avec netteté, dans certaines conditions de mise au point, l'*ombre*, la *silhouette* de l'objet. C'est le principe des ombres chinoises, et chacun sait que, dans les réunions intimes, on s'amuse souvent à tracer ainsi sur le mur le profil des personnes de la société.

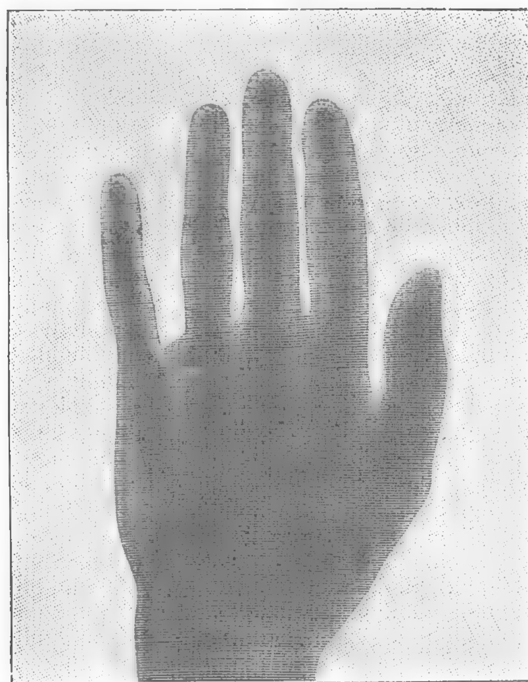
Supposons maintenant un objet éclairé à la lumière diffuse. A l'aide des miroirs et des lentilles, grâce à la connaissance des lois de la réflexion ou de la réfraction, nous pouvons dessiner sur un écran opaque l'*image réelle et renversée* de cet objet : c'est ce que nous faisons avec la lanterne magique.

Remplaçons ces écrans par des plaques photographiques, où le sel d'argent est réduit en argent métallique et noir sur tous les points que frappe la lumière : dans le premier cas toute la plaque sera noircie, sauf la silhouette de l'objet; dans le second, au contraire, seuls les points correspondant à l'image seront éclairés, et par conséquent noircis.

S'il existe des rayons capables d'impressionner les plaques photographiques et non point la rétine, on conçoit qu'on puisse, selon le premier mode, obtenir en cliché la silhouette d'un objet opaque, interposé entre la source de ces rayons et la plaque, mais il va sans dire que la production de l'image réelle et renversée — celle que donne la photographie ordinaire — est impossible à réaliser.

Un objet opaque, ai-je dit : qu'est-ce donc? L'opacité est une qualité physique qui n'a rien d'absolu : elle est caractérisée par l'impossibilité qu'ont les rayons lumineux, visibles ou invisibles, de traverser une substance, et elle varie selon la nature des corps, l'épaisseur de ces corps et la nature des rayons. Ainsi, un verre est rouge, parce qu'il laisse passer les rayons rouges et arrête les bleus : transparent pour les premiers, il est opaque pour les seconds ainsi que pour les rayons chimiques invisibles.

L'existence de rayons invisibles, mais chimiquement actifs, dans le spectre solaire, est établie depuis longtemps : on sait que dans la partie invisible du spectre, au delà du violet, existent des rayons *ultra-violets*. Avec



ces rayons, il est aisé de projeter et de fixer sur une plaque sensible la silhouette d'un objet placé sur leur trajet.

Dans la découverte qui passionne actuellement le monde scientifique et non scientifique, cette photographie de l'invisible éveille déjà au plus haut degré la curiosité des ignorants : elle étonne moins ceux qui savent un peu d'optique. Mais ce qui devient tout à fait surprenant, c'est la photographie d'un objet séparé de la source lumineuse par un corps opaque.

Ce serait même incompréhensible si ce corps était réellement opaque, au sens où il y a un instant nous avons pris ce terme : mais l'expérience prouve précisément qu'il ne l'est pas, et que si la silhouette est photographiée, c'est que des rayons invisibles et chimiquement actifs ont traversé ce corps, opaque seulement pour la lumière proprement dite. Or, c'est ce qui a lieu avec certains rayons lumineux spéciaux : pour faire comprendre quels ils sont, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails techniques.

En faisant passer des étincelles électriques dans des tubes contenant des gaz considérablement raréfiés, Crookes constata qu'autour du pôle négatif ou cathode existait un espace obscur, mais que cependant en ce lieu prenaient naissance des rayons lumineux qu'on pouvait mettre en évidence en introduisant dans le tube une substance fluorescente : on voyait cette substance devenir fluorescente, surtout autour du pôle positif.

Voilà donc des rayons invisibles, doués d'un pouvoir lumineux latent, qu'éveille la rencontre avec un corps fluorescent; et il y a quelque dix-huit mois Lénard a montré qu'ils peuvent traverser certaines couches métalliques très minces, mais opaques pour la lumière ordinaire. Au pôle positif d'un tube de Crookes il a établi une fenêtre obturée par une mince pellicule d'aluminium, et il a constaté qu'à travers cette plaque sortaient des rayons mis en évidence par leur action sur les corps fluorescents et sur les plaques photographiques. Ces *rayons cathodiques* se propagent à faible distance soit dans le vide, soit dans l'atmosphère non raréfiée, milieux dans lesquels ils ne sauraient prendre naissance.

La question en était là lorsque M. Röntgen, il y a quelques semaines, répétant l'expérience avec un tube de Crookes garni d'une opaque gaine de carton noir, vit à distance de ce tube la fluorescence éclairer un papier recouvert d'une solution de platinocyanure de baryum; et même le phénomène se produisait si on tournait vers le tube la face du papier non enduit de la substance fluorescente.

On trouvera dans le mémoire original, communiqué par Röntgen à la Société de physique de Wurzbourg, les divers corps dont l'auteur a étudié la perméabilité à ces rayons spéciaux; le fait qui nous intéresse est le suivant : Röntgen a obtenu la silhouette photographique d'objets séparés du tube de Crookes par des corps opaques quelquefois remarquablement épais, un livre de 1 000 pages par exemple. Cela n'a pas tardé à être appliqué à des études d'ordre médical, et en interposant la main sur le trajet du rayon on a projeté sur une plaque photographique placée au delà la silhouette des phalanges. La figure ci-jointe, empruntée à *la Nature*, montre bien qu'il s'agit d'une ombre et non d'une image.

Ces rayons diffèrent de ceux du spectre solaire en ce qu'ils n'ont pu être, jusqu'à présent, ni réfléchis ni réfractés. D'autre part les rayons que Röntgen vient d'appeler *radiations-X* diffèrent des rayons cathodiques étudiés par Lénard en ce qu'ils ne sont pas, comme ceux-ci, déviés par l'action d'un champ magnétique, par le voisinage d'un aimant.

Que sont-ils exactement? Les physiciens et les mathématiciens s'occupent à le déterminer et c'est une partie du problème du plus haut intérêt scientifique.

Mais là n'est point, dans ces expériences si remarquables, ce qui intéresse les médecins. Ce que nous désirons savoir, c'est si cette photographie va nous permettre de perfectionner le diagnostic des lésions profondes, d'examiner les organes inaccessibles à la vue. Or rien ne nous autorise à concevoir de bien hautes espérances, avec l'outillage actuel tout au moins et avec les rayons actuellement connus : on peut déterminer si une phalange est ou non augmentée de volume; on pourra sans doute bientôt traverser des parties molles plus épaisses et projeter sur une plaque, partout ailleurs impressionnée, le squelette profond des segments de membres les plus épais. Voir au milieu des tissus un séquestre, un corps étranger n'est certes pas indifférent, et la presse politique nous a annoncé qu'à Londres on a déjà découvert, par ce procédé, une pointe de couteau implanté dans le rachis d'un paraplégique ramassé ivre sur la voie publique. Nous aurons donc là un élément de diagnostic parfois très précieux, mais nous aurions tort de trop compter sur lui. Voir à l'intérieur du crâne est actuellement impossible, puisque précisément les os sont imperméables aux rayons de Röntgen; voir à l'intérieur du thorax, du bassin sera bien difficile, au milieu des ombres enchevêtrés que donnera le squelette, si jamais on arrive à traverser de semblables épaisseurs.

Il est à remarquer, en terminant, que si ces *ombres* sont capables de fournir des renseignements utiles aux cliniciens déjà instruits par un examen préalable, en leur permettant de localiser une lésion, le dessin photographique n'a aucune valeur pour établir un diagnostic de nature : on y projette une ombre, et on ne sait rien de ce qui se passe dans l'aire de cette ombre. La perspective en est nulle, en effet, et, par exemple, dans la main reproduite par les journaux politiques, la bague de l'annulaire semble faire corps avec la phalange.

C'est avec ces réserves que les médecins et chirurgiens doivent, avec Jastrowitz, à Berlin, avec Barthélemy et Oudin, avec Lannelongue à Paris, entreprendre ces études. Lannelongue a communiqué dès lundi à l'Académie des sciences quelques résultats intéressants, dont on trouvera ci-dessous la relation, mais il a été le premier à n'en point exagérer la portée pratique.

A. Broca.

Voici ce compte rendu, que nous avons distrait de notre dernier numéro pour le joindre à cet article.

La semaine dernière, M. Poincaré communiquait les résultats obtenus par les Drs Barthélemy et Oudin sur la photographie du squelette par les rayons de Rœntgen.

Nous ferons remarquer d'abord que le fait physique est découvert depuis environ deux ans, mais c'est depuis son application à des faits d'ordre médical — Jastrowitz en a parlé le 6 janvier à la Société de médecine berlinoise (voyez *Gazette*, p. 59) — qu'on a mené grand bruit autour d'elle.

A l'Institut, le 20 janvier, M. Lannelongue a annoncé qu'il allait étudier ces faits dans son service de l'hôpital Trousseau, dans l'espoir de préciser les applications à la chirurgie qu'on est en droit d'attendre de cette découverte.

Lundi dernier, il a présenté à l'examen de ses collègues, tant en son nom qu'en celui des docteurs Oudin et Barthélemy, une série de photographies de plusieurs membres humains qu'il a obtenues par ce procédé.

Le premier de ces clichés représente un fémur atteint d'ostéomyélite. M. Lannelongue fait remarquer que cette épreuve confirme ce qu'il a démontré antérieurement, c'est-à-dire que, dans cette affection, la destruction de l'os se fait du centre à la périphérie et qu'elle ne marche pas du périoste au centre comme on le croyait autrefois. Les parties centrales détruites, converties en cavernes, ont été traversées par la lumière, qui a formé quelques taches blanches qu'on remarque sur l'épreuve.

La seconde photographie est celle d'une affection tuberculeuse d'un doigt chez un enfant. Le diagnostic clinique en avait été fait, et l'épreuve photographique confirme expérimentalement ce diagnostic. La première phalange est plus large et plus épaisse que celle des autres doigts. On voit nettement aussi l'épaississement de son périoste et l'infiltration par des fongosités du tissu périossex. L'articulation, plus large que celle des autres doigts, est un peu atteinte. Enfin, la deuxième phalange, plus transparente que tous les autres os de la même main, doit être le siège d'un commencement d'ostéite.

La troisième épreuve est moins bonne, soit qu'elle n'ait pas posé assez longtemps, soit parce que les tissus qui ont été photographiés ont macéré dans l'alcool depuis plusieurs années. C'est, en effet, la photographie d'une pièce anatomique tirée du musée de l'hôpital de Trousseau, une main atteinte d'ostéite

tuberculeuse du carpe. On y distingue pourtant exactement une tache plus blanche dont le siège répond à la partie atteinte.

M. Lannelongue conclut que ces résultats, tout défectueux qu'ils soient, en raison de l'insuffisance, sans doute, de l'installation dont il dispose, permettent cependant de bien augurer d'ores et déjà de cette méthode, en ce qui touche ses ses applications à la chirurgie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en octobre, novembre et décembre

M. Lipski (H.). *Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie.* N° 12.

M. Fié (Arsène). *Étude sur une complication rare du curettage de l'utérus* (Rhumatisme blennorrhagique). N° 56.

M. Catunéanu (Jean). *Contribution à l'étude du diagnostic de la grossesse au début* (signe d'Hégar). N° 76.

M. Bichon (Auguste). *Des troubles de la miction chez l'enfant.* N° 43.

M. Durville (Fernand). *L'hygroma de la bourse séreuse du psoas.* N° 78.

II. Le domaine clinique de la blennorrhagie s'est beaucoup enrichi dans ces dernières années, et M. Lipski, dans sa thèse sur les complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie, montre que toutes les parties constituantes de l'œil peuvent être atteintes au cours de cette maladie.

Les manifestations oculaires diverses ont deux traits communs : 1° elles se développent dans le cours ou à la suite d'une blennorrhagie, mais sans qu'il y ait inoculation directe; 2° elles coïncident souvent avec le rhumatisme blennorrhagique.

A. *Conjonctivite.* — Elle débute insidieusement, se développe rapidement d'une façon aiguë, en quelques jours elle est à son maximum puis se résout. C'est une conjonctivite séro-vasculaire formée par une injection vasculaire et un chémosis séreux sous-conjonctival. L'œil est rouge, surtout autour de la cornée, et la muqueuse du globe infiltrée. Avec ces symptômes physiques il n'y a presque pas de troubles fonctionnels. Les deux yeux sont souvent pris.

B. *Iritis.* — Elle peut être plastique, purulente, hémorrhagique, séreuse. Dans chacune de ces formes elle présente ses symptômes classiques, nous n'insisterons pas. De toutes ces variétés, c'est l'iritis séreuse qu'il faut s'attendre à rencontrer le plus souvent dans les infections à gonocoques.

C. *Dacryoadénite.* — Cette localisation s'observe surtout chez l'homme adulte. Les symptômes qui la caractérisent sont la douleur, l'hypersécrétion des larmes, l'œdème énorme de la paupière supérieure qui devient rouge lie de vin, surtout en dehors.

Il y a du chémosis séreux et l'œil est refoulé en bas et en dedans par une tumeur molle, douloureuse au toucher et franchement inflammatoire. Ces symptômes s'accompagnent de troubles généraux, fièvre, anorexie, insomnie.

L'affection est généralement bilatérale. Elle marche rapidement vers la guérison.

D. *Ténonite.* — Ses symptômes n'ont ici rien de spécial, mais la blennorrhagie n'avait encore été donnée comme cause de son apparition que dans une observation de M. Puech, de Bordeaux, que l'auteur cite *in extenso.*

E. *Névrite optique.* — Ce qui caractérise cette variété de névrite, c'est l'abolition brusque et unilatérale de la vision. Le champ visuel est rétréci concentriquement et la pupille est dilatée largement. Enfin l'ophthalmoscope montre que la pupille est œdématisée, à contours flous et que les veines sont dilatées et flexueuses. Il va sans dire que cette forme est grave.

En résumé, dans son travail sur les complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie, l'auteur démontre que la contagion directe n'est pas en cause dans ces cas. Il faut donc bien différencier l'ophthalmie purulente blennorrhagique de la conjonctivite en particulier; dans celle-ci on n'a trouvé qu'une fois le gonocoque.

Enfin la conjonctivite, l'iritis, la dacryoadénite, ne sont généralement pas graves, mais peuvent récidiver, même en l'absence d'une nouvelle blennorrhagie.

M. Arsène Fié, étudie dans sa thèse une *complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorrhagique.* Après avoir rappelé quelques généralités sur le curettage, ses indications et ses contradictions, l'auteur énumère les accidents auxquels cettte opération peut donner naissance. Mais jusqu'à ce jour on ne connaît pas de cas de rhumatisme blennorrhagique qui lui soit imputable.

Il rapporte une intéressante observation de pseudo-rhumatisme survenu dans ces conditions. Il s'agit d'une femme qui, après avoir eu une vaginite à gonocoques, fut prise d'une métrite de même nature; la vaginite guérie ou à peu près, il survint des métrorrhagies nécessitant le curettage. A la suite de cette opération apparut le rhumatisme monoarticulaire typique.

Des ulcérations persistant sur le col, on dut faire l'opération de Schrœder; cette seconde intervention détermina une recrudescence du pseudo-rhumatisme qui avait frappé le genou droit.

Après cette observation, unique jusqu'aujourd'hui, l'auteur conclut :

Qu'il faut ajouter aux causes connues du rhumatisme blennorrhagique (uréthrite, vaginite, conjonctivite) la métrite à gonocoques. Ceci prouve que M. Marfan a raison en déclarant que toute localisation de la gonorrhée peut engendrer le rhumatisme.

Si maintenant nous envisageons la question à un autre point de vue, nous nous croyons autorisé à dire que, dans notre observation, la cause occasionnelle de la poussée articulaire a été le curettage. Son apparition le surlendemain de l'intervention, sa réapparition le jour qui a suivi une deuxième opération nous semblent suffisantes pour qu'aucun doute ne subsiste à ce sujet.

On ne saurait accuser, il nous semble, une faute de technique, une faute contre l'antisepsie. Les précautions les plus minutieuses avaient été prises en ce qui concerne cette partie de l'intervention.

Il nous semble donc que, dans la métrite blennorrhagique, il est bon d'être sobre de tout traitement brutal, et si l'apparition d'une complication force à intervenir (hémorrhagie dans notre cas) on devra songer qu'un rhumatisme blennorrhagique a été une fois la conséquence d'un curettage et d'une amputation du col.

Les *signes du début de la grossesse* sont assez variables, chacun pris à part, pour ne pas apporter à l'esprit du médecin la certitude qu'il veut avoir, ou tout au moins un ensemble de probabilités qui lui permettent de dire qu'il y a grossesse. Cela est surtout vrai chez une femme qui est enceinte pour la première fois.

Aussi M. Catunéanu a-t-il pensé utile d'exposer en détail dans sa thèse un signe auquel, en Allemagne et en Amérique, on accorde, à part de rares exceptions, une importance réelle. Après avoir discuté la valeur des signes du début de la grossesse, et avoir montré leur variabilité, l'auteur étudie ce signe peu connu en France, le signe d'Hégar.

Ce signe est perçu au palper combiné avec le toucher rectal ou vaginal; voici en quoi il consiste : on sent au-dessus de la portion vaginale du col utérin et entre ce col et le corps, une région mince ramollie qui peut être comprimée entre le doigt vaginal ou rectal, et la main qui déprime la paroi abdominale. Cette région peut être comprimée au point de donner à l'observateur la sensation que ses deux doigts ne sont plus séparés que par une couche très mince qui dans certains cas semble n'avoir que l'épaisseur d'une carte.

La région ramollie et dépressible dont parle l'auteur répond, d'après Sontag, accoucheur américain, à la partie de l'utérus immédiatement sus-jacente à l'isthme; c'est-à-dire au niveau de cette partie qui contribuera à former le segment inférieur de l'utérus à terme.

L'auteur, après avoir décrit ce signe et montré sa constance et, partant, son utilité dans les cas où le diagnostic reste hésitant, termine en concluant ainsi : I. Lorsque les signes du début de la grossesse sont peu marqués, et que le médecin est hésitant, il devra rechercher le signe décrit par Hégar, — qui con-

siste dans une compressibilité spéciale de la partie de l'utérus située immédiatement au-dessus de l'orifice interne, au-dessus des ligaments sacro-utérins.

Ce signe est fourni par le palper combiné au toucher vaginal ou rectal.

II. Lorsque le signe d'Hégar est constaté, il y a sûrement grossesse, et grossesse intra-utérine.

M. Bichon étudie *les troubles de la miction chez l'enfant.*

Après avoir rappelé les dispositions anatomiques de l'appareil de la miction chez l'enfant et sa physiologie, l'auteur étudie les rétentions de cause mécanique, les dysuries dues à l'influence des troubles nerveux sur la miction et insiste sur l'incontinence nocturne d'urine et les lésions vésicales. L'incontinence essentielle est due, d'après M. Guyon, à l'atonie du sphincter uréthral bien plutôt qu'à l'irritabilité exagérée du muscle vésical qui reste fort douteuse.

Mais il est dans l'enfance une incontinence plus véritablement nocturne que l'incontinence essentielle et qui est due à une psychopathie comme l'a montré Janet. C'est une incontinence par préoccupation mictionnelle persistant sous forme de rêves; l'enfant, dont le sommeil est très profond, ne perçoit pas l'envie d'uriner et la miction s'achève inconsciemment. Ainsi l'incontinence nocturne pourrait naître, chez l'enfant, de la crainte même de pisser au lit. A ce mode d'incontinence qui guérit spontanément à la puberté, lorsque le sommeil devient plus léger, il faut opposer le traitement suggestif et psychique, comme dit M. Broca, il faut s'ingénier à rendre le sommeil plus léger par le thé et le café; il faut, par le réveil fréquent, procurer au petit malade quelques nuits sèches qui lui font reprendre confiance en lui-même. Enfin, il faut éviter surtout d'augmenter ses préoccupations par des remontrances et des punitions.

L'auteur termine cette étude par les conclusions suivantes :

1° L'histoire des troubles de la miction chez l'enfant est dominée presque tout entière par la notion de malformations ou de lésions congénitales.

2° Les malformations entraînant tantôt l'incontinence, tantôt la rétention, agissent quelquefois directement et mécaniquement. Plus souvent, elles exercent une action à distance par l'intermédiaire du système nerveux.

3° Si la rétention, cette notion étant connue, est le plus souvent justiciable de moyens de traitements simples et efficaces, il n'en est pas de même de l'incontinence, dont la pathogénie plus complexe oblige à préciser soigneusement le diagnostic. En particulier, il ne faut pas se hâter de conclure à l'existence de l'incontinence essentielle.

4° L'exploration des organes génitaux externes est la base indispensable de tout diagnostic de troubles mictionnels. Elle doit être complétée par l'exploration directe de l'urèthre et de la vessie, nécessaire pour déterminer les lésions qui peuvent en être le point de départ en dehors des malformations congénitales.

Dans sa thèse sur l'*Hygroma de la bourse séreuse du psoas*, M. Durville, après avoir rappelé la disposition anatomique de cette bourse séreuse, ses rapports et sa communication avec l'articulation coxofémorale, qu'il considère avec Henle et Luschka comme rare, divise les hygromas qui peuvent s'y développer en deux groupes : 1° Hygroma aigu purulent; 2° hygroma chronique, qui peut être simple ou tuberculeux, et, dans ce cas, revêt la forme caséeuse ou présente des grains riziformes.

Beaucoup plus fréquent chez l'homme, l'hygroma de la bourse séreuse du psoas n'a jamais été vu avant 17 ans.

L'auteur rappelle l'anatomie pathologique de cette affection et étudie les symptômes dans la forme chronique simple, dans la forme aiguë suppurée et dans la forme tuberculeuse.

Le kyste séreux (forme chronique) débute insidieusement par une gêne fonctionnelle et des douleurs vagues. — A la période d'état, on a une tumeur à caractères spéciaux qui vient s'ajouter à la douleur et à la pesanteur du membre. Cette tumeur, qui siège à la partie moyenne du triangle de Scarpa, est sous-musculaire, profonde. La cuisse en extension, on voit battre la fémorale soulevée sur le côté interne de la tumeur, qui est immobile et dure. La cuisse fléchie, la tumeur devient régulière, mobile sous la peau et fixée sur les plans profonds; la fluctuation est alors facile à sentir. De plus, on peut observer la réductibilité et la crépitation, bien que ces signes soient inconstants. La réductibilité n'indique pas la communication certaine avec la synoviale articulaire; il peut y avoir un diverticule profond. Quant à la crépitation, elle est due à des productions fibreuses analogues à des franges articulaires.

La forme suppurée aiguë peut être primitive ou secondaire. La tumeur s'y présente avec les caractères qui distinguent les abcès profonds de la région du triangle de Scarpa. C'est dans des cas de ce genre que Fricke et Luschka ont constaté de l'œdème du membre par compression de la veine fémorale, et même une thrombose très étendue dans un cas.

Quant à la forme tuberculeuse, son histoire clinique est encore à faire, dit l'auteur.

Après avoir étudié le diagnostic différentiel et le pronostic, M. Durville conclut qu'il faut inciser, dès qu'on soupçonne le pus, car la temporisation, dans ce cas, peut avoir de graves conséquences.

Dans la forme chronique, il faut agir aussi chirurgicalement. La méthode de choix, l'extirpation totale, n'est malheureusement pas toujours praticable à cause des diverticules possibles trop profondément situés; aussi devra-t-on le plus souvent recourir à l'incision suivie de la résection la plus large possible de la poche. Si la nature de l'hygroma est nettement bacillaire, on fera le curettage soigneux de la cavité, et, après avoir lavé avec des liquides modificateurs, on tamponnera à la gaze iodoformée. On obtient souvent ainsi de bons résultats; mais il faut se réserver à cause de la possibilité d'une fistule persistante et de la participation ultérieure de la jointure conduisant à la coxalgie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de la poliencéphalomyélite aiguë (Zur Kenntniss der Poliencephalomyelitis acuta), par Kaiser. *(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Vol. VI, 5e et 6e fascicules). — Ouvrier âgé de 26 ans, pris subitement, au mois d'avril 1893, de céphalalgie avec diplopie et ptosis du côté gauche. Le 21 mai apparurent des vertiges, des troubles de déglutition, de l'embarras de la parole et titubation dans la marche. A l'examen, le 11 juin, on trouve le malade dans un état de somnolence; la parole est lente, mais compréhensible. La paupière supérieure gauche est tombante. Les mouvements des globes oculaires sont difficiles à examiner parce que le malade fixe mal et se fatigue vite. Cependant, on peut constater que le globe oculaire droit ne peut être porté en adduction et ses mouvements en haut, en bas et à droite sont limités. Les mouvements associés de l'œil gauche sont abolis. Les pupilles, de moyenne dilatation, égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. Fond de l'œil normal. Pas de troubles de sensibilité dans la région du trijumeau sauf anesthésie de la cornée à gauche. Parésie très marquée dans le domaine du facial gauche. Pas de troubles auditifs. Impossibilité d'avaler. Sensibilité du pharynx très diminuée. Le malade peut tirer la langue qui est animée de légères trémulations. Dans le domaine des extrémités supérieures et inférieures, pas de troubles de motilité; cependant, la force musculaire est diminuée. Réflexe patellaire normal. Diminution du réflexe cutané. Pas de troubles de la respiration ou de la circulation. Le 15 juin, le malade tombe dans un état comateux; la température monte à 40°, le pouls à 136° et la respiration à 44°. Il y a un léger degré de raideur musculaire au bras gauche, tandis que le bras droit est complètement paralysé. Le malade est mort le lendemain. A l'examen histologique du système nerveux, on trouve des lésions dégénératives de l'hypoglosse des deux côtés; du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. Le noyau principal de l'acoustique a disparu en totalité du côté gauche et seulement en partie du côté droit. Dégénérescence du noyau facial gauche; à droite, il est intact. Lésion double du noyau du moteur oculaire externe. Les noyaux moteurs et sensitifs du trijumeau sont altérés seulement du côté gauche. Dégénérescence double

du noyau du pathétique et de la plupart des noyaux de l'oculo-moteur commun avec intégrité de ceux qui sont situés à la partie postérieure du troisième ventricule. Il existe aussi des lésions de la substance gélatineuse du bulbe, du locus niger, etc. Les racines ascendante et descendante du trijumeau, le faisceau solitaire, les racines de l'hypoglosse du glosso-pharyngien et de l'acoustique sont dégénérées. Le coude du facial gauche est complètement détruit. Les fibres radiculaires croisées et directes du pathétique et les racines de l'oculo-moteur sont très atteintes. On rencontre beaucoup de fibres dégénérées dans le faisceau longitudinal postérieur. Les troncs des nerfs crâniens ne sont pas altérés. La corne antérieure de la moelle, dans la région cervicale, présente les mêmes lésions dégénératives que les noyaux des nerfs crâniens. L'auteur passe en revue les publications faites sur ce sujet. Il admet avec Wernicke, étant données les lésions hémorrhagiques qu'il a trouvées dans son cas, qu'il s'agit d'une poliencéphalomyélite hémorrhagique suraiguë.

Sur la dilatation volontaire de la pupille (Ueber die willkürliche Erweiterung der Pupille), par Betcherew. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, novembre 1895, p. 478). — Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, dont la mère était nerveuse, et qui avait constaté elle-même, depuis 5 ans, qu'elle pouvait dilater volontairement sa pupille droite. A cette époque, elle souffrait de douleurs dans l'œil droit et dans la région temporale. Elle était en même temps atteinte de coryza, et un jour pendant qu'elle se mouchait, un polype s'est montré dans la narine droite. Depuis, les douleurs ont cessé. Un jour qu'elle était occupée à coudre, en se regardant dans une glace, elle remarqua une dilatation très notable de la pupille droite, et en fermant la paupière quelques secondes, la pupille est revenue à ses dimensions normales. Ayant repris son travail, il lui semblait éprouver de nouveau une gêne de l'œil droit avec sensation de protrusion du globe oculaire, et la pupille s'était encore dilatée. En regardant avec attention, elle s'aperçut cette fois qu'elle pouvait dilater sa pupille volontairement, mais elle n'avait aucun pouvoir sur la pupille gauche. Tout travail qui nécessitait un certain effort provoquait la dilatation de la pupille droite. Elle a vu aussi que la pupille se dilatait trois jours avant ses règles pour atteindre son maximum le premier jour de l'écoulement menstruel. Au moment de l'examen, on constate que la pupille droite est beaucoup plus dilatée que la pupille gauche. Les deux pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Betcherew s'est assuré lui-même que la malade peut provoquer, par un effort, une dilatation considérable de la pupille droite dont l'ouverture est double et même triple de celle du côté gauche. La malade affirme de nouveau que la dilatation pupillaire s'accompagne d'une sensation telle qu'il lui semble que l'œil sort de l'orbite, bien qu'objectivement on n'observe pas d'exophthalmie droite. L'auteur entre ensuite dans des considérations physiologiques sur le mécanisme de cette dilatation. Claude Bernard avait démontré que les fibres dilatatrices de la pupille se trouvent dans le sympathique cervical, ces fibres sortant de la moelle épinière avec les racines antérieures de la 7e et 8e cervicales et de la 1re et 2e dorsales. Outre ces fibres spinales, certains auteurs admettent des fibres dilatatrices d'origine corticale qui cheminent dans le trijumeau et se rencontrent dans le ganglion de Gasser avec les fibres d'origine spinale. En effet, l'excitation corticale au niveau des circonvolutions sigmoïdes a produit entre les mains de plusieurs auteurs une dilatatien manifeste de la pupille, dilatation qui se produit, d'après Mislawoski, par deux mécanismes : 1° un mécanisme actif, en agissant sur les centres dilateurs de la pupille située plus bas ; 2° une action d'arrêt en agissant sur le centre constricteur de la pupille qui se trouve dans les tubercules quadrijumeaux. Il en résulte que l'influence du cerveau sur la dilatation de la pupille s'exerce soit par l'intermédiaire du sympathique ou du trijumeau, soit par une action d'arrêt sur le centre oculo-moteur de la pupille. On conçoit également que des excitations douloureuses puissent exercer également une action d'arrêt et probablement que la représentation d'une sensation réalise le même effet. Mais, après un examen attentif de la malade, on est obligé d'abandonner cette dernière hypothèse et d'admettre que, par un effort de volonté, la malade détermine une dilatation active de la pupille par l'intermédiaire des fibres du sympathique, les fibres vaso-dilatatrices étant séparées des fibres vaso-dilatatrices. Le fait que cette dilatation est unilatérale conduit l'auteur à admettre qu'il s'agit là d'une excitabilité localisée au côté droit. Cette dilatation est comparable à l'aptitude que possèdent certaines personnes de pouvoir augmenter ou diminuer les battements du cœur. L'approche des règles détermine, comme on l'a vu, une dilatation de la pupille droite, ce qui prouve encore l'excitabilité du sympathique droit. Cette hyperexcitabilité a été provoquée et entretenue par le polype de la narine droite. Il est utile de remarquer que le centre cortical vaso-dilatateur se trouve dans les circonvolutions qui correspondent chez l'homme aux circonvolutions rolandiques, siège des représentations et centre des mouvements volontaires.

MÉDECINE

De la digestion pendant le sommeil (Klinischer Beitrag zur Physiologie des Magens), par Schule (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 50, p. 1089). — Avec les repas d'épreuve et d'après les procédés actuels, l'auteur a étudié sur deux personnes de bonne volonté la façon dont s'effectue le chimisme stomacal pendant le travail. Les faits qu'il a constatés se réduisent à ceci : pendant le sommeil, la motilité de l'estomac est légèrement amoindrie, tandis que le degré d'acidité du contenu stomacal augmente, c'est-à-dire qu'il se manifeste un certain degré d'hyperacidité.

La conclusion pratique que l'auteur tire de ses expériences, c'est qu'il faut défendre aux hyperchlorhydriques de dormir ou de se coucher immédiatement ou peu de temps après les repas.

Actinomycose primitive des poumons (Ein Fall von primärer Actinomycose der Lungen), par Heusser (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 47, p. 1029). — Il s'agit d'une femme de 50 ans, institutrice, sans antécédents personnels ni héréditaires particuliers, tombée malade avec les phénomènes d'une pleurésie exsudative droite. La ponction, faite quelque temps après le début des accidents, permet de retirer 600 centimètres cubes de liquide clair, citrin, et amène la guérison de la pleurésie. Mais au lieu de se rétablir, la malade s'affaiblit tous les jours, perd ses forces, se cachectise, si bien que, malgré l'absence des bacilles tuberculeux dans les crachats examinés à plusieurs reprises, malgré l'absence de phénomènes stéthoscopiques bien nets, on fait le diagnostic de tuberculose et on engage la malade à aller en Suisse, à Davos.

Elle y va seulement au bout de trois mois, et l'auteur, qui la voit pour la première fois, constate tous les signes d'une tuberculose du sommet et d'une caverne au lobe moyen du poumon droit. Pour plus de sûreté, il fait l'examen des crachats, mais au lieu des bacilles, il trouve des actynomyces des plus caractéristiques.

Sous l'influence d'un traitement tonique et de l'iodure de potassium, la malade se rétablit assez rapidement et retourna dans son pays sans attendre la guérison définitive. Au moment de son départ, ses crachats renfermaient encore des actinomyces.

Endocardite blennorrhagique (Maligne Endocarditis im Auschluss an Gonorrhœ), par Dauber et Borst (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LVI, p. 231). — L'intérêt principal du travail est une observation très détaillée, avec examen microscopique et bactériologique d'un cas d'endocardite ulcéreuse survenue au cours d'une blennorrhagie.

Le malade, un jeune homme de 20 ans, dont la mère est morte phthisique, est entré à l'hôpital le 27 juin 1894, pour une gonorrhée, la première, datant de dix jours. L'examen du malade permit de formuler le diagnostic clinique suivant : uréthrite gonorrhéique aiguë avec funiculite du côté droit et abcès para-uréthral ; lymphadénite inguinale double ; tendo-vaginalite de la paume de la main gauche ; myosite des muscles abdominaux. Tous ces phénomènes, de même que la fièvre qui se maintenait autour de 38°5, ont disparu en six jours sous l'influence du traitement.

Après quatre jours d'accalmie, le malade est pris d'un frisson et la température monte à 39°,2, pour descendre progressivement, en deux jours, sous l'influence de la phénacétine et du

salicylate à 37°2. L'exploration des organes reste négative, et néanmoins, à partir de ce moment, le malade présente une fièvre rémittente. L'état, caractérisé par une fièvre modérée, des douleurs rhumatismales diffuses, par une anémie progressive et un affaiblissement général persiste sans grande variation tout le mois de juillet, lorsqu'en août la fièvre devient plus vive; la température atteint 40°, en même temps qu'apparaissent tous les signes d'une insuffisance aortique et que le tableau clinique devient celui d'une endocardite maligne, avec néphrite septique, tuméfaction du foie et de la rate; pneumonie hypostatique et mort le 22 août.

L'examen de l'écoulement uréthral a toujours montré la présence des gonocoques. L'examen bactériologique du sang, fait à plusieurs reprises pendant la vie, a constamment donné des résultats négatifs.

A l'autopsie, on trouva une endocardite maligne ulcéro-végétante des valvules aortiques avec abcès du myocarde; le cœur, principalement le ventricule gauche, était hypertrophié, ses cavités dilatées, son myocarde atteint de dégénérescence graisseuse; les poumons offraient tous les signes d'une pneumonie hypostatique des deux bases, les reins les signes d'une néphrite aiguë; le foie et la rate ont augmenté de volume.

L'examen histologique confirme en tous points le diagnostic macroscopique.

L'examen bactériologique (examen microscopique et ensemencement) du sang pris au cœur, des valvules aortiques, du parenchyme rénal, splénique et pulmonaire, montra la présence des diplocoques en forme de biscuits, situés à l'intérieur des cellules, qui se décoloraient par le Gram, étaient très sensibles à la réaction par l'alcool et ressemblaient beaucoup aux gonocoques dont ils se distinguaient pourtant dans les cultures. Ces diplocoques ont fait défaut dans le parenchyme rénal et dans les parties hépatisées des poumons.

D'après l'auteur, il s'agissait donc dans ce cas d'une endocardite d'origine gonorrhéique, mais provoquée par des microorganismes autres que le gonocoque, et due par conséquent à une infection secondaire dont le point de départ a été l'urèthre.

Le travail de l'auteur renferme, en plus de cette observation, l'étude bibliographique très détaillée et très complète de la question.

La nutrition sans microbes, par Nuttall et Thierfelder (*Zeitschr. f. phys. Chemie*, 1895, Bd. XXI, p. 109). — Prendre un animal au sortir de l'œuf, le préserver de tout contact avec les microbes, l'alimenter avec une nourriture privée de germes et lui faire accomplir ainsi sa croissance sans qu'il ait été jamais en rapport avec les bactéries, voilà certes une expérience pleine d'intérêt et de difficultés. Aussi faut-il féliciter MM. Nuttall et Thierfelder de l'avoir conçue et menée à bien.

Ces habiles expérimentateurs ont pris un cobaye, extrait de l'utérus maternel par une opération césarienne, et l'ont placé, avec toutes les précautions voulues pour assurer l'asepsie, dans une cloche de verre. Celle-ci présentait deux ouvertures : par l'une, au moyen de dispositifs très ingénieux, on pouvait passer la main dans un gant de caoutchouc qui permettait de déplacer le jeune animal et de procéder au nettoyage avec des boulettes d'ouate stérilisées; l'autre servait à l'alimentation et laissait pénétrer à cet effet la tétine d'un biberon extérieur contenant du lait de vache stérilisé. Enfin, la cloche reposait sur un cristallisoire contenant de l'eau et une couche d'huile pour en éviter l'évaporation; un trépied muni d'une toile métallique supportait le cobaye à quelques centimètres du niveau liquide.

On imagine aisément les difficultés que devait présenter l'élevage dans des conditions aussi artificielles : nécessité de donner à boire à l'animal d'une façon répétée jour et nuit, de protéger contre sa dent les appareils de caoutchouc, d'assurer le renouvellement d'un air pur, chauffé au moyen d'un fil spiral de platine porté au rouge.

Au bout de huit jours, l'expérience fut arrêtée. En comparant le petit cobaye à l'un de ses frères qui avait paru à sa naissance avoir la même grosseur et qui avait été nourri à l'air libre avec du lait non stérile, on trouva que le poids était sensiblement le même. La stérilité du canal digestif de l'animal en expérience fut d'ailleurs vérifiée par des ensemencements.

Cette expérience est instructive à plus d'un titre. Elle montre surtout que la vie est possible sans microbes et que la digestion, au moins celle de certaines substances alimentaires, peut s'accomplir par les seules forces des sécrétions cellulaires sans l'intervention des fermentations microbiennes, contrairement à l'opinion émise autrefois par Pasteur.

Il est à souhaiter que de semblables expériences se poursuivent et nous révèlent le détail de cette nutrition sans microbes.

De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance, par E. Hertoghe, d'Anvers (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1895, t. IX, n° 9, p. 897). — L'auteur rapporte 9 observations d'enfants atteints de cachexie strumiprive et dont la croissance était arrêtée, chez qui l'ingestion de corps thyroïde produisit, outre une amélioration de l'état intellectuel, un accroissement de la taille. En outre, le poids, après avoir commencé par diminuer, s'est élevé ensuite régulièrement et parallèlement aux progrès de la taille, de manière à dépasser le poids initial.

Dans une seconde série, chez 5 autres enfants en retard de croissance par suite d'affections diverses (albuminurie chronique, rachitisme, onanisme, débilité congénitale), des résultats semblables ont été obtenus de la même médication.

Il est à remarquer que cette nouvelle poussée de croissance peut se produire à un âge relativement avancé (14 à 27 ans).

L'auteur ajoute que chez certains enfants dont la croissance est au contraire trop rapide, l'amaigrissement que l'on observe souvent est dû à la même cause que l'excès de croissance, c'est-à-dire à une exagération de l'activité du corps thyroïde.

CHIRURGIE

Deux observations de traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par Quénu (*Rev. de chirurgie*, 1895, n° 10, p. 850). — Voici les réflexions dont l'auteur accompagne la relation de deux cas de gastro-entérostomie pour cancer, complétée dans un cas par l'extirpation de toutes les parties cancéreuses.

Si le cancer siège en dehors du pylore, la laparotomie peut être suivie immédiatement de l'extirpation du néoplasme ou rester purement exploratrice.

Si le cancer occupe la région pylorique, il faut faire une laparotomie, reconnaître exactement la nature et le siège du mal, juger si le néoplasme est ou non justiciable d'une opération radicale.

1° Le cancer pylorique n'est pas opérable : il est généralisé, ou bien trop diffus, étendu à trop de ganglions, trop adhérent; alors ajouter à la laparotomie exploratrice, séance tenante, une opération palliative, la gastro-entérostomie.

2° Le cancer pylorique est limité, enlevable en totalité. Se borner présentement à aboucher l'estomac dans le jéjunum, faire encore une gastro-entérostomie qui ne sera que le premier temps de la cure définitive, car elle sera suivie dix ou quinze jours après de pylorectomie.

L'opération en deux temps présenterait, d'après l'auteur, de grands avantages :

Tout d'abord, au moment d'aborder l'opération radicale, la difficile, le chirurgien est d'avance édifié sur le plan qu'il doit suivre, sur les difficultés à vaincre; mais les deux raisons capitales sont la durée moins longue de la pylorectomie, qui se trouve abrégée de vingt minutes, la possibilité pour le malade préalablement gastro-entérostomisé, de supporter une opération laborieuse.

Métrite gonorrhéique (Ueber Metritis gonorroica), par Madleüer (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1895, n° 50, p. 1313). — En s'appuyant sur une observation d'hystérectomie vaginale avec castration pour métro-salpingite gonorrhéique, l'auteur, qui donne une description histologique très détaillée de la pièce, soutient que le gonocoque de Neisser peut passer de la muqueuse dans le parenchyme, dans les couches musculaires de l'utérus et y provoquer une série de lésions inflammatoires capables, dans certains cas, d'amener la formation des abcès. Cette formation

des abcès est particulièrement à craindre dans les infections gonococciques se manifestant pendant la puerpéralité, mais d'une façon générale et dans d'autres circonstances, l'inflammation provoquée par le gonocoque reste assez modérée.

Le gonocoque ne reste pas longtemps dans le parenchyme utérin; il est détruit *in situ* ou bien il continue sa migration et, en arrivant à la séreuse, il peut provoquer une péritonite, sans passer par les trompes, ce qui expliquerait la périmétrite et l'annexite que l'on observe au cours de la gonorrhée.

MÉDECINE PRATIQUE

Dyspepsie sans douleurs vives, mais avec inappétence, pesanteur épigastrique après les repas, flatulence, dilatation de l'estomac, atonie intestinale.

1° Faire trois repas par jour, espacés l'un de l'autre. Ne rien prendre dans l'intervalle. Exclure de l'alimentation tous les aliments qui laissent des résidus. Ne faire usage que de potages épais, d'œufs, de poissons bouillis, de viandes bien cuites, blanches ou noires, rôties ou braisées, de purées de légumes, de fromages non fermentés, de fruits cuits. Boire aux repas deux verres au plus de bière légère ou de vin de Bordeaux blanc coupé d'une eau légèrement alcaline ou encore une ou deux tasses de thé léger ou d'une infusion aromatique chaude. Ne prendre que 60 à 80 grammes de pain grillé ou de biscotte.

2° Faire très activement fonctionner l'intestin en prenant tous les soirs soit un cachet de 0gr30 à 0gr50 de *cascara sagrada*, soit une des pilules suivantes :

Podophyllin	àà 0gr01
Extrait de belladone	àà 0gr01
Poudre de réglisse	Q. s.

pour une pilule, en faire 10.

3° Faire très activement fonctionner la peau à l'aide de lotions alcoolisées et de frictions sèches et s'il est possible, suivre un traitement hydrothérapique régulier.

4° Avant chacun des deux principaux repas, prendre 15 des gouttes suivantes dans un verre à Bordeaux d'eau pure :

Teinture de Baumé	àà 5 gr.
Teinture de rhubarbe	àà 5 gr.
Teinture de badiane	àà 5 gr.

Suivant les effets produits, la teinture de badiane pourra être remplacée par la *teinture de capsicum* ou la *teinture de cardamome*.

5° Après les deux principaux repas ou au milieu des repas, prendre un verre à liqueur (une grande cuillerée à soupe) d'un *élixir chlorhydropeptique bien préparé*.

En voici deux formules :

Pepsine extractive	5 gr.
Acide chlorhydrique	0gr50
Sirop de groseilles	àà 25 gr.
Sirop de framboises	àà 25 gr.
Rhum à 45°	50 gr.
Eau distillée	100 gr.

ou encore :

Elixir de pepsine du codex	250 gr.
Acide chlorhydrique	0gr50
Vanilline	Q. s.

pour aromatiser.

L. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La question des Étudiants étrangers.

Nous avons reçu, trop tard pour pouvoir l'insérer dans notre dernier numéro, la communication suivante. Après l'article que nous avons consacré à la question qui préoccupe l'Association générale des Étudiants, nous n'avons pas à redire qu'à notre avis, il importe d'ouvrir très largement l'accès de nos facultés et de nos laboratoires aux étudiants désireux de venir s'instruire en France. Si l'examen préalable proposé par les étudiants français doit être très facile, nous n'y voyons aucun inconvénient sérieux. Un examen trop rigoureux aurait des conséquences déplorables. Quant à l'exercice de la médecine, il doit n'être accordé qu'à ceux qui auront donné plus de garanties que par le passé. Les conditions posées par l'Association des étudiants paraîtront sans doute trop rigoureuses, mais elles pourront servir de point de départ à une nouvelle discussion des règlements actuels. L. L.

Monsieur le Directeur,

Les étudiants en médecine membres de l'Association générale des Étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

1° Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription devront présenter un certificat d'études supérieures obtenu après examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française;

2° Au moment de s'inscrire à la préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

1° Les pièces établissant leur qualité de Français;

2° Le diplôme français de docteur en médecine;

3° Tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de la prise de leur première inscription.

Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures, et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. Ils devront, au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation, qu'il est impossible de leur imposer au moment où commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation. (La naturalisation peut être accordée : 1° Après trois ans de domicile autorisé...... 4° Aux étrangers qui justifient qu'ils résident en France depuis dix années sans interruption).

Nous avons réservé la question des concours qui relèvent uniquement de l'Assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

Nous espérons, monsieur le Directeur, que vous voudrez bien accorder à notre lettre l'hospitalité de votre journal, et nous vous prions d'agréer l'expression de vos respects.

Les membres de la Section de Médecine de l'Association générale des Étudiants de Paris.

Règlement sur la police sanitaire de la marine.

Pour protéger les pays contre l'invasion d'épidémies redoutables, les mesures vexatoires de l'ancienne quarantaine ont été longtemps indispensables. Mais grâce aux découvertes de la science pastorienne il est permis de faire droit aux réclamations de la navigation pour laquelle les procédés anciens étaient très onéreux. Les principaux ports ont été dotés d'étuve à désinfection, l'inspection médicale

a été perfectionnée et en fait, depuis 1892, la quarantaine n'existe plus.

Ce sont ces principes, base d'un nouveau régime sanitaire, qu'ont fait prévaloir les représentants de la France dans les conférences sanitaires internationales de Venise en 1892, de Dresde en 1893 et de Paris en 1894. De là est né le règlement promulgué le 21 janvier dernier. Ce règlement diminue grandement les garanties qu'exige la protection de la santé publique; il supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, — par des mesures prophylactiques prises, autant que possible, soit au départ, soit à bord du navire, sous le contrôle d'un médecin spécialement agréé à cet effet, — par une surveillance médicale appliquée, en cas de nécessité, aux passagers, après leur mise en libre pratique, pendant une période de quelques jours correspondant à la durée d'incubation de la maladie; il accorde des facilités et des avantages particuliers, tels qu'une notable réduction de taxes, aux navires qui, secondant les vues du service sanitaire, auront à bord un médecin sanitaire et une étuve à désinfection, et pourront certifier à leur arrivée que toutes les mesures de désinfection et d'assainissement prescrites ont été rigoureusement effectuées durant la traversée.

Nous n'insisterons pas sur la doctrine qui a présidé à l'élaboration de ce règlement. C'est elle qui a été soutenue depuis 1896 par M. Proust dans ses communications à l'Académie de médecine, et par notre ami A.-J. Martin dans les études d'hygiène publique qu'il a insérées ici même.

Voici les articles de ce règlement qui ont un intérêt directement médical.

TITRE II

Patente de santé.

Art. 7. — Lorsqu'une maladie pestilentielle vient à se manifester dans un port ou ses environs, l'autorité sanitaire de ce port avise immédiatement l'administration supérieure et, une fois l'existence du foyer constatée, signale le fait sur la patente de santé qu'elle délivre.

L'épidémie est considérée comme éteinte lorsque cinq jours pleins se sont écoulés sans qu'il y ait eu ni décès ni cas nouveau. La cessation complète de la maladie est alors immédiatement signalée à l'administration supérieure, et si les mesures de désinfection ont été convenablement prises, elle est mentionnée sur la patente de santé, avec la date de la cessation.

Art. 8. — A l'étranger, la patente de santé est délivrée aux navires français à destination de France ou d'Algérie par le consul français du port de départ ou, à défaut de consul, par l'autorité locale.

Pour les navires étrangers à destination de France ou d'Algérie, la patente peut être délivrée par l'autorité locale; mais, dans ce cas, elle doit être visée et annotée, s'il y a lieu, par le consul français.

Art. 9. — La patente de santé délivrée au port de départ est conservée jusqu'au port de destination. Le capitaine ne doit en aucun cas s'en dessaisir.

Dans chaque port d'escale, elle est visée par le consul français ou, à son défaut, par l'autorité locale, qui y relate l'état sanitaire du port et de ses environs.

Art. 10. — Les navires qui font un service régulier dans les mers d'Europe peuvent être dispensés par l'autorité sanitaire de l'obligation du visa de la patente à chaque escale.

Art. 11. — La présentation d'une patente de santé à l'arrivée dans un port de France ou d'Algérie est en tout temps obligatoire pour les navires provenant : 1° des pays situés hors d'Europe, l'Algérie et la Tunisie exceptées; 2° du littoral de la mer Noire et des côtes de la Turquie d'Europe sur l'Archipel et la mer de Marmara.

Art. 12. — Pour les régions autres que celles désignées à l'article 11, la présentation d'une patente de santé est obligatoire pour les navires provenant d'une circonscription contaminée par une maladie pestilentielle.

TITRE III

Des médecins sanitaires.

Art. 14. — Le capitaine d'un navire dépourvu de patente de santé alors qu'il devrait en être muni, ou ayant une patente irrégulière, est passible, à son arrivée dans un port français, des pénalités édictées par l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, sans préjudice de l'isolement et des autres mesures auxquels le navire peut être assujetti par le fait de sa provenance, et des poursuites qui pourraient être exercées en cas de fraude.

Art. 15. — Tout bâtiment à vapeur français affecté au service postal ou au transport d'au moins cent voyageurs, qui fait un trajet dont la durée, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, est tenu d'avoir à bord un médecin sanitaire.

Ce médecin doit être Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine : il prend le titre de « médecin sanitaire maritime ».

Art. 16. — Les médecins sanitaires maritimes sont choisis sur un tableau dressé par le ministre de l'intérieur, après examen passé devant un jury qui est désigné par le ministre, sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène.

L'examen porte sur l'épidémiologie, la prophylaxie et la réglementation sanitaires et leurs applications pratiques. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène.

Il est délivré aux candidats agréés par le ministre un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Art. 17. — Au cas où le nombre des médecins sanitaires maritimes portés sur la liste serait insuffisant, le ministre de l'intérieur pourvoit, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène, aux nécessités du service médical.

Art. 18. — Un délai de trois mois est accordé, à partir de la date du présent décret, pour permettre aux médecins d'obtenir le certificat prévu par l'article 16 et aux compagnies de navigation et armateurs d'assurer l'embarquement de ces médecins.

Les médecins sanitaires antérieurement commissionnés auprès des compagnies maritimes peuvent être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, sur leur demande transmise, avec avis motivé, par les directeurs de la santé de leurs ports d'attache et sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène.

Art. 19. — Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition :

a) Pour préserver le navire des maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste) et des autres maladies contagieuses graves;

b) Pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire apparition à bord, de se propager parmi le personnel confié à ses soins et dans les populations des divers ports touchés par les navires.

Art. 20. — Le médecin sanitaire maritime s'oppose à l'introduction sur le navire des personnes ou des objets susceptibles de provoquer à bord une maladie contagieuse.

Art. 21. — Le médecin sanitaire maritime fait observer à bord les règles de l'hygiène. Il veille à la santé du personnel, passagers et équipage, et leur donne ses soins en cas de maladie.

Art. 22. — Le médecin sanitaire maritime se concerte avec le capitaine pour l'application des dispositions contenues dans les trois articles qui précèdent.

En cas d'invasion à bord d'une maladie pestilentielle ou suspecte, il prévient immédiatement le capitaine et assure, d'accord avec lui, les mesures de préservation nécessaires.

Art. 23. — Le médecin sanitaire maritime inscrit jour par jour, sur un registre, toutes les circonstances de nature à intéresser la santé du bord.

Il mentionne les dates d'invasion, de guérison ou de termi-

naison par la mort de tous les cas de maladies contagieuses, avec indication des détails essentiels que comporte la nature de chaque cas.

A chaque escale ou relâche, il consigne sur son registre la date de l'arrivée et celle du départ, ainsi que les renseignements qu'il a pu recueillir sur l'état de la santé publique dans le port et ses environs.

Il inscrit sur le même registre les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, la destruction ou la purification des hardes, du linge et des objets de literie, la désinfection des logements; il indique la nature, les doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération.

Art. 24. — Le médecin sanitaire maritime est tenu, à l'arrivée dans un port français, de communiquer son registre à l'autorité sanitaire, qui ne statue qu'après en avoir pris connaissance.

Il répond à l'interrogatoire de celle-ci et lui fournit de vive voix, ou par écrit si elle l'exige, tous les renseignements qu'elle demande.

Art. 25. — Les déclarations du médecin sanitaire maritime sont faites sous la foi du serment.

Le délit de fausse déclaration est poursuivi conformément aux lois.

Art. 26. — Le médecin sanitaire maritime fait parvenir, au moins chaque année, au ministre de l'intérieur un rapport relatant les observations de toute nature qu'il a pu recueillir au cours de ses voyages sur les questions intéressant le service sanitaire, l'étiologie et la prophylaxie des épidémies.

Les rapports des médecins sanitaires maritimes sont soumis au comité consultatif d'hygiène publique de France. Ils peuvent donner lieu à l'attribution de récompenses honorifiques décernées par le ministre de l'intérieur et publiées au *Journal officiel* de la République française.

Art. 27. — En cas d'infraction aux règlements sanitaires ou de non-exécution des devoirs résultant de ses fonctions, une décision ministérielle, prise sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, l'intéressé entendu, peut rayer un médecin sanitaire, à titre temporaire ou définitif, du tableau dressé en vertu de l'article 16.

Art. 28. — Le capitaine d'un navire ne pouvant justifier de la présence à bord d'un médecin sanitaire régulièrement embarqué, ou d'un motif d'empêchement légitime, est passible, à son arrivée dans un port français, des pénalités édictées par l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, sans préjudice des mesures sanitaires exceptionnelles auxquelles le navire peut être assujetti pour ce motif et des poursuites qui pourraient être exercées en cas de fraude.

Art. 29. — Sur les navires qui n'ont pas de médecin sanitaire, les renseignements relatifs à l'état sanitaire et aux communications en mer sont recueillis par le capitaine et inscrits par lui sur son livre de bord.

Les titres IV, V, VI et VII ont trait aux mesures sanitaires prises au port de départ, pendant la traversée, dans les ports d'escale contaminés et à l'arrivée. Le titre VIII s'occupe des marchandises, le titre IX des stations sanitaires, le titre X des droits sanitaires, le titre XI des autorités sanitaires, le titre XII des conseils sanitaires, le titre XIII des attributions des autorités sanitaires, le titre XIV du recouvrement des amendes et le titre XV des dispositions générales.

Les conseils sanitaires, dont il existe au moins un par circonscription sanitaire, sont composés de la manière suivante :

TITRE XII. — Article 117.

1° Le préfet ou le secrétaire général, le sous-préfet ou, à leur défaut, un conseiller de préfecture délégué par le préfet;

2° Le directeur de la santé, l'agent principal ou l'agent ordinaire du service sanitaire en résidence dans le port;

3° Le maire;

4° Le professeur d'hygiène soit de la Faculté de médecine, soit de l'École de médecine en plein exercice, soit, à leur défaut, de l'École de médecine navale, situées dans le département;

5° Le médecin des épidémies de l'arrondissement;

6° Le médecin militaire du grade le plus élevé ou le plus ancien dans le grade le plus élevé, en résidence dans le port;

7° Dans les ports de commerce, le chef du service de la marine ou, à son défaut, le commissaire de l'inscription maritime, et, dans les ports militaires, le préfet maritime ou son délégué et le médecin le plus élevé en grade du service de santé de la marine;

8° L'agent le plus élevé en grade du service des douanes;

9° L'ingénieur en chef ou, à son défaut, l'ingénieur ordinaire attaché au service maritime du port;

10° Un membre du conseil municipal élu par le conseil;

11° Deux membres de la chambre de commerce élus par la chambre ou, à défaut de chambre de commerce, deux membres du tribunal de commerce élus par le tribunal ou, à défaut de chambre de commerce et de tribunal de commerce, deux négociants élus par le conseil municipal;

12° Un membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'arrondissement, élu par le conseil.

Le préfet ou le sous-préfet est président du conseil sanitaire.

Le conseil nomme un vice-président qui préside en l'absence du préfet ou du sous-préfet.

Voici, en résumé, les principales dispositions de ce nouveau règlement relatives aux voyageurs :

Tout navire arrivant dans un port de France avec patente de santé nette, sans aucun incident à bord, est admis en libre pratique immédiatement après la reconnaissance par les autorités sanitaires. Les navires voyageant entre la France et l'Algérie ou la Tunisie, sont dispensés de la patente de santé.

Tout navire arrivant avec une patente brute (c'est-à-dire provenant d'un point où une maladie pestilentielle a été signalée) est considéré comme *indemne*, *suspect* ou *infecté*.

Le navire est indemne si rien ne s'est produit à bord jusqu'au moment de son arrivée. Les passagers et l'équipage sont soumis à une visite médicale, les linges sales, effets à usage, objets de literie et même les bagages, sont désinfectés et, si le navire a quitté le point contaminé depuis plus de 5 jours en cas de choléra, plus de 7 jours pour la fièvre jaune et la peste, il est admis à la libre pratique.

Si ces délais ne sont pas atteints, les passagers reçoivent individuellement un passeport sanitaire portant la date du départ du point contaminé et l'endroit où ils se rendent. Là, ils restent en état de surveillance jusqu'à l'expiration des cinq ou sept jours à partir de cette date.

Pour le navire suspect, même visite médicale des passagers et de l'équipage, même désinfection des effets à usage, etc., etc. Chaque passager reçoit, en débarquant, un passeport sanitaire indiquant *la date de l'arrivée du navire*, de façon à ce que la surveillance sanitaire, dont il reste l'objet dans l'endroit où il se rend, s'exerce pendant cinq jours à partir de l'arrivée dans le port de débarquement.

Dans le cas d'un navire infecté, les malades sont immédiatement débarqués et isolés, jusqu'à leur guérison, dans des stations lointaines ou des lazarets (suivant les ports). Les autres personnes y sont aussi débarquées et soumises à une observation dont la durée ne peut dépasser cinq jours pour le choléra, sept jours pour la fièvre jaune ou la peste, à compter du débarquement ou du dernier cas survenu parmi elles.

Toutes ces mesures peuvent être atténuées, par l'autorité sanitaire des ports de débarquement, pour les navires ayant à bord un médecin sanitaire maritime et une étuve à désinfection remplissant les conditions de sécurité et d'efficacité prescrites par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. C'est le cas des paquebots-poste appartenant à nos principales compagnies de navigation.

A noter que les lettres et correspondances, imprimés, livres, journaux, papiers d'affaires (non compris les colis postaux), ne sont soumis à aucune restriction ni désinfection.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Une cause probable de la purulence de l'épanchement pleurétique à la suite de la thoracentèse.

En 1892 l'opportunité de la thoracentèse fut longuement discutée à l'Académie de médecine par les maîtres les plus éminents. Les uns reprochaient aux ponctions de déterminer assez souvent la purulence de l'épanchement; les autres soutenaient l'innocuité absolue des ponctions de la plèvre, à condition qu'elles fussent pratiquées dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avec une antisepsie rigoureuse. A ce propos M. le professeur Dieulafoy présenta une statistique de 180 ponctions dont aucune n'avait amené la transformation purulente de l'épanchement.

Cependant M. Hardy soutint que souvent, après des ponctions successives, le liquide pleural, séro-fibrineux et clair à la première, devenait louche à la seconde, et purulent à la troisième, opinion qui fut confirmée par M. Verneuil.

La plus grande fréquence des pleurésies purulentes a aussi été attribuée non à la plus grande fréquence de la thoracentèse, mais au changement survenu dans la constitution médicale. Cette cause peut certainement être invoquée surtout depuis les épidémies de grippe qui ont sévi à partir de 1889, mais il y a une autre cause sur laquelle je veux attirer l'attention. J'ai pratiqué un très grand nombre de ponctions pleurales sans avoir jamais eu le moindre accident. Récemment, pour la première fois, j'ai eu la surprise désagréable de voir un épanchement séreux se transformer en pus à la suite d'une seule ponction, et presque aussitôt après cette ponction, malgré les précautions antiseptiques habituelles.

Voici d'abord l'observation résumée du malade.

Le nommé J..., âgé de 38 ans, entre à mon service à l'hôpital le 30 novembre 1895. Il toussait depuis cinq semaines, sentait un peu d'oppression et une grande fatigue, mais ne s'est alité que vers le 20 octobre. Après cinq jours de repos, il reprend son travail qu'il est obligé d'interrompre pour entrer à l'hôpital.

État actuel : figure émaciée, un peu cyanosée.

État général très mauvais, faiblesse très grande, pouls 90°, température variant de 38°5 à 39°.

Inappétence complète. Le malade n'a jamais eu ni point de côté, ni frisson. Toux assez sèche, modérée. Matité au côté gauche du thorax remontant en arrière jusqu'à la fosse sus-épineuse, en avant presque jusqu'à la clavicule : cette matité est absolue. Absence complète de vibrations thoraciques. Souffle et égophonie à la partie supérieure, absence de tout bruit à la base. Le cœur est refoulé à droite et dépasse le bord droit du sternum.

Je diagnostique une pleurésie probablement tuberculeuse avec épanchement abondant, à cause du déplacement du cœur. Je pratique la thoracentèse dès le 3 décembre, d'autant plus que l'oppression avait augmenté depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

J'ai pratiqué la ponction entre la huitième et la neuvième côte, endroit où l'on avait appliqué 9 jours auparavant un vésicatoire qui n'était pas encore guéri. J'ai pris les précautions d'antisepsie que j'applique toujours. — La région où la ponction doit être faite est lavée soigneusement à la liqueur de Van Swieten; moi-même je me lave les mains dans une solution de sublimé; l'instrument qui sert à la ponction a passé à l'étuve et trempe dans de l'eau distillée et phéniquée.

J'ai retiré un litre et demi de liquide citrin très clair, transparent; j'estime à près d'un litre la quantité de liquide qui reste dans la plèvre. La petite plaie est recouverte de coton hydrophile imbibé de collodion iodoformé. Après la ponction, le malade se sent soulagé, mais dans la soirée il est pris d'une dyspnée violente qui dure encore le lendemain, et qui disparaît presque complètement le 5 décembre. La fièvre pourtant ne dépasse pas 38°5, mais l'état général devient bien plus mauvais.

Le 6 décembre je fais une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, et je retire un liquide tout à fait purulent. Les forces diminuent, le liquide se reproduit et atteint le 9 décembre le même niveau qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Dyspnée considérable. — Je pratique alors une nouvelle ponction car l'état général était trop mauvais pour permettre l'opération de l'empyème, et je retire 1 200 grammes de liquide tout à fait purulent, dans lequel l'examen microscopique révèle la présence de globules de pus très abondants et de nombreux streptocoques. A ce moment le vésicatoire était guéri.

Le lendemain de la ponction, il y a autour de la piqûre de la rougeur érysipélateuse et de l'œdème qui vont en augmentant et gagnent une grande partie du thorax. Le malade demande à quitter l'hôpital le 12 décembre et il meurt chez lui dans la nuit.

Ce qui a le plus attiré mon attention, c'est la transformation si rapide et si complète de l'épanchement séreux en pus, et l'apparition de l'érysipèle à la suite de la deuxième ponction. Bien certain que toutes les précautions d'antisepsie avaient été prises avec beaucoup de soin, comme d'habitude, je me demandais d'où pouvait provenir l'agent septique, car le mauvais état général du

malade ne me semblait pas suffisant pour expliquer une infection aussi rapide. Ne pouvant incriminer ni les instruments ni l'opérateur, je n'ai trouvé d'autre cause que la plaie du vésicatoire qui avait été appliqué en ville et qui, mal pansé, suppurait encore beaucoup à l'entrée du malade à l'hôpital. Le trocart a probablement entraîné les microbes de la suppuration dans la plèvre à travers la piqûre; ceux-ci ont trouvé là un terrain de culture bien approprié, et ont produit à leur tour l'érysipèle lors de la deuxième ponction, car le liquide purulent renfermait beaucoup de streptocoques.

L'endroit du vésicatoire où la ponction a été pratiquée avait été lavé au sublimé, mais il est probable que ce lavage, qui dans les cas ordinaires suffit, n'était pas assez efficace contre une plaie suppurante de vésicatoire. — Il est peu de malades auxquels, avant la thoracentèse, on n'ait appliqué un ou plusieurs vésicatoires; il n'est donc pas improbable que la transformation purulente d'un épanchement pleurétique à la suite d'une ponction ne soit due assez souvent à la présence des microbes qui habitent la région encore suppurante du vésicatoire, qu'un lavage au sublimé n'a pu faire disparaître, et qui sont entraînés dans la plèvre par la ponction. On n'a du reste qu'à se rappeler la fréquence des furoncles et des petits anthrax au niveau ou autour des vésicatoires.

Il est donc utile : 1° De ne jamais ponctionner la poitrine à l'endroit où a été appliqué un vésicatoire, à moins que celui-ci ne soit complètement guéri.

2° Si la ponction ne peut être pratiquée à une autre région, les précautions antiseptiques habituelles ne sont plus suffisantes.

Des pansements plus complets et plus efficaces, à l'iodoforme par exemple, seraient nécessaires pendant un ou deux jours avant la ponction.

Dr Feltz,
Médecin de l'hôpital de Saint-Denis

VARIÉTÉS

Photographie de l'invisible. — Des expériences nombreuses ont été faites récemment par des médecins dans plusieurs villes.

Des essais ont été faits au laboratoire de physique de la *Société de médecine de Bordeaux* et au laboratoire des cliniques avec les appareils du laboratoire de physique. Non seulement on a pu reproduire la main classique parue dans tous les journaux, mais encore une quantité d'autres objets tels que le système osseux d'une grenouille, système osseux d'une sole porte-monnaie fermé dans lequel on a décelé des clés, des pièces de monnaie, une boîte pharmaceutique fermée où l'on aperçoit des pilules, etc.

Des modifications intéressantes ont été faites au procédé de Rœntgen par les travailleurs du laboratoire de physique, procédés qui sont en ce moment à l'étude (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*).

A la *Société império-royale de médecine de Vienne* (24 janvier) M. von Mosetig-Moorhof a montré deux photographies obtenues avec la lumière de Rœntgen. Sur l'une des épreuves, on voit un projectile situé à la face médiane du cinquième métacarpien. Ce projectile ne put être reconnu à l'examen clinique pratiqué au moyen de la sonde, mais la photographie le décela sous la forme d'une tache sombre. On incisa à ce niveau et l'on put ainsi extraire le corps étranger.

Le second cliché représente une double difformité de la première phalange du gros orteil droit. L'examen clinique ne permit pas de déterminer laquelle des deux phalanges était articulée et devait par conséquent être laissée en place. L'image obtenue au moyen de la lumière de Rœntgen leva tous les doutes à cet égard.

Le 31 janvier, M. Siegel a fait voir que les calculs biliaires et vésicaux ont aux radiations une perméabilité variable qui semble en rapport avec leur teneur en chaux.

Le 27 janvier, au *Collège des docteurs de Vienne* M. Gartner a montré que par les photographies on pouvait faire une étude plus précise de rachitisme, par photographie de la région diaépiphysaire.

M. Spiess a photographié aussi à Vienne la main d'un ouvrier verrier, contenant depuis plusieurs années un éclat de verre. La photographie a révélé la place exacte de ce corps étranger.

A Berlin, M. Neuhaus pense qu'on pourra utiliser la découverte dans le diagnostic des fractures, des luxations, les fractures par coup de feu, etc. M. Ewald a demandé s'il est possible de faire passer les rayons à travers d'épaisses parties molles comme la cuisse; à quoi, M. Neuhaus a répondu que les rayons traversent les muscles comme notre vue peut traverser une plaque de verre.

Les expériences faites par le professeur Slaby en présence de l'empereur Guillaume à l'École polytechnique de Charlottenbourg sur la découverte de Rœtgen ont réussi parfaitement, grâce à l'outillage perfectionné qui avait été mis à sa disposition. Des photographies du squelette de poulets et de souris étaient d'une netteté étonnante.

A Berne, un enfant s'était introduit une aiguille dans la main. Il s'agissait de déterminer la localisation exacte de ce corps étranger. Le professeur Kocher, avec le concours du professeur de physique Forster, prit la photographie du membre et réussit pleinement, grâce à ce moyen, à soulager promptement et sans tâtonnements son malade. Dans un autre service hospitalier de cette ville, on est parvenu à photographier la forme d'une fracture de jambe.

La diphthérie à Bordeaux. — M. Lande a communiqué à la *Société de médecine de Bordeaux* les renseignements fournis à la division de l'hygiène à la mairie.

Le service municipal du diagnostic bactériologique, qui fonctionne sous la direction de M. le professeur Ferré, a donné 58 analyses en 1895.

Pendant l'année 1895, il y en a eu 789. Ces analyses ont donné, en ce qui concerne la morbidité de la ville :

Diphthérie pure	148
Diphthérie associée	241
Microbes divers.	224
Total.	613

Il n'y a eu que 24 décès, la moyenne est 301.

Il y a eu 389 cas reconnus, la mortalité a été 5,9 p. 100.

Cette proportion s'abaisse à 4,86, si l'on déduit des cas traités à Bordeaux ceux venus des communes environnantes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Février 1896.

Tuberculose hospitalière.

M. Terrier considère la tuberculose comme très contagieuse. L'origine hospitalière ne peut être prouvée mathématiquement par les malades, car ils quittent l'hôpital, mais la mortalité des employés, infirmiers ou autres, est effrayante; si tous ne meurent pas, presque tous sont contaminés. Le nombre des étudiants qui se tuberculisent est également considérable, et d'après ce qu'a vu M. Terrier, ce sont surtout ceux qui travaillent le plus à l'hôpital qui sont frappés. D'ailleurs, l'administration ne fait absolument rien pour éviter ces contaminations; ainsi l'étuvage des matelas est assez sommaire pour qu'on puisse après l'opération y trouver des poux et des punaises vivantes. On ne s'occupe même pas de bien détruire les crachats. A Bichat, il y a des salles qui n'ont pas été désinfectées de-

puis 1883; on ne désinfecte jamais les locaux où sont morts des employés tuberculeux, et même, quand on le demande à l'administration, elle le refuse. Ce qui favorise encore les contaminations, c'est l'encombrement *énorme* des salles; les statistiques de l'administration tendent à démontrer que cet encombrement n'existe plus; la salle des hommes de l'hôpital Bichat contient 62 malades alors qu'elle ne doit avoir que 31 lits.

M. Fr. Franck a constaté que dans des laboratoires on trouve très fréquemment des cas de contagion évidents.

M. Debove. — On a dit que les poussières sont dangereuses; elles le sont parce qu'elles contiennent le bacille. Il faut, pour qu'elles ne le contiennent pas, isoler les tuberculeux. Les constatations sont difficiles à l'hôpital : mais en ville elles sont très faciles. En ville, nous craignons la contagion dans la chambre d'un phthisique et autant que possible nous faisons l'isolement : à l'hôpital il faudrait donc penser à agir autrement, il faudrait pousser un homme sain dans une salle qui contient 50 phthisiques! Dans l'armée, on agit mieux et, à moins que la politique ne s'y oppose, on élimine les tuberculeux. Et quel éleveur conserverait un animal tuberculeux dans son étable?

Blessures par armes de guerre.

M. Delorme, ayant observé les dégâts produits par les balles de 8 millimètres sur les blessés de Fourmies, en tire les conclusions suivantes :

Ces blessures sont graves, puisqu'elles ont causé 8 morts sur 41 blessés; mais cette gravité tient surtout aux lésions viscérales; elle est bien moindre pour les plaies ostéoarticulaires, même lorsqu'on n'a pu réaliser l'antisepsie immédiate. L'ébranlement est faible, l'hémorrhagie primitive est généralement faible.

L'examen physique des plaies confirme ce qui a été observé par les expériences cadavériques.

Microbe de la pourriture d'hôpital.

M. Vincent, médecin-major à Alger, adresse un travail dont voici les conclusions, lues par **M. Chauvel** :

La pourriture d'hôpital est une lésion spécifique et particulière à l'espèce humaine. Son microbe pathogène est un bacille spécial, allongé, non colorable par le Gram, non cultivable. On le trouve d'une manière constante dans la pulpe pseudomembraneuse qui recouvre les plaies atteintes de cette complication; il y existe souvent à l'état exclusif. Sa présence constatée au microscope peut servir à diagnostiquer l'affection et à juger du degré d'infection ou d'amélioration des plaies envahies par la pourriture d'hôpital.

Élection.

Ont été élus correspondants nationaux (1re division) :

1re place.

MM. Fiessinger d'Oyonnax	41 voix.	Élu.
Glenard (Lyon)	6	
Mossé (Toulouse)	2	
Soulier (Lyon)	10	
Debierre (Lille)	1	
Renou (Saumur)	3	
Total	63 votants.	

2e place. — 1er tour de scrutin.

MM. Glenard	28
Mossé	3
Soulier	25
Renou	3
Total	59 votants.

2e tour de scrutin.

MM. Soulier	32 voix.	Élu.
Glenard	25	
Total	57 votants.	

Comité secret.

La liste de présentation pour une place d'associé national est dressée ainsi qu'il suit : *1re ligne*, M. Renaut (Lyon); *2e ligne*, M. Lépine (Lyon); *3e ligne*, M. Grasset (Montpellier).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 Janvier 1896.

(Suite et fin.)

Les toxines et l'électricité.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — On se souvient peut-être des recherches que nous avons exposées relativement aux influences que l'agent électrique est capable d'exercer sur l'évolution des bactéries : nous avons montré que cet agent intervenant par lui-même, sans le secours de la température ou des changements chimiques, est susceptible de perturber les fonctions, la forme, la reproduction.

Aujourd'hui, nous faisons connaître le début de nos expériences appliquées non plus à ces bactéries, mais à leurs sécrétions.

Il est de toute nécessité, en pareille matière, au risque de donner des détails par trop techniques, de préciser les conditions expérimentales, attendu que, le plus souvent, ceux qui ont employé l'électricité, parfois sans s'en douter, ont eu simplement recours à l'électrolyse, c'est-à-dire à de pures décompositions, à de l'antisepsie, ou, en d'autres cas, à la chaleur. Or, changer les propriétés d'un liquide albumineux en modifiant sa composition ou en le chauffant, constitue une banalité; on réalise ainsi autre chose que ce que l'on s'imagine produire.

Nous nous sommes, d'ailleurs, assurés que, sous cette forme d'électrolyse, le courant utilisé est des plus actifs. En injectant, sous la peau, 3 centim. cubes de toxine diphtéritique ou de toxine pyocyanique soumise à l'action des pôles, soit du positif, soit du négatif, pendant une heure, avec un débit de trois cents coulombs, nous avons vu les cobayes survivre, tandis que les témoins succombaient en moins de deux jours.

Un premier point a été mis hors de doute, c'est qu'il ne saurait être question uniquement d'effets polaires; c'est qu'en outre le passage même du fluide possède un pouvoir modificateur.

Désireux de pousser plus loin cette étude, d'analyser le problème, nous avons mis en jeu l'électricité d'une façon discontinue; nous avons diminué notablement les décompositions chimiques, technique qui permet de négliger la part attribuable à l'électrolyse; de trois cents coulombs, la quantité du fluide le volume est tombé à quelques unités.

Or, dans ces nouvelles conditions, les deux toxines employées ont été atténuées de telle manière que les doses, capables de tuer en deux à quatre jours, ont tout au plus causé un amaigrissement parfois plus marqué avec le produit influencé par le pôle négatif.

Il y a là, on le voit, un moyen d'action propre à changer la toxicité de ces substances microbiennes, moyen d'action qui possède des avantages sur les filtrations, le chauffage, etc.

Fabriquer des vaccins, des principes antitoxiques, à l'aide de ces agents, devient une possibilité. Peut-être même pourra-t-on aller plus avant, surtout avec les courants de haute ou de basse fréquence. Toutefois, si on veut savoir ce que l'on fait, il importe de préciser les volts, les ampères, le potentiel. Si ces indications font défaut, on ignore la nature même de l'agent mis en jeu; on ignore la forme sous laquelle l'énergie a été dépensée. On peut avoir réalisé — il est nécessaire d'y insister — uniquement des actions chimiques ou des effets calorifiques, non des influences électriques.

Quoi qu'il en soit, on a entre les mains un agent actif, dont l'énergie, la forme, la vitesse, l'intensité, la durée d'application, la pression, etc., en variant, font varier les résultats, depuis les altérations les plus insignifiantes jusqu'à la disparition de tout attribut nuisible, en passant par un état tel que les qualités de vaccination sont conservées.

Les hémorrhagies infectieuses.

M. Charrin. — A l'occasion de la note de M. Monnier sur les attributs hémorrhagipares du streptocoque, je citerai des faits qui prouvent que l'aureus ou le pneumocoque peuvent, de leur côté, occasionner pareils accidents. Aussi, actuellement, tout en proclamant l'influence prédominante de quelques espèces, puis-je remarquer qu'on admet universellement l'opinion que j'ai soutenue, il y a longtemps déjà et qui voulait que la fonction hémorrhagipare puisse s'acquérir à l'exemple de la fonction pyogène.

Je crois avoir contribué à réaliser un pas de plus, en mettant en lumière les attributs des toxines sur les vaso-moteurs, sur le cœur, sur le sang, sur son sucre, son oxygène, ses sels, ses globules, sur la pression, la vitesse, sur les parois vasculaires, etc., sur toutes les conditions qui entrent en jeu dans le mécanisme de l'hémorrhagie.

Je puis aujourd'hui aller plus loin, en montrant de par l'observation aussi bien que de par l'expérimentation, que le terrain a sa part, en dehors des cas où le virus est puissant par sa virulence, son abondance, ses associations.

On peut, en effet, affirmer que ces phénomènes s'enregistrent chez les hépatiques, chez des brightiques, des cardiaques ou des nerveux. Or, nul n'ignore les raisons physiologiques nombreuses qui exposent les malades aux extravasations sanguines.

Ainsi, il ne suffit pas de déceler le germe ; le médecin doit compléter la tâche du bactériologiste. On arrive de la sorte à éclairer totalement les questions.

Séance du 1er Février 1896.

Action de l'électricité sur les toxines.

MM. d'Arsonval et Charrin ont montré, dans leur communication faite à la séance précédente, que sous l'influence de l'électricité les toxines subissent une atténuation de la virulence et que cette atténuation, que l'on obtient aussi bien à l'aide des courants continus avec électrolyse qu'à l'aide des courants interrompus avec électrolyse extrêmement faible, ne tenait par conséquent pas à l'électrolyse, aux phénomènes chimiques qu'elle provoque dans le liquide.

Dans une nouvelle série d'expériences il ont pu constater que sous l'influence de différentes modalités de l'électricité, non seulement les toxines s'atténuent, mais qu'elles acquièrent encore des propriétés vaccinantes. Ces expériences ont été tout d'abord faites avec la toxine pyocyanique et la toxine diphthérique. Pour la toxine pyocyanique les résultats ont été des plus nets : tandis que trois cobayes vaccinés avec des toxines préalablement électrisées ont tous survécu à l'injection des toxines pyocyaniques non électrisées, les trois cobayes témoins qui n'avaient pas reçu de toxines électrisées, ont tous succombé à l'injection des toxines non électrisées.

Les mêmes expériences, faites dans les mêmes conditions avec des toxines diphthériques électrisées, ont donné 2 morts sur 8 cobayes préalablement vaccinés avec des toxines diphthériques, et 2 morts sur 3 cobayes témoins qui n'ont préalablement pas été vaccinés avec des toxines diphthériques électrisées. Dans une autre série d'expériences où les toxines diphthériques furent soumises pendant 20 minutes à l'action des courants à haute fréquence, lesquels courants, comme on sait, sont dépourvus de tout effet électrolytique, les 3 cobayes vaccinés avec ces toxines ont tous survécu aux injections des toxines virulentes, tandis que les trois cobayes témoins ont tous succombé.

Ces faits montrent que l'atténuation des toxines et le développement des substances vaccinantes s'effectue sous l'influence des vibrations que provoquent les courants sans le concours d'une action électrolytique.

Dans ces conditions on peut se demander si en soumettant les animaux intoxiqués à l'influence des courants à haute fréquence, on n'obtiendrait pas les mêmes résultats qu'avec l'injection des toxines soumises préalablement à l'électrisation *in vitro*. Les expériences ultérieures entreprises actuellement par MM. d'Arsonval et Charrin donneront bientôt une réponse à cette question.

M. Phisalix pense que l'électrisation des venins doit fournir les mêmes résultats que celle des toxines.

Variations du réflexe patellaire dans certaines affections labyrinthiques.

M. Pierre Bonnier. — En se basant sur un grand nombre d'observations cliniques et en se plaçant dans des conditions qu'il détermine exactement, M. Pierre Bonnier a constaté des exaltations du réflexe rotulien dans des cas d'insuffisance labyrinthique brusque et des diminutions et des suppressions de ce réflexe dans des cas d'irritation labyrinthique. Ces phénomènes peuvent être unilatéraux, et leur mode d'apparition lui fait admettre que cette influence du trouble labyrinthique sur un réflexe si éloigné n'est que la variation brusque d'une intervention dynamogénique, réflexe et permanente, de la périphérie sensorielle sur la dépense nerveuse moyenne de l'organisme.

Infection urinaire par le bacille pyocianique.

M. Motz. — Il s'agit d'un enfant de 9 ans entré dans le service du professeur Guyon pour des symptômes de cystite datant de deux ans. Depuis 1 an et demi ses urines étaient troubles mais sans hématurie. Jamais l'enfant n'a été sondé; seulement trois jours auparavant il a été exploré par M. Broca qui a trouvé un calcul.

Au moment de l'entrée de l'enfant l'examen microscopique de l'urine montra la présence de très nombreux leucocytes et de rares hématoses. L'ensemencement sur gélose, gélatine et bouillon donna naissance à une culture de bacille pyocyanique.

L'enfant a été opéré par la taille, avec suture de la plaie après extraction du calcul, sans drainage. La réunion se fit par première intention et l'enfant guérit dans d'excellentes conditions. Un mois plus tard on lui a fait avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 Janvier 1896.

Le sérum contre la morsure des serpents.

MM. Calmette, Hankin (d'Agra) et **Lépinay** (de Saïgon). — M. Calmette a préparé en grandes quantités ce sérum à l'aide de chevaux immunisés et en a envoyé de nombreuses doses dans la plupart des pays où les serpents dangereux pullulent, particulièrement dons l'Inde et en Australie.

Le sérum qu'il possède actuellement est actif au 20 000e, c'est-à-dire qu'il suffit d'injecter préventivement à un lapin pesant 2 kilogrammes, 1 décigramme de sérum pour l'immuniser contre une dose de venin de cobra capable de tuer un témoin de même poids en trois à quatre heures.

Ce sérum a été expérimenté par M. Hankin au laboratoire bactériologique d'Agra, et par M. Lépinay, au laboratoire de Saïgon, au point de vue de son efficacité à l'égard de diverses espèces de venin, et de la persistance de ses propriétés préventives en pays chauds.

M. Hankin lui a fait connaître à la date du 23 décembre 1895, que le sérum qui lui avait été adressé le 1er octobre précédent et dont le pouvoir préventif était alors de 1/10 500, avait encore à Agra, bien qu'il eût voyagé pendant la saison chaude, un pouvoir préventif au moins égal à 1/2 000, car il préservait très bien les lapins à la dose de 1/2 gramme par kilogramme d'animal contre une dose mortelle de venin injectée dans le délai d'une heure après le sérum.

M. Hankin a fait un usage pratique très intéressant de ce sérum dans la circonstance suivante : les Indiens de certains districts ont coutume de s'empoisonner réciproquement leur bétail dans un but de vengeance, et ils emploient à cet effet soit de l'arsenic, soit une substance qui échappait à toute analyse et que, d'après ses effets physiologiques, M. Hankin pensait devoir être du venin de serpents. Ils introduisent cette substance, étendue sur un chiffon, dans le rectum des animaux.

Pour s'assurer qu'il s'agissait réellement de venin M. Hankin eut l'idée de préparer avec ces chiffons un extrait qu'il divisa en deux portions égales. L'une fut mélangée à une petite quantité de sérum antivenimeux. Les deux portions furent injectées à deux lapins de même poids. Celui de ces lapins qui avait reçu

le mélange d'extrait et de sérum ne fut pas malade. L'autre mourut en moins d'une heure.

M. Hankin se croit, par suite, autorisé à conclure que la substance toxique des chiffons qui servent à empoisonner les bestiaux n'est autre que du venin de serpent,

A Saïgon, le Dr Lépinay, directeur de l'Institut bactériologique colonial, a étudié l'action du sérum antivenimeux sur le venin de *bungarus*, de *trimeresurus* et de *naja tripudians*.

Les animaux immunisés par une injection de sérum résistent à ces divers venins.

Un Annamite, mordu par un naja qui faisait partie d'un lot de ces reptiles destiné au laboratoire Pasteur a été guéri par l'emploi du sérum. La morsure, très profonde, siégeait à l'index de la main droite, à la première et à la deuxième phalange. Une injection de 12 centigrammes de sérum put être faite une heure après, à l'hôpital militaire, par le médecin de garde. La membre mordu était déjà très enflé, contracturé et douloureux. Le lendemain, tous les symptômes d'intoxication et le gonflement avaient disparu. Il restait seulement un peu de raideur de l'articulation atteinte.

Au marché de Bac-Lien, une femme indigène, mordue par un des najas faisant partie du même lot, au moment de leur capture, mourut deux heures après, sans avoir pu recevoir aucun secours.

On voit, par suite, combien il est prudent de recommander désormais l'usage du sérum antivenimeux contre l'envenimation produite par les morsures des reptiles. L'efficacité de ce sérum est, pense M. Calmette, certaine s'il est employé dans un délai assez court après la morsure. Dans tous les cas son emploi n'entraîne aucun inconvénient.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 Janvier 1896.

Traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Chaput aborde à son tour quelques points du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine. En ce qui concerne le diagnostic de l'hématocèle, il lui semble possible dans la grande majorité des cas, si l'on prend en considération les signes caractéristiques, presque pathognomonique, à savoir : le début brusque des douleurs pendant une période menstruelle, accompagnées d'hémorrhagie utérine; la coïncidence des hémorrhagies avec l'apparition d'une tumeur qui grossit rapidement, qui est fluctuante, uniloculaire, médiane ou latérale, donnant au toucher la même sensation qu'un pyosalpinx.

Le diagnostic est encore le plus souvent aisé dans la grossesse extra-utérine non rompue. C'est ainsi qu'avant le 5e mois on trouvera les signes rationnels de grossesse (vomissements, gonflement des seins, modification du caractère, de l'appétit, suppression momentanée des règles, coloration violette des organes génitaux), l'existence de pertes continues et souvent fétides, l'expulsion d'une caduque sans villosités choriales, l'hypertrophie de l'utérus. Les signes qui permettront de faire ce diagnostic après le 5e mois sont les battements de cœur du fœtus. Si le fœtus est mort, on s'appuiera sur la présence d'une tumeur abdominale, sur les antécédents de la malade, les symptômes qui ont accompagné le développement de la tumeur, les signes caractéristiques de la mort du fœtus.

Le traitement doit varier suivant chacune de ces catégories.

S'il existe une hémorrhagie abdominale non enkystée, tout le monde est d'accord pour faire la laparotomie. Si l'hémorrhagie est enkystée et forme une hématocèle, la plupart des chirurgiens font l'incision vaginale.

Tel n'est pourtant pas l'avis de M. Chaput, qui tout récemment a perdu une femme qu'il a opérée par la voie vaginale. Aussi, dorénavant, fera-t-il toujours la laparotomie pour les hématocèles diagnostiquées, et si, au cours d'une incision vaginale ou d'une hystérectomie, il rencontrait une hématocèle insoupçonnée, il complétera l'opération vaginale par la laparotomie afin d'enlever le sac et le placenta. L'incision vaginale doit donc, d'après M. Chaput, être réservée à l'hématocèle suppurée.

Dans la grossesse extra-utérine avant le 5e mois, si le diagnostic n'est pas posé, il faut, d'après M. Chaput, faire la laparotomie; si dans ce cas, on a commencé par l'incision vaginale et qu'on ne puisse pas terminer l'opération, on commencera par la laparotomie.

Si le diagnostic est posé, on peut attendre, car la grossesse extra-utérine peut aller à terme, si l'on met la femme au repos et à l'abri des conditions qui peuvent amener la rupture de la poche.

Dans la grossesse extra-utérine, après le 5e mois, on attend jusqu'au 8e mois si le fœtus est vivant. Si le fœtus est mort, on ne doit pas attendre l'atrophie du placenta. Il faut intervenir par la laparotomie, mais si le sac est suppuré, on fera de préférence l'incision vaginale.

Quant à la technique opératoire, le traitement idéal consiste dans l'ablation totale du sac. Si on ne peut y arriver, on fait la marsupialisation de la poche ou le drainage de la poche par le vagin (Martin). Mais presque toujours on peut enlever le placenta : l'hémorrhagie évidemment est toujours forte; mais on peut l'arrêter par un bon tamponnement.

En résumé, il faut enlever le sac si possible, sinon on suture le sac au niveau de l'incision abdominale et on le draine par le vagin. Quant au placenta, on peut l'enlever.

M. Bouilly n'envisage dans sa communication que deux points : la difficulté du diagnostic et les indications du traitement chirurgical. En laissant de côté les cas exceptionnels dans lesquels la grossesse est arrivée presque à terme et ceux qui sont subordonnés aux souffrances de la mère, il ne s'occupe que des grossesses extra-utérines, âgées de 3 mois environ, celles que l'on a le plus souvent l'occasion de voir. Dans ces cas, la question du diagnostic est tout à fait secondaire et primée par l'indication opératoire : il existe une tumeur des annexes, c'est à cette tumeur qu'il faut s'attaquer; il faut pratiquer la laparotomie.

La laparotomie est encore formellement indiquée dans les cas où, après la rupture de la poche, il se fait une hémorrhagie libre dans le ventre, mais on ne les observe qu'exceptionnellement, soit que les malades négligent de consulter, soit qu'elles entrent dans un service de médecine où la lésion originelle reste méconnue. Cette rareté est tellement incontestable que depuis un certain nombre d'années on n'en a publié que deux cas (Michaux, Tuffier) dans les Bulletins de la Société de chirurgie et un (Demoulin) au Congrès de chirurgie, et, depuis 1886, M. Bouilly n'a eu l'occasion d'en voir qu'un seul cas qui, sans intervention, s'est terminé rapidement par la mort.

La plupart des malades que l'on observe ont eu généralement la même histoire pathologique antérieure, datant d'une quinzaine de jours environ : retard des règles, douleur subite, ictus, métrorrhagie, signes de péritonisme. Il s'agit là de la rupture d'une grossesse ectopique.

Quand l'hémorrhagie est abondante, il se constitue une hématocèle; quand elle est peu abondante, un peu de sang s'infiltre autour du pavillon. Dans ce dernier cas, on trouve une petite tumeur sur le côté de l'utérus; il y a un hématosalpinx par épanchement de sang dans une poche tubaire contenant un embryon. Dans ces hématosalpinx, suite de grossesse tubaire, l'hémorrhagie peut donner lieu à des phénomènes cataclysmiques tout comme dans l'épanchement abdominal. Ces hématosalpinx doivent être traités comme les tumeurs unilatérales des annexes.

Le brusque début des accidents, des phénomènes de péritonisme; l'augmentation de volume de l'utérus; un écoulement de sang rouillé; la présence d'une tumeur rétro-utérine : tels sont les signes d'une hématocèle péri-utérine, suite de rupture d'une grossesse extra-utérine. Si on ouvre une de ces collections, en général on ne trouve plus d'embryon : celui-ci ou bien s'est résorbé, ou bien est resté dans la poche tubaire; la poche renferme des caillots et du sang liquide n'ayant aucune tendance à la résorption.

Dans ces collections péritonéales plus ou moins enkystées, l'incision et l'évacuation par le cul-de-sac vaginal postérieur constituent la méthode de choix. Ce traitement donne d'excellents résultats, et dans un très court laps de temps. La crainte de laisser une trompe malade, de voir les hémorrhagies se renouveler, d'observer la suppuration de la poche est absolument illusoire et théorique.

En résumé, la grossesse extra-utérine *en voie d'évolution* doit être traitée par la laparotomie. Il faut enlever la tumeur. L'hé-

morrhagie menaçante doit être traitée par la laparotomie et suivie de l'ablation de la trompe malade ou du kyste fœtal. Mais ce sont là des cas rares.

Dans l'immense majorité de scas, les malades que l'on a à traiter se présentent avec les signes d'une hématocèle constituée, et, pour ces cas, l'incision vaginale et l'évacuation de la poche est la seule opération indiquée.

Cholécystentérostomie.

M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Delbet, où il s'agit d'une femme de 52 ans, n'ayant jamais eu de coliques hépatiques franches, et qui devint ictérique en juin 1892. En août 1894, elle entrait à l'Hôtel-Dieu pour des accidents fébriles très intenses.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, elle était d'un vert foncé, elle avait de grands accès de fièvre, les matières étaient décolorées, l'urine ictérique; le foie, très augmenté de volume, descendait jusqu'à la fosse iliaque droite; la vésicule biliaire n'était pas dilatée.

Le 30 août 1894, M. Delbet fit une incision sur le bord externe du muscle droit; il trouva la vésicule rétractée, collée sur un calcul du volume du pouce, long de 2 à 3 centimètres. Des adhérences très résistantes avaient oblitéré l'hiatus de Winslow et empêchaient absolument l'exploration du cholédoque. L'opérateur incisa la vésicule, morcela le calcul et pratiqua une cholécystentérostomie avec un bouton de Murphy. Malheureusement, après avoir fixé les deux demi-boutons, l'un dans la vésicule, l'autre dans la première anse grêle, il lui fut impossible d'articuler le bouton, parce que la vésicule, trop étroite, ne permettait pas de soutenir avec les doigts le demi-bouton qu'elle contenait. Le chirurgien enleva le bouton et fit une suture à deux étages au catgut.

Les suites furent très simples, les selles se recolorèrent graduellement, l'ictère disparut peu à peu, la fièvre, au bout de quelques jours, descendit lentement, puis disparut complètement. Dix mois après, la guérison se maintenait parfaite.

Comme M. Delbet, M. Chaput est partisan de l'incision sur le bord externe du muscle droit, car elle est l'incision de choix pour explorer et traiter la vésicule, tout en permettant de manœuvrer facilement sur le cholédoque. L'incision médiane de M. Quénu ne donne accès qu'au cholédoque et ne permet pas d'agir sur la vésicule. Or, l'exploration de la vésicule est indispensable, d'autant plus qu'on est très souvent obligé d'agir sur elle, soit exclusivement, soit simultanément, avec une intervention cholédoquienne. M. Jourdan, dans son excellente thèse, conclut aussi en faveur de l'incision latérale.

En présence d'adhérences très importantes, rendant très difficile l'intervention sur le cholédoque, M. Delbet avait à choisir entre la cholécystostomie et la cholécystentérostomie. MM. Terrier et Michaux, s'appuyant sur les observations de M. Ricard, de Dujardin-Beaumetz, reprochent à la cholécystentérostomie de favoriser l'infection des voies biliaires, tandis que la cholécystostomie ferait cesser les accidents infectieux préexistants. M. Chaput pense que toute opération qui supprime la stase biliaire réalise, de ce fait, la désinfection relative des voies biliaires; à ce point de vue, les deux opérations se valent sensiblement. On objecte à la cholécystentérostomie que la vésicule débouche dans un milieu septique; mais n'en est-il pas de même pour la cholécystostomie, lorsque, au bout de quelques semaines, le malade se panse lui-même?

Au point de vue de l'infection, les deux opérations la combattent, en supprimant la stase, et la favorisent par ce fait qu'elles débouchent en milieu septique; mais l'action favorisante est très restreinte, tant que le cours de la bile n'est pas ralenti par un obstacle anormal.

Tandis que la cholécystotomie occasionne une infirmité cruelle, la cholécystentérostomie n'a aucun inconvénient. M. Chaput ne serait même pas éloigné de la croire supérieure à la cholédocotomie elle-même, dans le traitement des calculs du cholédoque.

Quoi qu'il en soit, M. Chaput tient à faire remarquer que, dans l'observation de M. Delbet, la cholécystentérostomie non seulement n'a pas favorisé l'infection, mais au contraire l'a guérie radicalement et définitivement.

M. Delbet, ne pouvant anastomoser le duodénum avec la vésicule, a choisi la première anse grêle; c'était beaucoup plus rationnel que de prendre l'estomac (puisque la bile arrête la digestion gastrique), ou une anse grêle quelconque, ou le gros intestin, parce que, dans ce dernier cas, une grande longueur du tube digestif est soustraite aux conditions normales de la digestion.

Le bouton de Murphy n'a pu être articulé à cause des faibles dimensions de la vésicule; ajoutons qu'en raison de l'épaisseur des parois de cet organe, on aurait pu craindre des accidents de perforation par le bouton, comme c'est arrivé au malade de Shepherd, chez lequel la vésicule, très épaisse, fut coupée net par le bouton et amena la mort par hémorrhagie. Le procédé de la suture à deux étages, employé par M. Delbet, paraît à M. Chaput de tous le plus simple, le meilleur et le plus bénin.

M. Quénu maintient la supériorité de l'incision médiane qui n'empêche nullement d'explorer la vésicule cholédoque, et qu'au besoin il est toujours facile de compléter par une incision transversale. En second lieu, M. Quénu fait observer que pour faire la cholécystentérostomie, on a besoin d'une vésicule assez développée : or elle est très souvent atrophiée.

M. Terrier vient faire quelques remarques au sujet des points soulevés dans le rapport de M. Chaput.

Tout d'abord il ne lui semble pas prouvé que, dans le cas de M. Delbet, il n'y ait pas eu de calcul du cholédoque.

Les erreurs de ce genre sont fréquentes à cause des modifications de la région qui rendent l'exploration du cholédoque très difficile. Ce que l'on peut affirmer c'est que la malade de M. Delbet avait un calcul dans le canal cystique et que, ce calcul enlevé, la bile s'est écoulée. L'abouchement de la vésicule a été pratiqué à l'intestin et la malade a guéri, mais rien ne prouve qu'elle n'eût pas guéri également par la fistulisation cutanée.

Quant à l'arrêt de la digestion par la présence de la bile dans l'estomac après abouchement de la vésicule avec l'estomac, les faits cliniques, les opérations faites par M. Terrier et par d'autres chirurgiens ont montré que ces craintes étaient théoriques.

La question la plus importante qui domine la pathologie des voies biliaires est celle de l'infection, et actuellement on sait très peu de choses là-dessus. Ainsi M. Terrier observe deux malades auxquels il a établi une fistule biliaire depuis quatre ou cinq mois; leur bile contient du bacterium-coli. Chez l'une et chez laquelle le bacterium coli était devenu inoffensif pour l'animal, on a oblitéré la fistule, et comme résultat on a un abcès à bacterium coli avec phénomènes d'inflammation des voies biliaires, et la fistule se rouvrit. Le bacterium coli, bien que non pathogène pour l'animal, était donc resté nocif pour le malade.

Enfin, pour ce qui est de l'incision latérale ou médiane; M. Terrier préfère l'incision médiane si l'on doit opérer sur le cholédoque.

Présence du coli-bacille dans un kyste hydatique du foie.

M. Quénu a ponctionné avec tous les soins antiseptiques désirables un kyste hydatique du foie non suppuré. Le lendemain la température ayant monté à 39° il ouvrit le kyste et il sortit du liquide clair mélangé de bile. Des cultures ont montré l'existence du bacterium coli dans ce liquide. D'après M. Quénu le bacterium coli proviendrait des voies biliaires infectées, qui se sont rompues après l'évacuation du kyste. Beaucoup de cas d'infection secondaire du kyste, après ponction antiseptique, pourraient ainsi s'expliquer, sans qu'il soit besoin d'accuser l'opérateur.

Lipome sous-péritonéal récidivé après une première ablation.

M. Peyrot présente des pièces provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé, il y a trois ans, un lipome rétropéritonéal du poids de 8 kilos. D'autres tumeurs lipomateuses se sont développées dans l'épiploon, le mésentère, dans la graisse rétropéritonéale, etc., et ont fini par amener la mort de la malade.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 30 Janvier 1896.

Présidence de M. E. Besnier.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

M. Le Pileur a fait l'injection d'huile grise à 600 syphilitiques, ce qui représente un total de 3400 injections pratiquées depuis 3 ans et demi. Ces faits lui permettent de préciser les inconvénients et les avantages de la méthode.

Parmi eux, il cite en premier lieu la douleur consécutive à l'injection et qui s'observe fréquemment, mais dont l'importance a été exagérée; viennent ensuite les abcès, ceux-ci exceptionnels, de même que les eschares.

L'infiltration inflammatoire autour du siège de l'infection s'observe plus fréquemment mais disparaît rapidement. Les embolies signalées par certains auteurs, n'ont jamais été observées par M. Le Pileur. Par contre la stomatite est survenue 21 fois sur 600 malades, en comptant les gingivites les plus légères qui ont paru se rattacher à l'action du mercure.

Comme avantage on doit citer la certitude d'obtenir un résultat bien plus grand qu'avec le traitement pilulaire; l'action est bien plus énergique, les doses employées en injections étant rarement atteintes par la voie gastrique.

M. Eudlitz, qui a beaucoup employé les injections de sozoiodolate de mercure, a constaté que chez certains malades elles provoquent des douleurs très vives et sont indolores chez d'autres.

M. Barthélemy a remarqué que l'huile grise en injection était bien tolérée; mais, comme elle ne permet pas de mesurer exactement la dose de mercure injectée, il leur préfère les injections de calomel qui n'ont pas cet inconvénient.

M. Le Pileur connaît cet inconvénient de l'huile grise. Cependant, on pourra remédier à cet inconvénient à l'aide d'un instrument qu'il fait préparer en ce moment. C'est une seringue en celluloïd dont le piston est monté sur une tige métallique: la graduation sera faite à l'aide d'une vis qu'on fera tourner sur la tige.

Il a en outre remarqué que l'huile grise occasionnait bien plus de douleurs quand elle est préparée avec de l'huile d'olives que quand elle l'est avec de l'huile de vaseline.

M. G. Beaudoin croit que, dans l'appréciation de ces douleurs consécutives aux injections, il faut tenir compte des réactions personnelles de chaque malade.

M. Hallopeau pense que les accidents sont dus en général à ce qu'on a employé des doses trop élevées. Il a vu l'injection de dix gouttes d'huile grise amener la mort du malade après une série d'accidents relevant de l'intoxication mercurielle; c'était particulièrement le cas dans une observation qu'il a publiée autrefois et qui s'est terminée par la mort.

M. Eudlitz. — Dans l'observation à laquelle M. Hallopeau fait allusion, on avait injecté une seringue entière. D'ailleurs tous les accidents consécutifs aux injections sont dus à des erreurs graves du même genre.

M. de Beurmann a vu le traitement par les injections d'huile grise donner lieu à des stomatites tout aussi nombreuses que le traitement par les pilules au sublimé ou pilules de Dupuytren, et ces stomatites lui ont paru plus graves à la suite des injections qu'à la suite du traitement pilulaire. En plus, ces injections sont douloureuses et ont l'inconvénient d'accumuler dans l'organisme une certaine quantité de mercure constituant une réserve que l'on est impuissant à supprimer le jour où il se produit de la stomatite.

M. Renaut a observé un cas de stomatite tardive survenue 3 semaines après la dernière injection d'huile grise, malgré toutes les précautions d'antisepsie prises au moment de l'opération. Les accidents furent même tellement graves que pendant 7 à 8 jours on craignit une issue fatale.

M. de Beurmann n'est pas adversaire systématique des injections d'huile grise, mais il trouve que le traitement ordinaire suffit chez la plupart des malades.

M. G. Thibierge constate que, depuis le mois d'août 1894, où la question des injections mercurielles a déjà été discutée par la Société, les opinions intransigeantes opposées à cette méthode de mercurialisation se sont singulièrement amendées; dans les dernières séances, à propos de faits en sa faveur, il ne s'est plus élevé d'oppositions de principes.

Un fait qui semble acquis dès à présent est que les injections solubles doivent céder le pas aux injections insolubles, ou injections massives. Depuis que l'on a abandonné les doses fabuleuses du début de la méthode, on n'a plus à craindre d'intoxications graves; les pratiques aseptiques et le choix des préparations pharmaceutiques ont supprimé les abcès si fréquents jadis. Les injections insolubles se font à intervalles assez éloignés; en cela elles se distinguent des injections solubles que leur répétition fréquente rend assujettissantes pour les malades et impraticables à bien des égards.

Des préparations insolubles actuellement en usage, il en est deux qui sont particulièrement recommandables, le calomel et l'huile grise. Le calomel a une action curative très rapide qui permet de juger en peu de jours la nature syphilitique d'une lésion, ainsi qu'y a insisté M. Jullien, ou de guérir en un temps très court des manifestations syphilitiques graves; mais il a le gros inconvénient de provoquer, quoi qu'on fasse, des douleurs assez vives. Les injections d'huile grise, un peu moins rapidement actives que les injections de calomel sont bien plus actives que les divers modes de mercurialisation par la voie gastrique; elles ont sur le calomel l'immense avantage de ne causer le plus souvent aucune douleur; jamais, en tout cas, elles ne sont assez douloureuses pour gêner la marche et entraver l'existence du patient.

Dans la plupart des cas, les injections d'huile grise satisfont aux exigences d'une thérapeutique active; c'est seulement lorsque les lésions occupent des régions ou des organes importants, ou lorsqu'il y a urgence à être fixé sur un diagnostic ambigu, qu'il est nécessaire de recourir aux injections de calomel, et encore, lorsque le branle a été donné à la guérison des accidents, suffit-il de continuer la cure par les injections d'huile grise.

Les injections insolubles sont *formellement indiquées* dans toutes les syphilis graves, à localisations menaçantes pour l'existence ou pour un organe important, dans les syphilis à manifestations récidivantes et rebelles aux autres modes de mercurialisation.

Elles sont *utiles* et remplacent avantageusement les frictions chez les malades dont les voies digestives ne peuvent supporter le mercure administré par la voie buccale (dyspeptiques), chez ceux dont les voies digestives doivent être ménagées (tuberculeux, blennorrhagiens).

Leur innocuité *permet* d'y recourir chez tous les syphilitiques, même chez ceux dont la syphilis est banale, à condition que les gencives et la dentition soient en bon état.

On ne doit donc plus en faire une méthode d'exception, applicable aux syphilis graves exclusivement, on doit les considérer comme une des meilleures méthodes de mercurialisation, ou mieux comme la meilleure, au triple point de vue de la certitude, de la rapidité et de l'intensité de son action curative.

M. Mauriac ne croit pas qu'on ait obtenu dans les cas graves de meilleurs résultats avec les injections qu'avec le traitement ordinaire. Dans l'immense majorité des cas la méthode stomacale et les frictions sont tout à fait suffisantes.

M. A. Fournier a observé un malade qui a subi plus de cent injections et chez lequel la syphilis a parfaitement récidivé.

La conclusion à tirer c'est qu'il n'y a pas une méthode unique de traitement pour la syphilis, mais plusieurs qui varient suivant les cas.

M. Mauriac n'emploie les injections qu'après avoir reconnu que le traitement interne ne donne pas les résultats attendus.

M. Galezowski pense que si le traitement par les frictions échoue c'est qu'il n'a pas été suffisamment continué. En soignant les iridochoroïdites par des frictions renouvelées tous les jours, pendant 2 ans au moins, à la dose de 2 grammes par jour, on obtient la guérison.

M. Jullien. — Il n'y a pas 20 mois que la méthode de Scarenzio fut condamnée et conspuée à Lyon. Le revirement

auquel on assiste tient à ce seul fait qu'on l'a essayée; le déni de justice devait servir autant que le déni d'expérience.

Dans son mémoire de 1894, M. Jullien faisait valoir en faveur de la méthode la préservation du foie qui retient une partie de médicaments ingérés en même temps qu'il est altéré par eux, et la préservation de l'intestin sur lequel les effets de l'absorption du mercure ont été dénoncés dès longtemps par Liebreich, Cesena et plus récemment Pilliet et Letout. Aujourd'hui M. Jullien insistera sur la prompte absorption du mercure injecté sous forme de calomel (se retrouve 2 ou 3 heures après dans l'urine, et 4 à 5 heures après dans la salive d'après Nicolich) et sa longue persistance dans ces sécrétions (plusieurs mois). Au contraire les injections endoveineuses le font apparaître après 40 minutes dans l'urine, 1 heure ou 2 dans la salive, mais il en disparaît très promptement. L'idée théorique de Scarenzio d'une élimination lente reste donc profondément vérifiée; cette transformation progressive est singulièrement hâtée par l'administration simultanée d'iodures.

On n'a pas à craindre la stomatite si les sujets ont de bonnes dents et de bons reins et si on a soin d'espacer suffisamment les injections. Sur un très grand nombre d'injections, M. Jullien n'a vu qu'un seul cas sérieux, et qui guérit très bien.

Pour ce qui est des nodus et abcès, il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme qui fut emportée par une syphilis cérébrale et de retrouver d'anciens foyers. Un d'eux, logé au sein des fessiers, contenait un liquide crémeux entouré d'une paroi d'apparence muqueuse, sans ombre d'inflammation périphérique. Ce liquide était composé de granulations graisseuses, de quelques leucocytes, avec des débris de fibrine. La paroi examinée par Pilliet fut trouvée se rapprochant de celle de certains hématomes, ne déterminant pas des abcès vrais, mais des épanchements huileux, selon l'ancien langage, c'est-à-dire que la poche était tapissée d'une membrane pyogénique nette mais très mince et fournissant surtout du liquide. Quant au liquide, examiné par M. Girard, chimiste, il ne contenait pas trace de mercure. Ce foyer datait au moment de l'examen de 3 mois environ. Ce fait vient à l'encontre de ceux dans lesquels la rupture de la poche amena des intoxications ou menaces d'intoxication. Rappelons que Scarenzio a indiqué l'emploi des injections de pilocarpine, et le cathétérisme du canal de Sténon pour combattre les dangers de l'accumulation possible du mercure dans l'organisme.

Pratiquement on choisira un excipient indifférent quelconque, pourvu qu'il soit très antiseptique. Les doses seront graduées scientifiquement d'après le poids du corps : pour 50 kilog., 5, pour 80 kilog., 10, et, dans l'intervalle, graduation d'après la résistance individuelle. Cette formule que j'ai posée en 1894 a été acceptée par Scarenzio, Nicolich, De Vecchi. Pour l'intervalle entre deux piqûres, rien d'absolument fixe; on observe son malade et on juge s'il faut 10 jours ou 20 jours.

Les effets sont bien connus. La méthode se recommande surtout par la promptitude des modifications, leur intensité et leur persistance. Elle est remarquable dans les lésions invétérées sèches ou ulcéreuses contre lesquelles les traitements ordinaires, même les frictions, ont échoué. Elle est précieuse pour établir en 8 jours un diagnostic, surtout dans les lésions linguales suspectes, pour dissiper le péril des encéphalopathies spécifiques. Enfin M. Jullien en a fait la base du traitement intense et précoce dès l'apparition du chancre induré. Son témoignage est basé sur une expérience de 12 années, dont il a rendu témoins nombre de ses confrères tant en ville qu'à l'hôpital Saint-Lazare.

M. Gastou, en compulsant 39 observations du service de M. Fournier, arrive aux résultats suivants :

1° Sur 39 malades, 25 atteints de syphilis grave, soit par la malignité d'accidents précoces, soit par la gravité d'accidents tertiaires ou généralisés, ont guéri entre la 3e et la 8e injection de 5 centigrammes de calomel; 14 atteints de syphilis nerveuse n'ont pas éprouvé, malgré des injections multiples, d'amélioration manifeste.

2° Sur un total de 245 injections il n'y a jamais eu d'abcès; 6 fois seulement la stomatite a nécessité l'arrêt du traitement. Chez la moitié des malades seulement la douleur a été très vive; dans la plupart des cas, les injections ont été bien supportées à condition d'être faites profondément dans la partie la plus saillante de la fesse avec les soins d'antisepsie habituelle.

3° La douleur, variable d'un sujet à l'autre, d'une injection à la suivante, semble dépendre, étant donnée la même technique, dans la majorité des cas, d'une prédisposition individuelle non encore déterminée, quelquefois de la nature du liquide injecté. Cette cause de douleur est inconstante puisque la même solution, servant à des malades différents et injectée au même point, provoque chez les uns une douleur très vive, chez d'autres à peine une sensation de gêne passagère.

4° Le bain pris immédiatement dans l'heure qui suit l'injection semble diminuer considérablement ou empêcher les phénomènes douloureux.

M. Abadie pense qu'en injectant 2 centigrammes de mercure tous les 2 jours, on rendrait inoffensif un traitement dont l'efficacité n'est pas à dédaigner, car, après tout, qui nous dit qu'une syphilis en apparence bénigne au début ne deviendra pas maligne dans la suite.

M. Feulard. — Ce traitement, tel que le propose M. Abadie, aurait le grand inconvénient d'obliger les malades à revenir trouver le médecin tous les 2 jours : ce serait déjà très gênant à l'hôpital où les services sont si encombrés; mais, pour les malades de la ville, ce serait encore une obligation beaucoup plus onéreuse.

M. A. Fournier. — Il faut en effet distinguer deux sortes de douleurs consécutives à l'injection : l'une qui survient le 2e ou le 3e jour, l'autre qui est immédiate. Pour ce qui est de la néphrite, il y a un réel intérêt à établir d'abord son origine, et, si elle est de nature spécifique, il y aura une indication sérieuse au traitement par les injections.

M. Wickham présente des ampoules de verre contenant le liquide dont il se sert pour ses injections.

Ces ampoules fabriquées par M. Cavaillé sont stérilisées avant d'être livrées. Elles contiennent 10 centigr. 1/2 de calomel pour un centim. cube. Le 1/2 centigr. constitue un excédent pour remplacer le calomel qui reste attaché aux parois du verre.

Ces ampoules ne servent que pour une injection. Pour l'emploi on agite fortement le liquide; le calomel étant alors en suspension, on brise une des extrémités de l'ampoule après flambage. On introduit par l'ouverture ainsi faite l'extrémité de l'aiguille à injection stérilisée et on aspire lentement le liquide. On réalise ainsi une antisepsie rigoureuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 Janvier 1896.

Sérothérapie par voie intestinale.

M. Chantemesse. — Depuis la découverte de la sérothérapie, le mode d'application du remède a toujours été la voie sous-cutanée. On a traité tout d'abord le tétanos et la diphthérie, c'est-à-dire des maladies où le microbe ne se trouve pas dans le sang des malades, ou ne s'y trouve qu'exceptionnellement. Les seuls inconvénients de l'injection étaient une légère douleur, de l'érythème, de l'urticaire.

Actuellement la pratique de la sérothérapie s'étend et s'étendra à d'autres maladies où la septicémie sanguine existe avec une intensité plus ou moins marquée. Si le sérum injecté est un peu irritant (et cette irritation dépend de la méthode de préparation du sérum, de la sensibilité du malade, d'une faute d'antisepsie dans les injections, etc.) il peut arriver, dans des cas rares, que le malade souffre cruellement et qu'il se fasse, au niveau de l'injection, du gonflement, de la douleur vive et parfois même des abcès. Ces abcès ne dépendent pas de l'impureté du sérum, mais souvent d'un afflux de leucocytes déjà chargés de microbes dans le sang et qui viennent en grand nombre par un phénomène de chimiotaxie positive au lieu d'irritation. Leur accumulation aboutit à la formation d'un abcès d'origine endogène.

M. Chantemesse a vu, dans la pratique des injections du sérum antistreptococcique, quelques abcès qui devaient leur origine au mode pathogénique signalé. Enfin, certains malades, par une sensibilité spéciale, se montrent rebelles à la pratique des injections sous-cutanées de sérum.

Une méthode qui mettrait à l'abri de ces inconvénients rendrait de grands services.

M. Chantemesse a essayé dans vingt cas de pratiquer la sérothérapie par injections intestinales et il a pu se convaincre que l'absorption du sérum par la muqueuse de l'intestin se faisait facilement et n'entrainait, dans tous les cas qu'il a observés, aucun inconvénient.

Un premier lavement est donné au malade pour nettoyer l'intestin, puis l'injection de sérum est pratiquée dans le rectum avec une seringue et une sonde en gomme de moyen calibre et d'une longueur de 20 centimètres.

La sérothérapie par voie intestinale, à doses répétées, n'amène aucune douleur et n'a jamais été suivie d'aucune manifestation désagréable, pas même d'érythème de la peau.

L'efficacité de l'injection rectale a paru être la même que celle de l'injection sous-cutanée. A la suite, même sensation de bien-être du malade, même diminution de température, même modification de l'état local, même suppression de l'albuminurie, etc.

M. Chantemesse a pu, par cette méthode, avoir recours à l'absorption de grandes doses de sérum.

A côté de la question d'efficacité, de rapidité et d'innocuité se pose la question de la puissance protectrice pour une même dose de sérum injectée sous la peau ou par l'intestin.

Dans les 20 observations qu'il a recueillies, la valeur préventive d'une même dose de sérum a paru sensiblement égale, injectée par l'une ou l'autre voie. Ce dernier point, cependant, mérite des recherches plus complètes.

Il a pu, par l'intestin, faire absorber sans le moindre inconvénient, en quelques jours, 200 à 300 centimètres cubes de sérum de Marmorek, dans des cas d'infection érysipélateuse grave.

Localement, le sérum dilué dans cinq fois son poids de lanoline constitue un pansement excellent pour les lésions érysipélateuses. La douleur, la rougeur et le gonflement sont très sensiblement diminués par ce pansement.

M. Chantemesse ajoute qu'il a eu recours à la sérothérapie par voie intestinale chez les diphthériques. Dans les trois cas traités, le sérum de Roux, absorbé par l'intestin, a paru agir aussi efficacement qu'à la suite d'une injection sous-cutanée.

Accidents de sérothérapie diphthérique.

M. Le Gendre a observé récemment un exemple typique d'accidents consécutifs à l'injection du sérum. Dans ce cas, ce qui était le plus frappant c'était le contraste entre la violence des accidents imputables au traitement et la bénignité de la maladie.

La diphthérie était en effet très légère, et aurait certainement passé pour une angine banale si on n'avait pas pratiqué l'examen bactériologique qui révéla la présence des bacilles diphthéritiques courts, des staphylocoques, et, au sixième examen, de streptocoques non virulents.

Quant aux accidents présentés par la petite malade, à laquelle on a fait une seule et unique injection de 15 centimètres cubes de sérum provenant de l'Institut Pasteur, ils furent fort graves par la violence de tous les phénomènes : éruptions, arthralgies, myalgies, albuminurie, etc.

Ce fait ne concorde donc pas avec l'interprétation admise par certains auteurs, sur le rôle joué par le streptocoque dans la genèse des accidents post-sérothérapiques, puisque pendant la période antérieure à leur apparition, les examens réitérés du mucus pharyngien n'avaient pas décelé ce microbe et que sa présence n'a été signalée qu'après, sous la forme d'un streptocoque saprophyte non virulent.

Ce fait n'est pas unique et M. Legendre en connait plusieurs autres très analogues. On peut donc se demander si, dans la diphthérie latente, bénigne, le médecin a le devoir de faire des injections de sérum, au risque d'accidents post-sérothérapiques d'une violence quelquefois très grande.

M. Gaucher a eu récemment à soigner un enfant atteint d'une angine bénigne, d'après toutes les apparences. L'enfant était presque guéri par les badigeonnages phéniqués, auxquels M. Gaucher est resté fidèle dans ces cas, lorsque sur l'insistance de la famille M. Gaucher fut obligé de faire une injection de sérum.

Il y a de cela deux mois, et depuis les injections il y a une série ininterrompue d'abcès, bien que toutes les précautions antiseptiques aient été prises pour ces injections et que le sérum, acheté chez le pharmacien, provînt de l'Institut Pasteur.

En conséquence M. Gaucher propose à la Société de décider qu'elle enverra à tous les médecins de France une circulaire les priant de communiquer tous les accidents qu'ils ont pu observer à la suite de l'emploi du sérum antidiphthérique.

M. Sevestre a observé une petite épidémie d'abcès survenue au moment où il prenait le service de la diphthérie. Cette complication provient peut-être de ce que le sérum était apporté de l'Institut Pasteur à l'hôpital par le garçon d'amphithéâtre. Depuis cette époque il n'a jamais vu d'abcès se produire.

M. Chantemesse ne trouve pas que l'observation de M. Le Gendre soit très probante. Le petit malade était atteint de diphthérie associée au staphylocoque, et dans un seul des examens pratiqués, on a trouvé du streptocoque. Or, au moment de l'apparition des accidents, caractérisés par de l'érythème, de l'arthralgie, de la fièvre et de l'albuminurie, il n'est pas fait mention dans l'observation, ni de l'état des ganglions du cou, ni de l'examen bactériologique du sang, ni de celui de l'urine albumineuse. Tout ce qui pourrait renseigner sur la présence ou l'absence d'une infection sanguine à streptocoque, à staphylocoque, etc., manque absolument. C'est surtout l'albuminurie qui paraît suspecte à M. Chantemesse, puisque sur des milliers et des milliers de cas d'inoculations antidiphthériques on n'a jamais produit l'albuminurie.

Quant à l'observation de M. Gaucher elle est encore bien plus incomplète; toutefois il se rallie à sa proposition d'enquête, à la condition qu'on n'accueille pas sans contrôle toutes les observations et qu'on exige de chacun une précision nécessaire.

MM. Sevestre et **Méry** dégagent de leur étude les conclusions suivantes :

1° Le sérum de Roux peut déterminer dans quelques cas une éruption d'urticaire qui mérite le nom d'*éruption précoce*, en raison de l'époque à laquelle elle survient (en général 5 à 10 jours après l'injection). Cette éruption est sans importance.

2° Dans des cas plus rares encore, l'injection peut être suivie d'accidents plus ou moins graves caractérisés en particulier par une éruption polymorphe, des arthropathies, un état général souvent très inquiétant, etc. Des *accidents tardifs* surviennent en général vers le 13e jour, quelquefois un ou deux jours plus tôt ou plus tard; ils durent 3, 4 ou 5 jours et se terminent ordinairement par la guérison; au moins en a-t-il été ainsi dans tous les cas que j'ai vus.

3° Ces accidents ne se voient jamais dans les cas de diphthérie pure; ils ne surviennent que dans les cas de diphthérie associée; ils sont en rapport avec l'infection par le streptocoque et sont d'ailleurs analogues à ceux qui peuvent être observés dans la streptococcie, indépendamment des injections de sérum de Roux; ils sont seulement plus ramassés, concentrés en quelque sorte, et présentent une évolution plus rapide.

Ils paraissent être moins graves et moins prolongés chez les malades qui ont subi antérieurement des injections de sérum de Marmorek; l'injection de ce même sérum, pratiquée dès le début des accidents, a peut-être aussi pour résultat d'en abréger la durée. Sur ces points pourtant de nouvelles recherches sont nécessaires.

4° Bien que l'infection par le streptocoque soit la cause essentielle de ces accidents, il semble bien que le sérum de Roux en favorise le développement à titre de cause occasionnelle et par un mécanisme encore mal déterminé; il ne semble pas cependant que ce soit en exaltant la virulence du streptocoque.

5° Le sérum de Roux n'est pas un produit insignifiant, c'est un véritable agent thérapeutique, et, comme tel, il présente des indications et des contre-indications. Il n'est peut-être pas indifférent de rechercher les unes et les autres, et je crois qu'on peut les résumer ainsi :

A. — Dans les cas de *diphthérie pure*, non associée, le sérum de Roux ne détermine jamais d'accidents sérieux (à condition, bien entendu, que l'injection soit faite avec les précautions antiseptiques convenables); *l'injection est de règle.*

B. — Dans les cas de *diphthérie associée au streptocoque*, le sérum peut, dans des cas assez rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais généralement sans gravité réelle. *La crainte de ces accidents* ne doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux; car, dans une maladie où deux infections s'associent et se combinent, c'est déjà beaucoup que d'avoir supprimé les effets de l'une d'elle.

C. — Les seuls cas où l'hésitation soit permise relativement à l'emploi du sérum de Roux seraient ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'existence en abondance du streptocoque associé au bacille court (qui n'est pas toujours en rapport avec une diphthérie vraie).

D. — Dans les cas où l'examen bactériologique révèle le streptocoque sans bacille de Löffler, le sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable; il est au moins inutile. Il faut, en pareil cas, s'abstenir.

E. — Les propositions précédentes, qui résument les indications rationnelles de l'emploi du sérum de Roux dans la diphthérie, suppposent que la nature de la maladie a pu être déterminée avec précision par l'examen bactériologique; mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors deux éventualités peuvent se présenter :

1° S'il s'agit d'une *angine légère, au début*, il convient en général *d'attendre le résultat de l'examen bactériologique*, mais à la condition de suivre le malade avec grand soin et de *se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès*.

2° Au contraire, si la maladie présente quelque *caractère de gravité*, et surtout s'il s'agit d'un *croup*, on doit évidemment faire une culture comme dans le cas précédent; mais, *sans attendre le résultat de cette culture, il faut injecter et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles.*

Appendicite expérimentale.

MM. Roger et Josué, pour élucider la pathogénie des appendicites, ont poursuivi sur le lapin quelques recherches expérimentales. Ils ont d'abord pratiqué la ligature de l'appendice, après avoir injecté dans sa cavité quelques gouttes d'une culture virulente de B. coli; dans ces conditions, les animaux succombent en une quinzaine de jours, et l'autopsie révèle une appendicite suppurée avec péri-appendicite.

Ils ont reconnu ensuite qu'il est inutile, pour produire l'appendicite, d'injecter des microbes; il suffit de pratiquer la ligature aseptique de l'appendice. Sur un animal qui a été sacrifié *trois mois* après avoir subi l'opération et dont ils présentent aujourd'hui toutes les pièces anatomiques, on peut voir que la partie de l'appendice qui a été isolée par la ligature, est transformée en une poche kystique ne communiquant plus avec le reste de l'intestin et renfermant un pus épais. contenant, à l'état de pureté, le B. coli.

Ainsi, ce microbe, hôte habituel de l'appendice, vivant en parasite inoffensif tant que le cours des sécrétions n'est pas entravé, devient virulent dès qu'une stase se produit : malgré l'absence de troubles vasculaires (les vaisseaux ont été respectés par la ligature) une inflammation suppurative se développe; au niveau du point ligaturé, une occlusion se produit qui persiste, malgré la résorption du catgut, c'est-à-dire malgré la disparition de l'obstacle. Le foyer purulent, qui est latent pendant des mois, et n'a provoqué aucune réaction péritonéale ne constitue pas moins un danger permanent; sa rupture, pouvant survenir à la moindre cause, eût provoqué une péritonite suraiguë, puisque l'abcès n'était pas circonscrit par des fausses membranes, et qu'il renfermait encore des microbes vivants.

On peut donc conclure que l'obstruction aseptique et passagère de l'appendice, suffit pour amener une inflammation suppurative, en transformant un microbe inoffensif de l'intestin en un agent pathogène.

M. Rendu fait observer qu'il existe des faits cliniques tout à fait comparables aux résultats expérimentaux dont on vient de parler, et qui éclairent très heureusement la pathogénie de certaines variétés d'appendicite.

Râle trachéal.

M. Rist présente une malade de 32 ans, atteinte de râle trachéal depuis 13 mois. Ce râle, qu'on ne peut comparer qu'à celui des agonisants, cesse absolument pendant le sommeil; la voix reste libre et très bien conservée. L'examen laryngoscopique est demeuré négatif. L'exploration ne fait reconnaitre aucune lésion de la trachée, ni des voies aériennes supérieures. Les poumons semblent sains à l'auscultation. Ce râle n'empêche pas la malade de vaquer activement à ses occupations; elle n'a pas maigri; son appétit a été plutôt en augmentant, et sa santé générale n'est nullement troublée par cet accident insolite qui semble devoir être rattaché à l'hystérie : la malade a en effet présenté déjà une succession de phénomènes appartenant à cette névrose (crise d'inconscience, hémiplégie droite, rétention d'urine, mutisme, paralysie du voile du palais). Aujourd'hui elle n'offre plus qu'une paralysie limitée au bras droit, l'avant-bras et la main étant indemnes, et au membre inférieur droit qui traîne pendant la marche. Elle n'a pas les stigmates habituels (anesthésies, hyperesthésies, points hystérogènes), et l'on ne sait si elle les a présentés autrefois.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 Janvier 1896.

Traitement du goître par l'extrait thyroïdien.

M. Stabel communique à la Société les résultats obtenus à la clinique de von Bergmann dans le traitement du goître simple par les glandes thyroïdes en nature et par des tablettes thyroïdiennes préparées par une pharmacie de Dresde.

83 malades ont été soumis au traitement thyroïdien, le plus grand nombre d'entre eux par les glandes thyroïdes en nature qu'on administrait deux fois par semaine à la dose de 10 à 15 grammes à la fois. Des phénomènes d'intolérance (vomissements, nausées, maux de tête, etc.), n'ont été présentés que par un seul malade.

Dans la plupart des cas, 92 p. 100, le traitement par les glandes thyroïdes en nature amenait une amélioration manifeste. Deux seulement ont été définitivement guéris; chez 4 on a pu constater une diminution manifeste de la glande. Chez les autres malades qui ont été simplement améliorés par le traitement, on a pu constater que 4 à 6 semaines après le traitement la glande reprenait son volume primitif. La récidive se manifestait d'autant plus vite que le résultat thérapeutique s'était moins fait attendre, et par contre les cas où le traitement exigeait un temps long, la récidive survenait tardivement. En somme d'après ces chiffres on peut dire que le traitement thyroïdien n'amène pas la guérison du goître.

Au cours du traitement par les glandes thyroïdes en nature on a constamment observé une accélération du pouls. La glycosurie a fait défaut même dans les cas où les doses administrées étaient grandes. Chez les jeunes filles le traitement amenait une diminution du poids.

L'administration des tablettes thyroïdiennes n'a pas donné les mêmes résultats. D'abord leur dosage est fait de telle façon que pour obtenir un effet thérapeutique il faut administrer des doses toxiques. En second lieu les tablettes agissent d'une façon très fâcheuse sur le cœur : elles amènent notamment une accélération considérable du pouls qui monte à 150°, avec palpitations, maux de tête, etc., et tous ces phénomènes persistent encore 2 à 3 semaines après le traitement. Les tablettes en question sont donc loin d'être inoffensives, et M. Stabel cite le cas d'un obèse qui, sans consulter un médecin, se traitait par ces tablettes : il succomba brusquement à l'œdème aigu du cerveau qui a paru se rattacher à l'intoxication thyroïdienne aiguë. Chez les basedowiens enfin l'emploi de ces tablettes provoque des phénomènes tels qu'il est impossible de continuer leur emploi.

M. Ewald a observé les mêmes phénomènes avec des tablettes thyroïdiennes de provenance anglaise. A un moment donné il a eu l'idée d'essayer, dans le goitre, le traitement par le thymus. Mais comme les recherches récentes ont montré la présence d'iode dans la glande thyroïde et son absence dans le thymus il renonça à cette idée.

En outre, M. Ewald a constaté que le traitement thyroïdien réussit le mieux chez les jeunes filles chlorotiques, et encore n'amène-t-il pas la guérison définitive du goitre. Jamais il n'a observé de thyroïdisme aigu, quelquefois des phénomènes d'irritation, avec albuminurie, cylindrurie, mais sans glycosurie, qui pourtant a été notée par von Noorden.

M. Mendel a essayé les tablettes thyroïdiennes de provenance anglaise dans 10 cas de maladie de Basedow. Dans tous ces cas, il est survenu des phénomènes d'excitation cardiaque telle que l'on a dû renoncer au traitement. Une autre raison qui lui a fait abandonner la médication thyroïdienne chez les basedowiens, c'est que l'amaigrissement qu'il provoque ordinairement est très préjudiciable à ces malades.

M. Senator a également renoncé à la médication thyroïdienne dans la maladie de Basedow.

M. Ewald ajoute que les résultats qu'il a obtenus par le traitement dans 3 cas de maladie de Basedow ont été tout à fait négatifs.

Syphilis héréditaire.

M. Silex, après avoir montré l'importance du diagnostic entre la syphilis héréditaire et la scrofulose, cite un certain nombre de signes qu'il considère comme presque pathognomoniques de la syphilis.

Ces signes sont, en premier lieu, la kératite interstitielle. M. Silex a observé un grand nombre d'enfants de 2 à 5 ans dont la cornée était couverte d'un réseau vasculaire. A l'examen ophthalmoscopique, on trouvait qu'il s'agissait dans ces cas d'une kératite disséminée.

Du côté de la dentition, on peut trouver que certains symptômes des dents dites d'Hutchinson n'ont pas la valeur qu'on leur attribue ordinairement. Ce qui est plus caractéristique, ce sont les érosions des deux incisives supérieures et médianes. Enfin les cicatrices péribuccales ne relevant pas d'un traumatisme ou d'une lésion bien déterminée doivent également faire penser à la syphilis.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 27 janvier 1896.

De quelques difficultés dans le diagnostic des affections hépatiques.

M. L. Brunton pense que dans cette étude il est inutile d'établir des principes généraux, il s'est contenté de citer quelques observations.

Observation I. — Un homme de 45 ans eut pendant 2 ou 3 mois une jaunisse très intense; en même temps il perdait ses forces. On trouva sous les côtes, du côté droit, une grosse tumeur, qui était la vésicule biliaire distendue; on opéra, on ouvrit la vésicule et on la sutura à la paroi abdominale; elle était considérablement distendue par la bile; mais elle ne contenait pas de calculs. Trois jours après, le malade mourait dans le collapsus. A l'autopsie on trouva le foie normal; toutefois à la palpation on sentit vers le milieu du canal cholédoque un petit nodule qui représentait l'extrémité d'une grosse masse de tumeur maligne.

Obs. II. — Un homme de 45 ans avait depuis 5 ans des troubles de digestion, qui s'accentuèrent beaucoup dans la dernière année; le bord du foie était dur, on crut à une cirrhose, mais peu après le foie augmenta de volume, et 3 mois après le malade mourait d'une tumeur maligne de cet organe. Deux faits auraient pu mettre sur la voie du diagnostic : des éructations de gaz fétides et le fait que le malade n'était pas alcoolique.

Obs. III. — Un homme de 43 ans avait un foie dépassant le niveau de l'ombilic; on se demandait s'il s'agissait de la syphilis ou d'une tumeur maligne. L'hypertrophie diminua rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium et en 3 ou 4 mois le foie reprit son volume normal.

Obs. IV. — Un homme de 63 ans présentait aussi un foie très hypertrophié; il y avait des nodules; on pouvait croire à une tumeur maligne; mais cet homme vécut encore de nombreuses années et mourut d'une autre maladie. Il ne s'agissait pas donc pas d'un cancer.

Obs. V. — Une femme avait un foie qui descendait presque jusque dans le bassin. On fit le diagnostic de vésicule biliaire distendue par suite d'obstruction du canal cystique; il y avait de l'ictère. En réalité il s'agissait d'un cancer et, à l'autopsie, on vit que ce qui avait été pris pour la vésicule distendue était en réalité une partie du foie.

Obs. VI. — Un homme de 60 ans perdait ses forces depuis 9 mois. Il avait eu à Naples une attaque qu'on avait prise pour de la malaria. On sentait dans l'épigastre une grosse tumeur arrondie, assez pulsatile pour faire penser à un anévrysme. On pensa à une gomme ou à un kyste hydatique du foie, Il y avait des symptômes nerveux bizarres et peu après le malade mourut. A l'autopsie on trouva un cancer du lobe gauche du foie.

Obs. VII. — Une femme, qui, un an auparavant, avait rendu un calcul, se plaignait de malaises, de maux d'estomac, de nausées sans ictère net. On trouva une tumeur arrondie au-dessous du foie; elle était sonore à la percussion, un peu difficile à mouvoir; cependant on pouvait avec quelque peine la refouler sous les côtes. On crut à un rein mobile; on fit inutilement porter une ceinture. On opéra alors et on trouva la vésicule distendue, par de nombreux calculs.

Obs. VIII. — Une femme de 32 ans se plaignait depuis 2 ou 3 ans de douleur dans la région iliaque droite. Cette douleur avait des paroxysmes, on crut à des coliques néphrétiques. La malade quitta l'Angleterre pendant 5 ans et eut pendant ce temps plusieurs attaques douloureuses avec symptômes de péritonite. En juin 1895, la malade revint à Londres; elle présentait alors une tumeur sous le foie qui existait depuis 2 ans et qu'on avait prise pour un rein flottant. En janvier 1894 la malade devint enceinte; elle accoucha en septembre, et en décembre, elle fut prise de vomissement et mourut de péritonite. A l'autopsie, on trouva une vésicule biliaire très distendue et contenant de nombreux calculs.

Obs. IX. — Un homme avait des symptômes de maladie du foie; puis il eut un frisson et on vit apparaître des signes de typhlite. Quelques mois après on sentait une tumeur s'étendant des côtes à l'ombilic. On l'ouvrit et on vit qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire à parois très grosses contenant plusieurs calculs.

Obs. X. — Un homme de 60 ans avait depuis 6 ans de la lithiase biliaire; il était très amaigri et avait de l'ictère. Le foie n'était pas très hypertrophié et il y avait une tumeur petite, arrondie qu'on prit pour la vésicule distendue. On ne pensa pas à une tumeur, parce que le malade avait été beaucoup plus mal précédemment. On opéra et on vit que la tumeur était formée par l'épiploon et l'extrémité pylorique de l'estomac. Le malade guérit, mais il présenta une coloration bizarre de la peau, analogue à celle qu'on a dans la maladie d'Addison.

Quelques cas de chirurgie hépatique.

M. K. Thornton, après avoir rappelé sa communication de 1891 sur la chirurgie hépatique (voyez *Mercredi médical*, 1891, p. 122) se borne aujourd'hui à relater quelques faits qui confirment, au point de vue chirurgical, ce que vient de dire M. L. Brunton.

Observation I. — Une femme ayant dépassé la période moyenne de la vie paraissait souffrir de lithiase biliaire. Elle avait des douleurs au niveau de la vésicule biliaire et avait à ce niveau une petite tumeur qu'on pouvait croire maligne. Elle n'avait jamais eu de vraie colique hépatique, mais plutôt une douleur constante localisée, avec des troubles gastriques et intes-

tinaux. On en vint à penser néanmoins que la tumeur était la vésicule distendue; on fit la laparotomie : on trouva en effet la vésicule un peu distendue par un mucus glaireux coloré par de la bile, le canal cystique était obstrué par du sable biliaire. On débarrassa le canal, mais on ne put y introduire une sonde allant jusque dans le cholédoque. On sutura la vésicule à la plaie abdominale et on draina. A la fin le cholédoque se déboucha et la malade guérit.

Obs. II. — Une femme de 49 ans vint consulter au début de 1893; depuis 2 ans elle souffrait de crises de douleurs abdominales très intenses; il y avait aussi de la douleur sous le sein droit. Ces crises devinrent plus fréquentes. La vésicule était distendue et on en retira 70 calculs; on sutura la vésicule à la plaie abdominale et on draina le péritoine. Guérison rapide.

Obs. III. — Chez une femme de 47 ans qui avait depuis un an des douleurs dans la région épigastrique je crus à une tumeur maligne. En ouvrant l'abdomen je trouvai une vésicule distendue contenant un gros calcul que j'ai enlevé. Guérison.

Obs. IV. — Une femme de 60 ans avait eu en juillet 1891 une violente attaque de douleurs abdominales avec frissons, vomissements, fièvre, symptômes septiques et ictère. L'attaque dura 3 semaines et l'ictère 2 mois. Il y eut d'autres attaques, mais moins violentes, survenant une fois par mois. En juin 1893, après une attaque intense, l'ictère devint permanent. La malade était très amaigrie; l'urine avait une teinte acajou, les selles étaient décolorées; diagnostic : calcul enclavé dans le canal cholédoque. On opéra : l'épiploon, le colon et la vésicule biliaire étaient reliés par des adhérences; la vésicule était très rétractée; elle était située très haut sous le foie très hypertrophié et induré. On trouva un petit calcul polyédrique dans le canal cholédoque; on dut inciser ce canal pour l'extraire. Le canal occupait une sorte de logette ovale à parois épaisses et s'ouvrant à ses extrémités par une petite ouverture dans le canal cholédoque. On ne put pas refermer d'une façon parfaite le calcul cholédoque; on ne put trouver d'autres calculs; on ferma alors l'incision autour d'un drain en verre. Le flot de bile qui coula par ce tube fut énorme et fétide; l'état général s'améliora. Cependant la malade continua à avoir de la fièvre et elle mourut d'épuisement 18 jours après l'opération. On ne put faire d'autopsie; mais en regardant par la plaie on put voir qu'il y avait encore plusieurs calculs dans le canal cholédoque.

Obs. V. — Une femme eut de l'ictère en juillet 1892, sans douleur, sans anorexie, sans amaigrissement. Puis subitement l'ictère devint plus foncé et la malade maigrit et perdit ses forces. Le foie et la vésicule étaient augmentés de volume. On incisa et on trouva une vésicule distendue dont on retira une sorte de gelée avec un dépôt de sable foncé. On ne put arriver à passer une sonde de la vésicule dans le cholédoque. On sutura la vésicule à la plaie abdominale et on draina. Il y eut un énorme écoulement de bile et la jaunisse diminua; quelques calculs sortirent par la plaie. La malade quitta l'hôpital et depuis on entendit plus parler d'elle.

Le statistique totale des interventions hépatique de M. K. Thornton est de 41 cas avec 3 morts, soit 7 p. 100.

M. Treves. — En général, quand on fait pour ces affections le diagnostic de cancer, on a rarement à réformer ce diagnostic; il n'en est pas de même quand on a fait celui de calcul biliaire. L'incision exploratrice ne permet pas toujours d'affirmer le diagnostic.

M. Marmaduke Sheild relate deux cas de cancer pancréatique avec ictère par rétention, et survie après cholécystostomie; un cas de kyste hydatique drainé avec succès.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 29 janvier 1896.

Actinomycose des poumons.

M. Halban. — On admet généralement que l'actinomycose des poumons se développe par aspiration de particules chargés d'actinomyces; mais, d'un autre côté, l'actinomycose des poumons peut être due à une métastase, à une infection secondaire de l'appareil respiratoire. Histologiquement il se forme une suppuration spécifique avec formation de tissu conjonctif fibreux qui amène ultérieusement la rétraction du thorax. Quelquefois ce processus passe des poumons à la plèvre et y produit une inflammation séreuse ou séro-fibrineuse à caractères particuliers. L'actinomycose peut enfin dans ces cas s'attaquer aux tissus péripleuraux, envahir les côtes, les muscles, la peau où elle se manifeste par une infiltration particulière avec fistulisation des tissus.

Tout récemment M. Halban vient d'observer un individu qui, à la suite d'un refroidissement, a été pris, en avril 1895, d'une toux opiniâtre avec expectoration sanguinolente. Le traitement n'eut aucune prise avec cette bronchite et dans la suite le malade se mit à maigrir, à transpirer abondamment et finit par se cachectiser. En haut une tumeur ayant toutes les apparences d'un abcès froid, se forma dans le dos. La tumeur a été incisée et son contenu évacué.

L'expectoration avait chez ce malade un aspect tout à fait caractéristique : elle se composait de masses arrondies, visqueuses, sanguinolentes et de granulations blanchâtres qui s'accumulaient au fond du crachoir rempli d'eau. A l'examen microscopique on trouvait des hématies, des leucocytes, des colonies d'actinomyces et des fibres élastiques.

L'intervention chirurgicale aussi radicale que possible de même que le traitement par l'iodure de potassium n'ont jusqu'à présent donné aucun résultat. On va maintenant essayer les injections parenchymateuses d'iodure de potassium.

M. Gilberstein a observé un cas où l'actinomycose du poumon gauche coexistait avec la tuberculose du poumon droit. Les cas de ce genre ont été signalés par d'autres auteurs.

Syphilis cérébrale.

M. Kahane a observé un homme qui, six mois après l'infection syphilitique, a présenté des symptômes d'hémiplégie cérébrale. La paralysie du facial et du membre inférieur disparut assez rapidement; celle du membre supérieur, après avoir persisté pendant assez longtemps, finit par céder à un traitement énergique.

Comme lésion anatomique, il s'agissait probablement d'une endartérite syphilitique, et cette lésion vasculaire paraît d'autant plus probable que le malade était alcoolique.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 27 Janvier 1896.

Nouveau réactif de l'albumine dans l'urine.

M. Jolles pense qu'un réactif sûr de l'albumine dans l'urine doit réaliser les conditions suivantes, il doit être incolore, assez sensible pour déceler la présence des quantités impondérables d'albumine et agir indépendamment de la réaction et de la composition de l'urine. Un tel réactif, d'après les recherches faites par M. Jolles, serait un mélange composé de 10 grammes de sublimé, 20 grammes d'acide succinique, 10 grammes de chlorure de sodium et 500 grammes d'eau.

Pour la recherche de l'albumine on procède de la façon suivante : on verse dans un tube 4 à 5 centimètres cubes d'urine préalablement filtrée, on ajoute 1 centimètre cube d'acide acétique, puis 4 centimètres cubes de réactif et on agite fortement le liquide. Comme titre de comparaison, quand l'albumine ne se trouve qu'en quantité minime, on prend un autre tube qu'on remplit de 4 à 5 centimètres cubes d'urine, de 1 centimètre cube d'acide acétique et où l'on verse à la place du réactif de l'eau distillée en quantité de 4 centimètres cubes. La comparaison des deux tubes fait ressortir l'effet du réactif.

Le réactif est tellement sensible qu'il agit encore quand l'albumine se trouve dans l'urine en proportion de 1 p. 120.000.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

La phlébite rhumatismale.

D'après la thèse de M. L. Gatay, Paris, 1895.

Historique. — Bouillaud le premier étudia la phlébite rhumatismale et prétendit que cette complication, sans être fréquente, n'est pas aussi rare qu'on le pense généralement. Mais parmi les faits qu'il rapporte, la plupart ne sont autres que des pseudo-rhumatismes infectieux, dans lesquels la phlébite coïncide avec des arthrites suppurées.

Puis, il ne fut plus question de la phlébite rhumatismale jusqu'en 1868, époque où M. Empis publia, dans la *Gazette des hôpitaux,* deux cas dont l'un ressortit au rhumatisme franc, l'autre au rhumatisme blennorrhagique. L'auteur confirma l'opinion de Bouillaud qui soutenait que le rhumatisme peut frapper les veines comme le péricarde et l'endocarde. Marcel Lelong, en 1869, s'inspira de cette leçon et prit pour sujet de thèse l'étude de la phlébite rhumatismale, dont il fit une excellente description d'ensemble, se basant sur des observations personnelles et sur d'autres observations anciennes dont la plus intéressante était celle de Trousseau et Peter parue en 1864.

Toutefois ces faits n'entraînaient pas la conviction, car M. Lancereaux, qui, en 1871, inclinait à admettre l'existence de la phlébite rhumatismale, revenait plus tard sur son opinion et déclarait qu'elle ne pouvait être définitivement acceptée.

En 1880, Vicajii (thèse de Paris), développant une leçon de M. Raymond, apporta une légère contribution à l'histoire de cette affection.

La même année parut une clinique de Blachez *(Journ. de méd. et de chir. prat.)* sur deux cas nouveaux, une observation de M. Hayem dans la thèse d'agrégation de M. Troisier sur la *Phlegmatia alba dolens,* et enfin une observation de M. Lannois dans la *Revue de médecine* (1881).

En 1884, Schmitt reprit l'étude de cette question (thèse de Paris). Soumettant à un contrôle très sévère toutes les observations qui avaient servi aux auteurs précédents, et rejetant impitoyablement toutes celles dont les attaches avec le rhumatisme lui paraissaient douteuses ou discutables, il est arrivé à donner de la phlébite rhumatismale une description fondée sur 17 observations et devenue classique.

L'année suivante, M. Letulle *(Gaz. médic. de Paris,* 1885) publie un nouveau cas de phlébite dont la nature rhumatismale apparaît avec une netteté remarquable. Et, à ce sujet, contrôlant, lui aussi, les faits apportés par Schmitt, des 17 observations de l'auteur précédent il en défalque 3, qui lui semblent manquer de netteté dans leur étiologie rhumatismale.

En 1891, M. Giavarini publie un nouveau cas dans la *Riforma medica.*

Enfin, tout récemment, dans sa thèse inaugurale, M. L. Gatay a fait de la phlébite rhumatismale une étude d'ensemble, et rapporté en outre 2 observations inédites avec autopsie : l'une est due à M. Sergent, l'autre à MM. Macaigne et Laurens; cette dernière est particulièrement intéressante en ce qu'elle a été l'objet de recherches histologiques et bactériologiques.

Symptomatologie. — La phlébite rhumatismale donne naissance à une série de symptômes qui relèvent de l'inflammation de la paroi veineuse et de la gêne circulatoire résultant de l'oblitération du vaisseau. Elle ne diffère en cela nullement d'une phlébite de toute autre cause.

Analyse des symptômes. — La *douleur* peut apparaître en même temps que l'œdème, brusquement ou progressivement. Habituellement, qu'elle soit brusque ou progressive, elle précède l'œdème d'un ou plusieurs jours, et apparaît même avant l'oblitération du vaisseau (cas de Trousseau et Peter).

Son principal caractère est son siège dont la détermination précise exige l'exploration digitale. La moindre pression sur le vaisseau enflammé provoque de vives souffrances; si les téguments voisins sont indolents au toucher, la pression peut en être très douloureuse par la transmission sur le vaisseau oblitéré. Les mouvements du membre agissent de même, d'où l'immobilisation absolue du membre. Au repos, il peut y avoir des douleurs spontanées ou plus simplement une sensation de pesanteur.

L'intensité de la douleur, malgré l'assertion de Vicajii, n'est pas un caractère propre à la nature rhumatismale de la lésion : elle est, en effet, variable et, dans certains cas, elle est légère et tolérable. Il en est donc ici comme dans toute autre phlébite, la douleur obéissant à l'intensité du processus inflammatoire.

Cette douleur paraît résulter de l'extension du processus inflammatoire dans les parois veineuses et surtout dans le tissu conjonctif périphérique qui contient les nerfs.

Il est facile de percevoir sous le doigt le *cordon induré* répondant à l'oblitération d'une veine superficielle. Toutes les observations donnent à cet égard des détails précis qui ne laissent aucun doute sur la nature du vaisseau intéressé.

Mais s'il s'agit d'une veine profonde, l'épaisseur de l'œdème rend quelquefois impossible la perception du vaisseau oblitéré.

Au membre inférieur, ce n'est qu'au triangle de Scarpa qu'on pourra sentir nettement le cordon veineux;

plus bas, le gonflement le dissimule complètement. Au membre supérieur, l'humérale pourra être perçue le long du biceps; mais elle peut échapper aussi; tandis que l'axillaire, d'après les observations détaillées, a toujours été aisément perçue. La veine jugulaire interne oblitérée est facile aussi à sentir, sous forme d'un cordon très net à sa partie inférieure où elle forme un renflement fusiforme, dur, qui pourrait être pris pour un ganglion.

L'oblitération qui est si évidente dans certains cas, où le cordon subit la transformation fibreuse, existe-t-elle dans ceux qui, de courte durée, se terminent par le rétablissement de la circulation? Suivant l'interprétation de M. Vaquez, le cordon peut être produit simplement par la périphlébite, aidée sans doute d'une thrombose pariétale insuffisante à oblitérer la lumière du vaisseau. La périphlébite se constate du reste par cet empâtement, qui sert de base, pour ainsi dire, au cordon induré, et par la rougeur de la peau sur le trajet du vaisseau oblitéré.

L'*œdème* est la conséquence de l'oblitération veineuse. Son intensité et son étendue sont en rapport avec l'importance de la veine oblitérée et avec l'état de la circulation collatérale.

Au membre inférieur, les veines saphènes peuvent être seules intéressées et, dans ce cas, l'œdème peut faire complètement défaut, la lésion se caractérisant par l'existence d'un cordon induré. Tel était, au moins au début, le cas publié par M. Lannois (*Revue de médecine*, 1881). Souvent une traînée rouge se montre le long de la veine.

Mais, dans la majorité des cas de phlébite rhumatismale des membres inférieurs, les veines profondes sont atteintes, tantôt la poplitée, tantôt la crurale. L'œdème résultant de cette thrombose des veines profondes est assez variable. Apparaissant dès le début de la maladie, ou quelques jours plus tard, il se montre limité à l'extrémité des membres, au niveau des malléoles, et reste quelquefois borné à cet endroit; ou bien il progresse graduellement de bas en haut (Schmitt), envahissant la jambe et la cuisse, et peut ainsi remonter jusqu'au pli de l'aine. Parfois il se généralise, pour ainsi dire, d'emblée. En somme, progressif ou instantané, cet œdème se développe comme la phlegmatia banale, et souvent il est double, un côté restant moins atteint que l'autre.

Au membre supérieur la phlébite occupe aussi les petites ou les grosses veines. Dans les cas de Vicajii la veine basilique était seule prise; dans celui de Renouard la veine céphalique et la radiale étaient intéressées, manifestant leur lésion par un cordon dur, douloureux, reposant sur un empâtement rosé. Habituellement, comme dans le cas de Trousseau et Peter, à la thrombose des veines superficielles s'ajoute celle des veines profondes, et celle-ci a une expression clinique très nette : la forme de phlegmatia.

D'après Schmitt, dans la phlébite rhumatismale, l'œdème débute à l'extrémité du membre et gagne ensuite la racine.

Au contraire, dans le cas de MM. Macaigne et Laurens où la thrombose commençait sur l'humérale au pli du coude et s'étendait à l'axillaire et à la sous-clavière, l'œdème occupait le bras dans toute son étendue jusqu'au niveau de l'épaule, où il faisait suite à celui du cou; à la partie inférieure, l'avant-bras n'était œdématié que dans son quart supérieur, et le gonflement s'atténuait rapidement pour laisser complètement libre et intacte la région du poignet et de la main. Dans le cas de Trousseau et Peter, l'aspect du bras était analogue.

Une observation d'Isambert, où la phlébite de l'humérale survint au cours d'un rhumatisme blennorrhagique, mentionne une déformation semblable « en gigot ». D'ailleurs, dans le phlegmatia en général, tandis que pour certains auteurs (Troisier, Vaquez) l'œdème procède de la racine du membre vers l'extrémité, pour d'autres, au contraire, c'est par l'extrémité qu'il débute, progressant de bas en haut. Le mécanisme de ces variations n'est pas encore bien précisé.

La phlébite rhumatismale peut aussi se localiser au cou, c'est-à-dire aux veines jugulaires. La phlébite primitive des jugulaires est exceptionnelle.

Celle de la jugulaire profonde est habituellement secondaire à des lésions inflammatoires des sinus. Dans le cas de Renouard c'est vraisemblablement par propagation de la coagulation occupant la sous-clavière que s'est faite la thrombose de la jugulaire interne.

Dans l'observation, de MM. Macaigne et Laurens, la thrombose de la jugulaire paraît être secondaire à celle de la sous-clavière dont le caillot, prolongé vers le tronc brachio-céphalique, obstruait le débouché de la jugulaire : l'examen histologique a démontré, en effet, que le maximum des lésions de phlébite siégeait sur l'axillaire. Cette oblitération de la sous-clavière et de la jugulaire se traduisait par un œdème du cou du même côté, dépassant à peine la ligne médiane, plus marqué à la région postérieure du cou qu'à la partie antérieure, où il permettait de sentir, derrière le sterno-mastoïdien, un cordon cylindrique, ovoïde, dur et très douloureux, se perdant en haut derrière l'angle de la mâchoire, en bas plongeant derrière la clavicule pour se confondre avec le cordon de la sous-clavière.

Dans le cas de Lasègue, où la jugulaire externe seule était prise, il n'y avait qu'un œdème localisé, grand comme la paume de la main, étendu de la région sus-clavière à l'angle de la mâchoire.

L'oblitération de la jugulaire interne a quelques conséquences du côté de la tête. Renouard note chez sa malade de la céphalalgie et de la difficulté à tourner la tête. MM. Macaigne et Laurens ont noté chez leur malade un regard fixe, un air hébété et une sorte d'indifférence qui n'étaient en rapport ni avec la conservation de son intelligence, ni avec les douleurs très vives que provoquait le déplacement de la tête.

A l'étude de l'œdème on peut rattacher celle de quelques symptômes fournis par l'examen du tégument. Tout d'abord il faut mentionner un phénomène, pour ainsi dire banal, à savoir le développement d'*arborisations veineuses* en rapport avec l'établissement d'une circulation collatérale. Elles se présentent avec l'aspect communément observé dans la phlegmatia puerpérale. Souvent on trouve notée dans la phlébite rhumatismale une rougeur, ou une traînée rosée formant un ruban le long du trajet de la veine. Ce signe apparaissant surtout à l'occasion des phlébites de veines superficielles, résulte sans doute d'une lymphangite réticulée consécutive ellemême à la périphlébite.

Dans plusieurs faits de thrombose de gros troncs veineux, on note aussi, sur l'œdème, des nappes plus ou moins étendues d'une *rougeur érythémateuse* de durée éphémère. Et à cet érythème peut se joindre l'éclosion de divers éléments éruptifs, et notamment de pétéchies, signalées dans les cas de Trousseau et Peter, Blachez, Macaigne et Laurens.

C'est au même ordre de phénomènes qu'on doit rattacher l'apparition d'ulcérations buccales, se présentant sous forme d'érosions grisâtres, entourées d'une zone de

congestion de la muqueuse et siégeant soit sur la face interne des lèvres, soit sur la muqueuse palatine (Macaigne et Laurens).

Les *symptômes généraux* qui accompagnent l'éclosion de la phlébite rhumatismale sont d'intensité très variable.

Parfois, s'installant progressivement ou brusquement au déclin d'une crise articulaire aiguë ou non, la phlébite provoque une élévation thermique et un état général insignifiants ou nuls : tout se résume dans la lésion locale.

Le plus souvent à son début, il existe quelques symptômes indiquant l'existence d'un léger état infectieux : malaise, léger cortège fébrile.

D'autres fois elle provoque des accidents généraux qui lui appartiennent en propre. Si elle complique un rhumatisme aigu en pleine évolution articulaire ou viscérale, ses symptômes généraux s'ajouteront à ceux de la maladie initiale et s'en distingueront plus ou moins nettement. Mais lorsqu'elle apparaît au décours des poussées articulaires, cette forme aiguë engendre des symptômes généraux des plus précis. C'est une fièvre qui dépasse rarement 38°5, 39°, mais qui peut être très vive, comme dans le cas si net de M. Letulle où la température monta rapidement à 39°9 pour redescendre à la normale en quelques jours, la période thermique ayant duré cinq jours. En même temps, on peut constater un état gastrique assez prononcé : langue saburrale, anorexie, constipation, et d'autre part de la céphalalgie et de la courbature.

Formes cliniques. — 1° *D'après la nature de la veine intéressée* deux modalités cliniques doivent être distinguées.

S'il s'agit d'une *veine superficielle*, la saphène, la cubitale par exemple, on voit apparaître, après une douleur plus ou moins vive, un cordon veineux moniliforme, induré, mobile d'abord sur les tissus sous-jacents, puis immobilisé au milieu d'un empâtement œdémateux plus ou moins étendu. Cependant les téguments restent pâles, ou présentent une coloration rose de lymphangite (résultat de la périphlébite), qui peut même précéder l'apparition du cordon douloureux (cas de Peter). Après une période d'état de quelques jours, la circulation se rétablit dans la veine et tous les symptômes disparaissent graduellement. D'autres fois, l'oblitération reste permanente et la veine se transforme en cordon fibreux, les autres symptômes disparaissant assez vite : cette terminaison est rare, le rhumatisme frappant les veines superficielles d'une manière discrète et ne les oblitérant pas.

La phlébite rhumatismale qui intéresse le *tronc veineux principal* d'un membre peut reproduire le tableau de la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire qu'on peut constater l'apparition rapide d'un gros œdème unilatéral avec douleurs localisées sur le trajet des vaisseaux, présence de gros cordons veineux oblitérés, douloureux, à la racine du membre, et de veinosités superficielles par circulation complémentaire. Tantôt tous les symptômes s'atténuent et la circulation semble se rétablir. Tantôt la durée de l'œdème, ou une gêne fonctionnelle persistante du membre avec formation de varices (membre inférieur) viennent témoigner d'une oblitération définitive de la veine.

Schmitt cherche à distinguer de la phlegmatia alba dolens cette forme de la phlébite rhumatismale. Aujourd'hui cette distinction ne saurait plus être admise, car l'analogie est complète. Vaquez a bien mis en évidence ce fait que les altérations de la paroi veineuse préexistent à l'oblitération; puis à la faveur de certaines conditions il se fait une coagulation subite, en masse, au niveau de la lésion pariétale, et l'oblitération se complète d'un coup, donnant une apparence de soudaineté à l'éclosion de la phlegmatia alba dolens. Que le facteur étiologique soit l'infection puerpérale ou l'infection rhumatismale, le processus pathogénique est identique : la lésion veineuse débute, et la coagulation massive surajoutée provoque l'expression clinique : phlegmatia alba dolens. La durée de la « période préoblitérante » est variable, son début remonte sans doute au moment de l'apparition des douleurs : or dans la phlébite rhumatismale il est presque constant que les douleurs précèdent d'un ou de quelques jours l'apparition de l'œdème.

2° *D'après la marche des accidents*, il y a lieu aussi de distinguer deux aspects cliniques particuliers déjà signalés par Schmitt.

Tantôt la phlébite apparaît comme une manifestation de la fièvre rhumatismale : au milieu d'un rhumatisme articulaire aigu avec ou sans localisation abarticulaire (endocarde, plèvre, péricarde), la fièvre, qui était nulle ou modérée, devient plus vive et la phlébite s'installe avec empâtement et rougeur des téguments. Légère, elle guérira en même temps que les articulations. Grave, elle s'accompagnera de pétéchies, d'ulcérations, et l'oblitération se montrera complète, et peut-être définitive. Telle est la *forme inflammatoire aiguë*. L'observation de M. Letulle en est un exemple; la phlébite survint au décours d'une troisième attaque articulaire aiguë et quelques jours plus tard elle se terminait par résolution, suivie aussitôt d'une angine rhumatismale fébrile.

Dans une seconde série de faits, et ce sont les plus nombreux, la complication phlébitique survient tardivement lors de la convalescence d'un rhumatisme aigu ou subaigu. C'est d'abord, avec une sensation de lourdeur du membre, une douleur vive se localisant le long des vaisseaux. Puis on constate le cordon induré, douloureux à la pression, et l'oblitération veineuse se complète, constituant le seul phénomène après la disparition du rhumatisme qui lui a donné naissance; et elle évolue soit vers la guérison, soit vers la transformation fibreuse du caillot. La durée est variable, de deux mois en moyenne; mais l'induration et l'œdème peuvent persister plus de trois mois.

Un caractère intéressant, quoique peu constant, de la phlébite rhumatismale est la mobilité ou plutôt la *multiplicité* de ses localisations. Ainsi dans l'observation de Trousseau et Peter on voit l'inflammation envahir tour à tour les veines du mollet, puis celles du bras, les sinus, les veines jugulaires, et sans que l'oblitération définitive se constitue sur aucune des veines. Souvent on voit notées simultanément la phlébite de la saphène et celle de la crurale. Ou bien elle s'échelonne sur les différentes portions d'un tronc veineux en procédant de l'extrémité du membre vers sa racine. Signalons encore la symétrie, fréquemment constatée.

Conditions étiologiques. — Quant au *siège* de la phlébite, le relevé des observations montre une forte prédominance au membre inférieur.

Au membre supérieur, la radiale, la cubitale, la céphalique, l'humérale, sont volontiers envahies. L'axillaire est prise aussi, soit d'emblée, soit par propagation.

Aux membres inférieurs, les saphènes sont prises plus souvent que la fémorale, et les veines poplitées sont souvent atteintes : l'invasion est simultanée ou successive.

Peut-être existe-t-il quelques *conditions prédisposantes* pour la localisation du rhumatisme sur le système veineux.

Déjà l'état variqueux des membres inférieurs et la compression, pour ainsi dire physiologique, de la veine par l'artère iliaque gauche pouvaient faire préjuger que cette stase était un point d'appel pour le membre inférieur gauche, plus souvent intéressé, en effet. M. Letulle a insisté sur l'influence de la stase aux membres inférieurs, favorisée par l'existence antérieure d'une endo-péricardite ou d'une lésion pleuro-pulmonaire. Et, en effet, cet auteur signale que sur les 15 cas connus jusqu'alors, 8 fois on avait noté la coexistence d'affections cardiaques. Il en était aussi de même dans le cas de Sergent.

L'intensité du rhumatisme ne saurait être invoquée pour expliquer la production de la phlébite, car celle-ci apparaît tout aussi bien au cours de rhumatismes légers qu'au cours de rhumatismes graves; parfois même les manifestations articulaires sont si légères que la nature rhumatismale de la phlébite pourrait être mise en doute, et que les manifestations articulaires pourraient même être imputées à la phlébite, l'hydarthrose n'étant pas rare au cours de la phlegmatia.

Ceci nous amène à nous poser cette question : la phlébite peut-elle être la manifestation unique du rhumatisme ?

Les auteurs ont répondu différemment à cette question. Pour les uns, la coïncidence de symptômes articulaires est indispensable pour imposer le rôle du rhumatisme. Pour les autres, il suffit que le sujet ait eu dans ses antécédents des manifestations rhumatismales pour que, dans la suite, une phlébite d'allure spontanée soit classée sous la même rubrique, et prenne place à côté de certaines localisations viscérales du rhumatisme, telle que la congestion pulmonaire.

Il est évident que le problème ne sera définitivement résolu que lorsque l'on saura mettre en évidence la cause spécifique du rhumatisme. Mais en attendant il est sage de ne classer dans la phlébite rhumatismale que les faits dans lesquels les arthropathies coexistantes et l'évolution des accidents ne laissent place à aucun soupçon.

Pronostic et complications. — Le pronostic de la phlébite rhumatismale, considéré comme relativement bénin, comporte certaines réserves. Deux circonstances semblent surtout lui donner un caractère de gravité : 1° son siège, lorsque la phlébite occupe la veine sous-clavière; 2° son moment d'apparition, lorsqu'elle survient en même temps que d'autres manifestations de l'état infectieux (pleurésie, péricardite, éruptions cutanées).

La véritable complication de la phlébite rhumatismale consiste dans l'embolie pulmonaire consécutive à la dislocation du thrombus. Cette terminaison a été signalée deux fois dans des cas de phlébite crurale (obs. de Virchow et de *St-Georges Hospit. Reports* (1), 1868).

Dans le cas de Sergent les infarctus pulmonaires qui amenèrent la mort étaient vraisemblablement produits par les lésions cardiaques, plutôt que par les altérations veineuses. Dans celui de Macaigne et Laurens, la mort, survenue brusquement, résultait sans doute des troubles que l'oblitération de la veine cave supérieure avait apportés à la circulation cardiaque, car il n'y avait pas d'embolie pulmonaire.

Anatomie pathologique. — Le pronostic de la phlébite rhumatismale étant en général bénin, on comprend la rareté des faits anatomiques relatifs à cette lésion.

L'observation de Virchow mentionne seulement la présence du caillot veineux. Celle de Sergent ajoute que la tunique interne, au-dessus et au-dessous de la coagulation, était rouge et que la paroi était épaissie. Enfin M. Gatay a pu faire une étude histologique très détaillée des cas de MM. Macaigne et Laurens, et il en a tiré les conclusions suivantes :

Dans un premier degré il y a simplement apparition des petites cellules rondes dans chaque tunique de la veine, et en même temps prolifération et desquamation du revêtement endothélial. Puis la multiplication cellulaire augmente, résultant de la diapédèse des lymphocytes, et de la division des cellules fixes : elle dissocie les faisceaux musculaires, les faisceaux conjonctifs de l'endoveine, et d'autre part diffuse dans le tissu ambiant. Quant à la thrombose, elle semble être le fait secondaire.

Dans ce cas, l'examen bactériologique pratiqué la veille de la mort sur du sang recueilli dans une veine du pli de coude n'a donné que des résultats négatifs. A l'autopsie, le foie et le caillot veineux ont donné des cultures de coli-bacille, et quelques bacilles ont pu être colorés aussi dans les coupes du caillot : il s'agissait sans doute d'un envahissement cadavérique.

Ce résultat est à opposer à celui de M. Boinet qui dit avoir trouvé des staphylocoques dans un cas de phlébite rhumatismale. Mais l'affirmation de cet auteur repose sur l'ensemencement du sang recueilli par piqûre de la pulpe du doigt, procédé dont la valeur a perdu aujourd'hui tout crédit.

En somme, à défaut de critérium anatomique ou bactériologique, c'est sur des arguments d'ordre clinique que repose encore aujourd'hui l'histoire de la phlébite rhumatismale.

Et l'examen de toutes les observations sévèrement contrôlées conduit à confirmer cette conclusisn déjà formulée par Bouillaud : « la phlébite elle-même, comme la péricardite, l'endocardite, etc., peut être le résultat primitif de la même cause qui a produit l'affection articulaire dite rhumatisme aigu. »

Diagnostic. — L'existence de la phlébite rhumatismale est en général facile à reconnaître. On ne confondra pas avec les nodosités du cordon veineux les *nodosités sous-cutanées* rhumatismales qui ont un caractère éphémère qui sont aplaties, sphériques, bien limitées, adhérentes au tissu tendineux et au périoste.

Si la phlébite est profonde son diagnostic ne se fera pas toujours aisément. Si, comme cela arrive au début, la douleur est son seul symptôme révélateur, il faut bien en déterminer le siège et la direction, de manière à la disinguer de l'*artérite* (arrêt de la pulsation, refroidissement, etc.); du *rhumatisme musculaire* (douleur localisée à un certain groupe de muscles et exaspérée par certains mouvements); du *rhumatisme des gaines tendineuses* (gonflement et douleur limités au niveau des tendons ou autour des jointures).

L'apparition de l'œdème vient aider au diagnostic.

L'*œdème rhumatismal essentiel* décrit par Davaine se distingue par les caractères suivants : la rougeur de la peau, si elle existe, est diffuse; la douleur à la pression est également disséminée sur toute la périphérie du membre, et non localisée au vaisseau comme la phlébite; le gonflement plus ou moins généralisé est disposé en manchons ou en plaques qui occupent toute la face d'un membre et dont les limites, sans aucun rebord, sont cependant nettement tranchées; enfin il disparaît sans laisser de traces et l'on n'observe jamais ni cordon vei-

1. La nature rhumatismale est discutable dans cette observation.

neux, ni développement d'une circulation collatérale sous forme de veinosités sous-cutanées.

L'œdème du bras avec coloration rosée de la peau peut faire un instant songer à l'existence d'un phlegmon diffus; de même l'œdème du creux sus-claviculaire d'un seul côté. La constatation du cordon veineux, qu'il ne faudrait pas en de certaines régions (aisselle, cou) confondre avec des ganglions, aura vite fait de fixer le diagnostic.

Enfin il faut savoir que l'œdème ayant une origine cardiaque peut dissimuler une phlébite en évolution. Tel était le cas de Sergent, dans lequel la phlébite n'apparut que grâce à la disparition de l'anasarque.

L'existence de la phlébite étant reconnue, sa nature rhumatismale ne devra être admise qu'après discussion, ainsi que nous l'avons dit, et sera établie par la marche des accidents et le rapport évident de la lésion veineuse avec les manifestations articulaires du rhumatisme.

Traitement. — La phlébite rhumatismale ne paraît pas retirer d'avantage appréciable de l'emploi du salicylate de soude. Le traitement interne se bornera donc à la médication tonique, de manière à modifier l'état du sang prédisposé à la coagulation facile.

C'est surtout le traitement local qui doit être institué; et on se comportera comme devant toute autre phlébite infectieuse, la phlébite puerpérale en particulier. Nous ne ferons que signaler les principales indications thérapeutiques.

La première indication est de prévenir l'embolie pulmonaire. Aussi l'immobilisation est de rigueur, dans une gouttière fixant le membre en extension, pendant un laps de temps variable selon la durée même de la maladie et son évolution : quelques jours pour la phlébite superficielle se résorbant facilement, 4, 5 semaines pour les phlébites profondes évoluant sous le mode de la plegmatia alba dolens.

Pour calmer les douleurs, l'enveloppement ouaté sera suffisant; sinon on le fera précéder de l'application de liniments calmants, de pommade belladonée, qui devra être pratiquée par le médecin, pour éviter le danger d'une compression du thrombus par un aide inexpérimenté. L'injection de morphine serait opposée aux douleurs trop vives. On s'abstiendra de saignée et de vésicatoire.

Pour favoriser la résolution de l'œdème on peut avoir recours au procédé de M. Pinard qui prescrit l'application de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque sur le membre atteint de phlébite, jusqu'à production d'un érythème vésiculeux.

Lorsque la période aiguë est passée on peut faire une légère compression ouatée.

Et quand le malade commence à se lever il faut lui faire porter un bas élastique, et à son défaut une simple bande de flanelle, coupée en biais dans la pièce, et appliquée méthodiquement de l'extrémité des orteils jusqu'à la racine de la cuisse.

Cancer de l'estomac.

Péritonite adhésive et perforation de la paroi antérieure de l'estomac; Phlegmon gangréneux et fistule gastro-cutanée,

Par les Drs Vilcoq (de Soissons) et Lancry (de Vailly-sur-Aisne).

Parmi les diverses complications qui peuvent survenir dans le cours du cancer de l'estomac, la perforation des parois de cet organe constitue assurément une de celles qui s'observent avec le moins de fréquence. Le mode suivant lequel la perforation se produit est des plus rares quand il s'agit d'une fistule gastro-cutanée. Aussi avons-nous cru qu'il était intéressant de publier le fait qu'il nous a été donné d'observer récemment et dont nous rapporterons l'histoire tout d'abord sans plus de commentaires.

D..., Louise-Virginie, âgée de 70 ans, habitant Vailly-sur-Aisne, entre à l'Hôtel-Dieu de Soissons, salle Saint-Jean, n° 22, le 9 septembre 1895.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler : ses père et mère sont morts dans un âge avancé. Pas de maladies antérieures, si ce n'est que la malade a été soignée par l'un de nous, il y a deux ans, pour des accès de colique hépatique. Son mari est mort il y a six mois. Depuis cette époque, Louise D..., se plaignait souvent de son côté gauche et y portait fréquemment les mains. Elle continuait cependant à vaquer à ses occupations journalières, conservant un excellent appétit, ne maigrissant pas, en un mot jouissant en apparence d'une santé satisfaisante.

En septembre dernier, elle nous fait appeler, réclamant nos soins pour une douleur vive, pongitive qu'elle ressent au creux épigastrique, douleur qui s'accompagne de vomissements continuels, porracés et d'une fièvre assez intense. La palpation fait découvrir, à l'endroit douloureux, l'existence d'une énorme induration qui semble siéger au niveau de la paroi antérieure de l'estomac. Cette induration est étendue, très volumineuse. Elle va en s'atténuant du côté gauche où elle se perd insensiblement : du côté droit elle paraît cesser brusquement. Il s'agit d'une induration en masse, uniforme, ne présentant ni saillies ni dépressions, probablement peu profonde. Pas d'œdème, pas de changement de coloration de la peau. La douleur possède son point maximum au centre de cette masse et la moindre pression, quoique beaucoup plus douloureuse au creux épigastrique, est aussi très péniblement perçue dans toute la région indurée et rend la palpation difficile. Le foie ne déborde point les fausses côtes. Il semble de volume normal. Point de douleur de ce côté. Le diagnostic porté est : néoplasme s'accompagnant vraisemblablement d'une poussée de péritonite localisée, et étant donné l'isolement et la misère de cette malade on la fait transporter d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Soissons où elle entre le 9 septembre.

Au moment de son entrée dans la salle, l'état général de Louise D... est relativement satisfaisant. Pas de fièvre ; la température prise le soir dans l'aisselle est de 37°9. Le pouls est calme. La malade s'alimente un peu, prend du lait et du bouillon. La langue, quoique épaisse et couverte d'un enduit blanchâtre, est humide. Les selles sont normales. Cependant les douleurs persistent. Ces douleurs qui surviennent spontanément sont toujours extrêmement vives. D... porte sans cesse les mains à son estomac et il lui semble que la pression large lui procure momentanément quelque soulagement, mais il faut néanmoins recourir aux injections sous-cutanées de morphine pour lui donner un peu de sommeil. La palpation de la région, en raison des douleurs à peu près continues, est devenue pour ainsi dire impossible.

Les choses restent dans cet état pendant environ trente-six heures. De temps à autre la malade rejette avec effort quelques vomissements verdâtres. Elle continue cependant à prendre quelques aliments et va à la selle. Les matières fécales sont moulées, de coloration normale. Il n'y a pas eu de melæna. Les douleurs sont toujours vives. Matin et soir on fait des injections de morphine. Des cataplasmes laudanisés sont appliqués sur l'estomac et plusieurs fois dans la journée on pratique de légères frictions avec de l'huile chloroformée chaude.

Dans la nuit du 10 au 11, la malade n'a pas dormi et a été très agitée. La veille au soir, elle a ressenti à plusieurs reprises des frissons et la température était de 39°5 vers 8 heures du soir. A notre visite du matin nous trouvons l'état général assez alarmant. La fièvre est toujours vive (39° température axillaire). Le pouls est rapide et la peau chaude. Les vomissements persistent, vomissements qui se sont produits la nuit en assez grande abondance, d'apparence porracée et en outre nous constatons

l'existence d'une rougeur de la peau qui s'étend sous forme d'une large plaque dans l'hypochondre gauche, rougeur diffuse d'apparence phlegmoneuse, occupant une grande étendue de la région et se terminant insensiblement sous le bord des fausses côtes du côté gauche. A droite la rougeur ne dépasse pas la ligne médiane et reste limitée à la région épigastrique. La palpation est impossible et il est par conséquent inutile de chercher s'il existe de la fluctuation.

Le lendemain la rougeur ne s'est pas sensiblement étendue, mais la peau de la région est soulevée en masse. Les vomissements persistent et la température oscille autour de 39°9 avec une faible rémission matinale. Inappétence absolue; les vomissements empêchent toute alimentation. L'état général s'aggrave, le faciès s'excave et le pouls devient très faible. Les jours suivants, sans qu'on puisse percevoir de point fluctuant, on peut constater qu'en certains endroits, notamment à l'union des parois antérieure et latérale de la région abdominale, à 2 ou 3 centimètres environ au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, il existe un point ramolli qui, à la pression, moins douloureuse à ce niveau, donne un bruit de gargouillement, bruit hydro-aérique qui s'accentue et devient plus net au fur et à mesure que la peau s'amincit. Les téguments présentent un aspect livide, noirâtre et la peau finit par se perforer par plusieurs pertuis qui donnent issue à une grande quantité de gaz fétides, de pus, de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et de matières liquides exhalant une odeur fécaloïde très prononcée. L'état de la malade est maintenant très grave. Les vomissements ne cessent point. La langue devenue sèche se fendille, les traits se tirent et les yeux s'excavent de plus en plus. Néanmoins depuis que les fistules cutanées se sont ouvertes, il s'est produit une certaine détente et les douleurs sont moins vives.

La situation reste à peu près la même jusqu'au 21 septembre. L'écoulement par les orifices fistuleux de la peau est continu et en raison de l'odeur fétide qui se répand dans la salle chaque fois que l'on renouvelle le pansement, nous sommes forcés de placer la malade dans une chambre spéciale. Elle ne peut plus supporter aucun liquide qu'il ne soit immédiatement vomi. La cachexie fait de rapides progrès et la mort survient le 21 septembre à 7 heures 1/2 du matin.

Autopsie (faite 24 heures après la mort). — Une sonde cannelée est introduite dans la fistule principale par où s'écoulaient les liquides et les gaz.

A l'aide de ciseaux et de cette sonde nous pratiquons une incision de la peau par laquelle nous pénétrons dans une vaste cavité ayant à peu près les dimensions du poing fermé. Cette cavité anfractueuse, irrégulièrement arrondie, contient du tissu cellulaire sphacélé, des gaz, du pus et des liquides provenant de l'estomac. Ses parois sont constituées en arrière par l'aponévrose et les muscles, recouverts d'une membrane lardacée, tomenteuse, en avant par la paroi abdominale (peau et tissu cellulaire sous-cutané) plus ou moins amincie suivant la région et plus ou moins détruite par la suppuration et le processus gangréneux. A gauche, elle se termine par un long diverticule qui, contournant l'abdomen au-dessous des fausses côtes, vient aboutir sur la paroi latérale gauche. Ce diverticule phlegmoneux, irrégulier et anfractueux comme la poche principale, contient également du pus et des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. A droite, elle se continue par une cavité allongée de bas en haut, ayant la forme d'un canal irrégulier contenant aussi des liquides, des gaz, du tissu cellulaire et du pus et dont les parois sont formées également par l'aponévrose de la ligne blanche en arrière et en avant par la peau et le tissu cellulaire. Ce large trajet vient aboutir, dans sa partie supérieure, au-dessous de l'épigastre, à la paroi supérieure de l'estomac. Arrivés à ce niveau, malgré une soigneuse dissection, nous ne pouvons ne pas mettre à nu une perforation qui s'est produite aux dépens de la paroi antétieure de l'estomac et qui constitue l'orifice supérieur de la vaste cavité phlegmoneuse. La paroi abdominale est extrêmement mince à cet endroit. Le tissu cellulaire sous-cutané de la région, les bords de la perforation sont intimement unis l'un à l'autre par de la péritonite adhésive. — L'ulcération, qui siège à peu près à égale distance de la grande et de la petite courbure de l'estomac, plutôt un peu plus rapprochée de son bord inférieur, à peu près aussi à égale distance du cardia et du pylore, présente environ les dimensions d'une pièce de un franc. Elle est assez régulière, un peu elliptique à grand axe vertical. Extérieurement, elle est entourée d'une collerette de noyaux de dimensions variables, de couleur blanc grisâtre, ayant une consistance assez molle et dont la surface de section, plus blanche que la périphérie, donne un peu de liquide. De par l'examen de ses caractères macroscopiques, cette néoplasie semble bien se rapporter à du carcinome encéphaloïde. La couche musculaire paraît se confondre extérieurement avec la masse végétante qui entoure les bords de l'ulcère. Les noyaux cancéreux font saillie à l'intérieur de la cavité de l'estomac qui possède une capacité normale et ne contient point de liquides. La muqueuse est injectée, ramollie, de coloration rouge vineux, parsemée çà et là de taches ecchymotiques. Au niveau des végétations encéphaloïdes sur les bords de l'ulcère, elle est épaissie et fait une légère saillie. La région pylorique ne présente rien de particulier. Les ganglions situés entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique et ceux du grand épiploon paraissent intacts. L'intestin grêle; le gros intestin sont normaux. Rien du côté du foie si ce n'est dans la vésicule biliaire un calcul ayant à peu près les dimensions d'une amande. Aucune particularité à signaler dans les autres organes successivement passés en revue.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître la rareté de la perforation dans les cas de cancer, accident au contraire relativement fréquent au cours de l'ulcère simple. Sur 507 cas de cancer de l'estomac, dit Brinton, la perforation gastrique n'aurait été observée que 21 fois. Et quand une perforation de la paroi de l'estomac se produit, c'est le colon qui est le plus souvent intéressé. Il en résulte une fistule gastro-colique. Les fistules gastrocutanées, c'est-à-dire les fistules résultant de la perforation de la peau consécutive à celle de l'estomac après adhérences ayant empêché les accidents suraigus de péritonite généralisée, sont rares. Dans un mémoire publié en 1887 dans les *Archives générales de médecine*, à propos d'un cas remarquable de fistule gastro-cutanée consécutive à un cancer de l'estomac observé chez une jeune femme de 26 ans à Lariboisière dans le service de Duguet, Feulard donne le résultat des recherches qu'il a faites. Il cite un travail de Murchison paru en 1858, où cet auteur ayant réuni tous les cas connus de fistules gastrocutanées depuis trois siècles, trouva en totalité 25 cas de fistules gastro-cutanées sur lesquelles 6 seulement étaient imputables au cancer. Depuis le travail de Murchison quelques nouvelles observations ont été publiées et y compris les cas de ce dernier, Feulard arrive à un total de 14 observations dont il donne succinctement le résumé.

Récemment Achard vient de faire à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 juillet 1895) une importante communication intitulée : *Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique*. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1er août 1895.) Outre deux cas intéressants de fistules gastro-cutanées observés par cet auteur on trouvera dans son travail des indications bibliographiques fort complètes se rapportant à ce sujet (1). D'après Achard, dans tous les cas de phlegmon ombilical l'infection a pour point de départ la surface ulcérée du néoplasme. Les accidents se bornent tantôt à une infection de voisinage par propagation, tantôt à cette infection de voisinage s'ajoute une infection métastatique, telle que le transport de germes pyogènes dans les noyaux du cancer secondaire [Achard, *Cancer de l'estomac (forme pyohémique). Fistule ombilicale. Abcès cancéreux du foie* (*Médecine moderne*, 3 octobre 1894, p. 1233)].

« L'infection d'origine gastrique, dit Achard, est d'un

1. A ces indications il faut ajouter la thèse toute récente de Bréchoteau (6 févr. 1896) sur ces fistules gastro-cutanées.

mécanisme facile à concevoir. Les microbes abondent dans la cavité stomacale où l'absence habituelle d'acide chlorhydrique et la stase alimentaire qui résulte du siège ordinairement pylorique du néoplasme sont des conditions favorables à leur pullulation. L'ulcération néoplasique est pour ces microbes une voie de pénétration toute préparée. Enfin la cachexie cancéreuse et l'inanition leur rendent aisée la prise de possession des tissus. L'infection ainsi réalisée peut consister en accidents locaux de voisinage dont le plus rare peut-être est le phlegmon de la paroi même de l'estomac (gastrite phlegmoneuse) et dont le plus fréquent est la péritonite... La péritonite peut d'ailleurs se limiter; un foyer circonscrit, phlegmoneux ou gangréneux, peut se former au voisinage de l'estomac non perforé et ce foyer va consécutivement s'ouvrir soit à l'extérieur, soit dans l'estomac, soit dans ces deux directions à la fois en donnant lieu aux fistules gastro-cutanées. »

La lecture des observations permet de conclure que le foyer inflammatoire se trouve ordinairement dans la région épigastrique aux environs de l'ombilic. La fistule est ombilicale ou para-ombilicale et les lésions trouvées à l'autopsie donnent la raison de ce siège.

Cependant, dans notre cas, il n'en est pas de même et la fistule cutanée s'est produite sur un point bien éloigné de la région ombilicale. Bien que la perforation stomacale siégeât au niveau environ de la partie médiane de la paroi antérieure du viscère et que les adhérences à la peau fussent intimes à la région épigastrique, la région inflammatoire, celle où s'est produite la suppuration était reportée du côté gauche. La production de cette fistule s'établissant dans l'hypochondre gauche, au-dessous des fausses côtes, dans un point éloigné de celui où elle aurait dû se produire, n'était pas faite pour faciliter le diagnostic et faire penser à des accidents ayant une origine gastrique. Le diagnostic de la cause était d'autant plus difficile que les phénomènes de péritonite, douleurs, vomissements, se manifestèrent très rapidement sans avoir été précédés d'une période de troubles dyspeptiques, anorexie, vomissements noirs, melæna, teinte jaune paille, etc., tous symptômes qui, s'ils avaient été observés primitivement, auraient pu faire penser à des accidents consécutifs à un cancer de l'estomac.

La perforation de la paroi gastrique s'est effectuée insidieusement, précédée par de la péritonite adhésive. Le tissu cellulaire de la région enflammée et en imminence de suppuration a produit cette énorme induration de la paroi abdominale qui, lors de notre premier examen nous avait fait faire le diagnostic de néoplasme, diagnostic vague et erroné étant donné que l'induration que nous percevions était sous-cutanée et qu'elle était le début de ce phlegmon gangréneux avec perforation de la peau.

A noter la fétidité extrême du pus et des liquides qui s'écoulaient de la fistule cutanée. L'odeur en était franchement fécaloïde et cependant nous avons pu nous assurer de l'intégrité absolue de l'intestin, la cavité phlegmoneuse étant bien nettement limitée au tissu cellulaire de la région et séparée en arrière de l'intestin et du péritoine par les muscles de la paroi abdominale et l'aponévrose.

REVUE DES THÈSES

Marie (Auguste). — *Recherches sur la question du cancer.* N° 71.

Dans sa thèse M. Auguste Marie reprend la question si controversée et si difficile de la nature du cancer; est-ce une affection parasitaire ou bien doit on se rallier à la théorie histogénique?

L'auteur, avant d'exposer ses recherches personnelles, passe en revue successivement les preuves qui sont en faveur de l'une ou de l'autre théorie, puis ces théories elles-mêmes.

Plusieurs auteurs ont pensé que l'on pouvait tirer de l'étude clinique du cancer des preuves à l'appui de la théorie parasitaire.

Certains faits, bien observés, ont, en l'espèce, une réelle valeur; ce sont en particulier :

1° Des faits relatifs à la contagion du cancer;

2° Les formes de la carcinose aiguë.

Mais à côté de ces preuves cliniques il y a des preuves microscopiques.

C'est à l'année 1888 que remonte l'origine des premiers travaux sur les figures coccidiennes décrites dans les tumeurs, mais comme la tumeur en question était un *molluscum contagiosum* (*acné varioliforme*) nous n'insisterons pas sur l'observation de Neisser.

Après avoir rappelé les diverses formes de coccidies décrites par Darier, Wickham et Albarran, M. Marie en fait la critique, et conclut que ce ne sont pas des coccidiés que ces auteurs ont vues, ce sont simplement des figures appartenant aux différents modes de kératinisation des cellules et surtout au mode périphérique.

Mais on a décrit d'autres formes qu'il semble difficile d'interpréter comme des produits histologiques ou dégénératifs de la tumeur.

Thoma est le premier qui décrivit des formes vraiment intéressantes dans les épithéliomas. D'après la description de l'auteur, elles sont identiques à celles de Nils-Sjöbring, dont le mémoire parut un an plus tard, dans les *Fortschritte der Medizin* de 1890.

Les organismes que Sjöbring rencontra dans 6 épithéliomas de la mamelle, dans 1 cancer primitif du foie et dans un carcinome de la prostate, siégeaient sous forme de petits corpuscules dans la proximité du noyau de la cellule cancéreuse; ils étaient toujours isolés de la substance cellulaire environnante par une sorte de vésicule à contours fortement accusés, qui avait l'apparence d'une capsule incolore. Les pièces ayant été fixées par l'alcool absolu, qui favorise les rétractions du protoplasma, il pourrait se faire que ces sortes de vacuoles soient dues au fixatif employé lequel aurait produit un épaississement de la couche protoplasmique rétractée autour du corpuscule.

Le volume de ces sarcodes oscillait entre 2 et 15 μ; les plus petits se coloraient fortement. L'auteur faisait suivre leur description du développement hypothétique de ces parasites.

Foà de son côté a décrit des parasites dont la morphologie est constante.

Il s'agit toujours d'un petit corpuscule, punctiforme qui se trouve à l'intérieur d'une vacuole à contours très nets, et arrondie. La vacuole n'est jamais intranucléaire, mais située constamment au sein du protoplasma de la cellule dont elle repousse le noyau. La grandeur des vacuoles est très variable, ainsi que leur nombre dans la même cellule qui peut en contenir depuis une jusqu'à une douzaine et plus.

M. Marie expose ensuite ses recherches personnelles et donne le détail de la technique qu'il a employée. Il divise en 3 catégories les formes qu'il a rencontrées et les décrit ainsi : 1° Celle que j'ai observée le plus fréquemment, consiste en une ou plusieurs vacuoles intraprotoplasmiques, contenant chacune un ou plusieurs corpuscules arrondis ou falciformes.

La vacuole est située sur un point très variable de la masse protoplasmique cellulaire ; tantôt au centre de la cellule, tantôt accolée à la paroi, elle repousse le noyau à l'autre pôle de la cellule, ou, d'autres fois, se trouve rapprochée de lui, logée, dans une sorte de concavité que forme le noyau.

Ce dernier revêt alors la forme d'un croissant qui peut entourer parfois, presque complètement, le corps parasitaire, de telle sorte que ce dernier semble être intranucléaire.

Cette forme en croissant du noyau se rencontre surtout lorsque le protoplasma loge plusieurs vacuoles.

2° La deuxième forme que j'ai rencontrée consiste en des corpuscules arrondis ou falciformes, libres dans l'intérieur du protoplasma de la cellule habitée par le parasite.

Tantôt on trouve à côté d'eux la vacuole déshabitée, tantôt on ne la voit pas.

Quelquefois même on assiste à la migration des corpuscules en dehors de la vacuole.

3° Enfin on observe fréquemment des formes qui font penser soit à une division de la vacuole ou du corpuscule seul, soit à une communication de plusieurs vacuoles entre elles.

Mais ces formes cellulaires que sont-elles à proprement parler?

Trois hypothèses se trouvent en présence ;

1° Il s'agit d'un élément normal ou dégénéré du tissu en question, inclus dans une cellule cancéreuse.

2° C'est un produit de dégénérescence ou de mitose d'un des éléments de ladite cellule : protoplasma, noyau.

3° C'est un parasite.

Après avoir rappelé les théories de ceux qui soutiennent chacune des hypothèses, l'auteur conclut :

1° Il ne s'agit pas de cellules migratrices, ni d'hématies incluses dans les cellules épithéliales;

2° La dégénérescence muqueuse n'explique pas tous les faits; elle n'explique pas notamment que les corps falciformes conservent toujours leur aspect d'une cellule complète, qu'ils soient contenus dans l'intérieur de la vacuole, ou qu'ils en soient sortis, c'est-à-dire qu'ils restent toujours constitués par une zone de protoplasma munie au centre d'un noyau.

La dégénérescence muqueuse et vacuolaire existe incontestablement dans les épithéliomas : le parasite lui-même les crée au sein des cellules, puisqu'il s'enkyste dans une vacuole protoplasmique.

Viennent ensuite les faits expérimentaux. L'auteur les récapitule très complètement, et fait remarquer que :

1° La greffe au porteur semble réussir, et a réussi dans certaines conditions qu'il reste à déterminer.

2° Des inoculations se sont montrées positives sur des animaux de la même espèce (Hanau, Morau, von Eiselsberg, etc.).

3° Les fragments de cancer se sont toujours résorbés quand on a essayé de les implanter sur des animaux d'espèce différente.

Après avoir exposé les faits, M. Marie rappelle les diverses théories et les discute. La théorie de Cohnheim lui paraît insoutenable actuellement en tant que théorie, car elle n'explique pas la genèse des néoplasmes; d'ailleurs elle n'est pas vérifiée par l'expérimentation.

Quant à la théorie de M. Bard, en soi, elle ne signifie pas grand'chose; et on peut dire que toutes les théories absolues touchant cette question de la spécificité cellulaire sont également fausses. Il est tout aussi contraire, dit Delage, aux données de la plus simple observation d'affirmer que toute cellule contient en puissance l'être entier que de nier que beaucoup de cellules aient une grande élasticité dans leurs aptitudes évolutives.

Mais quoi qu'il en soit, ni la théorie de Cohnheim, ni celle de Bard ne donnent la raison du développement du cancer. En admettant que les germes embryonnaires de Cohnheim passent de la rêverie dans la réalité, nous ignorons comme devant, quel est le *stimulus*, le *primum movens* qui poussera les cellules à cette reproduction pervertie et sans limites.

Enfin, les théories discutés, l'auteur conclut de la façon suivante :

1° La théorie de Cohnheim est en désaccord avec des faits expérimentaux ; d'ailleurs elle n'expliquerait pas la cause directe de la prolifération cellulaire qui caractérise les néoplasmes et en particulier les cancers.

2° La seule théorie qui satisfasse l'esprit est la théorie parasitaire. Elle s'appuie sur :

a) Des faits d'observation clinique;

b) Des constatations de figures endocellulaires dont on ne peut donner l'explication qu'en invoquant l'hypothèse de parasites, probablement de la classe des sporozoaires;

c) Quelques expériences de greffe cancéreuse positives.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Modifications des cellules nerveuses consécutives à la section des racines rachidiennes (The biological and morphological of ganglionic cells as influenced by section of the spinal nerve roots on spinals nerves. To wich is appended some Remarks on localisation), par Onufrowicz (*Journ. of ment. and nerv. dis.*, 1895, t. XXII).—L'auteur résume de la façon suivante les résultats de ses expériences : 1° La section d'un nerf mixte ou des racines postérieures et antérieures est toujours suivie de modifications régressives des celluleses nerveuses qui se trouvent en rapport avec les fibres du nerf ou des racines. 2° — *a*. Ces modifications peuvent se produire graduellement et consistent dans une atrophie lente de toutes les parties de la cellule, caractérisée par la solidification du contenu cellulaire, ce qui augmente l'affinité du protoplasma pour certaines couleurs d'aniline ; *b*. si ces lésions sont constituées rapidement, on assiste alors à la tuméfaction et à la transformation homogène de la cellule. Cette transformation commence dans une portion circonscrite du corps cellulaire et envahit ensuite la périphérie de la cellule, ses prolongements et son noyau. Elle peut aboutir à la liquéfaction et à la résorption finale de la cellule, ou bien peut s'arrêter à un stade moins avancé. Dans les pièces traitées par la méthode de Marchi la transformation homogène est indiquée par la tuméfaction et la différenciation de toutes les parties de la cellule. 3° Ces modifications régressives dépendent : *a*. de la distance qui sépare le siège de la section du corps de la cellule; *b*. de la nature de la cellule ou plus vraisemblablement, de ses connexions avec les fibres coupées. Ainsi la section des racines antérieures, par conséquent au voisinage de la cellule nerveuse, est suivie, dans la cellule, de modifications aiguës, c'est-à-dire d'une transformation homogène. La section des fibres motrices, à une grande distance de la cellule, provoque des lésions régressives, c'est-à-dire une atrophie graduelle de la cellule. Il y a une exception cependant pour les cellules de la colonne de Clarke, les petites cellules situées à la base de la corne postérieure, et pour celles de la corne latérale qui réagissent toujours, indépendamment du siège de la section, par l'atrophie progressive, ce qui s'explique par les connexions de ces espèces de cellules, lesquelles affectent des rapports moins intimes avec les nerfs périphériques. Les petites cellules situées à la base de la corne postérieure sont en rapport, en partie, avec la racine postérieure du même côté, en partie, avec la racine postérieure du côté opposé. Les cellules de la colonne de Clarke sont en rapport avec la racine postérieure du même côté et du côté opposé. Les cellules de la zone médiane et les petites cellules de la corne latérale subissent une atrophie après la section des nerfs périphériques ou de leurs racines, mais l'auteur n'a pu savoir avec quelles racines elles affectent des rapports. Les muscles du dos sont innervés par les groupes médian et antérieur de la corne antérieure, ce qui confirme l'opinion de Kaiser et Collins.

L'auteur, qui a pratiqué un grand nombre de sections nerveuses chez le chat, accompagne son texte de nombreuses figures.

Goître exophthalmique et tremblement héréditaire par Bouchaud (*Journal des sciences médicales* de Lille, 7 décembre 1895, p. 49). — Malade âgée de 35 ans, se plaignant de battements de cœur violents et pénibles qui datent de l'enfance et devenus si intenses vers l'âge de 17 ans, qu'ils gênaient la marche. Actuellement le pouls est régulier avec 120 pulsations à la minute. Il existe en outre une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde, et qui, d'après la malade, serait survenue en même temps que les palpitations. Les yeux paraissent absolument normaux. Les mains sont le siège d'un tremblement qui cesse quand elles reposent à plat sur le genou ou sur une table. Il est surtout marqué quand les membres supérieurs sont dans l'attitude du serment; il date aussi de l'enfance et n'a jamais disparu. L'écriture est tremblée. Pas de tremblement des paupières ni de la langue. En dehors d'un léger rétrécissement du champ visuel pour le vert, la malade ne présente aucun stigmate hystérique. On trouve par conséquent chez elle la tachycardie, le goître et le

tremblement, symptômes caractéristiques du goitre exophthalmique. Cependant le tremblement, dans cette maladie, diffère notablement de celui que présente la malade. Il n'est pas généralisé, comme dans cette dernière maladie. Il n'y a pas de trépidation. Il est donc permis de se demander, d'après l'auteur, si le tremblement ne serait pas le symptôme d'une autre affection. Il conclut qu'il s'agit ici d'un tremblement héréditaire, attendu qu'une sœur de la malade présente le même tremblement et associé dans le cas actuel à la maladie de Basedow. Cette association paraît fort rare et l'auteur n'a retrouvé qu'un seul cas du même genre.

Étude de l'aphasie chez les polyglottes, par Pitres (*Revue de médecine*, 10 novembre 1895). — L'auteur rapporte 7 observations d'aphasie chez des individus connaissant plusieurs langues. Les six premières, absolument démonstratives au point de vue de la dissociation de l'aphasie chez les polyglottes, ne présentent pas autant d'intérêt que la dernière dont voici le résumé :

Il s'agit d'un homme de 35 ans connaissant le français, le patois gascon, l'anglais, l'espagnol, l'arabe et l'italien. Ictus apoplectique suivi d'hémiplégie droite et d'aphasie complète pour toutes ces langues. Deux mois après, retour progressif de la compréhension d'abord; puis de l'articulation du français, sa langue maternelle. Quatre mois plus tard, le malade récupère brusquement la compréhension du patois, mais reste encore incapable de comprendre et de parler l'anglais, l'espagnol, l'arabe et l'italien. Dans le courant des trois mois qui s'écoulèrent ensuite, il recommence à comprendre d'abord quelques mots isolés, puis quelques phrases usuelles, puis enfin la plupart des formules de conversation courante en italien et en espagnol. Il arrive même à parler un peu ces deux langues. Les progrès faits en anglais restent plus lents et plus tardifs. L'arabe lui demeure toujours étranger, comme s'il ne l'avait jamais appris.

Quant au mécanisme de la rétrocession systématique des phénomènes aphasiques, M. Pitres admet l'explication suivante :

1° Lorsqu'un sujet polyglotte devient aphasique, il ne perd pas nécessairement et à un égal degré et pour un même temps l'usage de toutes les langues qu'il connaissait auparavant. Le plus souvent, après avoir été générale au début, l'aphasie se dissipe progressivement. Le malade commence d'abord à comprendre, ensuite à parler la langue qui lui était la plus familière; ultérieurement il arrive à comprendre puis à parler les autres langues qu'il possédait.

2° Ce retour systématique des langues se produit dans les cas où les centres du langage, ébranlés mais non détruits par les lésions cérébrales qui ont provoqué l'aphasie, reprennent progressivement, après l'avoir perdue pendant un certain temps, leur activité fonctionnelle.

3° L'inertie temporaire des centres corticaux du langage rend assez bien compte de la sériation des phénomènes observés chez les aphasiques polyglottes pour qu'il ne soit pas nécessaire d'invoquer l'existence absolument hypothétiques des centres nouveaux spécialement affectés à chacune des langues successivement apprise par ces sujets.

MÉDECINE

Réflexions et observations pour servir à l'histoire du mal de Bright sans albuminurie; valeur étiologique du symptôme albuminurie, par G. Marion (*Archives générales de médecine*, mars 1895, p. 257). — L'albuminurie n'a qu'une valeur secondaire, elle peut exister chez des gens bien portants, être très abondante chez des brightiques peu malades, manquer dans l'urémie. Au point de vue du pronostic, on doit se fixer bien plus sur l'existence des grands et des petits signes du mal de Bright que sur la quantité d'albumine émise.

Coliques de plomb (Blutdruckbestimmungen bei Bleikolik), par Borgen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LVI, p. 248). — D'après l'auteur, qui a étudié la pression sanguine dans 19 cas de coliques de plomb, les troubles circulatoires qui les caractérisent seraient tellement typiques qu'il pourrait servir à distinguer dans les coliques de plomb quatre stades différents :

1° Stade d'augmentation de la pression sanguine. Ce stade dure soit plusieurs jours, pendant lesquels on observe des rémissions et des exacerbations, soit seulement 12 heures.

2° Stade de pression élevée. La pression sanguine reste élevée pendant les rémissions ou les exacerbations. Ce stade, qui dure de 1 à 4 jours, forme avec le précédent la période des coliques.

3° Stade d'abaissement de la pression sanguine. Pendant la douleur, les autres symptômes morbides disparaissent rapidement; les selles se régularisent, l'appétit revient. La pression sanguine descend progressivement pour arriver à la normale au bout de 2 à 4 jours.

4° Stade de pression sanguine au-dessous de la normale. C'est le stade qui correspond à la convalescence proprement dite et pendant lequel la pression sanguine, après être descendue au-dessous de la normale, remonte à son point de départ.

L'auteur n'a pas constaté l'existence d'un rapport entre la tension vasculaire et les accès de coliques. Ainsi, pendant les coliques, le pouls restait quelquefois normal; dans d'autres cas, la tension de la radiale paraissait très grande pendant les rémissions ou durant les époques d'accalmie.

Électrisation de l'estomac (Ueber den Einfluss der Elektricität auf den gesunden und kranken menschlichen Magen), par Goldschmidt (*Deut. Arch. f. klin Med.*, 1895, vol. LVI, p. 295). — L'auteur a pu constater que chez l'homme bien portant la faradisation ou la galvanisation directes de l'estomac exercent une action à peine accusée et encore inconstante sur la motilité de l'organe, et une action nulle sur les sécrétions. Par contre, l'électrisation directe réussit fort bien non seulement dans les affections nerveuses de l'estomac, mais encore dans les gastropathies organiques. La faradisation agit dans ces cas à peu près de la même façon que la galvanisation, toutefois la faradisation réussit mieux dans les troubles fonctionnels et la galvanisation dans les affections douloureuses de l'estomac.

Le mode d'action de l'endofaradisation ou de l'endogalvanisation de l'estomac est encore inconnu.

Leucocytose dans les processus tuberculeux (Zur Frage der Leucocytose bei tuberculösen Processen), par Stein et Erdmann (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LVI, p. 323). — Ce travail, basé sur l'étude hématologique de 40 cas, aboutit aux conclusions suivantes ;

1° Le nombre de leucocytes reste normal au début de la tuberculose pulmonaire ;

2° Dans la tuberculose avancée, qui reste localisée aux sommets ou qui, dans sa propagation, n'aboutit pas à la formation de cavernes, le nombre de leucocytes reste normal;

3° En cas d'hémoptysie, on observe le plus souvent une légère augmentation du nombre de leucocytose, laquelle hyperleucocytose modérée disparaît quand l'hémoptysie s'arrête;

4° Dans la tuberculose pulmonaire se manifestant par une infiltration avec destruction peu accusée ou sans destruction du parenchyme, le nombre de leucocytes reste normal;

5° Le nombre de leucocytes augmente : *a*) dans la tuberculose avec formation de cavernes; *b*) dans les suppurations chroniques consécutives aux processus de carie; *c*) dans les processus inflammatoires exsudatifs; *d*) dans l'hyperplasie des ganglions lymphatiques sans destruction étendue.

D'après les auteurs, ces faits comportent un enseignement pratique. C'est ainsi que chez un tuberculeux ne présentant pas de suppuration chronique ni de processus exsudatif, l'augmentation constante du nombre de leucocytes permet d'affirmer l'existence d'un processus ulcéreux, la formation prochaine de cavernes.

La tuméfaction de la rate dans la cirrhose du foie (Die Milzschwellung bei Lebercirrhose), par Oestreich (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. CXLII, fasc. 2, p. 285). L'auteur a réuni dans son travail 8 cas de cirrhose du foie à différentes périodes de son évolution, depuis le stade initial jusqu'à la cirrhose atrophique avec ascite. Dans tous ces cas, la rate était hypertrophiée et formait une tumeur tantôt mollasse, tantôt indurée.

En s'appuyant sur ces observations et plusieurs autres trou-

vées dans la littérature, il soutient que la compression de la veine porte par le parenchyme hépatique induré exerce sur les racines de la veine porte, et principalement sur la veine splénique une action moins manifeste qu'on ne l'admet ordinairement. Pour lui, la tuméfaction de la rate n'est en aucun rapport avec les phénomènes qui se passent du côté du foie et est due à un processus autonome d'irritation. Au début de la cirrhose, on observe simplement une prolifération de la pulpe splénique, une prolifération cellulaire, qui ultérieurement persiste ou subit la transformation indurative aboutissant quelquefois à l'atrophie de la rate.

CHIRURGIE

Traitement opératoire de la para- et de la périmétrite (Die operative Behandlung des para- und perimetritischen Exsudate), par Buschbeck et Ettinger (*Arch. f. Gynäkol*, 1895, vol. L, p. 322). — Les lignes du traitement que préconisent les auteurs sont déduites de 35 cas observés ou opérés à la clinique gynécologique de Dresde.

D'après les auteurs, à la période aiguë le traitement doit se limiter au repos, à l'administration de l'opium et à l'application locale de glace. Mais si au bout de quelques semaines de ce traitement la fièvre persiste et l'exsudat au lieu de se résorber, reste en place et se transforme en une masse pâteuse formant tumeur, il faut opérer. La voie à suivre sera donné par le point où la tumeur sera saillie et fluctuante. On interviendra par conséquent soit par le vagin, soit par voie transpéritonéale ou extrapéritonéale à travers une incision faite à la paroi abdominale antérieure. Cette intervention, suivie ou non d'ablation de l'utérus et des annexes, amène souvent la guérison, toujours une amélioration.

Céphalhydrocèle traumatique (Ueber Cephalhydrocele traumatica), par De Quervain (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LI, p. 459). — L'auteur revient sur la question de la céphalhydrocèle ou de la méningocèle traumatique à l'occasion de trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer chez des enfants au dessous de 3 ans. Son étude est basée sur ces 3 cas ainsi que sur la revue de travaux oubliés sur cette question.

Pour l'auteur la céphalhydrocèle traumatique exige pour sa production deux conditions : 1° l'absence d'une réunion ou une réunion défectueuse d'une fracture du crâne avec conservation de l'intégrité de la peau sus-jacente ; 2° la déchirure des méninges (qui fait défaut dans quelques cas) avec traumatisme du cerveau et ouverture des ventricules latéraux soit au moment même du traumatisme, soit ultérieurement par un processus traumatique.

La réunion défectueuse ou l'absence de réunion de la fracture tient soit à l'écartement des bords, soit à l'interposition des parties molles, soit à l'état pathologique du tissu osseux (rachitisme, syphilis, crétinisme, etc.).

Chez les enfants bien portants la perte de substance osseuse reste stationnaire ou s'élargit sous l'influence de la pression du cerveau en voie d'accroissement; les bords s'atrophient et s'effacent et la perte de substance finit par se combler, avec le temps, par une membrane plus ou moins résistante. Chez les rachitiques, par contre, la perte de substance s'agrandit même sans le concours des conditions mécaniques, et est comblée par la dure-mère.

La guérison spontanée est possible et demande pour sa réalisation une diminution dans la production du liquide céphalo-rachidien, une rétraction avec renforcement de l'aponévrose cranienne, l'oblitération de l'orifice de communication avec les ventricules.

Le traitement dans les cas récents doit consister à relever et à suturer les bords de la fracture. S'il existe une tendance à la guérison spontanée, on la favorisera par l'application d'une pelote. Dans les cas stationnaires ou ayant une tendance à augmenter, on pourra avoir recours au port d'une pelote, aux injections de teinture d'iode, au drainage des ventricules dans les cas compliqués d'épilepsie et, chez les rachitiques, aux opérations ostéo-plastiques.

MÉDECINE PRATIQUE

Des injections de sublimé corrosif dans les cystites tuberculeuses.

D'après M. Verhoogen (1).

L'emploi des injections intravésicales de sublimé corrosif dans les cystites tuberculeuses, préconisé par Guyon, il y a quelques années, a réalisé un grand progrès dans le traitement de cette affection, jadis considérée comme à peu près incurable. Si les guérisons sont restées malgré tout assez rares, on peut cependant, chez un grand nombre de malades, obtenir une amélioration notable, voire même une disparition complète des symptômes les plus pénibles.

Mais, pour arriver à ce résultat d'une façon presque certaine, dans bon nombre de cas, il importe d'observer certaines conditions indispensables sans lesquelles, loin d'obtenir une amélioration, on risque d'aggraver encore les douleurs et de rendre le traitement insupportable. Il faut, notamment, bien connaître la dose à employer, la quantité de liquide à injecter et la manière dont l'injection devra être faite.

La dose doit toujours être très faible, surtout au début ; elle varie assez notablement suivant les malades. On commencera, par exemple, par une solution de 1/10000 ; cette dose est généralement bien tolérée et ne provoque qu'une faible réaction : un peu de brûlure dans la région vésicale et une douleur très légère à la première miction qui suit l'injection. Après quelques injections, cette douleur disparaît. On augmente alors progressivement et l'on emploie dans les mêmes conditions 1/9000, puis 1/8000, etc. Il est rare que l'on puisse dépasser 1/4000. Il faut, en outre, bien spécifier, en faisant l'ordonnance, que la dissolution du sublimé dans l'eau doit être faite par le pharmacien sans addition d'alcool. La présence d'alcool, même en très minime quantité, rend, en effet, l'injection extrêmement douloureuse et provoque, dans la vessie, les effets les plus désastreux.

La quantité à injecter ne doit pas dépasser 5 ou 6 grammes. Parfois même, quand la cystite est très intense, la vessie est absolument intolérante, et ne supporte pas plus de 1 ou 2 grammes de liquide. Il ne faut jamais chercher à dépasser la quantité qui peut être aisément tolérée. A mesure que l'amélioration se produit, la capacité de la vessie augmente, et l'on pourra injecter davantage, sans cependant aller au delà de 5 ou 6 grammes.

L'injection se fait le mieux au moyen d'une sonde de Nélaton, très mince (n° 10 ou 12 de la fil. de Charr.). Cette sonde est poussée doucement jusque dans la vessie ; on laisse écouler l'urine et le pus que contient l'organe, puis on injecte la quantité fixée de solution de sublimé, et on retire aussitôt la sonde en ayant soin que le médicament n'arrive pas au contact de l'urèthre postérieur, lequel y est extrêmement sensible.

Le malade doit ensuite conserver son injection le plus longtemps possible, au minimum 10 à 15 minutes. L'injection se fera tous les jours ou tous les deux jours, et le malade restera ensuite au repos afin de ne pas être poussé à uriner tout de suite après.

Si le traitement est douloureux, il faudra diminuer les doses, ou espacer davantage les injections.

On obtient ainsi généralement les meilleurs résultats à condition, bien entendu, d'employer en même temps le traitement général de la tuberculose, de tonifier l'organisme et de le mettre dans des conditions d'hygiène convenable. Il n'est pas rare de voir même disparaître complètement les symptômes si pénibles de la cystite. Chez deux malades, notamment, que M. Verhoogen a pu suivre depuis plusieurs années, la miction est devenue normale, n'est plus du tout douloureuse, et les urines sont parfaitement limpides, sans aucune trace de pus. Cet état persiste chez l'un d'eux depuis quatre ans, chez l'autre depuis deux ans, et rien ne fait supposer qu'une récidive soit à craindre, bien que des manifestations tuberculeuses se soient, chez le dernier, montrées depuis dans d'autres organes.

Ch. B.

1. *La Polyclinique de Bruxelles*, 1896, n°1.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'administration et le corps médical.

De plus fort en plus fort! Nous avons déjà signalé bien des actes édifiants; celui que nous enregistrons aujourd'hui est encore plus suggestif. Un médecin des plus honorables, le Dr Berthelot, licencé ès sciences, exerce la médecine dans une petite localité du département de Loir-et-Cher. Il y est depuis 10 ans médecin des enfants assistés. Son service n'a jamais donné lieu à aucune plainte. Ses confrères sont unanimes à louer sa probité et son savoir professionnels. Ses clients lui sont dévoués. Sa situation semble à l'abri de toute atteinte. Survient un dissentiment relatif à des honoraires qui lui sont dus pour ses fonctions officielles. Le conseil municipal de la commune de Verdes refuse de régler la note du Dr Berthelot. Fort de son droit celui-ci assigne le conseil municipal devant les juges compétents. Il obtient guère de cause.

Que font les conseillers municipaux? Ils vont chercher un jeune médecin sans clientèle, l'installent en face de son confrère et, pour le faire réussir, commencent contre le Dr Berthelot la plus odieuse compagne. On barbouille de cirage sa plaque et ses volets. On placarde contre lui des affiches injurieuses. On calomne sa famille. Un boulanger, un tonnelier, un ancien concierge, chefs du mouvement, s'efforcent de détourner les clients du Dr Berthelot pour les adresser au *médecin de la vengeance* (*sic*). Ils n'y réussissent point. Ils s'avisent dès lors de faire voter par le conseil municipal une délibération qui, calomniant indignement le Dr Berthelot, aurait pour résultat de lui faire retirer ses fonctions de médecin des indigents et d'inspecteur des enfants en bas âge. Le préfet auquel cette délibération est soumise n'hésite pas à l'annuler. Il refuse d'obtempérer aux désirs de la municipalité. Il affirme qu'aucun reproche ne peut être adressé au Dr Berthelot.

Le conseil municipal démissionne, se fait réélire, obtient l'appui de quelques sénateurs et députés du département et grâce à ceux-ci oblige le préfet à céder.

Celui-ci ne se résigne pas cependant à révoquer purement et simplement un honnête homme qui n'a eu d'autre tort que de défendre ses droits. Il lui écrit une lettre l'informant de la mesure « *qu'il prend avec peine* » *et le remerciant bien vivement de tout le dévouement qu'il a apporté dans son service*.

Bien plus, sollicité par M. le sénateur Dufay, président de l'Association de Loir-et-Cher, de revenir sur sa décision, le préfet lui répond dans les termes suivants : « Le conseil municipal m'avait demandé de retirer au Dr Berthelot qui s'en acquittait parfaitement le service dont il était chargé. J'ai refusé. Le conseil a donné sa démission. Il a été réélu. J'ai dû céder pour faire cesser un état de choses qui rendait l'administration impossible, d'autant plus que tous les représentants du département excepté vous, appuyaient les exigences du Conseil municipal.

« Cependant je n'ai cédé qu'à moitié puisque j'ai partagé le service alors que l'on voulait le retirer tout entier à M. Berthelot.

— Mais, demandai-je (dit M. Dufay), quel motif invoquait le conseil à l'appui de ses plaintes?

— Le motif? Il résulte des plaintes de la population. *M. Berthelot faisait trop bien son service en se montrant sévère vis-à-vis des nourrices qui s'acquittaient mal du leur.* »

Ces paroles, textuellement reproduites d'après la lettre de M. le sénateur Dufay se passent de commentaires. Elles montrent tout à la fois combien est difficile l'administration dans un pays où les sénateurs et les députés deviennent des tyranneaux, esclaves eux-mêmes des volontés exprimées par leurs électeurs et combien il importe aux médecins de s'unir pour la défense de leurs intérêts.

Dans l'affaire de Verdes, comme dans celle de Montreuil, comme dans toutes celles que nous avons citées, il s'est trouvé un médecin qui, peu soucieux des sentiments de dignité et de solidarité professionnelle, a lutté, d'accord avec les ennemis du corps médical, pour usurper la place d'un de ses confrères. Si les associations et les syndicats s'entendaient pour frapper d'exclusion et pour flétrir les médecins dont la conduite est répréhensible, l'isolement de ceux-ci rendrait bientôt leur situation intolérable. Mais il est rare que l'on ait le courage d'agir de la sorte.

Que reste-t-il donc à faire? Dans le cas du Dr Berthelot un recours adressé au Ministre de l'intérieur aurait, nous le savons, peu de chance d'aboutir.

Pour éviter le retour de semblables dénis de justice, il importe donc que l'on hâte le vote d'une loi qui organise la médecine publique et institue des délégués provinciaux chargés, comme le sont dans l'Université les inspecteurs d'académie, de nommer les médecins investis de fonctions officielles. Alors peut-être parviendrait-on à atténuer les dangers que crée l'influence des politiciens dans les questions où l'honnêteté et la compétence devraient être considérées comme des titres supérieures à la bassesse et à l'intrigue. L. L.

Association générale des médecins de France.

La *Société centrale* a tenu le 2 février son Assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Bucquoy. La question de l'élévation du taux de la cotisation qui est soumise à l'examen de toutes les Sociétés adhérentes à l'Association générale donnait cette année une importance exceptionnelle à cette réunion; c'est ce qu'avaient compris les nombreux membres de la Société qui ont répondu à la convocation du bureau.

Après une allocution du président, les comptes rendus annuels du secrétaire et du trésorier, l'Assemblée a entendu la lecture d'un très intéressant rapport de M. Créquy, concluant qu'il y avait lieu de porter la cotisation annuelle de 12 à 20 francs. Le rapporteur a montré a l'augmentatiou de ressources résultant de cette mesure permettait d'étendre l'action de l'Association, de multiplier ses bienfaits, en particulier de secourir plus largement les veuves et les orphelins des sociétaires. Discutant une objection souvent reproduite contre l'Association, à laquelle on a reproché de distribuer des secours, de se baser sur la charité et non sur le droit, il l'a très judicieusement comparée à une assurance contre l'incendie : dans ce dernier cas, le droit à l'indemnité résulte d'un sinistre mais, si ce sinistre ne se produit pas, l'assuré ne peut exiger aucune indemnité de son assureur; de même, dans l'Association des médecins de France, le droit à l'indemnité résulte d'un sinistre, lequel est l'état de détresse et la perte des ressources qui permettaient au sociétaire, à sa veuve, à ses enfants de vivre; si ce sinistre ne se produit pas; si le sociétaire est à l'abri du besoin, s'il laisse sa femme et ses enfants à l'abri du besoin, le droit à l'indemnité n'est pas constitué.

M. Bucquoy a exposé ensuite les grandes lignes du

projet de création d'une caisse des veuves et des orphelins, présenté par M. Lereboullet au Conseil général, qui sera soumis au vote de l'Assemblée générale de l'Association au mois d'avril prochain. L'existence de cette caisse pourra être assurée grâce à l'élévation du taux de la cotisation.

L'Assemblée, à la presque unanimité, a adopté les conclusions du rapport de M. Créquy et a décidé que, à partir du 1er janvier 1897, le minimum de la cotisation serait porté à 20 francs.

La Société centrale a montré, par ce vote, qu'elle entendait suivre le conseil général de l'Association dans la voie de progrès où il s'était résolument engagé.

Sur la proposition de quelques membres, elle a résolu de mettre à l'étude une proposition permettant de racheter la cotisation annuelle par une somme une fois versée.

Au cours de la séance, elle a confirmé la nomination de M. le Dr Blache aux fonctions de trésorier, qu'il remplissait, par délégation provisoire, depuis la mort du Dr Brun, et a nommé vice-secrécaire M. le Dr Smester, en remplacement de M. le Dr Emile Piogey.

Enfin l'Assemblée a ratifié l'admission de 43 nouveaux membres, déjà prononcée à titre provisoire par la Commission administrative.

VARIÉTÉS

Les étudiants en médecine. — L'attention du Ministre de l'instruction publique a été appelée sur les inconvénients qui résultent de l'application des dispositions de l'article 23 du décret du 30 juillet 1883, qui détermine la procédure à suivre, en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants voulant passer d'une Faculté ou école dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions précédemment prises et celui des examens déjà subis.

Dans le but de remédier à ces inconvénients, particulièrement graves lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers, M. Combes, après avoir pris l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, vient de décider d'adopter les mesures suivantes :

Les demandes de transfert *en vue d'une nouvelle année scolaire* devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

D'autre part, les demandes de transfert *formées au cours de l'année scolaire* seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou école que l'étudiant veut quitter, celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris. Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à la demande il en serait référé au ministre de l'instruction publique.

Faculté de Montpellier. — M. Estor, agrégé des Facultés de médecine, a été nommé professeur de médecine, opératoire à cette Faculté.

Les facéties de l'Administration. — Au tirage au sort des conscrits du canton de Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or), la demoiselle Marthe-Marie Grandvaux, enregistrée à l'état-civil lors de sa naissance sous le nom de Charles Grandvaux, a dû, comme garçon, tirer au sort, et a amené le n° 77. Or on annonce gravement que si la protestation avait été faite en temps utile, l'erreur aurait été rectifiée, mais que le tirage au sort ayant eu lieu, Mlle Grandvaux ne pourra pas éviter la formalité du conseil de revision. Ce sera drôle, surtout pour les jeunes conscrits du même canton.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le Dr G.-Charles Pasquier, président de la Société des médecins de l'Eure, décédé à l'âge de 50 ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de M. Albert Robin. Paris, Rueff et Cie.

Les ouvrages didactiques ne se font plus guère aujourd'hui qu'avec le concours de plusieurs collaborateurs ; de tous côtés paraissent des traités et des manuels de médecine, de clinique, de chirurgie, d'anatomie, composés suivant cette méthode. C'est elle également qu'a suivie M. A. Robin en prenant la direction du *Traité de thérapeutique appliquée*. Cet ouvrage qui formera 14 fascicules, dont 3 ont déjà paru, représente en son état actuel le tableau du traitement qui convient à chaque maladie en particulier.

Substituer à la thérapeutique symptomatique une thérapeutique pathogénique, dans la mesure toutefois où l'application de ce traitement rationnel et vraiment scientifique est justifiée par l'expérience et compatible avec les nécessités de la pratique : tel est l'esprit de cette publication. Par conséquent les discussions théoriques ont été écartées à dessein, de manière à faire prédominer le point de vue pratique et à fournir au médecin une sorte de consultation, écrite sur chaque maladie par des auteurs spécialement compétents. Mais pour donner plus de cohésion à l'ouvrage, les divers chapitres sont classés par groupes de maladies, et à propos de chacun de ces groupes sont développées quelques considérations générales de pathologie et de thérapeutique qui marquent et précisent les grandes divisions du traité.

Le 1er fascicule est consacré aux *maladies de la nutrition*. C'est M. Arnozan qui a développé les considérations générales relatives à ces affections. M. Lanceraux a traité l'*herpétisme*, M. Rendu la *goutte*, M. Josias le *lymphatisme* et la *scrofule*, M. A. Robin le *diabète* (article où de grands développements sont donnés à la médication alternante de l'auteur), les *phosphoturies*, les états morbides nommés par lui *albuminuries phosphoturiques* et les *azoturies*. On y trouve encore le traitement de l'*obésité* et de la *maigreur* par M. Mathieu, celui du *rachitisme* par M. H. Martin, celui de l'*ostéomalacie* et des *ostéopathies* par M. Brousse, enfin les *troubles de croissance*, par M. Springer.

Le 2e fascicule comprend les *maladies des reins* dont M. Brault a écrit le chapitre général et celui des *néphrites*. Le *régime des albuminuriques* y est étudié avec de grands détails par M. J. Teissier qui donne à ce propos une classification et un résumé intéressant des albuminuries intermittentes cycliques et acycliques ; le *traitement hydrominéral des albuminuries* fait l'objet d'un article spécial de M. A. Robin. M. Ducamp traite de l'*hématurie*, de l'*anurie* et de la *polyurie*, M. Dreyfus-Brisac de la *lithiase rénale*, M. S. Audry des *dégénérescences* et de la *tuberculose du rein*, M. Chandelux du *cancer rénal*, M. J. Renaut de l'*urémie*, M. Mathieu du *rein mobile*, M. A. Robin de la *congestion rénale*, des *pyélites*, de l'*hémoglobinurie* et de la *lipurie*, de la *chylurie* (en collaboration avec M. P. Londe).

Dans le 3e fascicule se trouvent les maladies des *organes lymphoïdes* (*goitre* par M. Galliard, *goître exophthalmique* par MM. Joffroy et Achard, *myxœdème* par M. Sarda, *lymphadémie* par M. G. Lemoine, *maladie d'Addison* par M. Brousse), et les *intoxications*. Ces dernières sont relativement très développées. M. J. Teissier, outre le chapitre de généralités, y étudie *les intoxications alimentaires*. Les *intoxications par l'alcool et par l'éther* sont traitées par MM. Magnan et Sérieux, l'*intoxication par l'opium* par M. Sollier, celle par la *cocaïne*, par MM. Magnan et Pécharman, le *saturnisme* par M. J. Renaut. M. E. Hirtz est l'auteur des articles consacrés aux intoxications par le *tabac*, le *mercure*, le *phosphore*, l'*arsenic*, l'*oxyde de carbone*, le *cuivre*, le *sulfure de carbone*. Un chapitre sur diverses intoxications et un tableau alphabétique donnant le résumé des symptômes et du traitement des empoisonnements, sont dus à MM. A. Robin et Bardet. Enfin des notices sommaires sur les *morsures venimeuses* et le sérum anti-venimeux, par M. A. Calmette, terminent ce fascicule.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Accidents de la sérothérapie antidiphthérique.

Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*

Par le Dr HUTINEL,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, agrégé à la Faculté.

Dans une des dernières séances de la *Société médicale des hôpitaux*, M. Sevestre a fait une communication intéressante sur les accidents qui peuvent survenir à la suite des injections du sérum de Roux, quand on les pratique chez des enfants atteints de diphthérie avec association de streptocoques. Si j'avais assisté à cette séance je me serais associé à la plupart de ses conclusions, tout en faisant quelques réserves sur les raisons qui les ont dictées. J'ai pensé comme lui, depuis longtemps déjà, que, parmi les accidents consécutifs aux injections du sérum de Roux, les plus graves, ceux que Sevestre appelle les accidents tardifs, ne devaient être imputés exclusivement ni au sérum lui-même, ni surtout à l'antitoxine qu'il contient, mais qu'ils pouvaient être attribués avec quelque vraisemblance à des infections secondaires.

Ces infections ressemblent, en effet, beaucoup à des streptococcies. Les érythèmes, la fièvre, les arthropathies, les myopathies, l'albuminurie, etc., qui les caractérisent rappellent trop ce que j'ai vu et décrit dans les diphthéries associées au streptocoque, bien avant qu'il ne fût question des sérums de Behring et de Roux, pour que je n'en aie pas été frappé.

Il est difficile cependant de donner dès aujourd'hui la démonstration irréfutable de la nature streptococcique de ces infections. La présence de streptocoques, même virulents, dans la gorge d'un enfant, n'est pas une raison suffisante pour que l'on rende ces streptocoques responsables des accidents qui suivront l'injection du sérum. D'autre part, je me méfie des observations dans lesquelles on dit avoir trouvé les streptocoques dans le sang dès l'apparition d'un érythème. Je les ai cherchés tant de fois dans les streptococcies les plus nettes, dans celles qui ont été confirmées par les autopsies, et je les ai rencontrés si rarement que mon scepticisme sur ce point est pardonnable. Pour démontrer qu'il s'agit bien d'une infection streptococcique il faudrait pouvoir faire, très peu d'heures après la mort, l'examen bactériologique du sang, des humeurs et des organes; or les malades (et c'est fort heureux) succombent assez rarement.

Tous les sujets atteints d'angines (dans lesquelles des streptocoques plus ou moins virulents sont associés au bacille de Löffler), que l'on traite par la sérumthérapie ne se comportent pas de la même façon. Les uns guérissent simplement : ce sont les plus nombreux. Les autres, au contraire, après 12, 13 ou 14 jours, c'est-à-dire longtemps après la disparition des fausses membranes, présentent des accidents plus ou moins graves, parfois même des accidents mortels. Pourquoi cette différence? Tient-elle exclusivement à une virulence plus ou moins forte et toujours difficile à mesurer des streptocoques associés? Le fait est possible, probable si l'on veut; mais les observations publiées ne le démontrent pas d'une façon suffisamment péremptoire.

Le professeur de Ranke, dans un article récent (1), a étudié l'action du sérum de Behring sur les diphthéries septiques et il se loue de cette action. Sur 27 cas étudiés avec soin, il en trouve 3 dans lesquels les streptocoques faisaient défaut, 22 dans lesquels ils étaient associés au bacille de Löffler; et, chose curieuse, dans les diphthéries ordinaires, non septiques, il trouve un chiffre au moins aussi considérables d'associations microbiennes.

Voici d'ailleurs le tableau que l'on peut tirer de son article :

	CAS SEPTIQUES.	CAS SIMPLES.
Infections mixtes. . . .	81,4 p. 100.	83,1 p. 100.
Diphthérie pure	11 p. 100.	9 p. 100.
Streptocoques seuls. . . .	7,4 p. 100.	6,5 p. 100.

D'après ce tableau, on n'aurait aucun droit d'envisager les diphthéries malignes comme étant différentes par leurs origines des diphthéries ordinaires.

De Ranke admet comme tout le monde que le streptocoque, par le fait de sa symbiose avec le bacille de Löffler, peut acquérir une virulence plus grande; mais il affirme qu'il n'existe aucune preuve démontrant que la diphthérie septique ou maligne soit une septicémie, au sens clinique ou anatomo-pathologique du mot.

Je n'oserais donc pas dire que le streptocoque fût le seul agent de ces infections secondaires. J'ai rencontré un cas d'érythème consécutif à une injection de sérum dans lequel il faisait complètement défaut; M. Le Gendre vous en a signalé deux autres; M. Marfan m'a dit en avoir observé un, lui aussi.

Nous devons donc avouer que l'étude de ces infections n'est encore qu'à son début et qu'il ne faut pas trop nous hâter de généraliser, car les faits que nous ignorons sont

1. H. VON RANKE, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895, v. XLI, fasc. 2, p. 227.

plus nombreux que ceux que nous commençons à connaître.

Les accidents tardifs dont a parlé M. Sevestre et que j'appellerais volontiers les accidents graves consécutifs à l'emploi du sérum de Roux : érythèmes polymorphes, albuminurie, arthropathies, myopathies, élévation de la température, etc., constituent un véritable syndrome mieux connu qu'il ne l'était jadis et, en tout cas, plus commun. Ce syndrome se rapproche beaucoup, le fait est indéniable, des érythèmes infectieux que j'ai observés et décrits avec mon élève Mussy dans les infections streptococciques de la gorge, pures ou associées à la diphthérie; et il reproduit les principaux traits du tableau que nous avons tracé. Il s'en différencie cependant par certains points.

L'éruption n'a pas tout à fait les mêmes caractères; elle est plus saillante, plus prurigineuse; les arthropathies sont plus constantes et plus importantes; l'abattement est moindre, le faciès est moins altéré; l'infection, même dans les cas les plus graves semble moins profonde et, en tout cas, moins menaçante. Les accidents, comme le dit M. Sevestre, qui n'a pas méconnu ces différences, sont plus groupés.

Il semble démontré maintenant que ce n'est pas seulement le sérum de Roux qui occasionne des manifestations de ce genre et, qu'en tout cas l'antitoxine qu'il renferme n'en est nullement responsable. Les faits rapportés dans la dernière séance le prouvent assez. A. Johanessen a fait des injections de sérum de Roux et des injections de sérum de cheval non immunisé à deux séries d'enfants malades, atteints d'affections non diphthériques et, dans les deux séries, il a observé les mêmes accidents que chez les diphthéritiques : érythèmes, arthralgies, souvent élévation de température, douleurs diffuses, etc., et il en conclut, comme nos collègues, que les accidents ne sont pas imputables aux antitoxines, mais au sérum servant de véhicule.

Si nous nous permettions en France d'expérimenter ainsi sur nos malades nous pourrions voir si l'action du sérum du cheval est capable d'aggraver les infections streptococciques; mais je ne me sens pas d'humeur à en faire l'essai.

M. Sevestre s'est demandé si c'est en augmentant la virulence du streptocoque ou en diminuant la résistance du terrain qu'agit l'injection de sérum. Ses observations ne donnent pas encore une réponse satisfaisante à ces deux questions.

Je m'étais demandé de mon côté si les inflammations chroniques de la gorge antérieures à l'invasion de la diphthérie n'étaient pas pour quelque chose dans la genèse des accidents. J'avais remarqué en effet que les manifestations les plus sérieuses s'étaient produites chez des enfants porteurs de grosses amygdales chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes dans les anfractuosités et dans les cryptes desquelles des germes virulents avaient pu se développer et foisonner.

Voici le fait navrant dont j'ai été témoin il y a deux mois :

Une fillette de 12 ans, née de parents bien portants mais nerveux, nerveuse elle-même et pourtant belle, fraîche et fortement constituée, présentait depuis longtemps déjà une obstruction incomplète des fosses nasales par des végétations adénoïdes. La pituitaire était épaissie et chroniquement enflammée, les amygdales énormes bouchaient presque l'isthme du gosier et les ganglions angulaires étaient gros comme des châtaignes. Un traitement local avait été institué depuis quelques semaines et plusieurs cautérisations avaient déjà été faites dans les fosses nasales.

Le 2 décembre l'enfant est prise de fièvre : T. 40°; P. 140; peau moite.

Les amygdales rouges, tuméfiées, présentent dans leurs cryptes un semis de concrétions blanchâtres, isolées les unes des autres. Je pense à une angine pultacée de nature herpétique, je prescris de la quinine, de l'antipyrine et des lavages de la gorge avec de l'eau boriquée tiède.

Le lendemain soir la fièvre est moins élevée, le pouls reste fréquent et les amygdales sont couvertes d'un exsudat blanc. J'ensemence immédiatement cet exsudat. Le surlendemain matin les fausses membranes sont si nettes sur les deux amygdales que sans attendre le résultat des cultures, j'injecte 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

Je crus avoir agi sagement car les cultures firent apparaître des colonies nombreuses de bacille de Löffler virulent associé à de nombreux streptocoques.

Le lendemain, les fausses membranes restant épaisses et ne se détachant point, je fis une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le 6 décembre les fausses membranes avaient à peu près disparu mais les amygdales restaient énormes, rouges, décapées, avec de petits détritus blanchâtres dans leurs cryptes. Le pouls était descendu à 100 et la température à 37°2. L'urine était rare et contenait de l'albumine, environ 0gr75 par litre.

Les jours suivants, l'état resta le même, les urines devinrent plus abondantes et l'albumine diminua; mais l'enfant restait nerveuse, inquiète et vomissait fréquemment quand on lui faisait des lavages de la gorge (ces lavages étaient faits avec de l'eau boriquée ou de l'eau de guimauve alternativement).

Le 12 décembre la fièvre et le malaise ayant augmenté, les yeux étant cerclés de bistre et le faciès tiré, j'annonçai à la famille qu'il se ferait peut-être une éruption et je la rassurai sur la gravité de cet accident.

Le 14 décembre, érythème en larges plaques au niveau des piqûres, taches arrondies morbilliformes un peu saillantes aux genoux, aux poignets, aux coudes, aux fesses, etc.; vomissements fréquents; urines abondantes, peu d'albumine; douleurs dans les genoux, sans gonflement.

Le 15 décembre l'érythème s'accentue, les vomissements augmentent et l'état semble s'aggraver. Tout à coup, dans la nuit, la situation change, la température s'élève à 40°, le pouls atteint 140. Tout le corps se couvre de rougeurs livides, les jambes sont violacées et parsemées de taches de purpura, les conjonctives s'injectent, les urines se suppriment, les extrémités se cyanosent et des convulsions apparaissent. Bientôt ces convulsions deviennent subintrantes, l'enfant s'asphyxie et meurt le 16 décembre, malgré les injections de sérum antistreptococcique, faites, il est vrai, trop tardivement.

A l'autopsie, qui put être pratiquée par M. Hulot, mon ancien interne, on trouva un sang noir poisseux, un cerveau congestionné et légèrement œdématié, un foie gras, des reins sains et pas de lésions viscérales macroscopiquement appréciables.

J'avoue que l'interprétation de ce fait malheureux est assez difficile.

Je me suis trouvé en face d'une diphthérie non douteuse, avec association de streptocoques, j'ai fait deux injections de sérum de 10 centimètres cubes chacune et l'enfant a succombé à une infection que j'ai regardée comme streptococcique. Est-ce la diphthérie qui, en apparaissant

chez une fillette dont la gorge était infectée déjà, a exalté tout à coup la virulence d'amas streptococciques déjà virulents, en dépôt dans les anfractuosités des amygdales? A-t-elle modifié le revêtement épithélial des muqueuses et facilité la pénétration des germes dans l'économie; et les accidents ne seraient-ils pas survenus même si l'on n'avait pas fait les deux injections de sérum? En tout cas il y aurait quelque témérité à rendre le sérum exclusivement responsable de la catastrophe dont j'ai été le témoin. Ce fait n'est pas le seul que j'aie rencontré.

Depuis un an et demi j'ai observé quatre cas de scarlatine dans lesquels l'examen bactériologique a décelé du bacille de Löffler dans l'exsudat pultacé des amygdales. Ces quatre enfants ont reçu des injections de sérum de Roux, soit dix centimètres cubes en tout, soit vingt centimètres cubes en deux fois.

L'un d'eux fut emporté par une infection d'une gravité formidable (érythème scarlatiniforme et purpurique, anurie, convulsions, etc.). Quand cet enfant me fut présenté, je n'hésitai pas à diagnostiquer une infection streptococcique très grave et je conseillai les injections de sérum de M. Marmorek qui furent pratiquées trois jours de suite sans succès.

Voici d'ailleurs le résumé de l'observation tel qu'il m'a été remis par M. le Dr Bruslé, par qui j'avais été appelé en consultation.

Un petit garçon de 8 ans et demi, très fort, mais sujet à des amygdalites légères et n'ayant eu d'autres maladies sérieuses qu'une rougeole, il y a 3 ans, fut pris, en classe, le 15 novembre dernier de vomissements qui se reproduisirent toute l'après-midi et toute la soirée.

Vers 9 heures du soir, la gorge était très rouge et quelques points blancs apparaissaient sur les amygdales.

Le 16, les vomissements s'étaient arrêtés, mais une éruption de scarlatine était évidente. T. 40° le matin, 40°5 le soir. (Gargarismes à l'eau boriquée tiède.)

Le 20 novembre, examen des membranes qui couvrent les amygdales : bacilles de Löffler, quelques streptocoques et bacilles vulgaires.

On inocule 10 centimètres cubes de sérum de Roux. Grands lavages du nez et de la gorge.

Pas d'albumine dans les urines examinées matin et soir.

Lotions vinaigrées toutes les 2 heures à cause de l'hyperthermie qui persiste.

Le 30 novembre, douleurs articulaires, urticaire aux pieds, aux coudes, aux genoux. T. 40°.

Le 2 décembre, nouvelle éruption érythémateuse, généralisée, lèvres fissurées et excoriées. Bains tièdes à 32°.

Le 4 décembre, anurie. Potion de caféine.

Le 6 décembre, injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Marmorek.

Le 7, nouvelle injection de 10 centimètres cubes, l'enfant est couvert de rougeurs diffuses séparées par des intervalles de peau saine; les articulations sont douloureuses, l'anurie persiste, le pouls est faible.

Le 8, 3e injection à 10 heures du matin. Mort à 11 heures du soir.

Dans un autre cas que je ne puis rapporter parce que l'observation n'a pas été recueillie en détail, la mort serait survenue également. Dans un troisième, la guérison a été obtenue après une série interminable d'accidents.

Quand par erreur on inocule des enfants en incubation de scarlatine parce qu'ils ont un enduit pultacé plus ou moins épais sur les amygdales on n'observe pas en général d'accidents aussi sérieux. Je suis donc tenté de croire que la diphthérie a augmenté la virulence d'une streptococcie peu douteuse dans ces cas ; et c'est à cette augmentation de virulence bien plus qu'aux 10 centimètres cubes du sérum injecté que j'attribue les accidents, d'autant plus que des manifestations pareilles peuvent se produire chez des enfants qui n'ont subi aucune inoculation.

Je ne me hâte pas d'interpréter ces faits, je vous les livre, avec le désir de provoquer la publication d'observations analogues.

Que l'on n'aille pas croire après cela que je me méfie du sérum de Roux. Loin de là, je le considère comme un remède merveilleux auquel je dois de nombreux succès et que j'emploie toutes les fois que je me trouve en présence d'une diphthérie de quelque gravité. Je serais tenté cependant d'ajouter aux conclusions de M. Sevestre les deux propositions suivantes :

Quand une angine diphthéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur de grosses amygdales chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes, il ne faut pas trop se hâter d'injecter le sérum de Roux, à moins que l'examen ne révèle la présence de bacilles de Löffler longs et nombreux ou que les fausses membranes ne s'étendent.

Dans les cas de scarlatine où on découvre des bacilles de Löffler dans la gorge, il est prudent de s'assurer, avant de faire une injection de sérum, si les bacilles sont nombreux et longs et si la diphthérie est nettement caractérisée.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires.

Communication faite à la *Société de Biologie*,

par M. A. Gilbert et L. Fournier.

Dans une précédente communication, MM. Gilbert et Dominici ont rapporté les résultats que leur avait fourni, au point de vue bactériologique, l'examen des calculs provenant de 6 individus.

Voici les résultats que nous a donné l'examen bactériologique de 27 nouveaux cas de lithiase humaine et de 3 cas de lithiase du bœuf.

Parmi les premiers, 19 fois l'examen direct des cultures démontre l'absence de micro-organismes au centre des calculs. Il s'agissait dans tous ces cas de lithiase ancienne; les calculs avaient été trouvés à l'autopsie d'individus ayant eu ou non, à une époque lointaine, des coliques hépatiques.

Sept fois l'examen et les cultures revélèrent la présence de microbes vivants appartenant à l'espèce colibacillaire. Dans la plupart de ces cas la lithiase était de date récente; une fois cependant, un calcul de cholestérine volumineux, très ancien, trouvé à l'autopsie d'une femme âgée, contenait un colibacille extrêmement mobile. La bile contenait un colibacille immobile.

Dans 1 cas enfin l'examen sur lamelles révéla la présence de formes bacillaires mal colorées et les cultures restèrent négatives.

Des 3 calculs du bœuf, l'un, très ancien, du volume d'un œuf, ne contenait aucun micro-organisme; un second, en voie de formation, contenait dans toutes ses parties un colibacille mobile que l'on retrouvait dans la bile; dans le troisième enfin, présentant une coque assez épaisse, l'examen direct révéla la présence de formes bacillaires très abondantes, de dimensions inégales dans sa partie centrale. Quelquefois les extrémités seules en étaient colorées, d'autre fois la coloration donnait au microbe un aspect segmenté. Les cultures restèrent stériles; la bile renfermait un colibacille mobile.

Si nous récapitulons les faits étudiés précédemment par l'un de nous et les faits actuels nous voyons qu'ils sont au nombre de 36, dont 3 afférents aux bovidés, et qu'ils se distinguent en 6 catégories.

1° Dans 22 cas, dont un de lithiase bovine, les calculs ne renfermaient aucun bacille colorable ni cultivable; la bile était soit stérile, soit habitée par des micro-organismes divers.

2° Dans 9 cas dont 1 de lithiase bovine, les calculs et la bile contenait le colibacille type.

3° Dans un cas, certains calculs étaient amicrobiens, d'autres contenaient ainsi que la bile le colibacille.

4° Dans 1 cas les calculs montraient le colibacille type et la bile était peuplée par un paracolibacille immobile.

5° Dans un cas appartenant aux bovidés les calculs présentaient des microbes non cultivables mais colorables et la bile était infectée par le colibacille suivant.

6° Enfin, dans deux cas les calculs offraient des bacilles morts non colorables mais cultivables et la bile était stérile.

Ces 10 cas, qui composent les deuxième et troisième catégories pourraient être considérés comme favorables à l'hypothèse d'une pénétration secondaire des calculs par des micro-organismes envahissant l'appareil biliaire postérieurement à la réalisation de la lithiase.

Cette pénétration peut d'ailleurs s'effectuer dans certaines circonstances et nous l'avons reproduite expérimentalement. Un calcul volumineux de cholestérine, non recouvert d'une coque pigmentaire, fut placée dans un tube de bouillon et stérilisé par chauffage à 85° une heure par jour pendant 3 semaines. Au bout de ce temps, le tube fut ensemencé avec un colibacille mobile trouvé au centre de notre calcul, et placé à l'étuve à 33° pendant 15 jours. A ce moment le calcul fut retiré du bouillon et ouvert après stérilisation de sa surface au moyen d'une lame de bistouri chauffée au rouge. Le centre du calcul contenait du colibacille mobile.

Nous n'avons pu par contre reproduire *in vitro* la pénétration secondaire de calculs appartenant à la catégorie des calculs pigmentaires.

Placés dans les mêmes conditions que le calcul de cholestérine, au bout d'un mois et demi ils n'étaient pas envahis par le colibacille, alors que ce dernier avait poussé en très grande abondance dans le bouillon et était encore vivant.

La pénétration secondaire des calculs par les microorganismes ne peut donc être invoquée pour expliquer, dans la généralité des cas, la présence de microbes en leur centre.

Leur imperméabilité, au contraire, fournit un sérieux argument en faveur de l'oxygène microbienne de la lithiase biliaire. Les faits de la 4e 5e et 6e catégories peuvent, en outre, être considérés comme autant de preuves de cette origine.

La pathogénie de la lithiase se trouve donc en grande partie élucidée et la théorie de la cholécystite lithogène cesse d'être une simple hypothèse.

Ainsi s'expliquent la présence de microorganismes au centre des calculs et dans la bile lorsque la lithiase est récente, la présence ultérieure de formes bacillaires colorables mais non cultivables, c'est-à-dire de microbes morts, dans les calculs plus anciens, alors que la bile n'est plus habitée depuis longtemps ou bien qu'elle a été envahie postérieurement par d'autres microorganismes, enfin la disparition de tout microorganisme vivant et de toute forme colorable dans la bile et les calculs lorsque la lithiase est ancienne.

Divers microorganismes peuvent sans doute intervenir dans la production des calculs. Ainsi le bacille typhique joue incontestablement à ce point de vue, un rôle très important; les faits de Dupré, de Gilbert et Girol, de Hanol et Létierme, l'ont suffisamment démontré.

Mais c'est au colibacille que revient certainement la part la plus grande dans la genèse de la lithiase biliaire, non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux ainsi que l'établissent les recherches que nous avons poursuivies.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Kyste hydatique du foie. — Obstruction des canaux hépatique et cholédoque. Ictère. — Angiocholite suppurée et abcès multiples du foie. — Laparotomie. — Cholécystostomie. — Mort. — Autopsie.

Par le Professeur F. Terrier

Cette observation est un cas très curieux d'infection des voies biliaires et d'abcès multipes du foie, après une oblitération du cholédoque et d'un des canaux hépatiques par un kyste hydatique du foie.

Dans l'espèce, l'arrêt de la circulation de la bile, résultant de la présence d'une hydatide, a produit exactement ce qui arrive lors d'arrêt de l'écoulement biliaire par suite de la présence d'un ou de plusieurs calculs, soit une angiocholite infectieuse, due au coli-bacille.

Observation due à M. Mignot, *interne du service.*

La maladie actuelle semble avoir débuté il y a 4 ans, au milieu d'une santé satisfaisante, par une crise de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et le dos. Cette crise dura 2 heures environ. Elle ne s'accompagna d'aucun vomissement et ne fut pas suivie de jaunisse. Bonne santé à la suite de cette crise.

Treize mois plus tard, nouvelle crise semblable à la première et qui dura 3 heures. La malade était à cette époque enceinte de 7 mois. Couches bonnes. Enfant bien portant.

Mme D... resta bien portante jusqu'au mois d'août dernier (1895). A cette époque (dans les premiers jours du mois) une crise très violente la surprit brusquement dans la journée et fut suivie d'une fièvre vive (40°) et d'un ictère assez accentué. Elle entre à l'hôpital Bichat, salle Louis. Elle affirme qu'à cette époque ses selles n'étaient pas décolorées.

Après un mois de repos au lit, la fièvre disparut et les douleurs s'atténuèrent, elle retourna chez elle.

L'ictère persista

Le 6 novembre une crise violente survint. Les douleurs dans le côté droit et l'épaule du même côté, s'irradiaient jusqu'au bout des doigts de la main droite. Il y eut des nausées, de la fièvre. Les matières devinrent absolument blanches et la jaunisse s'accentue.

Depuis ce temps la fièvre, les douleurs, l'ictère et la décoloration des matières a persisté.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures, 5 grossesses, 1 fausse-couche, 3 enfants vivants et bien portants, 2 morts de diarrhée à 1 et 2 mois.

Etat actuel. — La malade est très amaigrie et présente un ictère d'intensité moyenne.

Rien au cœur. Quelques râles muqueux à la base du poumon droit.

Le foie très volumineux déborde les fausses côtes de 6 à 7 travers de doigt. Facilement palpable. La forme est conservée. Il semble lisse et son bord inférieur est tranchant. Juste au niveau de l'ombilic on sent une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, se continuant avec le foie, mais moins dure que lui, rénitente.

Toutes ces parties sont douloureuses à la pression.

Ascite légère, appréciable par une matité mobile dans les flancs. Les matières sont décolorées.

La température, qui à l'entrée était normale, s'élève le 3e jour à près de 40° le matin. Etat général mauvais. Urines : 500 grammes, densité 1024, contenant 32 grammes d'urée par litre. Elles renferment des pigments biliaires en grande quantité.

Opération le 28 novembre 1895 par M. Terrier.

Incision de 10 à 12 centimètres partant de 7 à 8 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes et suivant le bord extérieur du muscle droit.

Ascite teintée de bile assez abondante. Le foie apparaît très augmenté de volume et ponctué d'abcès miliaires dont les petites

masses blanches, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un petit pois, font saillie sous sa capsule.

La vésicule est sentie juste à l'ombilic.

Incision de 5 à 6 centimètres perpendiculaire à la première et se dirigeant vers l'ombilic. La vésicule apparut, libre d'adhérences, non épaissie. Une ponction en retire 150 grammes environ d'un *liquide laiteux*, aucunement teinté de bile. L'exploration du col de la vésicule, du cholédoque et du foie dans ses parties voisines de la vésicule ne fournit rien de notable. La plaie du trocart est agrandie et suturée à la paroi par des points de suture en U. Les abcès miliaires sont cautérisés au thermocautère. L'un d'eux laisse échapper peu à peu une quantité considérable de liquide purulent. Sutures du foie à la paroi, de façon qu'une surface de cet organe grande comme la paume de la main, soit isolée du péritoine et tamponnée à la gaze stérilisée. Le reste des incisions est refermé comme d'ordinaire par une suture à plusieurs étages.

La plaie longitudinale a servi presque entièrement à laisser le foie à nu. La vésicule s'ouvre dans l'angle interne de l'incision transversale.

Le soir de l'opération la malade va bien. Pouls 112, température 36°8. Pas de vomissements.

29 novembre. La malade est entièrement affaiblie. Le pouls est à 130. Température à peu près normale.

30 novembre. Affaiblissement de plus en plus grand.

1er décembre. Pouls incomptable, filiforme. Malade presque agonisante.

Cet état persiste jusqu'au 5 décembre. La malade meurt le matin. Dans la nuit elle avait inondé son lit par l'issue d'une quantité considérable de pus que la surveillante évalua à 1 litre 1/2 ou 2 litres.

Autopsie. — Cœur et poumons sains. — Le péritoine est rempli par une sérosité louche très abondante.

Foie très gros et parsemé d'abcès miliaires très nombreux surtout au voisinage du bord antérieur de l'organe. Au niveau du ligament falciforme on sent une vaste poche à demi remplie de liquide et séparée de la capsule par une petite épaisseur de tissu hépatique. Un orifice situé immédiatement à gauche du fond de la vésicule laisse sortir le liquide purulent contenu dans cette poche.

La poche incisée, on aperçoit une cavité d'une capacité de 2 à 3 litres environ, à parois lisses et régulières. Dans cette cavité on trouve du pus coloré par la bile et un peloton de membranes hydatiques gros comme les deux poings. En essayant de retirer ces membranes on voit qu'elles s'enfoncent dans le canal hépatique droit et le canal cholédoque très dilatés, jusqu'à l'ampoule de Vater où elles viennent faire saillie sous la muqueuse intestinale.

Cette partie des membranes, retirée forme un cylindre plus gros que le pouce et long de 6 à 7 centimètres.

La vésicule est volumineuse. Ses parois sont légèrement épaissies. Son col était fermé par la vésicule hydatique.

Pas d'abcès miliaires au niveau de la face convexe du foie, ni vers le bord postérieur du même organe.

Le pus des abcès miliaires, le pus mélangé de bile trouvé dans le vaste kyste hydatique et enfin le liquide laiteux de la vésicule, contenaient du *bacterium coli* en grande abondance et à l'état de culture pure. Ce bacterium coli n'avait qu'une virulence moyenne, et inoculé il ne produisait qu'un petit abcès chez les cobayes.

Quelques remarques peuvent être faites à propos de cette observation :

Tout d'abord l'existence de crises douloureuses, du côté droit irradiant vers l'épaule et dans le bras du même côté. Ce sont là de véritables crises hépatiques, identiques à celles que détermine la lithiase. La colique hépatique n'est donc pas synonyme de lithiase biliaire, comme on le dit, c'est un mode de souffrance du foie, et qui peut avoir pour cause des affections assez diverses.

D'abord simplement douloureuses, ces crises se sont compliquées de fièvre : c'est à l'époque où l'infection des voies biliaires s'est produite. En même temps que la fièvre apparut l'ictère et très probablement une diminution dans la sécrétion de la bile qui du reste n'a pas été notée par la malade.

C'est à cette même époque seulement qu'on constata l'augmentation de volume du foie, qui, très probablement, devait être très antérieure et due à la présence du kyste hydatique.

On trouva aussi la dilatation ou au moins la plénitude de la vésicule qui, au lieu d'être à sa place normale, c'est-à-dire vers le bord externe du grand droit, répondait à l'ombilic. Ici encore cette déviation devait être due à la poche hydatique méconnue.

En fait, le diagnostic d'angiocholite infectieuse ne faisait pas de doute ; quant à la cause vraie des douleurs survenues par crises, on pensa à la cause la plus ordinaire, la lithiase biliaire.

Il était donc indiqué d'intervenir et la laparotomie fut faite le 28 novembre 1895, par incision latérale droite, qui fut complétée ensuite par une incision horizontale, pour atteindre la vésicule, reportée sur la ligne médiane.

Or, à peine l'abdomen fus-il ouvert latéralement, qu'on eut les preuves de l'angiocholite infectieuse en constatant la présence de nombreux abcès miliaires dans le foie, sur son bord tranchant et au-dessus sur la face antérieure. Mais ce qui fut inexpliqué, c'est que la vésicule ouverte, on n'en put retirar qu'un liquide louche non teinté de bile, signe d'une oblitération du cystique, qu'en effet je ne pus cathétériser avec une bougie uréthrale stérilisée. A tout hasard je fis une cholécystostomie et j'ouvris les abcès miliaires du foie, en utilisant le thermocautère. Puis, pour faciliter l'expulsion du pus de ces abcès, je fixai à la paroi, ouverte verticalement, la plus grande partie possible de la face du foie, piquetée d'abcès. Le tout sans aucun espoir de succès.

Nous avons vu que notre opérée résista encore plusieurs jours, à notre grand étonnement, étant donné son état général au moment de l'intervention et les lésions septiques constatées.

Or, à l'autopsie, en fait de calculs on trouve une oblitération des voies biliaires directes par un prolongement d'hydatides, plus un kyste hydatique suppuré de volume assez considérable. L'infection était exclusivement due au coli-bacille.

Ceci explique aussi comment, dans un foie dont les voies biliaires sont envahies par le coli-bacille, une poncture de kyste hydatique peut s'infecter, précisément par une lésion, si légère qu'elle soit, des voies biliaires devenues septiques, remarque très intéressante due à notre collègue M. le Dr Quénu et relatée dans la séance de la Société de chirurgie du 29 janvier 1896.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 février 1896, ont été nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe de la marine Bizardel, Clavel et Bonain ; MM. les médecins de 2e classe de la marine Avrilleaud et Le Marchadour.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Archambaud, Hudelo, Maranger, Sollier, Touchard, à Paris ; Souplet, à Nogent-le-Rotrou.

Officiers d'académie. — MM. Ardouin, Fraysse, Lemoult, Millée, Robin, Savoire, Siffre, Toulouse, Vilain, à Paris ; Laurent, à La Rochelle ; Leroux, à Périers (Manche) ; Péringuey, à Bordeaux ; Robin, à Loudéac (Côtes-du-Nord) ; Thuau, à Baugé.

Corps de santé de la marine. — Par décrets, en date du 3 février 1896 : 1° sont rétablis le titre et le grade d'inspecteur général du service de santé de la marine ; 2° M. le docteur Cunéo, directeur du service de santé de 1re classe, président du conseil supérieur de santé de la marine, est promu au grade d'inspecteur général.

Au grade de médecin de 1re classe. — Par décret, en date du 5 février 1896, est promu dans le corps de santé de la marine : M. le docteur Audiat, médecin de 2e classe.

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français. — La Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français poursuit sa marche en avant. On va pouvoir en juger par les tableaux suivants.

Le bilan qui se soldait au 31 décembre 1894 par 524 360 fr. 98, est aujourd'hui de 569 179 fr. 96, d'où une différence de 44 818 fr. 98 pour l'exercice 1895.

Situation au 31 décembre 1895

Espèces en caisse	fr.	16 291 46
Portefeuille	fr.	552 888 50
Total	fr.	569 179 96

Situation au 25 janvier 1896

Espèces en caisse	fr.	4 561 81
Portefeuille	fr.	571 808 50
Total	fr.	576 370 31

Bilan au 31 décembre 1895

Espèces en caisse		fr.	16 291 46
Portefeuille			
19 obligations communales 1879	9 490 50		
260 obligations du Midi	121 838 75		
4 560 fr. rente 3 p. 100 amort.	154 686 75		
100 obligations foncières 1883	45 800 »		
50 obligations communales 1892	25 412 50		
100 obligations Orléans	47 325 »		
20 obligations foncières 1879	9 820 »		
15 obligations P.-L.-M.	54 625 »		
1 200 fr. rente 3 p. 100	60 690 »		
50 obligations de l'Est	23 200 »		
			552 888 50
Total		fr.	569 179 96

Capital inaliénable	fr.	495 165 62
Caisse de réserve	fr.	66 622 10
Caisse auxiliaire	fr.	6 392 84
Total	fr.	569 179 96

Addenda. — Au 23 janvier 1896, le portefeuille a été augmenté de 40 oblig. du chemin de fer du Midi, soit 18 920 fr.

Le trésorier, Dr H. Verdalle.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Février 1896.

Tuberculose hospitalière.

M. Jaccoud revient sur sa communication et maintient que, quoiqu'on en ait dit, on ne peut tirer aucune conclusion certaine des statistiques en apparence les plus probantes, en particulier à cause de la fréquence avec laquelle est latente la bacillose profonde de divers organes, des ganglions lymphatiques surtout. Au début des recherches de Koch, on a admis la théorie du synchronisme entre l'inoculation du sujet et l'infection de l'organisme : or cette simultanéité est erronée. Dès 1884, une observation de Bamberger venait l'ébranler : celle d'un ouvrier, indemne de toute tare, qui contracta par un trauma une pleurésie bientôt démontrée tuberculeuse, et, à l'autopsie, de tous les viscères seule la plèvre contenait des bacilles. En 1888, Bollinger trouva des bacilles dans les ganglions bronchiques d'enfants morts de la rougeole, et cette bacillose latente de ganglions en apparence normaux, chez des sujets parfaitement sains, a été constatée par Loomis, par Pizzini dans 40 p. 100 des cas.

Quand ces sujets ont-ils été inoculés? On l'ignore, car aucune lésion ne marque la porte d'entrée. Quand les bacilles deviendront-ils réellement infectants pour l'organisme? Nous l'ignorons aussi. On est donc parfaitement en droit d'affirmer, comme l'a fait Neuhaus dès 1889, qu'il y a un intervalle inconnu, quelquefois très long, entre l'inoculation de l'homme et les premières manifestations morbides.

M. Jaccoud maintient dès lors son affirmation : vu la multiplicité des sources de contamination, on ne peut jamais certifier l'origine hospitalière de la tuberculose

M. François-Franck fait une communication relative à l'action du système nerveux sur la circulation pulmonaire à l'état normal et pathologique.

M. Laborde revient sur une communication qu'il a faite à la Société de biologie et relative à l'action préventive du curare pour parer au tétanos strychnique.

Élection.

Ont été élus associés nationaux :

1re place.

MM. Renaut (de Lyon)	42 voix.	Élu.
Lépine (de Lyon)	16	
Grasset (de Montpellier)	11	

2e place.

MM. Lépine	46 voix.	Élu.
Grasset	8	

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er Février 1896.

(Suite et fin.)

Épididymite et stérilité.

M. de Sinéty a observé un nouveau cas de stérilité chez l'homme, dû à une épididymite gonorrhéique unilatérale. Ce fait lui paraît d'autant plus digne d'être signalé que si les cas de stérilité par épididymite double sont connus, ceux qui tiennent à une épididymite unilatérale sont encore fort peu connus.

Dans les deux cas, la puissance virile est ordinairement conservée mais le sperme ne renferme pas de spermatozoïdes, ou bien ceux-ci sont peu nombreux et perdent rapidement leurs mouvements.

D'après M. de Sinéty, la stérilité dans les ménages relève dans la moitié des cas de la stérilité de l'homme.

Erratum. — En rendant compte de la communication faite à la dernière séance par **M. Laborde** sur l'*action préventive du curare dans le tétanos strychnique*, nous avons dit que les injections de curare exerçaient une action préventive *contre le tétanos provoqué par le curare.* C'est *contre le tétanos provoqué par la* strychnine qu'il faut lire.

Aspergillose pleurale.

M. Rénon. — Nous venons d'observer un cas d'aspergillose pleurale chez un lapin que nous avions inoculé dans les veines avec des spores virulents d'aspergillus fumigatus.

L'exsudat fibrineux coiffait le sommet du poumon gauche et le faisait adhérer à la paroi thoracique ; il n'y avait point trace d'épanchement. Outre des lésions très légères de pneumonie corticale on remarquait sur la plèvre épaissie l'existence d'un réticulum fibrineux contenant des leucocytes, des globules rouges et du mycélium aspergillaire très net que nous avons retrouvé par culture de fragments des fausses membranes sur tubes de liquide de Raulin.

Grohe, en injectant des spores dans la plèvre, et MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal, en inhalant ces spores dans la trachée des pigeons ont pu produire des lésions pleurales aspergillaires. L'infection de la séreuse par la voie sanguine est une véritable rareté car dans toutes nos expériences, c'est la première fois qu'il nous est donné de la rencontrer.

Séance du 8 Février 1896.

Présidence de M. Charrin.

Influence des courants de haute fréquence sur les virus, les milieux et la cellule.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Les courants de haute fréquence sont capables d'atténuer les toxines, de les transformer en vaccins variables.

En revanche, quand on les emploie suivant la technique que nous avons récemment indiquée, sans mettre en œuvre, ainsi que nous l'avons jadis réalisé, les courants induits, on touche à peine à la cellule, tout en modifiant le milieu, au point de le rendre peu favorable à l'évolution des infections.

On conçoit aisément l'importance de ces données qui permettent d'obtenir, par des agents physiques, peu nuisibles aux tissus, les effets réservés aux agents chimiquei ou calorifiques.

Tuberculose aviaire.

M. Roger en revenant aux recherches qu'il a faites avec MM. Cadiot et Gilbert et pour répondre à un récent travail du professeur Straus, soutient que les deux tuberculoses, la tuberculose aviaire comme la tuberculose humaine peuvent s'inoculer aux mêmes animaux. Les résultats ne diffèrent que dans leur fréquence relative : telle espèce est plus sensible à la tuberculose humaine, telle autre à la tuberculose aviaire, mais aucune n'a une immunité véritable. Voilà pourquoi, tout en insistant sur les caractères distinctifs de deux grandes variétés de tuberculose, il ne peut se résoudre à séparer complètement les deux virus et à y voir autre chose que deux races d'une même espèce.

Traitement du hoquet spasmodique par les tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde dépose au nom de **M. Lépine** (de Lyon) une observation de hoquet spasmodique guéri par les tractions rhythmiques de la langue. Il s'agit dans cette observation d'une jeune fille qui depuis quatre jours avait un hoquet incoercible qui a résisté à tous les traitements et se répétait environ 30 fois par minute. En l'examinant, M. Lépine lui a fait tirer la langue, et il a constaté que tant que la langue restait hors de la bouche le hoquet ne se produisait pas. Il fit alors pratiquer à la malade des tractions rhythmées de la langue et le hoquet disparut au bout de quelques heures. M. Laborde fait observer à cette occasion que deux cas analogues ont été publiées par M. Viaud.

Fièvre hectique des tuberculeux.

M. Chrétien, guidé par cette idée que la fièvre hectique des tuberculeux ne relevait pas d'une infection streptococcique secondaire, mais de la résorption des produits qui se trouvent dans les mucosités obtenues dans les cavernes, a fait les expériences suivantes :

Les crachats des tuberculeux présentant de la fièvre hectique étaient dissociés mécaniquement dans deux fois leur volume d'eau, puis on laissait déposer le liquide uniforme ainsi obtenu dans un vase qui restait pendant 24 heures sur de la glace. On décantait ensuite la couche supérieure qui se formait, et après l'avoir filtrée sur un filtre de porcelaine, on constatait par le procédé de cultures que le liquide était stérile.

Ce liquide était ensuite injecté à la dose de 10 centim. cubes dans la veine marginale de l'oreille des lapins. Ces injections provoquaient constamment une élévation de la température qui quelquefois dépassait 41° (3 fois sur 9). Les injections réitérées du liquide provoquaient toujours les mêmes phénomènes chez le même animal. Il n'y avait donc pas là d'accoutumance.

De ces recherches M. Chrétien conclut que la fièvre hectique est produite par la résorption des produits à la surface des cavernes. Mais comme la fièvre hectique s'observe également chez les tuberculeux dont les cavernes ne sécrètent pas, M. Chrétien admet que cette résorption n'est pas l'unique facteur de la fièvre hectique.

Les vaso-moteurs de l'intestin.

MM. François-Franck et **Hallion** ont repris l'étude des vaso-moteurs de l'intestin à l'aide d'un nouvel appareil basé sur le principe volumétrique et permettant, à l'aide d'un appareil enregistreur avec lequel il est mis en communication, de se rendre compte des modifications de la circulation survenant sous l'influence d'une excitation des vaso-moteurs.

Les recherches faites avec cet appareil ont montré à MM. François-Franck et Hallion que les rameaux vaso-constricteurs des vaso-moteurs amenés à l'intestin par le splanchnique apparaissent dans les rameaux communiquants à la hauteur de la 4e ou 5e vertèbre dorsale; que les vaso-dilatateurs apparaissent dans les rameaux communicants à la hauteur des 11e et 12e vertèbres dorsales et de la 1re lombaire et au delà, et qu'à côté de ces vaso-moteurs on en trouve d'autres qui arrivent avec le pneumogastrique, du bulbe.

Une excitation des nerfs cutanés produit une vaso-constriction de l'intestin grêle et une vaso-dilatation du côlon. L'excitation des filets pulmonaires amène une vaso-dilatation dans l'intestin et dans le rein.

Deux cas d'hémorrhagie de la vésicule biliaire au cours d'intoxications par des toxines microbiennes.

M. H. Claude. — Au cours d'expériences sur l'injection des toxines microbiennes aux animaux, nous avons constaté 2 cas d'hémorrhagies de la vésicule biliaire : — 1° un lapin intoxiqué lentement au moyen de la toxine pyocyanique par M. Charrin, présenta à l'autopsie une vésicule biliaire remplie par un caillot formé de couches stratifiées de fibrines contenant des globules et des amas de matière colorante du sang. La paroi de la vésicule était le siège de petits foyers hémorrhagiques au niveau desquels la muqueuse était détruite. Il n'existait que des espèces de congestion, mais il n'y avait pas de lésions inflammatoires ni de microbes dans la paroi vésiculaire. Le caillot contenait d'abondantes colonies de bactérium coli. — 2° Un cobaye reçut pendant 3 semaines de petites doses de toxine tétanique. La vésicule contenait un liquide rouge foncé formé par un mélange de bile et de sang. La muqueuse était congestionnée; il n'existait pas de caillot.

Ces deux faits, dont le premier est surtout caractéristique, montrent donc que sous l'influence d'un empoisonnement lent par les toxines microbiennes se produisent parfois des hémorrhagies dans la vésicule biliaire. Ces épanchements sanguins, qui sans doute s'éliminent le plus souvent avec la bile, peuvent aussi donner naissance à des caillots qui sont de bons milieux de culture pour les microbes du cholédoque. On est autorisé à supposer que chez l'homme certaines maladies infectieuses doivent donner lieu à des accidents de même nature. Dans ce cas, il se produirait vraisemblablement des coliques néphrétiques relevant d'une cause semblable. Enfin des caillots pourraient peut-être, dans certaines conditions, servir de points d'appel à

des dépôts de cholestérine ou de sels biliaires et constituer le noyau de certains calculs biliaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 Février 1896.

Présidence de M. Th. Anger.

Traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Tuffier a observé 35 cas de grossesses extra-utérines; comme M. Segond, il pense que les grossesses extra-utérines doivent être divisées en grossesses avant le 5e mois et en grossesses après le 5e mois. Les grossesses ectopiques après le 5e mois sont surtout du ressort de l'obstétrique. M. Tuffier n'en a observé qu'un seul cas avec lithopédion, et cette observation se trouve publiée dans le Bulletin de la Société. Toutes les autres observations ont trait à des grossesses avant le 5e mois.

En général M. Tuffier n'intervient que lorsque la grossesse extra-utérine se trouve compliquée, soit de rupture avec inondation du péritoine, soit de rupture avec hématocèle rétro-utérine, soit de suppuration.

Il a observé 4 cas de rupture avec inondation du péritoine. Dans tous les cas le tableau clinique a été celui de l'hémorrhagie interne ou de la péritonite aiguë par perforation. Il est intervenu dans 3 cas par la laparotomie médiane. Une fois il a trouvé le fœtus libre dans le péritoine; une fois il n'a pu que tamponner le péritoine et drainer sans pouvoir enlever la trompe malade. La 4e malade guérit après l'ouverture de son hématocèle suppurée dans le rectum.

L'intervention se fait dans ces cas dans de mauvaises conditions. Les malades ont perdu beaucoup de sang, le péritoine est rempli de sang; on ne peut pas bien le nettoyer. De plus, ces malades en état de shock ne supportent pas une longue opération. Donc, ou bien il faut s'abstenir, ou bien intervenir par la laparotomie avec ligature et extirpation de la trompe.

Tous les autres faits observés ont trait à des hématocèles soit simples (15 cas), soit suppurées (6 cas).

Dans les hématocèles simples enkystées, M. Tuffier fait l'incision vaginale postérieure. L'incision vaginale peut être faite au moment du début des accidents; elle peut être secondaire si la tumeur a tendance à s'enkyster. Dans les hématocèles suppurées, il faut encore pratiquer l'incision vaginale postérieure. L'opération est bénigne et donne de bons résultats.

Dans un cas, M. Tuffier est intervenu par l'abdomen. Or la malade avait une hématocèle et une salpingite suppurée du côté opposé.

M. Reynier. M. Routier n'a jamais soutenu qu'on ne pouvait pas faire le diagnostic entre l'hématocèle et la salpingite. Au contraire ce diagnostic est facile toutes les fois qu'il y a des signes de grossesse coexistant avec une tumeur unilatérale, avec des métrorrhagies. Mais ce qui est difficile, pour ne pas dire impossible, c'est d'affirmer qu'il y a grossesse ectopique avec placenta et fœtus, ou bien grossesse ectopique avec hémorrhagie dans la trompe ou en dehors de la trompe. De même, quand on a affaire à une hématocèle rétro-utérine on ne peut savoir si celle-ci est due à la rupture d'une salpingite hémorrhagique ou à la rupture d'une trompe gravide.

En présence de cette incertitude, M. Reynier pense qu'il est préférable de faire la laparotomie pour parfaire le diagnostic et intervenir en connaissance de cause.

Les hématocèles enkystées sont, en général, liées à la rupture d'hématosalpinx. Ces hématocèles cataméniales doivent être traitées par la laparotomie. Dans l'incision vaginale on constate souvent des complications telles que hémorrhagies, suppuration. On peut faire à la rigueur l'hystérectomie vaginale; mais c'est là une opération grave et trop complète pour une lésion des annexes d'un côté. L'hématocèle infectée demande plutôt l'incision vaginale.

Par l'abdomen, on peut faire une toilette sérieuse de l'abdomen et enlever l'annexe malade; on pratique ainsi une opération radicale.

M. Reynier pense donc que si l'incision du cul-de-sac vaginal est parfois une bonne opération, ce n'est pas une opération de choix.

M. Ricard croit que dans l'hématocèle rétro-utérine l'incision vaginale comme la laparotomie ont chacune leurs indications respectives. Il a fait les deux suivant les cas, il s'en est bien trouvé. Mais d'une façon générale, quand la tumeur est bien limitée, ancienne, il fait l'incision vaginale. Par contre quand il se trouve en présence des tumeurs multiples, remontant haut, quand, en somme, le diagnostic est hésitant, il pratique la laparotomie.

Quand la grossesse extra-utérine se complique d'une rupture brusque, avec inondation péritonéale, on peut, comme autrefois, s'abstenir et attendre que le sang s'enkyste. Il a observé un cas de ce genre qui a guéri spontanément. Mais une autre malade traitée par l'expectation a succombé à l'hémorrhagie. Aussi, depuis cette époque, M. Ricard intervient directement par la laparotomie dans tous ces cas. Du reste, d'après les travaux récents, on voit que les malades avec rupture péritonéale d'une grossesse extra-utérine, traitées médicalement, meurent dans la proportion de 85 p. 100 des cas.

M. Terrier n'a jamais compris l'abstention dans les cas de rupture avec inondation péritonéale; l'indication est formelle : il faut lier l'artère qui saigne et faire par conséquent la laparotomie.

Relativement à l'hématocèle enkystée, les chirurgiens se divisent en deux camps : ceux qui ne craignent pas d'ouvrir le péritoine et ceux qui préfèrent s'en abstenir. M. Terrier a presque toujours recours à la laparotomie, car il croit que toute femme atteinte de grossesse extra-utérine a un passé génital. La conclusion qui découle de ce fait, c'est que pour faire une opération, complète, pour enlever en même temps l'organe malade, il faut faire la laparotomie.

Nouveau procédé d'amputation de la cuisse.

M. Chaput décrit en détail, à l'occasion du malade qu'il a présenté à la dernière séance, le procédé d'amputation de la cuisse qu'il a suivi chez son opéré.

M. Chaput procède de la façon suivante : il fait d'abord une ostéotomie sous-trochantérienne, puis une section circulaire de la peau et des muscles jusqu'à l'os, à la partie inférieure de la cuisse; enfin il réunit l'ostéotomie et la section circulaire par une incision verticale externe longue de 25 centimètres environ, au moyen de laquelle il dénude l'os jusqu'à ce que l'amputation soit terminée.

Ce procédé présenterait les avantages suivants : l'opération est très rapide et très facile; le malade ne perd pas de sang; les surfaces cruentées sont deux fois moins étendues que dans l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux.

On peut appliquer les mêmes principes à la désarticulation de la hanche qui se fait en quatre temps : 1° ostéotomie du col fémoral; 2° section circulaire des parties molles au bas de la cuisse; 3° incision externe réunissant l'ostéotomie et la section circulaire; 4° extirpation facultative de la tête et du col.

M. Berger considère le procédé de M. Chaput comme ingénieux, mais aussi comme un procédé d'exception. Il pense que l'hémostase peut être facilement assurée dans l'amputation élevée de la cuisse, en ayant simplement soin de faire bien assurer la compression digitale de la fémorale au pli de l'aine, comme il l'a fait faire dans un cas d'amputation intertrochantérienne de la cuisse, il y a une quinzaine de jours.

Quant à la désarticulation de la hanche, il croit que le procédé en raquette donne les meilleurs résultats.

M. Poirier trouve le procédé de M. Chaput compliqué, et, d'autre part, il a pu constater que l'amputation élevée de la cuisse, par les moyens ordinaires, ne donne pas d'effusion considérable de sang. En second lieu, le procédé de M. Chaput donnera un long moignon ballottant, sur lequel un appareil prothétique aura peut-être peu de prise.

M. Ricard rappelle le procédé de M. Verneuil. Dans l'amputation sous-trochantérienne, il liait d'abord la fémorale, puis taillait le lambeau antérieur dont toutes les artères étaient pincées; il sciait alors l'os et taillait ensuite, tranche par tranche, et d'avant en arrière, le lambeau postérieur dont chaque artère était aussitôt liée que coupée.

M. Quénu présente des végétations qu'il a retirées d'un genou paraissant atteint d'hydarthrose chronique simple ; l'examen microscopique et les inoculations en ont démontré la nature tuberculeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 Février 1896.

Présidence de M. Hayem.

Appendicite expérimentale.

M. Dieulafoy revient à la communication faite dans la séance précédente par MM. Roger et Josué, pour donner le résumé de ses travaux tel qu'il les a exposés dans ses leçons faites à la Faculté.

1° L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close,

2° Cette transformation peut se faire sur un point quelconque du canal appendidiculaire dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation.

3° Elle se fait par différents mécanismes constatés et étudiés sur des appendices enlevés par les chirurgiens.

Le plus souvent l'oblitération partielle du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close sont dues à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire autochtone, calcul né sur place et qui ne vient pas du cæcum comme on l'a dit à tort. Il s'agit d'une véritable lithiase appendiculaire comparable aux lithiases rénale et biliaire et qui, comme ces dernières, est héréditaire. L'appendicite peut être familiale comme je l'ai démontré.

4° Dans d'autres circonstances la transformation de l'appendice en cavité close est la conséquence d'une infection locale comparable à l'oblitération des canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal.

Enfin dans quelques cas cette transformation est le résultat lent et progressif d'un rétrécissement fibreux analogue à celui de l'urèthre. Ces différents processus peuvent évoluer chez le même sujet.

5° Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment les microbes de l'appendice jusque-là inoffensifs pullulent et exaltent leur virulence; il se passe ce que Klecki a décrit et démontré dans de remarquables expériences en ligaturant une anse intestinale.

6° Dans l'appendicite ainsi constituée s'élabore un foyer d'infection dont les principaux micro-organismes sont le coli-bacille et le streptocoque, ainsi que je l'ai démontré avec mon interne M. Kahn.

7° La virulence de l'appendicite est parfois telle que la mort peut arriver du fait même de l'appendicite sans lésions ni symptômes péritonéaux.

8° Dans d'autres cas l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, sans perforation des parois appendiculaires; malgré cette absence de perforation, on voit éclater toutes les variétés de péritonite : septicémie aiguë du péritoine, péritonite généralisée, enkystée, abcès péritonéaux à distance.

9° Enfin dans les cas considérés comme les plus classiques, étant les mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation, à la péritonite.

10° C'est d'après des travaux brièvement exposés que j'ai pu édifier la théorie de l'appendicite par cavité close *chez l'homme*, théorie *confirmée chez le lapin* par les intéressantes expériences de MM. Roger et Josué.

Des accidents dus à la sérothérapie de la diphthérie.

M. Hutinel. — Voir p. 145.

M. Chantemesse ne pense pas que l'apparition d'une albuminurie chez des diphthériques traités par le sérum doive toujours et sans plus l'examiner être mise sur le compte de la sérothérapie. Pour soutenir l'action nocive de la sérothérapie, il faut s'appuyer sur des examens bactériologiques du sang et de l'urine et alors seulement se faire une opinion. Et tout porte à croire que, lorsqu'on aura tous ces renseignements, les accidents observés seront imputés non pas au sérum, mais à une infection secondaire.

M. Sevestre a observé un enfant qui a présenté un syndrome complet d'une intoxication dite sérothérapique, sans qu'une injection sous-cutanée ait été pratiquée. Il s'agit, dans ce cas, d'une infection très probablement streptococcique.

M. Variot constate tout d'abord que l'on ne sait pas encore grand chose sur les élévations thermiques qui suivent les injections de sérum et qu'il est difficile de les attribuer à une idiosyncrasie. Il se demande donc s'il ne faut pas admettre que certains échantillons de sérum contiennent des substantes hyperthermisantes ou pyogènes quand l'injection est suivie, tant en ville qu'à l'hôpital, de la formation d'abcès.

Sur plus de 1 500 enfants diphthériques qui ont passé au pavillon Bretonneau, M. Variot n'a pas eu un seul cas de mort imputable au sérum, en revanche il a observé un très grand nombre d'érythèmes avec élévation thermiqne. Par contre, dans sa clientèle personnelle il a vu des accidents tardifs quelquefois très graves. Les accidents graves semblent donc plus fréquents en ville qu'à l'hôpital, et l'on peut se demander si cette différence ne tient pas à ce qu'en ville, le sérum reste longtemps dans l'officine du pharmacien, et s'altère à la longue.

Quant à l'interprétation proposée par M. Sevestre pour expliquer les accidents tardifs du sérum, M. Variot fait observer que si le streptocoque joue un rôle prépondérant dans la production des érythèmes post-sériques, les manifestations streptococciques n'auraient pas dû se produire 12 à 14 jours après l'injection, c'est-à-dire au moment où le processus morbide des muqueuses pharyngées et laryngées est éteint.

Reste la question soulevée par M. Le Gendre, à savoir si la constatation du bacille diphthérique dans la gorge suffit pour entreprendre le traitement par le sérum. A cet égard, il y a lieu d'établir une distinction importante. La valeur spécifique du bacille court est mise en doute par tous les observateurs; la constatation de ce bacille a donc une valeur très discutable.

D'une façon générale M. Variot procède de la façon suivante ; Lorsqu'une angine avec exsudat paraît très bénigne, il attend l'examen bactériologique. Si, au contraire, il constate des placards pharyngés multiples, il fait pratiquer l'injection de sérum immédiatement, et l'examen bactériologique vient presque toujours confirmer l'examen clinique.

En terminant, M. Variot reproduit la statistique de la mortalité par diphthérie pendant l'année 1895 à l'hôpital Trousseau. Il a eu plus de 1 400 enfants diphthériques au pavillon Bretonneau, tandis que les années précédentes le chiffre n'excédait pas 800 ou 900 au plus. Sur les 1 414 enfants soignés, 205 sont morts, soit une mortalité totale de 14.5 pour 100.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 4 Février 1896.

Décollement de la rétine.

M. Parinaud fait la présentation d'un malade qu'il a examiné la première fois au mois de septembre dernier et qui était atteint d'un double décollement de la rétine, plus étendu à droite qu'à gauche.

A l'aide d'une sclérotomie postérieure, le champ visuel de l'œil droit s'est élargi tout de suite, mais au bout de trois semaines le résultat obtenu était de nouveau moins bon ; en faisant une deuxième sclérotomie, le résultat fut encore satifaisant.

Ce double décollement n'était pas myopique, mais M. Parinaud pense que ces décollements non myopiques sont aussi graves ; il a encore soigné deux décollements de la rétine par la sclérotomie et l'atropine et a obtenu de bons résultats.

Les pointes de feu, au niveau de la sclérotique, occasionnent peu à peu une véritable rétraction du corps vitré. On doit faire la ponction bien en arrière, vers l'équateur, et lorsqu'il n'y a point de déchirure de la rétine, des troubles du vitreum, on a parfois de bons résultats. Son malade qui comptait à peine les

doigts à une distance de 1 mètre 50, a aujourd'hui une acuité égale à 5/15.

M. Chevallereau. — Le décollement myopique est le plus grave de tous ; il a soigné beaucoup de décollements par les pointes de feu jusque dans le sclérotique, mais il pense qu'il ne faut point traverser la membrane, pour éviter les atrophies consécutives dans les couches profondes ; l'amélioration ne se constate que peu à peu et la guérison complète est rare.

M. Jocqs soigne actuellement un double décollement rétinien d'origine myopique, par les ponctions. Après la première, amélioration ; après la troisième, il ne restait plus qu'un peu de rétine soulevée, au niveau de l'ora serrata.

M. Abadie dit qu'on a abandonné un peu la sclérotomie et le galvanocautère pour employer le traitement par les injections intra-oculaires qu'on a abandonnées de même, parce qu'on a eu des déastres ; mais on y reviendra, et avec un outillage plus soigné, moins défectueux, des instruments et des liquides complètement stérilisés, on n'aura plus des accidents allant jusqu'à la suppuration de l'œil.

Ces derniers temps, le traitement par l'électrolyse lui a donné de moins mauvais résultats, mais le véritable traitement curatif est encore à trouver.

M. Vignes dit que Deutschmann fait maintenant la sclérotomie et incise les brides qu'il peut trouver dans le corps vitré et y transfuse du corps vitré de lapin ; les résultats obtenus par lui dépassaient la moyenne.

M. Galezowski a fait la suture du décollement en traversant la poche soulevée et il fait l'ophthalmotomie à la limite du décollement par une ponction et une contre-ponction, qui laisse le liquide s'écouler ; il se produit en général un épanchement sanguin à la place du décollement, et le sang se résorbe peu à peu ; il faut faire l'opération le plus tôt possible.

Affections lacrymales.

M. Galezowski fait une communication sur les différentes causes d'affections lacrymales et cite des observations de malades ayant du larmoiement où la muqueuse n'était pas malade, où il n'existait aucun rétrécissement des points lacrymaux, mais où le canal osseux était malade ; à l'aide de sondes spéciales, il est arrivé à franchir ces rétrécissements et à les améliorer.

Traumatisme de l'œil.

M. Darier fait une communication sur un malade ayant subi un traumatisme de l'œil où l'on ne trouva rien à l'examen ophthalmologique, bien que la vision fût abolie, sinon une myopie de - 6 Dioptries, due sans doute à la distension de la zonule. Avec l'ésérine et de l'électrisation, la vision normale fut obtenue en trois séances.

Un deuxième malade, après avoir reçu un éclat de bois sur l'œil, eut de l'hyphéma et l'on constata une subluxation du cristallin ; après des instillations d'ésérine, le cristallin reprit sa place dans la fossette.

Dans les luxations incomplètes les accidents glaucomateux sont plus à redouter en raison de l'irritation de la zonule et de l'ébranlement du corps ciliaire, et l'iridectomie, en ces cas, est impuissante à guérir ; il faut en arriver à l'extraction.

Ulcères de la cornée.

M. Chibret, depuis deux ans, emploie la solution de violet de méthyle combinée à la cautérisation ignée dans les ulcères de la cornée. Le violet de méthyle, grâce à sa grande puissance de diffusion, donne des résultats excellents dans les kératites infectieuses, supérieurs au galvanocautère et aux injections sous-conjonctivales de sublimé qu'il n'emploie que lorsqu'il trouve ou suspecte la syphilis.

M. Abadie prétend que le galvano donne des résultats excellents au début des ulcères infectieux, de même que les injections sous-conjonctivales ; plus tard, lorsque l'infection s'est étendue, on ne peut plus compter que sur le galvano pour tout détruire.

M. Darier — Tel traitement réussit nombre de fois pour se montrer inefficace dans une autre série que la clinique et la bactériologie ne nous ont pas encore appris à différencier. Donc tant que nous ne serons pas en possession des éléments d'un diagnostic différentiel précis, nous devons traiter tous les ulcères infectieux suivant la logique des notions pathogéniques actuelles, c'est-à-dire faire l'asceptisation des annexes et surtout des voies lacrymales, des cils et de la conjonctive ; imprégner la surface de l'ulcère par la pyoctanine qui délimite l'étendue des lésions, détruire complètement par le galvano ou la curette tout le tissu morbide, aseptiser les milieux intra-oculaires par une injection sous-conjonctivale ; faire un pansement occlusif aseptique. Avec une pareille thérapeutique, les insuccès seront rares.

Dr Wuillomenet.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 Janvier 1896.

Torsion du gros intestin.

M. Rothmann a présenté les préparations venant d'une jeune fille opérée pour une occlusion intestinale.

La malade dans les antécédents héréditaires de laquelle on ne relève qu'une constipation habituelle du père, était toujours bien portante jusqu'à l'âge de 18 ans. Mais à partir de cette époque, les selles deviennent irrégulière, si bien que la malade restait plusieurs jours sans aller à la garde-robe. Cette constipation durait ordinairement 3 ou 4 jours sans s'accompagner de phénomènes graves, mais dans le courant des 3 dernières années, la malade a présenté à 3 ou 4 reprises, au cours de ses attaques de constipation, des phénomènes d'occlusion intestinale qui cessèrent après une débâcle intestinale provoquée par le lavage de l'intestin, les irrigations rectales, etc.

En décembre 1895, la malade fut prise d'une de ces attaques. Les lavages de l'intestin échouèrent en ramenant à plusieurs reprises des lambeaux de muqueuse, analogues à ceux que l'on observe dans l'entérite pseudo-membraneuse ; puis la situation s'aggravant tous les jours, la malade fut au bout de 4 jours transportée à la clinique de Körte qui, séance tenante, fit la laparotomie et établit un anus contre nature sur le cæcum afin de débarrasser l'intestin des matières fécales pour pouvoir aller à la recherche de l'obstacle. Malgré la débâcle qui se produisit par l'anus contre nature, la malade succomba quelques heures après l'opération.

A l'autopsie on trouva que l'anus contre nature avait été placé non pas sur le cæcum, mais sur l'angle du colon ascendant. A ce niveau le gros intestin était tordu sur son axe ; une autre torsion se trouvait au niveau du rectum, et la partie comprise entre les deux parties tordues avait les dimensions d'un estomac et était remplie de matières fécales.

Résection du thorax.

M. Karewski croit que les indications de la résection du thorax comportent deux groupes principaux de cas : 1° l'ablation des tumeurs malignes du thorax ; 2° la création d'une voie pour aborder la suppuration ou une autre affection des organes intra-thoraciques.

Les résections pour tumeurs malignes ont été longtemps considérées comme trop hardies ; pourtant, en 1893, M. Caro a réuni 27 cas de ce genre et montré que cette intervention n'était pas aussi meurtrière qu'on le croyait. Personnellement M. Karewski a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme chez lequel la tumeur thoracique était accompagnée de névralgie des nerfs intercostaux. M. Karewski enleva la petite tumeur qu'il croyait être un névrome, mais qui après examen microscopique fut reconnu pour un sarcome mélanique. La réci-

dive ne se fit pas attendre et deux mois plus tard M. Karewski pratiquait la résection de trois côtes avec les parties molles correspondantes. Peu de temps après le malade succombait à une métastase du cerveau.

D'après M. Karewski c'est justement la fréquence de la récidive qui enlève à la thoracotomie une grande partie de sa valeur dans ces cas.

Dans les résections costales ayant pour but d'aborder une collection purulente ou une lésion des viscères de la cavité thoracique, il faut tout d'abord envisager les accidents qui résultent de l'ouverture de la plèvre. Il se forme toujours un pneumothorax, accompagné souvent de phénomènes de collapsus. Mais on peut éviter souvent cet accident en fermant l'orifice qu'on vient de pratiquer.

Dans l'empyème, pour lequel on intervient le plus souvent, la guérison s'effectue ordinairement sans fistules. Mais il existe des cas où il existe des fistules et c'est dans ces cas que l'on fait la thoracotomie proprement dite. Chez certains malades il suffit de réséquer les productions osseuses qui se sont formées autour de l'orifice du drainage, la carie localisée de la côte pour obtenir la guérison de la fistule.

Mais dans d'autres cas où le poumon reste rétracté, soit qu'il s'agisse des empyèmes anciens ou que les feuillets de la plèvre ne se soudent plus, il faut faire une large thoracotomie pour amener la guérison. C'est cette opération que M. Karewski a fait dans 4 cas, chez des enfants auxquels il a réséqué 3 à 4 côtes dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Tous ces opérés ont guéri dans d'excellentes conditions. Un seul a succombé un mois après l'intervention à une bronchite généralisée.

Ces faits montrent donc que la thoracotomie pour les fistules consécutives à l'empyème est une bonne opération, et d'après M. Karewski il faut la faire dans tous les cas où la fistule persiste depuis deux mois. D'un autre côté il est certain que ces fistules peuvent être évitées en opérant l'empyène de bonne heure et en réséquant largement les côtes dans les empyèmes anciens.

M. Koenig accepte la division proposée par M. Karewski. Il tient toutefois à ajouter que la crainte du pneumothorax et de ces inconvénients quand on fait une thoracotomie pour néoplasme, est exagérée comme exemple il cite un cas qu'il a récemment opéré.

Dans ces cas M. Koenig a été amené à faire une résection presque totale du sternum, et dans le cours de la résection il a été amené à ouvrir nécessairement la plèvre gauche, le péricarde et la plèvre droite, et chaque fois l'ouverture ne se manifestait que par un sifflement avec un peu de dyspnée, qui disparaissait quand après l'occlusion de l'orifice le poumon revenait à sa place. Les choses se sont passées de même dans plusieurs autres cas où il a été amené à ouvrir la plèvre.

Par contre il est un accident contre lequel M. Koenig tient à mettre en garde les chirurgiens. Il arrive souvent qu'en ouvrant la plèvre, on blesse en même temps le poumon. Si l'on ne ferme pas la plaie du poumon il se forme un pneumothorax avec tension, avec compression du poumon, et si l'on ne draine pas la cavité intra-thoracique, le malade peut succomber, comme cela est arrivé à M. Koenig chez un malade auquel il a fait une thoracotomie pour ostéochondrome du thorax. Donc, quand on ouvre la plèvre il faut voir si l'on n'a pas blessé le poumon par la même occurence et fermer la plaie pulmonaire.

Hémiplégie spasmodique après la coqueluche.

M. Cassirez présente un enfant de 4 ans, actuellement au traitement à la clinique du professeur Oppenheim.

Le petit malade a eu la coqueluche en octobre 1893, et lorsque sa coqueluche paraissait complètement guérie, il fut pris de fièvre avec vomissements et convulsions, puis lorsque ces phénomènes se furent calmés, d'aphasie, de troubles de la déglutition et enfin d'une hémiplégie gauche. Dans l'espace de huit jours les troubles de déglutition s'amendèrent, de même que l'aphasie, et l'hémiplégie gauche disparut presque complètement lorsque l'hémiparésie du côté droit qui existait en même temps que l'hémiplégie, s'accentua et finit par se transformer à la longue en une hémiplégie droite avec tous les caractères d'une hémiplégie cérébrale.

En présentant ce malade M. Cassirez fait observer que l'apparition des symptômes bilatéraux n'est pas fréquente dans les paralysies infectieuses. Ce qu'il y a également de particulier dans son cas, c'est la disparition de l'hémiplégie gauche et la transformation en hémiplégie de l'hémi-parésie droite.

Traitement thyroïdien dans la maladie de Basedow.

M. Silex cite le cas d'une femme traitée par l'arsenic pour une maladie de Basedow à forme grave. Le traitement aggrava considérablement sa situation et sur le conseil d'une amie, elle essaya les tablettes thyroïdiennes allemandes. Ce traitement amena au bout de 4 semaines une véritable transformation de la malade qui, aujourd'hui, peut être considérée comme presque complètement guérie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 14 Janvier 1896.

Chylothorax.

M. Erb a observé un cas de chylothorax, qu'il considère comme unique dans son genre.

Il s'agit d'un homme de 20 ans, entré à la clinique pour une dyspnée qui est survenue 4 jours, d'abord légère, ensuite de plus en plus accusée. Il se rappelait seulement avoir eu, un mois auparavant, une légère douleur, un point de côté, au niveau du côté droit du thorax, lequel point de côté a du reste disparu très rapidement au bout de quelques heures. Il y a un an encore, il est allé consulter pour une tuméfaction œdémateuse de la face interne de la cuisse, et, à la clinique chirurgicale où il s'était adressé, on avait diagnostiqué une lymphangiectasie caverneuse et retiré par la ponction un liquide clair. L'opération proposée a été refusée par le malade qui, depuis cette époque, portait un bas élastique.

A l'examen du malade, il fut facile de constater que la dyspnée tenait à un vaste épanchement de la plèvre droite, qui avait repoussé le foie et déplacé le cœur à gauche. Les autres organes étaient normaux, l'état général excellent, la température normale.

Le lendemain on a fait une ponction et retiré 2 litres 1/2 d'un liquide blanc jaunâtre, lactescent, graisseux, qui, d'après tous ces caractères macroscopiques, chimiques et microscopiques, fut reconnu pour être du chyle.

La ponction fit disparaître la dypsnée, et le foie comme le cœur reprirent leur place normale. On avait constaté en même temps que la lymphangiectasie du membre inférieur, qui s'étendait de la racine de la cuisse jusqu'au cou de pied, est devenue plus flasque et avait un peu diminué de volume.

Dès le lendemain, la plèvre droite commença à se remplir de liquide, et, au bout de 3 jours, l'épanchement était aussi abondant qu'avant la ponction. Une nouvelle ponction, faite quelques jours plus tard et qui permit de retirer 3 litres de liquide chyleux, eut le même effet passager. C'est ainsi que dans l'espace de la semaine on a fait 8 ponctions et retiré en tout 30 litres de chyle. Malgré ces ponctions réitérées, l'état général du malade restait excellent.

D'après les phénomènes observés, on pouvait admettre l'existence d'un rapport intime entre la lymphangiectasie du membre inférieur et le chylothorax. On pouvait notamment penser que la dilatation des vaisseaux lymphatiques du membre se continuait dans la cavité abdominale et le médiastin et se manifestait par les mêmes ectasies caverneuses dans le canal thoracique et le tronc brachio-céphalique, et que la rupture d'une de ces dilatations pouvait amener directement le liquide chyleux dans la plèvre.

Cette supposition a pu être vérifiée à l'autopsie du malade, qui a succombé en 48 heures à une lymphangite infectieuse du membre inférieur gauche, survenue quinze jours après la dernière ponction. On trouva notamment que la dilatation des lymphatiques pouvait être suivie à travers la cavité abdominale et le médiastin jusqu'au hile des poumons et les plèvres dont les cavités communiquaient librement avec quelques lymphatiques

transformés en sacs caverneux. La plèvre gauche renfermait également du liquide chyleux. Par contre, le péricarde et la cavité abdominale n'en contenaient pas.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 4 Février 1896.

Double castration pour hypertrophie de la prostate.

M. Davies-Colley. — Un homme de 73 ans présentait depuis 4 ans des symptômes d'hypertrophie de la prostate : mictions fréquentes et cystite. Il entra à l'hôpital pour une rétention d'urine aiguë et sortit après le traitement ordinaire. Il revint pour une deuxième attaque; on dut faire la ponction sus-pubienne. La fréquence des mictions augmenta ensuite de telle façon que le malade dut se lever jusqu'à 9 et 10 fois par nuit. On fit la double castration. Elle amena un grand soulagement, le malade n'urinant plus que 3 fois par nuit. L'examen rectal montra alors que la prostate avait 6 centimètres de largeur, 5 centimètres de longueur. Le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois. Deux mois après l'opération, cependant, la fréquence des mictions et la cystite recommencèrent; le malade revint à l'hôpital et mourut peu après de pyélo-néphrite. A l'autopsie on trouva la vessie épaissie et contractée; la prostate avait les mêmes dimensions qu'au moment de l'opération. Cependant une amélioration marquée avait suivi l'opération.

Kystes pédiculés dans un sac herniaire.

M. Lockwood présente le sac d'une hernie inguinale, funiculaire et probablement d'origine congénitale. Quand on l'a ouvert, au moment de l'opération, deux kystes analogues à des polypes du nez firent saillie; ils étaient attachés par un mince pédicule à la partie postérieure du sac vers sa région moyenne; le plus long avait 2 centimètres et demi de longueur et avait une cavité qui s'ouvrait à l'extérieur par un très petit orifice situé sur le sac. L'autre kyste avait la moitié de la longueur du précédent et était attaché un peu plus haut sur le sac. Il y avait en outre deux petites productions papillomateuses faisant saillie à l'intérieur du sac. L'origine de ces kystes doit être recherchée dans le développement.

Kystes de l'iris.

MM. Eales et **Sinclair** ont présenté, le 30 janvier, à la *Société ophthalmologique du Royaume-Uni*, un homme de 47 ans qui avait un glaucome non inflammatoire chronique de l'œil gauche durant depuis plusieurs années. Dans la région de la pupille faisaient saillie deux masses globulaires brun foncé émergeant de la partie postérieure de l'iris. Ces masses remuaient à chaque mouvement de l'œil, et avec un verre grossissant on pouvait voir un tremblement analogue à celui d'une masse de gelée. On fit le diagnostic de kystes provenant d'un détachement de la couche postérieure de l'iris, l'uvée. C'est là le premier cas dans lequel cette lésion avait été diagnostiquée climiquement.

Anémie pernicieuse.

M. Whitford a relaté, le 29 janvier, à la *Société obstétrioale d'Edimbourg*, deux cas d'anémie pernicieuse tout à fait semblables. Ces deux cas étaient déjà bien avancés quand il les observa, car le pourcentage des hématies était environ réduit du quart. La teinte jaune citron caractéristique existait dans les 2 cas. Dans un cas il y avait une hémorrhagie étendue et presque impossible à arrêter des muqueuses de la bouche et du nez; dans l'autre il n'y eut aucune hémorrhagie. Ni dans l'un ni dans l'autre, il n'y eut d'hémorrhagie de la rétine. On fit une des deux autopsies : tous les organes étaient anémiés; il y avait des épanchements séreux dans toutes les cavités, y compris les ventricules cérébraux. Le cœur était graisseux, dilaté et ses parois étaient un peu atrophiées. La rate et les autres organes étaient normaux. Pas d'atrophie de l'estomac. La mort dans les 2 cas survint par asthénie (1).

Grossesse extra-utérine et hématocèle.

M. Briggs a publié à la même société 4 cas indéniables de grossesse utérine. Le 1er était assez avancé : la malade tomba dans le collapsus au 6e mois de la grossesse; on fit l'opération 16 heures après l'apparition des symptômes, on laissa le placenta et on draina le sac; la malade guérit. Dans le 2e, le 3e et le 4e cas, la rupture se fit au bout de 10, 9 et 7 semaines. On eut de la peine à arrêter l'hémorrhagie dans le 2e cas et cela prolongea l'opération; la malade mourut le 8e jour. Dans le 3e et le 4e cas les femmes guérirent. Dans le 3e cas on ne fit aucune ligature; on arrêta l'hémorrhagie par tamponnement à la gaze cyanurée, procédé que je recommande beaucoup. M. Briggs a vu un cas de grossesse se produisant dans une corne rudimentaire de l'utérus; la rupture se fit à la 1re semaine; la malade guérit. Il a opéré en outre 4 cas d'hémato-salpinx qui étaient probablement autant de grossesses tubaires. Dans un cas la trompe s'était rompue; dans un autre il y avait ce qu'on appelle l'avortement tubaire; dans 2 cas les trompes malades étaient dilatées par du sang. Dans aucun cas on ne découvrit de traces de fœtus. Enfin il a observé 6 cas d'hématocèle, 4 dus à une salpingo-oophorite, 1 dû à des kystes des ovaires et un dont on ne put déterminer la cause. Il croit que l'opération n'est pas souvent nécessaire pour ces cas.

M. Imlach. — L'hématocèle pelvienne est rarement due à une rétention des règles dans les cas d'imperforation de l'hymen ou à la rupture intra péritonéale d'un thrombus dans le tissu cellulaire. La grossesse extra-utérine et la salpingite en sont des causes plus fréquentes. Le traitement consiste à enlever les trompes malades. En n'opérant pas on condamne souvent à la mort par hémorrhagie interne, des femmes qui eussent été sauvées par une opération faite en temps opportun.

Épilepsie traumatique.

M. Newbolt a relaté à la *Liverpool medical Institution* une observation d'épilepsie traumatique. La malade avait eu un fort traumatisme du côté gauche de la tête en 1888. On le trépana alors en Amérique et on enleva de l'os et de la substance cérébrale. Il alla bien pendant 2 ans, tout en présentant de l'hémianopsie. Au bout de ce temps le malade eut des crises épileptiques revenant à des intervalles variant entre 15 jours et 2 mois et 1/2. Les crises commençaient toujours par le poignet gauche. M. Newbolt a trépané au niveau du centre du poignet et a enlevé une fine aiguille osseuse. Depuis l'opération (un an et 10 mois) cet homme a eu 3 crises.

1. Dans le *British med. Journal* du 8 février 1896, Hunter a publié un article sur *la pathogénie de l'anémie pernicieuse*. D'après lui, les extravasations sanguines ne sont ni assez fréquentes ni assez importantes pour être par elles-mêmes, la cause de l'anémie pernicieuse. De plus on ne trouve pas trace de ces extravasations dans les ganglions lymphatiques à travers lesquels le sang devrait nécessairement être absorbé. Les changements pigmentaires caractéristiques qu'on observe dans le foie, le rein et la rate au cours de l'anémie pernicieuse, et la distribution tout aussi caractéristique du pigment dans les organes ne peuvent être produits par une résorption de sang extravasé même en grande quantité. Il est probable que l'anémie pernicieuse est due à l'action sur le sang de quelque poison provenant du tube digestif. On comprend ainsi que le siège principal des changements qui se produisent dans le sang corresponde au territoire de la circulation de la veine-porte et aux organes avec lesquels elle est en relation. La chlorose est aussi une anémie d'origine intestinale ; c'est d'ordinaire une anémie de l'adolescence liée à la constipation. Mais tandis que la chlorose est due à un vice de formation du sang, l'anémie pernicieuse résulte d'une destruction excessive du sang. La 1re est de nature *hémogène*, la 2e de nature *hémolytique*.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Clinique médicale. — M. Pierre Marie.

Déformations thoraciques dans quelques affections médicales.

Messieurs,

J'ai l'intention de traiter aujourd'hui devant vous une question de séméiologie qui, comme beaucoup de ses congénères, relève à la fois de l'enseignement clinique médical et chirurgical. Cette question est celle des *déformations thoraciques* dans différentes maladies. Je m'efforcerai de traiter cette question aussi « médicalement » que possible. Le sujet de cette leçon m'a été dicté par les circonstances, car actuellement, dans le service de la clinique, se trouvent réunis plusieurs cas intéressants de déformations thoraciques d'origines fort diverses.

Le premier malade que je vous présente est un homme de 21 ans; il est entré à l'hôpital pour un érythème noueux accompagné de douleurs articulaires, qu'il avait contracté à la suite d'un long et fatigant voyage à pied de Nantes à Paris. C'est d'une façon tout à fait fortuite que nous avons, en l'examinant, découvert chez Dug... une déformation thoracique sur laquelle il ne pensait guère à appeler notre attention. En effet, il la porte dès sa plus tendre enfance, et elle n'a jusqu'à présent été pour lui la cause d'aucun désagrément.

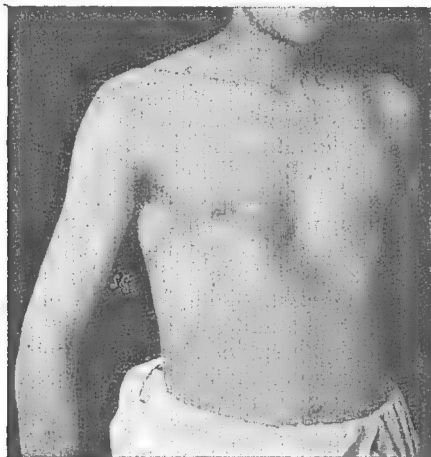


Fig. 1. — « Thorax en entonnoir », chez le malade de l'Hôtel-Dieu qui fait l'objet de cette leçon clinique.

Chacun d'entre vous peut constater que cette déformation consiste en une dépression considérable, en une sorte d'enfoncement qu'aurait subi la paroi antérieure du thorax; il s'agit, en un mot, de la déformation connue sous le nom de *thorax en entonnoir*.

Étudions avec quelque détail les caractères de cette déformation chez notre malade. D'une façon générale, le thorax est assez mal bâti, car son aspect est plutôt cylindrique. Quant à l' « entonnoir », il se trouve sur la ligne médiane antérieure; le sternum faisant avec lui-même un angle ouvert en avant, d'où la production d'une véritable fosse oblique en bas et en avant. L'un des côtés de l'angle commence au niveau de la 4e côte; l'autre côté, oblique en sens contraire, est constitué par l'appendice xiphoïde notablement atrophié. Latéralement, le rebord costal surplombe cet entonnoir.

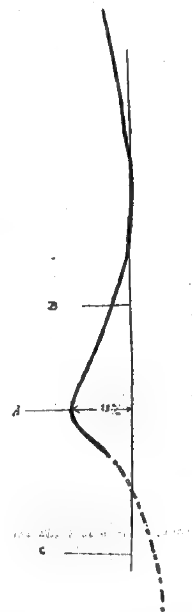


Fig. 2. — La raie noire la plus large représente le profil de la partie médiane des régions sternale et épigastrique chez mon malade porteur d'un « thorax en entonnoir. » Le fond de l'entonnoir se trouve en A. — Le point B est celui au niveau duquel a été tracée une des circonférences transversales du thorax, reproduites dans la fig. 5. (Tous ces contours ont été pris au moyen d'une lame de plomb, par M. Couvelaire, externe du service.)

Si l'on mesure la profondeur de la dépresion sternale, on trouve qu'elle est de 23 millimètres par rapport au niveau de sa paroi supérieure, et de 26 millimètres par rapport à la surface de l'abdomen sous-jacent.

Quant on examine la dépression suivant un plan coupant horizontalement le thorax, on remarque que ses parois latérales ne sont pas exactement symétriques, celle de droite étant de quelques millimètres plus élevée que celle de gauche; mais c'est là un détail de peu d'importance, l'intérêt de ce cas résidant surtout dans la profondeur et le siège de la dépression.

L'étude du « thorax en entonnoir » a fait, surtout en Allemagne, l'objet d'un certain nombre de travaux, dus à Eggel, à Flesch, etc., etc. — Ebstein (1880) a, pour la première fois, exposé cette question dans son ensemble. En France, ces faits n'ont pas à un égal degré appelé l'attention des médecins; cependant, en 1891, Ramadier et Sérieux rapportaient dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 5 cas personnels de cette malformation, et produisaient une véritable monographie sur le « thorax en entonnoir »; j'aurai lieu de mettre celle-ci plus d'une fois à contribution dans la rapide esquisse que je veux vous

en présenter à propos de notre malade. Je dois vous signaler encore un travail de Féré et Schmid et une communication de Capitan à la Société d'anthropologie (1891).

La dépression plus ou moins cupuliforme qui a fait donner à cette déformation le nom de « thorax en entonnoir » siège le plus souvent à l'union de l'appendice xyphoïde avec le sternum, quelquefois aussi à la partie inférieure du sternum.

Sa profondeur qui, comme vous le constatez chez notre malade, peut être assez considérable, varie suivant les sujets; elle atteint parfois 9 centimètres, le plus souvent elle oscille entre 3 et 7 centimètres.

Sa forme est plus ou moins circulaire; dans certains cas elle devient ovalaire et il y a lieu de se demander, comme c'est d'ailleurs le cas pour notre malade, s'il ne s'agirait pas là de formes de transition entre le thorax en entonnoir proprement dit et le *thorax en gouttière* de Féré et Schmid.

Malgré le degré souvent accentué de cette déformation, on ne constate, en général, chez les sujets qui en sont atteints, aucun trouble fonctionnel; la respiration est normale, le cœur ne présente aucun phénomène morbide. Quelques auteurs, notamment Ebstein, ont noté cependant un déplacement plus ou moins accusé de ce viscère qui serait le plus souvent refoulé en haut et à gauche, mais sans que cela entraîne de conséquences par rapport à son fonctionnement; on cite d'ailleurs parmi les individus porteurs de cette déformation des sujets qui se livraient sans aucune peine à des exercices violents ou à des travaux pénibles; j'ai pour ma part connu un jardinier très vigoureux qui avait un « thorax en entonnoir ».

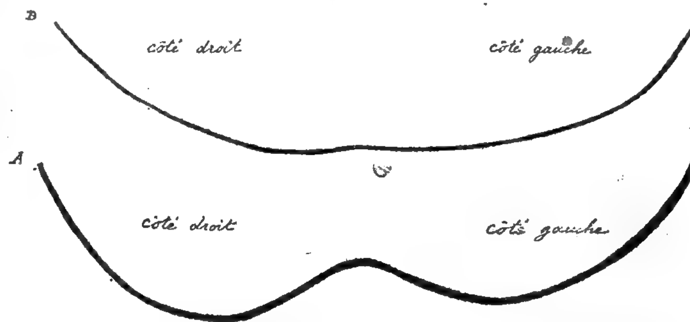


Fig. 3. — Contours de la circonférence horizontale du thorax, prise pour A au niveau du fond de l'entonnoir, pour B au point marqué de la même lettre sur la figure 2.

La capacité respiratoire de la cage thoracique ne paraît pas être altérée d'une manière notable, ce qui, d'après Ebstein, tiendrait à ce que le thorax regagne dans le diamètre transversal ce qu'il a perdu dans le diamètre antéro-postérieur. La circonférence thoracique maxima ne laisse ordinairement guère à désirer; chez notre malade la circonférence prise au niveau de l'entonnoir ne mesurait que 0m77, mais un peu plus haut, à un centimètre au-dessus des mamelons, elle était de 0m82.

Vous connaissez les principaux caractères du « thorax en entonnoir », vous n'oublierez pas que l'influence de certaines professions peut amener certaines dépressions de la région thoracique antérieure plus ou moins analogues à première vue à celle que nous venons d'étudier; dans cet ordre d'idées il faut citer d'une part la poitrine creuse des *tailleurs d'habit* qui est plutôt une « poitrine concave » qu'une poitrine en entonnoir; d'autre part la dépression sternale que portent beaucoup de *cordonniers* au niveau des 6e, 7e et 8e articulations chondro-sternales, au-dessus de l'appendice xiphoïde; cette dépression, due à l'effort prolongé de la « forme » contre la poitrine, ne présente ordinairement pas une coupe aussi brusque des parois que le véritable thorax en entonnoir, elle est assez souvent le siège de callosités qui contribuent à affirmer sa nature professionnelle.

Le *thorax en gouttière* décrit par Féré et Schmid offre de grandes analogies avec le « thorax en entonnoir », mais il en diffère à d'autres égards; en effet dans la plupart des cas le thorax paraît peu ou pas dévié de sa direction normale; les cartilages costaux sont seuls atteints mais ils le sont d'une manière symétrique. Des deux côtés de la ligne médiane les cartilages présentent une courbure exagérée, il en résulte une gouttière longitudinale dont le fond est formé par le sternum.

Quant au mode de production de ces déformations, un certain nombre d'hypothèses ont été proposées; pour quelques-unes au moins, c'est déjà beaucoup de les citer : — Zuckerkandl croit qu'il s'agit d'une dépression produite par la pression prolongée du menton sur le sternum pendant la vie fœtale; pour Hagmann c'est la pression prolongée des talons qui devrait être incriminée. Eggel pense qu'à la suite d'une sorte d'ostéomalacie du sternum la partie inférieure de cet os, mal soutenue, se laisse aspirer par les efforts de respiration. Schiffer admet que la véritable cause est à rechercher dans un excès de longueur des côtes qui ne peuvent se développer qu'en repoussant en dedans le sternum, cette hypothèse présente en effet quelque vraisemblance. Enfin Ebstein est d'avis que le sternum éprouve un défaut de développement qui l'empêche de se porter en avant, du moins dans sa partie inférieure; c'est là plutôt une constatation qu'une explication proprement dite.

A propos de l'étiologie de cette affection je vous ferai remarquer que, du moins dans les cas publiés jusqu'ici, la prédilection pour le *sexe masculin* est des plus prononcées.

Il me reste à vous montrer que le « thorax en entonnoir » n'est pas simplement une curiosité anatomique plus ou moins intéressante, mais qu'il a de plus, par lui-même, une signification particulière et non sans importance.

On voit en effet, lorsqu'on étudie les observations qui ont été publiées touchant cette affection, que très souvent elle *coïncide* chez le même individu *avec d'autres malformations congénitales*. Ramadier et Sérieux ont à juste titre insisté sur ce point et, dans le relevé qu'ils donnent des faits de ce genre, nous trouvons des cas de syndactylie, de plagiocéphalie avec vitiligo, phimosis, ichthyose, d'implantation vicieuse des dents avec voûte palatine ogivale et malformation des orteils, d'hydrocéphalie avec malformation des doigts et surdité, de malformation crânienne avec bec-de-lièvre, de strabisme avec prognathisme, implantation vicieuse des dents, cryptorchidie, rétrécissement aortique, etc.

Dans un ordre d'idées analogue, on peut signaler le fait de Schultze (1) qui, chez un sujet atteint de myopa-

1. Schultze, *Beitrage zur Muskelpathologie* (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1894, VI, p. 73).

thie progressive primitive, a observé un énorme « thorax en entonnoir » ; j'ai vu des faits du même genre.

On remarque d'autre part assez souvent, ainsi que le montrent Ramadier et Sérieux, que l'état psychique ou moral des individus porteurs d'un « thorax en entonnoir » présente certaines lacunes. Tantôt il s'agit de dégénérés délirants ou non, tantôt d'imbéciles, d'épileptiques ou d'idiots. — Chez notre malade nous n'avons à la vérité rien d'analogue à signaler, mais en fouillant dans sa famille nous trouvons une sœur très nerveuse, ayant eu plusieurs fois des attaques de nerfs, pendant lesquelles elle tombe comme évanouie et en proie à de violents mouvements convulsifs ; parfois elle présente aussi à ce moment des vomissements de sang. — En résumé les individus porteurs d'un « thorax en entonnoir » sont souvent des dégénérés psychiques ou tout au moins ils appartiennent à une souche dans laquelle la dégénération

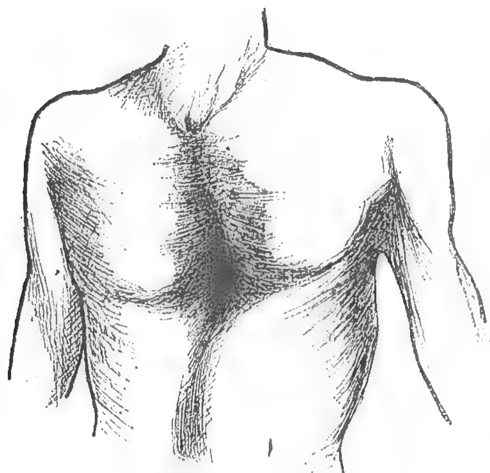


Fig. 4. — Cas de « thorax en entonnoir » chez un homme. (D'après Ebstein.)

psychique ou somatique s'est révélée sur une ou plusieurs personnes (1).

Il faut ajouter que l'influence héréditaire peut également se révéler d'une façon directe, c'est-à-dire que plusieurs membres d'une même famille présentent simultanément cette malformation. Eichhorst, Klemperer ont publié de tels cas.

La conclusion évidente qui découle de tout cela c'est que le « thorax en entonnoir » n'est pas une malformation purement fortuite, mais qu'elle fait au contraire partie d'un véritable ensemble morbide de nature héréditaire, c'est-à-dire qu'elle peut être considérée comme un de ces stigmates physiques de dégénérescence dont l'étude a, dans ces dernières années, pris, comme vous le savez, une extraordinaire mais très légitime extension.

Telle est dans ses grands traits l'histoire du « thorax en entonnoir ». Ce n'est pas d'ailleurs la seule déformation thoracique dans laquelle l'*influence congénitale* joue un rôle de premier ordre.

En outre du « thorax en gouttière » dont je vous ai déjà parlé, vous rencontrerez un certain nombre d'autres malformations datant de la naissance, consistant le plus souvent en une direction plus ou moins vicieuse d'une portion du sternum ; l'histoire de ces malformations, très incomplète à l'heure actuelle, ne semble d'ailleurs pas présenter d'autre intérêt qu'une relation possible avec les stigmates de dégénérescence.

Il faut cependant faire exception pour une autre variété de déformation thoracique congénitale dont la signification est au contraire des plus sérieuses. Je veux parler de celle qui quelquefois accompagne les *malformations congénitales du cœur*. Vous avez eu l'occasion d'observer dans nos salles un remarquable cas de ce genre et vous devez vous en rappeler (1) les traits principaux ; il existait en effet chez cet homme, sur la région antérieure du thorax, au-dessus de l'appendice xiphoïde, une sorte de gibbosité triangulaire dont le sommet proéminait en avant tandis que ses parties latérales se continuaient avec l'extrémité des côtes, de telle sorte que la région antérieure du thorax était à la fois aplatie et proéminante. C'était d'ailleurs bien plutôt un « thorax en proue » qu'un « thorax en carène ». Les déformations thoraciques plus ou moins accusées mais non toujours d'un aspect analogue à celui que je viens de vous décrire ont été signalées dans un certain nombre d'autres cas de vices de développement cardiaque et je vous citerai notamment un fait publié par Charrin et Le Noir (2) dans lequel la déformation thoracique était très prononcée. Le plus souvent il s'agit d'un thorax saillant en avant et aplati latéralement. Cette coïncidence d'une malformation thoracique avec un vice de développement du cœur est intéressante en ce sens qu'elle affirme nettement l'origine embryogénique de chacune de ces affections, et constitue ainsi un argument de valeur contre l'opinion qui voudrait faire dépendre d'une endocardite fœtale tous les défauts de développement du cœur.



Fig. 5. — Thorax en entonnoir. Sternum vu de profil ; sa face antérieure est tournée vers la droite. (D'après Ebstein.)

Nous venons de passer en revue quelques-unes des *déformations thoraciques congénitales* les plus importantes ; elles ont, bien entendu, pour caractère commun d'exister dès la naissance ou tout au moins d'avoir été constatées dans les premiers temps qui ont suivi celle-ci. — Mais en dehors de ce groupe il en est un autre peut-être plus intéressant encore pour le pathologiste, c'est celui des déformations thoraciques qui, bien qu'elles ne se montrent pas dès la naissance, ont cependant un point de départ congénital en ce sens que, si dès la naissance elles existent en germe chez certains individus, elles ne se développeront chez eux que plus tard, à leur heure, avec cette fatalité d'évolution que présentent à un si haut

1. Des considérations du même genre semblent devoir s'appliquer au « thorax en gouttière » ; Féré et Schmid en ont trouvé 18 cas sur 182 épileptiques, soit 10 p. 100

1. Ce malade fait l'objet d'une des leçons consacrées dans ce volume à l'étude de la *cyanose par malformation congénitale du cœur*.

2. Charrin et Le Noir, *Cyanose et déformation thoracique*, Soc. de biol., 8 novembre 1890.

point toutes les affections qui prennent leur origine dans l'hérédité.

Dans ce second groupe ou groupe de *déformations thoraciques congénitales tardives,* je vous citerai tout d'abord un certain nombre de cas dus à la *scoliose des adolescents.*

Vous savez en effet que, lorsque cette scoliose est un peu prononcée, elle peut donner lieu à des affaissements correspondants de larges portions de la cage thoracique; nous avons eu plusieurs fois, chez des jeunes filles amenées à notre consultation externe, l'occasion d'étudier des faits de ce genre, et dans un cas j'ai pu vous montrer que la mère présentait une déformation fort analogue à celle de sa fille. Vous savez qu'actuellement plusieurs auteurs, et particulièrement, je crois, Kirmisson, soutiennent que la scoliose des adolescents est due au rachitisme. Cette manière de voir est peut-être juste pour certains cas, mais il en est d'autres, et c'est

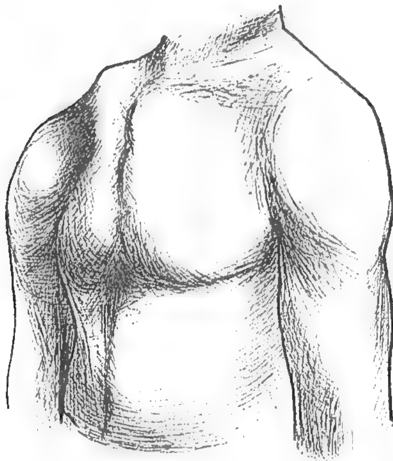


Fig. 6. — « Thorax en gouttière » avec dépression latérale du côté droit. (D'après Féré et Schmid.)

ceux-là que j'ai en vue ici, qui me semblent n'avoir rien à faire avec le rachitisme et sont au contraire sous la dépendance d'influences héréditaires; la coïncidence de la scoliose des adolescents avec diverses névropathies est d'ailleurs un fait généralement admis.

Une autre variété de notre second groupe, ou groupe de déformations thoraciques congénitales tardives, est constituée par les déformations thoraciques qui se montrent au cours de la *myopathie primitive progressive.* Les types de cette maladie dans lesquels ces déformations se montrent le plus fréquemment, sont le type *scapulo-huméral* et le type *facio-scapulo-huméral;* elles sont plus rares et moins accentuées d'habitude dans la *paralysie pseudo-hypertrophique.*

Les déformations thoraciques des myopathiques se présentent sous des aspects un peu différents d'un malade à l'autre tant au point de vue de l'intensité que de la configuration même; elles ont cependant des caractères communs d'une assez grande netteté pour permettre souvent de faire à première vue le diagnostic. Parmi ces caractères il faut citer tout d'abord l'*aplatissement du thorax;* cet aplatissement est tel que celui-ci semble avoir été violemment comprimé d'avant en arrière ainsi que vous en pouvez juger chez le malade que je vous présente, malade chez lequel les dimensions thoraciques sont les suivantes :

Diamètre antéro-postérieur maximum . .	145mm
Diamètre transverse maximum	290mm

Le diamètre antéro-postérieur n'a donné ici que la moitié du diamètre transverse, ce qui est absolument anormal.

Si en outre de cet aplatissement de la cage thoracique vous voulez bien tenir compte de la disparition presque complète des pectoraux qui rend plus manifeste la saillie de l'attache des bras aux épaules, vous comprendrez aisément pourquoi un grand nombre de myopathiques présentent un *aspect excavé* de la partie supérieure du thorax. Chez ces malades le *relief des clavicules* devient

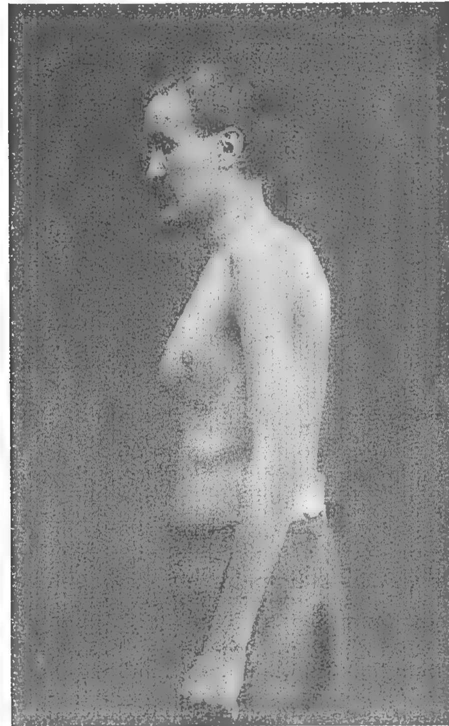


Fig. 7. — Homme affecté de cyanose par malformation congénitale du cœur, présentant une déformation considérable du thorax par projection en avant de la partie inférieure du sternum.

extrêmement apparent puisque les muscles interposés entre ces os et les premières côtes ont subi une atrophie plus ou moins complète et laissé vide l'intervalle qu'ils devraient combler. Il n'est pas rare, non plus, de constater, au niveau du tiers inférieur du sternum, une *dépression* assez analogue à celle du « thorax en entonnoir ».

Ces déformations thoraciques que l'on pourrait appeler « classiques » dans la myopathie progressive primitive se compliquent parfois d'un autre élément, l'existence d'une *scoliose* plus ou moins prononcée. Dans ce cas le thorax n'est plus seulement aplati et comme excavé dans sa région antéro-supérieure, il est en outre *asymétrique.* C'est ainsi que chez ce second malade que j'ai fait placer devant vous, vous constatez que la partie postérieure du côté droit du thorax, au niveau de l'angle postérieur des côtes, fait une saillie considérable, à tel point que cette moitié droite du thorax semble deux fois plus volumineuse que la moitié gauche. L'épaule gauche est notable-

ment moins large que la droite (mesurée de l'apophyse de la 7e cervicale à l'extrémité de l'acromion elle ne compte que 155 millimètres contre 195 à droite).

On observe en outre chez certains sujets, mais non chez tous, une particularité assez bizarre qui, je crois, n'a été encore été signalée par aucun des auteurs qui se sont occupés de l'aspect du thorax chez les myopathiques : c'est ce que j'appellerai, pour en mieux fixer le souvenir dans votre esprit, la *taille de guêpe*. — Le premier des deux malades que je vous ai présentés, celui qui n'est pas scoliotique, offre à un degré très prononcé cette particularité. Examinez, messieurs, son thorax, et vous constaterez que le profil de celui-ci diffère notablement du

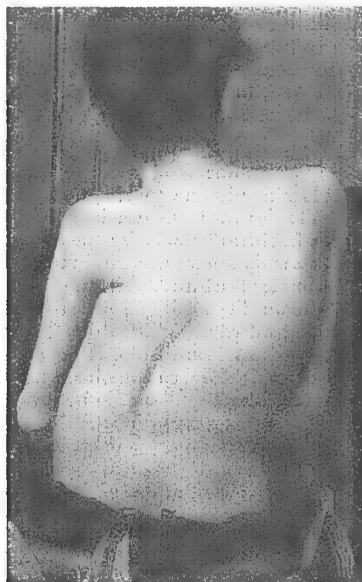


Fig. 8. — Myopathique présentant une scoliose avec asymétrie considérable des deux côtés du thorax.

profil d'un thorax normal. Dans le thorax normal les contours latéraux ont une obliquité plus ou moins marquée en dedans et en bas, obliquité due à ce que la circonférence de la région inférieure du tronc est évidemment moindre que la circonférence des régions supérieure et moyenne; chez notre malade au contraire les contours latéraux ont une direction à peu près verticale, la circonférence du thorax dans sa région inférieure étant presque égale à celle des régions situées au-dessus. De là il résulte que les hypochondres forment avec la base du thorax un angle rentrant, d'où l'aspect « en taille de guêpe » que je vous signalais tout à l'heure.

Si maintenant nous cherchons à nous rendre compte du « pourquoi » de cette déformation, nous en trouverons, je crois, l'explication dans ce fait que, par suite de l'aplatissement de la cage thoracique (1), la direction des côtes se montre notablement modifiée. Leur obliquité est considérablement accrue sur toute la hauteur de la cage

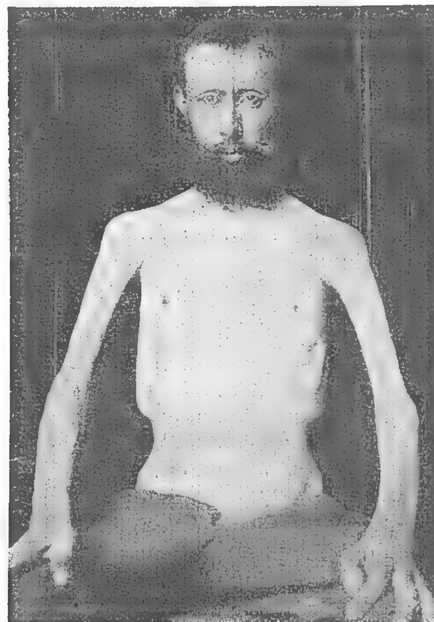


Fig. 9. — Homme affecté de myopathie progressive primitive, présentant, à un degré extrême, la déformation du thorax « en taille de guêpe ». L'observation de ce malade a, à d'autres points de vue, été publiée par MM. Landouzy et Dejerine.

thoracique, et par cela même les dernières côtes, y compris les fausses côtes qui ne sont pas reliées au sternum, au lieu de se diriger suivant un angle modéré en bas et en dedans, se portent très obliquement en bas, d'où l'aspect vertical des contours latéraux du thorax et la dépression en coup de hache constatée au niveau des hypochondres.



Fig. 10. — Obliquité des côtes chez le myopatique de la fig. 11, présentant la déformation thoracique en « taille de guêpe ».



Fig. 11. — Direction des côtes chez un individu sain. On voit que cette direction est beaucoup moins oblique que chez le myopatique.

1. Cet aplatissement du thorax avec déviation secondaire des côtes peut être rapproché de la *déformation du crâne des myopathiques* que j'ai décrite, en collaboration avec Onanoff, dans une communication à la Société des hôpitaux (séance du 20 février 1891). Cette déformation crânienne consiste surtout dans un aplatissement de l'occipital avec diminution considérable du diamètre antéro-postérieur du crâne. On voit donc que, chez les myopathiques, le squelette est, dans un assez grand nombre de cas, profondément intéressé, et qu'il se produit chez ces malades une sorte de processus ostéomalacique qui, suivant toute vraisemblance, n'est pas sans relations avec les altérations des muscles.

Telle est l'explication vraisemblable de la déformation du thorax « en taille de guêpe » des myopathiques. Quant à l'atrophie des muscles de cette région, elle doit jouer aussi un rôle dans la production de cette déformation, la disparition d'une grande partie des muscles de la ceinture iliaque amenant une diminution de volume plus ou moins marquée du contour extérieur du bassin et des régions avoisinantes.

Une autre variété de *déformation thoracique congénitale tardive*, survenant également au cours d'une affection du système nerveux, est celle qui se montre quelquefois chez les individus atteints de *maladie de Friedreich;* cette déformation du thorax est liée à un certain degré de scoliose, elle est d'ailleurs moins fréquente et surtout moins accentuée que celles que je vous ai décrites dans la myopathie primitive progressive (1).

En résumé, messieurs, le fait qui ressort de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, c'est que toutes ces différentes variétés de déformations thoraciques congénitales, qu'elles appartiennent au groupe des déformations congénitales proprement dites ou à celui des déformations congénitales tardives, présentent entre elles ce point commun qu'elles affectent avec les névropathies les plus diverses des connexions particulièrement intimes.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en octobre, novembre et décembre 1895.

M. Courtois. — *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques, chez les tuberculeux pulmonaires.*

M. Georges Petit. — *De l'intervention chirurgicale dans les fractures récentes*, n° 127.

M. Petit reprend la question de l'*Intervention chirurgicale dans les fractures récentes*, en envisageant seulement les fractures des os longs. Après avoir fait l'historique de cette intéressante question, qui a soulevé d'ailleurs bien des controverses, après avoir montré qu'elle n'est pas d'invention récente, puisque Hippocrate conseillait l'intervention chirurgicale dans les fractures compliquées, l'auteur s'appuie sur une série d'observations pour formuler les indications de cette intervention précoce.

Sans doute il ne faut pas songer à en faire une règle générale; le traitement chirurgical proprement dit restera un procédé d'exception.

Mais dans les fractures impossibles à réduire, dans les fractures qui siègent aux environs des grosses articulations, il y a intérêt à intervenir. Une exception sera faite pourtant pour les fractures du col fémoral chez les vieillards; ceci est facile à comprendre, puisque la fracture est dans ce cas bien plus le résultat d'une raréfaction osseuse que de l'accident qui a servi d'occasion.

Dans les fractures ouvertes, avec ou sans issue des fragments au dehors l'intervention chirurgicale devient indispensable, elle s'impose. En somme les indications sont résumées dans le tableau suivant :

1. L'étude des déformations thoraciques et rachidiennes dans certaines affections médullaires est particulièrement intéressante; c'est ainsi que dans la *syringomyélie* ces déformations sont fréquentes et souvent très accentuées. On trouvera de nombreux renseignements sur ce sujet dans la thèse de Hallion. De ces faits il convient de rapprocher ceux signalés par Klippel (*Gazette hebdomadaire*, 1891, p. 150) qui, dans la scoliose de l'enfance, a trouvé une asymétrie de la corne antérieure correspondante avec disparition des cellules nerveuses, et pense que les lésions médullaires sont ici primitives et la scoliose consécutive.

A. — *Fractures ouvertes.*

B. — *Fractures fermées.*

Réduction	impossible	action musculaire
		interposition musculaire
		causes non diagnostiquées
	incomplète	fracture multiple
		déplacement considérable.
Contention.		incertaine
		imparfaite
		impossible.

M. Petit passe alors en revue les divers procédés opératoires connus, celui de Malgaigne, celui de Gordan (Manchester) et ceux plus récents de MM. Ollier, Roux de Brignolles et Delorme; mais pour lui, on ne peut adopter un procédé unique, chaque fracture peut nécessiter des combinaisons variables de ces procédés.

L'auteur termine en concluant :

L'intervention chirurgicale dans les fractures récentes des os longs des membres nous semble devoir être indiquée, excepté chez les vieillards (col du fémur), et les cachectiques dans les conditions suivantes, et comporter les indications que nous formulons ici :

I. — Chaque fois qu'une fracture ne pourra être réduite.
II. — Quand la réduction ne pourra être maintenue.
III. — Dans toutes les fractures avec issue des fragments.
IV. — Dans les fractures avec déplacement considérable.
V. — Dans les cas de fractures comminutives et multiples.
VI. — Dans toutes les fractures ouvertes.
VII. — La suture au fil métallique est la meilleure et le fil d'argent est celui qu'il faut préférer.
VIII. — Si la suture est insuffisante, il faut y joindre le cerclage ou la ligature, en combinant les deux procédés.
IX. — L'enlèvement des esquilles et le nettoyage de la cavité sont d'une importance capitale.
X. — Faire de grands lavages de la cavité à la solution de sublimé chaude.
XI. — Relever une collerette de périoste que l'on rabat ensuite par une suture à la soie.

Dans sa thèse M. Courtois étudie la valeur de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. On sait combien cette question de l'intervention a été discutée; Verneuil et son école sont partisans de l'abstention.

M. Courtois passant en revue les principaux faits favorables et défavorables à l'intervention, discute les arguments fournis par les défenseurs des deux méthodes et conclut contre l'opinion de Verneuil, de la façon suivante :

I. — Lorsque les tuberculeux pulmonaires sont atteints de tuberculoses périphériques, l'ablation de ces foyers tuberculeux a généralement une heureuse influence sur la marche des lésions pulmonaires.

II. — Cette heureuse influence peut se traduire de deux façons :

1° Guérison complète de la phthisie.

2° Amélioration notable de l'état général, trêve plus ou moins longue dans l'évolution des lésions.

III. — Parfois l'état général et les lésions semblent ne tirer aucun bénéfice de l'intervention.

IV. — Ces résultats variables s'expliquent par la considération de trois facteurs :

1° Degré d'évolution des lésions pulmonaires.

2° Gravité comparée, au point de vue de l'état général, des lésions pulmonaires et périphériques.

3° Le terrain plus ou moins favorable à l'évolution du bacille.

V. — Les opinions de Verneuil sur l'infection immédiate par contiguïté ou généralisation, sur l'influence tardive de l'opération sur la santé des phthisiques, proviennent d'une fausse interprétation et doivent être rejetées.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur la valeur du réflexe patellaire pour le diagnostic et le pronostic (Die diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens), par Cramer (*Münchner med. Woch.*, n° 47, novembre 1895). — Voici les conclusions de l'auteur. Parmi les maladies mentales, la paralysie générale est la seule qui offre un pourcentage déterminé au point de vue du reflexe patellaire. Il existe une exagération des réflexes dans un assez grand nombre de cas, chez les malades présentant des phénomènes d'excitation cérébrale. L'abolition du phénomène du genou dans les maladies mentales, quand il ne s'agit pas d'alcoolisme ou d'une affection grave du système nerveux, doit appeler l'attention sur la paralysie générale et impose un pronostic défavorable. Si la manie aiguë pendant la convalescence, la manie chronique et certaines formes aiguës de paranoïa s'accompagnent de perte du réflexe patellaire avec collapsus prononcé, le pronostic doit être réservé. L'exagération du réflexe chez les idiots ou les individus dont l'intelligence s'affaisse progressivement et qui présentent aussi le signe d'Argyll-Robertson avec des troubles de la parole révèle un pronostic grave. L'importance de l'exagération des réflexes est assez grande pour le diagnostic différentiel entre la manie et les états analogues de paranoïa aiguë. Dans le cours de la paranoïa chronique, l'augmentation du réflexe du genou, associée à d'autres symptômes, présage une nouvelle attaque ou une exacerbation. Les cas de paralysie générale où existe le signe de Westphal semblent indiquer que la maladie aura une longue durée et un caractère plutôt dépressif. L'abolition du réflexe patellaire après une attaque épileptique doit faire exclure la simulation.

L'action du système nerveux sur les phénomènes de croissance des muscles (Der Einfluss des Nervensystems auf die Wachsthumerscheinungen in den Muskeln), par Gaule (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 31 octobre 1895, p. 725). — L'auteur avait déjà remarqué que l'excitation du ganglion cervical inférieur du grand sympathique détermine une augmentation du volume et du poids du biceps. Il a pris pour ses expériences des lapins provenant d'une même portée, nourris de la même façon. Les modifications microscopiques observées à la suite de l'excitation du ganglion sont fort semblables à celles qu'il avait déjà vu se produire normalement chez tous les lapins à certaines époques de l'année en dehors de toute expérimentation physiologique. Il s'agirait en somme d'un processus de néoformation.

Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'excitation ganglionnaire produisit l'hypertrophie des muscles depuis le 21 juillet jusqu'au 12 août, et au contraire une diminution de volume du 12 août jusqu'au 28 août.

La période d'hypertrophie expérimentale correspondait à la période d'accroissement normale des muscles, comme la deuxième période de diminution spontanée et normale chez le lapin. Il semble donc que le ganglion se trouve dans des conditions différentes au point de vue trophique dans ces deux périodes.

Quelle est l'action du ganglion sympathique sur l'accroissement des muscles? L'auteur pense que cette action est indirecte et se fait par l'intermédiaire des ganglions spinaux et du système nerveux central. Il est possible même que le thymus participe à ces phénomènes.

L'auteur a fait également cette remarque curieuse, qu'à la suite de l'excitation du ganglion, il y a dans le muscle une plus grande quantité de sels de chaux.

Hémiplégie cérébrale infantile, réveil de l'affection 50 ans après le début, par Lannois et Paviot (*Lyon médical*, 22 décembre 1895). — S'il n'est pas rare d'assister au réveil d'anciennes paralysies infantiles (maladie identique à l'hémiplégie cérébrale infantile, ne s'en différenciant que par la localisation) ainsi que l'ont montré les recherches de Raymond Ballet et Dutil, Marie, Bernheim, etc., il n'est pas moins fréquent dans l'hémiplégie infantile de voir 5, 8, 10 ans après l'apparition de l'hémiplégie survenir des attaques d'épilepsie et souvent une reprise des phénomènes de paralysie et de contracture.

L'observation que les auteurs rapportent a trait à un marchand ambulant âgé de 66 ans, qui eut une hémiplégie cérébrale infantile gauche à l'âge de 2 ans. Il y eut à cette époque hémiparésie plutôt que paralysie. De plus il y eut un léger arrêt de développement des membres de ce côté. A partir de la puberté se manifestèrent des crises d'épilepsie, très espacées qui cessèrent vers l'âge de 40 ans. A 56 ans se produisit une nouvelle attaque à la suite de laquelle l'hémiplégie devint complète et s'accompagna de contracture progressive. A l'autopsie on trouva une cavité porencéphalique, de l'hémiplégie droite avec dégénérescence du faisceau pyramidal dans le bulbe, la protubérance et la partie supérieure de la moelle. Quelle est la cause de ce réveil après plus de 50 ans? Peut-être une infection nouvelle : le malade étant mort tuberculeux, on peut supposer que les toxines du bacille de Koch ont amené un réveil des lésions qui se sont accentuées et étendues. Les auteurs rappellent les constatations de MM. Jendrassik et Marie qui ont vu plusieurs années après la lésion initiale des corps granuleux assez abondants dans un certain nombre de points de l'hémisphère malade, corps granuleux qui indiquent que le processus destructif n'est pas épuisé, d'où apparition à intervalles plus ou moins éloignés d'accidents paralytiques ou convulsifs.

Un cas mortel de traumatisme cérébral, agitation, troubles intellectuels et de la parole, avec lésions anatomiques de polioencéphalite inférieure hémorrhagique aiguë (Mittheilung eines tödtlischen verlaufenen Falles von traumatischer Gehirnerkrankung, allgemeine Unruhe, Schwachsin, Sprachstörungen u. s. w. mit dem anatomischen Befunde einer Polioencephalitis hemorrhagica inferior acuta), par Dinkler (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 7 novembre 1895, p. 465). — Un enfant bien portant, tombe, à l'âge de 2 ans et 3 mois, d'une hauteur de 8 mètres et se fait une plaie légère dans la région temporale gauche. Immédiatement après l'accident, l'enfant est resté sans connaissance pendant quelque temps, puis s'est réveillé sans vomissements ni convulsions. Mais, à partir de ce moment, son état psychique s'est modifié. Il ne joue plus avec ses frères, est d'un caractère morose et excitable. Il se plaint beaucoup de maux de tête, de vertige et de faiblesse. La nuit il a de la pollakiurie, de temps à autre des vomissements durant de 1 à 3 jours. La marche est titubante. Il tombe quelquefois. Deux ans et demi environ se sont écoulés lorsque apparaît du bégaiement à la suite d'une attaque de céphalalgie et de vomissements. La parole est embarrassée, la mastication et la déglutition difficiles. Il se trouve dans une agitation continuelle, un besoin incessant de se mouvoir. Du côté des nerfs crâniens, de la moelle épinière et des nerfs périphériques, il n'y a pas de troubles manifestes. Le fond de l'œil en particulier est normal, les réflexes sont conservés. Dans la région temporale gauche, on constate une cicatrice adhérente à l'os. Le malade qui se trouvait dans cet état est pris d'une fièvre subite et très intense, et est mort deux jours après dans un coma profond. A l'autopsie, on constate une hyperémie diffuse du cerveau et des méninges et une congestion des organes splanchniques. Ces lésions étaient insuffisantes à expliquer les symptômes observés. L'examen histologique seul a donné la clef de ces phénomènes. Ainsi on a trouvé une infiltration cellulaire des parois vasculaires et des hémorrhagies particulièrement dans la substance grise du bulbe rachidien. Ces hémorrhagies sont absentes dans le cerveau, mais on les retrouve dans les cornes postérieures, à la région cervicale de la moelle. Le plancher du 4e ventricule est parsemé d'extravasations sanguines; comme intensité, ces lésions atteignent leur maximum dans le noyau de la 8e paire et sont plus nombreuses encore dans les noyaux du trijumeau et du pneumogastrique. Ces altérations ont retenti non seulement sur les noyaux déjà indiqués, mais encore elles ont pour effet de modifier la pression sanguine au niveau du 4e ventricule. Ces hémorrhagies, sans doute de date récente, ont amené la mort en réalisant le tableau symptomatique de la polioencéphalite hémorrhagique de Wernicke. Comme les noyaux des moteurs oculaires ne présentaient pas d'hémorrhagies, il s'agit de polioencéphalite inférieure. Les lésions décrites suffisent à expliquer les symptômes terminaux, mais elles ne rendent pas compte des troubles

nerveux survenus immédiatement après le traumatisme et qui ont duré deux ans et demi. D'ailleurs la pathogénie des troubles nerveux consécutifs au traumatisme, autrement dit des névroses traumatiques, n'est pas encore élucidée, attendu que dans quelques cas et notamment dans le cas d'Oppenheim, le système nerveux a été trouvé intact, tandis que dans d'autres (Bernhardt et Kronthal, Sperling, Friedmann, etc.), on a trouvé des lésions vasculaires.

MÉDECINE

Rupture de la membrane interne élastique des artères (Ueber das Vorkommen von Rupturen der elastischen Innenhaut an der Gefässen Gesunder und Herzkranker), par Hilbert (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. CXLII, fasc. 2, p. 218). — Les recherches que l'auteur a faites sur les artères des cardiaques et des individus ayant succombé à diverses affections et à un traumatisme accidentel montrent que les ruptures de la membrane élastique interne des artères rapprochées du cœur, comme l'aorte et la carotide, s'observent à tout âge, indépendamment de l'affection à laquelle l'individu a succombé; que dans les artères périphériques comme l'iliaque externe, ces ruptures sont exceptionnelles chez les jeunes sujets, et deviennent de plus en plus fréquentes à mesure que l'individu vieillit.

La pathogénie de ces ruptures est difficile à élucider. On peut faire intervenir le mouvement alternatif de dilatation et de rétraction auquel est soumis le système artériel et qui se fait particulièrement sentir dans les artères situées près du cœur. Il est donc possible que, sous l'influence de conditions multiples, plus fréquentes à l'âge adulte et agissant de façon à exagérer l'impulsion cardiaque, les artères se trouvent distendues outre mesure et que cette distension aboutisse à la rupture de la membrane élastique. Ces effets se manifestent tout d'abord dans les artères qui se trouvent en rapport direct avec le cœur (aorte, carotides); avec l'âge l'effet se fait sentir au loin, dans les artères périphériques. Il est évident que ces ruptures seront plus nombreuses et plus étendues dans les affections qui provoquent une hypertrophie du cœur gauche (insuffisance aortique), fait que l'auteur a pu constater dans un grand nombre de cas.

La faiblesse cardiaque d'origine infectieuse (Welchen Antheil haben Herz und Vasomotoren an den als Herzschwäche bezeichneten Erscheinungen bei Infectionskrankheiten), par Romberg (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n°s 51 et 52). — L'auteur a abordé la question par le côté expérimental, et des recherches qu'il a faites dans cette direction il résulte qu'en cas d'infection des animaux par le bacille pyocyanique et le pneumocoque, ces microorganismes provoquent une paralysie du centre vaso-moteur situé dans le bulbe, et que dans certains cas le bacille pyocyanique modifie en même temps le rhythme des contractions du cœur.

Il s'ensuit donc que dans les troubles de circulation que l'on observe au cours des maladies infectieuses et qui cliniquement se manifestent sous forme de faiblesse cardiaque, il faut s'occuper non seulement du cœur mais encore de la paralysie des vasomoteurs.

Le contenu stomacal chez les individus à jeun (Der Inhalt des nüchternen Magens), par Schül (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 51, p. 1112). — Les recherches en question ont été faites sur 9 individus bien portants ou non gastropathes, qui la veille faisaient leur repas habituel composé de soupe, de viande, de légumes. L'examen du contenu stomacal retiré par la sonde était fait au réveil de ces individus, entre 5 et 6 heures du matin. Ces recherches ont donné les résultats suivants.

Sur 34 examens, on avait 31 fois retiré de l'estomac une certaine quantité de liquide variant de 2 à 23 centimètres cubes; 7 fois on avait trouvé de l'HCl libre; presque toujours le liquide retiré contenait du mucus et de la bile. Il s'ensuit donc que, chez les individus bien portants ou non gastropathes, l'estomac à jeun renferme toujours une certaine quantité de liquide.

Pour faire le diagnostic différentiel avec la gastrorrhée continue, avec la maladie de Reichmann, l'auteur met en principe les propositions suivantes :

1° Si le contenu stomacal que l'on trouve chez les individus à jeun, est hyperacide, on doit le considérer comme pathologique quand même il serait très peu abondant; — 2° si ce contenu dépasse 50 à 100 centimètres cubes, il y a hypersécrétion pathologique d'ordre mécanique des glandes stomacales; — 3° si le contenu est alcalin, il existe un trouble du chimisme stomacal.

Sur la présence de l'argon et de l'hélium dans une source d'azote naturelle, par M. Ch. Moureu (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1er janvier 1896, p. 5). — L'auteur a constaté la présence de l'argon et de l'hélium dans les bulles gazeuses qui s'échappent en abondance de la source de Maizières (Côte-d'Or), eau lithinée, renfermant peu de sulfate de chaux et dont la température est de 12° C.

Contribution à l'étude de l'acidité urinaire, par M. E. Lépinois (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1er janvier 1896, p. 8). — Le dosage de l'acidité urinaire est difficile à réaliser avec toute la rigueur scientifique désirable, en raison de la composition même des urines (causes d'erreur tenant à la coloration de l'urine, à la possibilité d'une réaction amphotère). Le procédé que l'auteur conseille de préférence consiste à verser dans l'urine un excès d'alcali et à doser ensuite avec une liqueur acide titrée.

A 25 centimètres cubes d'urine diluée d'un ou deux volumes d'eau distillée (suivant l'intensité de la coloration), ajouter deux gouttes d'une solution alcoolique de phtaléine du phénol à 1 p. 30 et 10 ou 15 centimètres cubes d'une solution de potasse à un quart d'équivalent par litre et titrée exactement. Doser ensuite l'excès d'alcali avec une solution d'acide chlorhydrique pur à un quart d'équivalent pour 1 000 centimètres cubes, dont le titre a été obtenu en partant du chlorure de sodium pur et passant ensuite par le nitrate d'argent. L'absence de coloration rose indique la fin de la réaction. La différence entre la quantité d'acide ainsi utilisée et celle correspondant aux 10 ou 15 centimètres cubes de liqueur alcaline ajoutée préalablement à l'urine indique l'acidité de cette dernière. Il suffit de multiplier le résultat par 40 pour avoir le chiffre rapporté au litre.

Invagination intestinale (Resection of intestine for tumour with intussusception by means of Murphy's button), par Smith (*Lancet*, 4 janvier 1896, p. 31). — Une femme de 31 ans entra à l'hôpital pour une constipation accompagnée de vives douleurs abdominales; abdomen tendu, tympanisme. On fit la laparotomie : on trouva une invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin formant une masse volumineuse. La réduction fut facile; à la fin on eut un peu de peine pour retirer une petite masse qui était elle-même une invagination qu'on ne put réduire. On fit la résection, puis la suture à l'aide du bouton de Murphy. Guérison.

Perforation de l'aorte par une hyperostose (Perforation of the aorta by a bony out-growth from the sixth rib), par Lightburne (*Lancet*, 11 janvier 1896, p. 99). — Un enfant de 12 ans mourut subitement. A l'autopsie, on trouva tous les organes sains. Seulement une petite hyperostose provenant de la face antérieure de la 6e côte, entre le col et la tubérosité, avait pénétré dans le poumon et dans l'aorte thoracique, amenant une mort immédiate par hémorrhagie, le sang se répandant dans la plèvre gauche. Au niveau du point où le poumon avait été perforé, il y avait de l'induration des tissus, mais pas d'abcès.

Somnolence et narcolepsie hépatiques, par Léopold Lévi (*Arch. génér. de médecine*, 1er janv. 1896, vol. I, p. 58. — Contribution à l'histoire des accidents nerveux d'origine hépatique; 2 observations. Dans l'une, un homme arthritique et alcoolique était sujet à des somnolences qui survenaient subitement, ne duraient souvent que quelques minutes, mais se répétaient très fréquemment; il était atteint de cirrhose annulaire périportale. Dans la seconde, la somnolence était plus profonde et constituait de véritables accès de narcolepsie, chez une femme atteinte de coliques hépatiques.

CHIRURGIE

De la mort subite dans la ponction lombaire (Plötzliche Todesfälle nach Lumbalpunction), par Fürbringer (*Centralb. f. innere Mediz.*, 1896, n° 1, p. 1). — L'auteur a observé coup sur coup 3 cas de mort subite après la ponction lombaire faite pour parer aux phénomènes de compression cérébrale chez des malades atteints de tumeurs du cerveau. Ce fait paraît à l'auteur d'autant plus important que chez cette catégorie de malades la ponction n'a été faite que dans 5 cas; un autre cas de mort subite après ponction lombaire chez un malade porteur d'une tumeur du cerveau a été publié par Lichtheim.

Dans tous ces cas la mort est survenue 6 à 40 heures après l'opération. Après une amélioration passagère on constata une exagération de la céphalalgie, un ralentissement du pouls, de l'apahie, des vomissements et la mort dans le coma.

Le mécanisme de la mort semble, d'après l'auteur, tenir à des modifications qui dans ces cas se passent au niveau du trou de Magendie qui est rétréci ou même complètement oblitéré; la communication entre le liquide ventriculaire et le liquide cérébro-spinal est gêné ou interrompue, et lorsqu'on retire une certaine quantité de liquide par la ponction lombaire, le cerveau se trouve attiré, pressé contre la boîte crânienne, étranglé même au niveau du trou occipital. On comprend que dans ces conditions la vitalité du cerveau et des centres primordiaux déjà affaiblis par l'existence d'un néoplasme, se trouve définitivement compromise par la compression consécutive à l'évacuation du liquide cérébro-spinal.

L'endométrite dans ses rapports avec la bactériologie du canal génital de la femme (Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bacterien in ihrer Beziehung zur Endometritis), par Gottschalk et Immerwahr. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. L, p. 406). — Le travail des auteurs s'appuie sur l'examen bactériologique des sécrétions de la cavité du corps de l'utérus dans 60 cas d'endométrite récente du corps, n'ayant pas été soumise encore à l'exploration locale ni au traitement local. La prise des sécrétions de même que leur examen bactériologique ont été faits avec toutes les précautions de rigueur en pareils cas.

Sur ces 60 cas, dans 21, soit dans 34 1/2 p. 100 des cas, les sécrétions furent trouvées stériles au premier examen. Chez 14 malades la stérilité des sécrétions de la cavité utérine se maintint pendant toute la durée de l'observation et du traitement; chez 7 autres on trouva aux examens ultérieurs des microorganismes, des bactéries non pathogènes dans 6 cas, des staphylocoques dans le 7° cas.

Dans 39 cas on trouva dès le premier examen et pendant les examens ultérieurs des microorganismes. Ces cas se divisent en deux ordres suivant que les sécrétions de la cavité du corps contenaient des microorganismes pathogènes (staphylocoques) ou des bactéries non pathogènes (diplocoques, micrococques, saphrophytes, gros bacilles, etc.) analogues à celles qu'on rencontre à la surface de la peau. Dans aucun cas, on ne trouva de streptocoques.

Les staphylocoques furent trouvés dès le premier examen dans 7 cas. Dans 2 cas où les sécrétions ne contenaient que des staphylocoques blancs, elles étaient purulentes et extrêmement fétides, quelquefois teintes de sang. Purulence et fétidité ont disparu quand les sécrétions redevinrent stériles. Aussi les auteurs se demandent-ils si les sécrétions fétides et purulentes ne constituent pas la caractéristique des endométrites à staphylocoques.

Dans 2 cas qui ont évolué comme des endométrites gonorrhéiques, on trouva des staphylocoques dorés et l'enquête montra qu'à aucun moment les malades ne se sont trouvées exposées à l'infection gonorrhéique. Dans les 2 cas l'endométrite avait un caractère hémorrhagique très accusé.

Dans 3 autres cas on trouva des staphylocoques dorés et blancs; chez deux de ces malades le point de départ de l'endométrite a été un accouchement avec des suites des couches fébriles.

Dans 4 cas, il s'agissait de femmes atteintes d'endométrite gonorrhéique. On n'avait pas fait dans ces cas de traitement local, et lorsque, au bout de 4 à 6 semaines, les sécrétions ne renfermaient plus de gonocoques, on vit apparaître dans les cultures des staphylocoques blancs et dorés. Ce fait montre qu'après l'évolution de l'infection gonorrhéique, la muqueuse utérine se laisse facilement envahir par les microorganismes. Comme conclusion pratique : il faut veiller à l'antisepsie du vagin au cours de l'endométrite gonorrhéique.

Dans 28 cas d'endométrite chronique, le plus souvent à forme catarrhale et muco-purulente, on trouva des microorganismes non pathogènes analogues à ceux qui habitent à la surface de la peau. Dans 14 cas (9 d'endométrite fongueuse et 5 d'endométrite catarrhale) les colonies furent peu nombreuses, dans 12 autres cas elles furent par contre en très grand nombre.

D'après l'auteur, ces bactéries n'ont pas un rôle pathogénétique proprement dit. Elles agiraient principalement par leurs propriétés chimio-taxiques, surtout quand elles s'implantent sur une muqueuse dont la vitalité a été modifiée par des troubles de circulation si fréquents dans ces cas et dus à la position vicieuse de l'utérus (antéversion, rétroflexion, etc.), à la présence concomittante des hémorrhoïdes, etc.

CORRESPONDANCE

A propos de l'isolement des affections contagieuses.

A l'occasion de la discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine, nous avons reçu de M. le Dr Yvert, médecin chef de l'école d'application de cavalerie, une lettre où l'auteur, après avoir montré l'impossibilité pratique de l'isolement absolu de toutes les maladies contagieuses à l'hôpital, propose le moyen suivant :

« Ne pourrait-on pas simplement entourer le lit de chaque contagieux, et l'isoler ainsi des lits voisins, au moyen de deux paravents placés à droite et à gauche, hauts de deux mètres, et dépassant en longueur un peu les extrémités du lit? Paravents à cadre en bois ou à ossature métallique, et dont les panneaux seraient garnis de quatre épaisseurs de gaze antiseptisée matin et soir à l'aide d'une éponge imbibée de bichlorure de mercure à 1/1000, ou d'acide phénique à 2/100 ou 5/100. Au besoin, on pourrait à l'éponge substituer un petit pulvérisateur, aussi simple que l'on voudrait.

« Nous savons parfaitement que l'idée de recourir à l'emploi du paravent, comme appareil susceptible d'arrêter la transmission des germes d'un lit à un autre, ne nous est point personnelle; car cette méthode est couramment utilisée, depuis bien des années déjà, et avec grand avantage à Paris, dans certains services de maladies d'enfants. Mais ce que nous croyons être nouveau en cette manière de faire, consiste dans le revêtement particulier du paravent au moyen de gaze antiseptique.

« De cette façon, en effet, l'air pourrait circuler librement d'un bout à l'autre de la salle; et chaque lit ne serait pas transformé en une véritable alcôve, plus ou moins triste et obscure, comme le fait se produit avec un paravent ordinaire, tapissé de papier ou d'étoffe.

« De plus, les malades se verraient parfaitement; causeraient les uns avec les autres; ne resteraient pas comme isolés et seuls du matin au soir, et du soir au matin.

« Enfin, toute contagion deviendrait, sinon impossible, tout au moins très rare et très difficile; puisqu'on admet généralement que les microbes ne s'élèvent pas très haut dans l'atmosphère, mais tombent, au contraire, vers les couches inférieures par le fait de la pesanteur, et se propagent surtout, ainsi, dans le sens horizontal, du malade vers son ou ses voisins. Des épidémiologistes, même des plus compétents en la matière, estiment que la contagion de bouche à bouche directement devient des plus douteuses, quand l'intervalle entre chaque lit est porté à un mètre. Quoiqu'il en soit, les microbes pathogènes qui voltigent dans l'air, autour de chaque malade contagieux, seraient, avec notre paravent, retenus par les mailles de ce véritable filet de gaze antiseptique.

« Saumur, le 5 février 1896.

« A. Yvert. »

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Aconitine cristallisée.

Définition. — L'aconitine est le principe actif de l'*aconitum napellus* (Renonculacées). C'est un alcaloïde d'une extrême toxicité et qui doit être manié avec la plus grande prudence par le praticien.

Solubilité. — L'aconitine cristallisée est peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool faible et l'éther.

Pour l'usage hypodermique il vaut donc mieux employer le *nitrate d'aconitine*, que l'eau dissout en toutes proportions.

Propriétés thérapeutiques. — L'aconitine est un sédatif et un antinévralgique puissant. Son action remarquable sur les nerfs de la 5e paire l'a fait considérer à juste titre comme le médicament spécifique de la névralgie trifaciale. Elle a enfin un effet hypothermique manifeste, qui n'est pas un des moindres inconvénients de son emploi.

Néanmoins, elle sera administrée avec profit dans les cas de *névralgie idiopathique du trijumeau* rebelles aux autres traitements.

Dose usuelle. — Un dixième de milligramme par injection. Exceptionnellement 1/8 de milligramme.

Cette injection pourra être répétée, en cas d'insuccès, 4 heures plus tard, sans que jamais la dose totale, en 24 heures, puisse dépasser un *demi-milligramme*.

Effets de l'injection. — *a) Immédiats.* — Lorsqu'on emploie l'aconitine cristallisée, la présence nécessaire de l'alcool dans l'injection la rend douloureuse : mais la douleur se dissipe assez rapidement. Toutefois, chez les malades hyperesthésiés, il est préférable de se servir du nitrate d'aconitine dont l'injection est mieux tolérée localement.

b) Eloignés. — Environ 8 à 10 minutes après l'injection, le malade éprouve de légers picotements dans les téguments de la face et dans la langue. Puis le pouls se ralentit, la pupille se dilate légèrement; l'hyperesthésie douloureuse de la zone de distribution du nerf lésé s'atténue pour ne plus laisser bientôt que la sensation d'une sorte d'engourdissement. Il y a de la tendance au sommeil et à la transpiration.

Le pouls reprend généralement sa fréquence normale de 2 à 4 heures après l'injection. La température, qui s'est abaissée de cinq dixièmes de degré environ, remonte : seule la sensation d'engourdissement persiste.

Si les phénomènes douloureux n'ont pas entièrement disparu, que la température soit au-dessus de 36°5 et le pouls au-dessus de 70, on est autorisé, mais seulement sous cette double condition, à répéter l'injection.

Antidote. — Ammoniaque en inhalations et en injections sous-cutanées.

FORMULES

Aconitine cristallisée	0gr001
Alcool	4gr
Eau	Q. s. p. 10 cent. cubes.

1 à 4 cent. cubes à 4 heures au moins d'intervalle.

Gubler.

Aconitine cristallisée	0gr002
Alcool	ãã 7gr50
Eeau	

1 à 3 cent. cubes.

Vaucaire.

Nitrate d'aconitine	0gr001
Eau distillée	Q. s. p. 8 cent. cubes.

1 à 4 cent. cubes.

Mary.

Nitrate d'aconitine	0gr025
Eau distillée	100gr

1/2 à 2 cent. cubes.

Dujardin-Beaumetz.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance publique à Londres.

En Angleterre, qui est le pays par excellence de la décentralisation, il y a deux systèmes bien distincts pour subvenir aux besoins des classes nécessiteuses : d'un côté l'assistance légale, de l'autre l'assistance volontaire. Par assistance volontaire je ne veux pas parler de la charité privée et individuelle mais de la charité volontaire organisée, infiniment plus importante et dont l'éclat des institutions éclipse entièrement celle de la charité organisée par l'Etat. Il est une erreur que la plupart des étrangers font, en visitant la capitale de l'Angleterre, pour y étudier l'organisation hospitalière. Ils visitent les grands hôpitaux qui existent au milieu des centres ouvriers, ils en admirent la grandeur et le confort, et ils retournent chez eux emportant l'idée d'une organisation charitable faite avec une largeur de vue, et une conception humanitaire dont ils reportent le crédit sur les autorités municipales. De l'assistance hospitalière légale ils n'ont rien vu; ils ont vu des établissements de charité, publics dans le sens de la collectivité des souscripteurs, mais privés, absolument privés, quant à leur organisation et à leurs responsabilités. Les hôpitaux de la ville de Londres, c'est-à-dire les hôpitaux érigés par la ville et entretenus avec l'argent des contribuables, où le pauvre a le *droit* d'admission en cas de maladie, sont les infirmeries, des *workhouses* que l'étranger visite rarement et dont il ignore probablement l'existence.

Ce qui est vrai pour les hôpitaux est vrai pour toutes les branches de la charité. Nous n'avons toutefois ici qu'à nous occuper de l'Assistance publique, nous réservant de revenir à un autre moment sur l'Assistance privée en Angleterre.

Londres est divisée au point de vue de l'administration de l'assistance en trente paroisses ou unions, régies chacune par un conseil, *Board of guardians*, élu par les électeurs de la paroisse. Il y a quatorze paroisses et seize unions, une union étant un assemblage de plusieurs paroisses ayant un seul conseil.

Dans la Cité, le gouvernement diffère en tout du reste de Londres que l'on appelle aujourd'hui par opposition le comté de Londres, et là l'administration des conseils de paroisses est reléguée aux mains des commissaires des égouts, qui sont nommés par la *Court of Common Council*.

Pour être élu sur un *Board of guardians*, il faut être majeur et avoir résidé dans la paroisse pendant au moins douze mois, être propriétaire ou locataire d'un immeuble ayant une valeur annuelle d'au moins 125 francs et avoir payé les impôts. Ce qui revient à dire qu'il faut être inscrit ou sur le registre des électeurs parlementaires ou sur celui des électeurs municipaux, ces deux registres constituant le registre des électeurs paroissiaux. Il y a

une différence cependant, c'est que les femmes remplissant les conditions énoncées peuvent voter dans le cas des élections pour le *Board of guardians*. Le même immeuble ne peut toutefois constituer un droit de vote pour le mari et pour la femme.

Ces conseils des paroisses sont contrôlés par le *Local government Board*, qui a établi de nombreux règlements pour l'organisation de ces conseils, pour en préciser les devoirs, et pour l'arrangement de leurs comptes. Les inspecteurs du *local government Board* ont le droit d'assister aux réunions des conseils des paroisses, de visiter les *workhouses*, de faire une enquête et d'examiner des témoins sur toute question ayant rapport à l'administration de l'Assistance publique. Les auditeurs du *Local government Board* ont toute autorité pour examiner, auditer, approuver ou désapprouver les comptes des conseils.

En Angleterre tout propriétaire ou locataire d'un immeuble, paie l'impôt pour les pauvres, *Poor rate*, qui est de tant par livre sterling et varie de 6 sous à 12 et même 25 sous. C'est le résultat de cet impôt qui constitue les fonds de l'Assistance publique dont les *Boards of guardians* ont l'administration.

L'assistance légale des pauvres se fait de deux façons : dans les *workhouses* et à domicile. L'assistance à domicile se fait par des secours d'argent, de nourriture, de vêtements et des soins de médecins. Tout indigent en Angleterre a le *droit* d'être assisté dans la paroisse où il demeure et les étrangers ont exactement les mêmes droits que les nationaux.

Le *workhouse*, qui est une institution éminemment anglaise, tient à la fois de l'asile, de l'hôpital, de l'ouvroir et de la prison. Chacun de ces établissements est une petite ville, dont les habitants peuvent être divisés en trois catégories, ceux qui y passent, ceux qui y restent, ceux qui y reviennent.

Pour les premiers, le workhouse présente deux aspects : si l'indigent est sans domicile et seulement de passage dans la paroisse il peut se présenter le soir au *Casual ward*, où il trouvera un lit pour la nuit, mais pour lequel il devra le lendemain faire un certain travail avant de pouvoir quitter. Ce travail consiste à casser des pierres ou à démêler de l'étoupe, et ne représente aucunement la valeur monétaire du secours reçu ; c'est plutôt un tribut moral que la loi a cru devoir demander pour fermer la porte à ceux pour qui l'indigence n'est souvent qu'un prétexte à la paresse. Un habitant de la paroisse qui se trouvera dépourvu de ressources, trouvera un abri temporaire pour lui et les siens dans le *workhouse* même, pas pour une nuit, mais pour un certain temps, pendant lequel il sera obligé de travailler dans les ateliers s'il est valide pour le travail.

Ceux qui restent définitivement dans le workhouse sont les vieillards, ceux qui ont passé l'âge du travail, et pour qui la vie souvent dure au début, s'est montrée cruelle vers la fin. Pour ces malheureux les autorités, avec justice, ont réservé la part la plus douce dans la répartition de cette charité officielle. On n'exige d'eux aucun travail et dans beaucoup de *workhouses*, on a institué pour ceux qui sont mariés des petits ménages où ils retrouvent un pâle reflet de leur foyer d'autrefois

La 3e catégorie de la population de ces asiles est, hélas ! la plus importante et constitue la meilleure arme dont puissent se servir les adversaires d'un système d'assistance publique qui est loin d'être parfait. Le *workhouse* est trop souvent l'hôtel où, pendant quelques semaines ou quelques mois, de temps en temps, ceux qui ne veulent pas travailler, qui vivent d'expédients et de délits, souvent même de crimes, vont se mettre à l'abri et se reposent de leur... paresse. Quand la mendicité ne suffit plus, on réclame l'assistance légale. Ceux-là sont en grand nombre dans tous les *workhouses*, et ni contre eux ni pour eux il n'y a de remède. On les connaît, mais du moment qu'ils sont sans ressources on doit les admettre, et pourvu qu'ils fassent le léger travail qu'on leur impose, pourvu qu'ils obéissent aux règlements et se conduisent convenablement pendant leur séjour, on est obligé de les garder, obligé de les laisser partir quand ils en font la demande, obligé de même de les reprendre. L'hiver les voit arriver au *workhouse;* avec le printemps ils en repartent et vont grossir les couches profondes et malsaines qui forment le dernier degré dans l'échelle sociale.

Le travail si complet publié chaque année sous le nom *the Charities Register and Digest* contient sur ces asiles une étude succincte à laquelle j'emprunte les passages suivants :

« L'admission se fait sur un ordre des *guardians* (membres du conseil paroissial), de l'inspecteur de l'Assistance publique (*Reliwing officer*) ou du directeur du *workhouse;* des deux derniers seulement en cas d'urgence... Il y a une salle spéciale pour la réception des arrivants, où ils sont examinés par le médecin de l'établissement ; après quoi ils passent par la salle de bains ; puis revêtent le costume du workhouse ; leurs vêtements étant désinfectés et mis de côté. Si on trouve de l'argent sur eux, cet argent est confisqué et employé pour diminuer les frais de leur entretien. Si le nouvel arrivant est malade il est envoyé à l'infirmerie ; s'il souffre d'une maladie contagieuse ou infectieuse, on l'isole. Les indigents dans le workhouse sont répartis entre les différentes salles d'après la classification suivante : *(1)* les hommes âgés et infirmes ; *(2)* les hommes valides depuis l'âge de quinze ans ; *(3)* les garçons de sept à quinze ans ; *(4,5 et 6)* les femmes d'après les mêmes divisions ; *(7)* les enfants au-dessous de sept ans. Les mères qui ont des enfants dans la dernière division peuvent les voir à toute heure raisonnable. Tout le monde doit venir aux repas, excepté les malades, les enfants, les aliénés, les *casuals*, les femmes qui allaitent leurs enfants, les vieillards et les infirmes. Toute l'institution est organisée sur le système de la plus rigoureuse routine. Le directeur peut employer certains d'entre ses pensionnaires comme surveillants et comme gardes-malades ; il doit fournir de l'occupation à ceux qui peuvent travailler, et faire tout son possible pour empêcher la paresse. Il peut permettre des visites, dans les conditions prescrites par les *guardians*. Pour maintenir la discipline, le directeur peut punir le délinquant selon qu'il a été cause de désordre ou qu'il a été réfractaire ; le premier terme comprend treize délits, le deuxième terme en comprend huit. Pour la première catégorie de délits, le directeur peut substituer une nourriture *moins satisfaisante*, pendant deux jours au plus. Pour la seconde catégorie, les punitions sont une diminution ou un changement de nourriture, ou les arrêts pendant vingt-quatre heures au plus. Si un indigent veut quitter le *workhouse*, on doit le laisser libre pourvu qu'il en donne avis d'avance. S'il a de la famille il doit emmener sa famille avec lui. »

Les malades à l'infirmerie peuvent être divisés en catégories à peu près semblables aux résidents valides du *workhouse;* tout indigent malade qui ne peut se soigner chez lui a le droit de réclamer son admission à l'infirmerie qui devient dès lors hôpital et hospice. Beaucoup

de malheureux minés par de lentes maladies y vont attendre le moment où la mort les délivrera; c'est en somme la grande majorité des cas, car ceux qui souffrent de maladies aiguës ou les cas d'opération trouvent assez facilement à entrer dans les grands hôpitaux de la capitale où ils savent qu'ils seront sous les soins de médecins éminents et où l'organisation médicale est sur un pied tout autre. Car l'infirmerie des *workouses* est vraiment le côté le moins favorable de l'Assistance publique en Angleterre; pour plusieurs centaines de lits, il n'y a qu'un médecin et un ou deux assistants, et le nombre des gardes-malades est toujours si limité qu'il faut recourir à la bonne volonté, plus ou moins douteuse, des résidents pour supplémenter leurs soins. C'est le peu de réputation dont jouissent ces infirmeries qui a permis l'établissement de nos grands hôpitaux, qui sont dûs à l'initiative privée et sur lesquels nous reviendrons ailleurs.

Les secours à domicile sont des secours d'argent, de nourriture et de charbon. Mais au moins la moitié du secours doit être en nature. Personne n'a le droit d'être secouru par l'Assistance publique pendant qu'il travaille et reçoit des gages. Généralement parlant, un homme capable de travailler ne doit pas recevoir de secours à domicile, mais doit être admis dans le workhouse. Toutefois le choix entre les modes de secours est laissé à la discrétion des *guardians*.

Quand un indigent reçoit des secours à domicile, ces secours doivent être donnés à des intervalles de huit jours au plus, de façon à diminuer les possibilités de gaspillage.

Les *Guardians* ne doivent jamais se servir des fonds mis à leur disposition (*Poor rates*) pour aider le candidat dans son commerce, ni pour l'aider à retirer du Mont-de-piété ses outils ou ses effets, ni pour en acheter (à moins que ce ne soit des articles d'habillement ou de literie), ni pour payer le loyer.

La loi permet aux membres des conseils de paroisses un autre moyen de venir au secours de ceux qui, ayant certains moyens de vivre, un travail ou un petit commerce, se trouvent momentanément dans l'indigence. Le secours dans ce cas est fait d'après les règles données plus haut, mais seulement à titre de prêt. Une année après, si celui qui a eu recours à la paroisse paraît en état de repayer les *guardians*, ceux-ci peuvent faire une application à un magistrat qui ordonnera le remboursement. Si c'est un employé le magistrat peut mettre une injonction sur une partie de son salaire, que le patron devra payer directement chaque semaine aux *guardians*.

D'autre part, si un indigent qui a reçu des secours de la paroisse se trouve, après, avoir en sa possession de l'argent ou des valeurs, la paroisse peut réclamer la valeur du secours, comme si c'était une dette, pourvu que la réclamation soit faite dans les douze mois suivant l'obtention du secours.

On voit qu'il y a là un système d'Assistance publique très complet qui, ainsi que nous l'avons dit n'est pas sans défauts, car naturellement tout secours qui devient un droit entraîne infailliblement des abus. Il a cependant des avantages matériels et moraux considérables : le *workhouse* assure un abri immédiat à tout indigent, quelle que soit la cause de son indigence, un abri où il trouvera tout le nécessaire, et en cas de maladie tous les soins que son état réclame; les secours à domicile ont une grande valeur pour les vrais malheureux, ceux chez qui l'indigence n'est qu'un accident, et permettent souvent à ceux sur qui la mauvaise fortune s'est abattue de conserver intact leur pauvre foyer.

Les résultats moraux obtenus dans le *workhouse* même, sont des habitudes d'ordre, de régularité, et de propreté que ceux qui y ont passé apprennent et quelquefois retiennent. Les enseignements religieux y trouvent leur place, l'accès des ministres de tous les cultes y étant facilité. Les enfants y reçoivent une bonne éducation et y apprennent des métiers qui les mettent à même de gagner leur vie. Les écoles des *workhouses* fournissent un gros contingent de soldats à l'armée anglaise.

Il y a en plus dans la métropole plusieurs grands hôpitaux affectés aux maladies infectieuses et plusieurs asiles d'aliénés qui sont placés sous la direction d'un comité central, appelé *the Metropolitan Asylums Board*.

Louis Vintras,
Médecin de l'hôpital français de Londres.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'hypnotisme scientifique, par le Dr Crocq fils. Introduction de M. le professeur Pitres. Paris, 1896. Société d'éditions scientifiques.

Parmi les très nombreux auteurs qui ont écrit sur l'hypnotisme, beaucoup semblent avoir subi l'influence des phénomènes qu'ils étudiaient, soit en se laissant véritablement suggestionner par des idées préconçues, nées d'observations insuffisantes, soit en ne prenant pas toutes les précautions nécessaires pour éviter d'intervenir eux-mêmes dans la manifestation des faits et de diriger à leur insu les phénomènes au lieu de les laisser évoluer devant eux. C'est là, sans nul doute, une des causes principales des profonds dissentiments qui séparent les diverses doctrines professées sur la matière. Aussi le livre de M. Crocq, qui est surtout une œuvre de critique, où sont rassemblés et appréciés un nombre considérable de faits et de documents, rendra-t-il de grands services à tous ceux qui s'intéressent à ces difficiles questions. L'auteur laisse en quelque sorte la parole sur chaque point particulier aux auteurs les plus autorisés, de manière à obtenir une sorte de *referendum* des hypnologues; il va sans dire que dans cet exposé les doctrines de l'École de Paris et de celle de Nancy tiennent la plus large place. Puis il donne son avis, motivé par des observations personnelles sur chaque question litigieuse. Un tableau, à la fin de l'ouvrage, résume les opinions professées par plus de 50 hypnologues sur les principaux points controversés de l'hypnotisme, tels que la nature du sommeil hypnotique et ses rapports avec le sommeil naturel, la valeur des trois états de Charcot, l'action des médicaments à distance, la possibilité du viol, des crimes par suggestion, les dangers de l'hypnotisme, etc.

Les toxines microbiennes. Contribution à l'étude de leur action physiologique, par Jean Artaud. Thèse de Lyon, 1895.

Après un long historique de la question des toxines microbiennes, l'auteur expose les recherches qu'il a faites dans le laboratoire du professeur Arloing sur les produits solubles du *pneumobacillus liquefaciens bovis*, du bacille de la morve et du *bacillus heminecrobiophilus*. Les produits du premier et du troisième de ces microbes ont des propriétés vaso-dilatatrices celles du second, des propriétés vaso-constrictives et hypersécrétives. Les toxines du *pneumobacillus* et du *bacillus heminecrobiophilus* produisent, outre des effets immédiats, des accidents tardifs, séparés des premiers par une phase silencieuse. Elles agissent ainsi d'abord comme poisons (effets immédiats) et ensuite comme ferments, en provoquant secondairement l'élaboration de substances toxiques par les cellules de l'organisme. Cette action est par conséquent analogue à celles des toxines du tétanos (Courmont et Doyon) et de la diphthérie (Enriquez et Hallion).

Nombreuses indications bibliographiques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un traitement des kystes hydatiques de l'abdomen,

Par le Dr Pierre Delbet,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Presque tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui sur la manière de traiter les kystes hydatiques de l'abdomen, hormis les cas exceptionnels où l'énucléation totale de la tumeur est possible : on marsupialise la poche après l'avoir diminuée en réséquant ce qu'on ne peut enlever.

Cette méthode est assurément bonne, et elle constitue un notable progrès sur le passé. Elle a cependant de sérieux inconvénients.

Le plus grave de tous, c'est que la guérison est très lente et reste parfois incomplète. Les fistules dues à la *marsupialisation* s'éternisent. Dans les kystes hydatiques du foie, qui sont les plus fréquents, il arrive que des canaux biliaires s'ouvrent secondairement dans la poche qui s'ulcère; un écoulement de bile se produit souvent très abondant, toujours lent à tarir. Ces sécrétions persistantes amènent des altérations de la peau, érythèmes douloureux, ulcérations. C'est là une véritable infirmité qui dure des mois et même des années.

J'ai été très frappé de ces inconvénients qui, sans être constants sont cependant fréquents et je me suis demandé s'il ne serait pas possible de faire mieux.

Il m'a semblé qu'après avoir complètement évacué la poche, on pourrait la capitonner, la fermer, la réduire, et suturer par-dessus la paroi abdominale en totalité comme après une laparotomie ordinaire.

J'ai appliqué cette méthode de traitement dans un cas de kyste hydatique du foie, kyste volumineux puisqu'il renfermait deux litres de liquide et de nombreuses vésicules filles. Le résultat a été absolument parfait. La malade était complètement guérie en 15 jours. Au bout d'un mois la poche rétractée était à peine perceptible. L'opération a été faite le 13 décembre 1895. J'ai pu voir la malade le 2 février 1896 en parfait état.

Cette méthode, que je croyais nouvelle, ne l'est pas en réalité. Elle avait seulement passé inaperçue. Les recherches bibliographiques que j'ai faites depuis m'ont montré que deux chirurgiens, Thornton et Billroth, en avaient eu l'idée. Toutefois ils ne l'ont pas appliquée de la même façon que je préconise ici.

Le cas de Thornton remonte à 1883. Il s'agissait d'un kyste hydatique du foie ayant de nombreuses analogies avec celui que j'ai traité; mais je ne puis insister ici sur les détails des observations. Thornton sutura l'ouverture du kyste à la paroi abdominale et ferma le tout sans drainage. « La plaie abdominale fut suturée comme après l'ovariotomie. » Le procédé de Thornton diffère du mien en ce que la paroi du kyste fut suturée à la paroi abdominale. Bien que l'auteur ne s'explique pas à ce sujet, je suppose qu'il avait pour but de créer des adhérences avec la paroi pour pouvoir rouvrir plus facilement la poche s'il se faisait quelque épanchement dans son intérieur. Cette éventualité ne s'est d'ailleurs pas plus produite dans son cas que dans le mien. Cette manœuvre semble donc avoir été inutile et je ne crois pas qu'elle soit sans inconvénient. La suture du kyste à la paroi ne peut qu'entraver sa rétraction. En outre il n'est pas sans inconvénient de créer des adhérences anormales des viscères, d'autant que dans les cas de gros kystes, ces adhérences, formées en des points éloignés de leur siège ordinaire, empêcheraient les viscères de reprendre leur place normale. Cet inconvénient, si petit qu'il soit, ne me paraît cependant pas négligeable.

Bond (*Brit. med. Journ.*, 11 avril 1891, p. 795, t. I), dans un cas de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, a employé le procédé de Thornton, mais incomplètement; Les gros kystes ont été traités par la méthode ordinaire, mais deux petits, qui avaient le volume d'une balle de cricket, ont été pris dans la suture de la paroi abdominale et drainée. Les drains furent enlevés au bout de six heures et la suture de la paroi complétée. Mais il y eut ultérieurement de la suppuration. Je n'aperçois pas bien les avantages de ce drainage transitoire de quelques heures. Si on veut réellement fermer la poche, il me semble qu'il vaut mieux le faire tout de suite.

Billroth a cherché aussi à réduire les poches adventices des kystes hydatiques sans les drainer, mais je n'ai retrouvé aucune publication détaillée sur son procédé. Il consiste à remplir la poche avec une émulsion iodoformée, à la suturer par-dessus et à la réduire. Billroth aurait employé ce procédé cinq fois avec succès. Je n'ai pas pu trouver le détail des observations (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1892, n° 21, p. 314).

Le remplissage avec l'émulsion iodoformée me paraît n'avoir que des inconvénients. Il expose à l'intoxication, il gêne la rétraction de la poche; quant à son pouvoir

antiseptique, il est au moins inutile, puisqu'il s'agit d'une cavité aseptique.

Le procédé que j'ai employé et que je propose est plus simple. Je rappelle qu'il ne saurait s'appliquer qu'aux kystes hydatiques à contenu clair, non infectés.

La poche étant largement ouverte, on l'assèche, on enlève toutes les vésicules filles, et la vésicule mère qui, d'ordinaire, se laisse facilement détacher. Cela fait, la récidive n'est pas à craindre; l'infection non plus si l'intervention a été faite aseptiquement.

Reste la membrane adventice, doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé. Que peut-on craindre en suturant cette poche? deux choses seulement : 1° qu'il s'y fasse des épanchements liquides; 2° qu'elle ne se rétracte pas.

Ces épanchements liquides pourraient être de trois espèces différentes, sérosité ou lymphe — sang — bile dans les kystes hydatiques du foie.

Les premiers, les épanchements de sérosité sont les moins redoutables. En effet dans les kystes hydatiques que j'ai opérés par la marsupialisation et le drainage, j'ai toujours observé que pendant les jours qui suivaient l'opération, la sécrétion de la poche aseptique était nulle. Je crois donc qu'il n'y a pas de danger de ce côté.

Les épanchements de sang ne paraissent pas non plus constituer un danger sérieux. En effet lorsqu'on examine des coupes histologiques comprenant le kyste et les tissus voisins, on voit que la membrane adventice fibreuse est très peu vasculaire dans sa partie interne, au contact de la membrane hydatique propre; elle est formée là de tissu conjonctif fibreux, et les vaisseaux ne deviennent abondants que dans sa partie externe, là où elle confine au tissu de l'organe où siège le mal, le tissu hépatique dans les kystes hydatiques du foie.

Pour ce qui est des épanchements de bile, il faut distinguer deux variétés de cas, ceux où le liquide est chargé de bile, l'inondation biliaire préexistant à l'opération, et ceux où le liquide a sa limpidité ordinaire. Dans le premier cas, il vaudrait peut-être mieux faire la marsupialisation et le drainage, car la bile peut être septique. L'expérience ultérieure pourra seule nous renseigner sur ce point. Lorsque le liquide est parfaitement limpide et qu'on fait la marsupialisation et le drainage, je sais bien qu'il arrive parfois qu'un écoulement de bile assez abondant se produit 5, 6, 10 jours ou davantage après l'opération. Les fistules biliaires secondaires me paraissent dues à des ulcérations de la poche, ulcérations déterminées soit mécaniquement par les drains, soit par l'infection. Aussi je ne crois pas qu'elles soient à craindre lorsqu'on réduit la poche après l'avoir suturée.

Il semble donc que les épanchements dans l'intérieur du kyste ne doivent pas effrayer le chirurgien.

Reste l'autre danger, l'absence de rétraction de la poche. Les quelques faits observés jusqu'ici montrent qu'il est plus imaginaire que réel. Dans le cas de Thornton, malgré la suture du kyste à la paroi, dans les cas de Billroth, malgré le remplissage avec l'émulsion iodoformée, dans le mien, la rétraction s'est faite très rapidement.

D'ailleurs, il faut ici encore distinguer plusieurs cas. Tantôt la paroi est souple et la rétraction facile. Tantôt, au contraire, la membrane adventice encroûtée de sels calcaires est plus ou moins raidie. Que faire en ces derniers cas? Si l'encroûtement se laisse enlever avec une compresse ou une éponge un peu rude, fort bien; mais s'il résiste, doit-on le gratter à la curette? Ce grattage amènerait sans doute une hémorrhagie assez abondante. On pourrait, il est vrai, parer à cette hémorrhagie par le capitonnage dont il me reste à parler. Le cas échéant, j'essaierais le grattage, mais avec d'extrêmes précautions, prêt à m'arrêter si l'hémorrhagie devenait considérable.

Le capitonnage est applicable aux cas où la poche saigne, et à ceux où, la paroi étant épaisse, les deux faces opposées n'ont pas de tendance à se rapprocher. Ce capitonnage ne peut naturellement pas être fait avec des fils prenant toute l'épaisseur de la poche, comme on a conseillé de le pratiquer pour certains sacs herniaires; car il va sans dire que toute l'étendue de la poche qui est libre d'adhérences et ne contient pas d'organes importants doit être reséquée. Il faut donc faire le capitonnage par la face interne avec des aiguilles très courbes qu'on fait entrer et sortir successivement par la même face de la même paroi. De très gros catguts me paraissent mériter la préférence pour ce genre de suture, car ce sont de tous les fils ceux qui coupent le moins. Il faut avoir soin d'enfoncer l'aiguille profondément dans la paroi pour avoir dans l'anse du fil une épaisse couche de tissus. On peut aussi faire plusieurs séries de capitons et réduire à rien la cavité du kyste. Il est possible que, malgré tous les artifices, on ne réussisse pas toujours à empêcher les fils de couper. D'ailleurs le capitonnage n'est pas absolument indispensable. Dans mon cas, une grande partie de la poche se prolongeait sous le foie et était complètement inaccessible. La malade n'en a pas moins bien guéri.

La poche vidée, nettoyée, et capitonnée lorsqu'il y a lieu, il reste, avant de réduire, à suturer les lèvres de la poche kystique. Je l'ai fait avec des points séparés de gros catgut. On pourrait tout aussi bien faire un surjet. Si la paroi était très mince et très souple, il y vaudrait peut-être mieux faire des points de Lembert.

La poche suturée et réduite, on ferme complètement la plaie abdominale. Dans mon cas, j'ai mis entre deux points de suture une petite mèche de gaze iodoformée parce que la vésicule biliaire, énormément allongée et comprise dans la paroi du kyste, avait été largement ouverte sur une longueur de 9 centimètres. La petite mèche allait sur la suture de la plaie vésiculaire. Je l'ai enlevée le second jour et j'ai complété la fermeture de la paroi en serrant un fil d'attente.

Ce procédé de traitement que je propose par le capitonnage, la suture et la réduction de la poche, me paraît applicable à la majorité des kystes hydatiques de l'abdomen non infectés. Il évite les fistules, permet aux organes de reprendre leur place normale et rend ainsi la guérison bien plus rapide et plus complète.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Février 1896.

Anévrysmes des os.

M. Péan présente deux malades qu'il croit avoir été atteints d'anévrysmes des os. Il n'y a pas encore très longtemps, on les croyait fréquents, mais depuis les travaux d'Aug. Nélaton et de son neveu, on sait qu'en réalité il s'agit de tumeurs à myéloplaxes ou de sarcomes kystiques. Il y a cependant de vraies tumeurs vasculaires. Les deux cas actuels sont les suivants :

Le premier est un malade qui souffrait d'hémorrhagies répétées de la voûte palatine, se produisant par une petite saillie pul-

satile. Une incision antéropostérieure passant par cette saillie donna un jet de sang énorme ; M. Péan enleva donc franchement la tumeur, où l'examen histologique ne révéla aucun élément sarcomateux.

La seconde malade est une jeune fille de 14 ans, atteinte d'un angiome pulsatile de la face avec de gros vaisseaux venant de l'os.

Contagion et hérédité de la tuberculose.

M. Ferrand, intervenant à son tour dans le débat, croit qu'on aurait tort d'exagérer le rôle de la contagion aux dépens de celui de l'hérédité. Les statistiques de compagnies d'assurances, étrangères surtout, démontrent nettement les dangers de l'hérédité. Quant à la contagion, M. Ferrand est loin de la nier, mais il pense que les crachats desséchés en sont le seul agent de réelle importance et il se rallie aux mesures dont a parlé M. Duguet.

Spina bifida.

M. Kirmisson a eu l'occasion d'observer il y a quelques années un enfant athrepsique porteur, à la région de la fontanelle postérieure, d'une tumeur qui semblait être une méningocèle typique ; or à l'autopsie on trouva une masse solide, d'aspect myxomateux, adhérente à la fontanelle, mais ne communiquant pas avec l'intérieur du crâne. Tout récemment M. Kirmisson a rencontré un cas semblable, où il s'agissait d'un spina bifida : à l'opération qui fut suivie de succès, on trouva une tumeur en partie kystique, ne communiquant pas avec le canal rachidien. La structure de ces tumeurs révélait un tissu conjonctif infiltré d'œdème. Au centre de la dernière il y avait un canal à revêtement épithélial. Il y a donc là une variété de tumeurs assez spéciales, ressemblant au spina bifida, mais irréductibles et ne s'accompagnant d'aucun trouble nerveux; leur pronostic est particulièrement bénin et l'ablation constitue leur traitement. M. Kirmisson ne connaît qu'un fait semblable, publié en 1875 par Matthews Duncan.

M. Marty lit un rapport sur un travail de M. Joannel, relatif à la mortalité dans les départements déboisés.

M. Duplay lit un rapport sur un travail de M. Delbet. Voy. p. 169.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Ch. Monod, la liste de présentation pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Pozzi; 2° M. Delorme; 3° M. Richelot; 4° M. Peyrot; 5° M. Bouilly; 6° M. Quénu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Février 1896.

Présidence de Ch. Monod.

Cystotomie sus-pubienne.

M. Bazy fait un rapport sur deux observations envoyées par M. Mougeot (de Chaumont). Il s'agissait d'un prostatique de 70 ans, déjà infecté, atteint de rétention d'urine avec impossibilité de cathétérisme. La cystotomie sus-pubienne fut faite malgré la gravité de l'état général, et le malade succomba dans la soirée, bien que l'opération n'ait présenté aucune difficulté. On peut admettre avec M. Mougeot que la mort a été le résultat de l'infection et non pas de l'intervention.

Dans la seconde observation, il s'agit d'hémorrhagie chez un vieillard de 75 ans, autrefois taillé, puis lithotomié, et atteint de calcul actuel. M. Mougeot fit la cystostomie, enleva le calcul, et la guérison se fit. C'est l'hématurie qui a été l'indication opératoire.

En analysant ces deux observations, M. Brocq envisage les indications de la cystotomie chez les urinaires en général et les prostatiques en particulier. Chez les premiers, l'indication peut être fournie par la douleur, l'hémorrhagie et l'infection. Pour chacune de ces catégories M. Bazy cite des cas où les moyens moins radicaux que la cystotomie ont parfaitement réussi : les lavages de la vessie à l'antipyrine dans les hémorrhagies, la sonde à demeure dans la douleur et l'infection. Aussi M. Bazy croit-il que la cystotomie ne doit être faite qu'après l'échec dûment constaté de l'intervention non sanglante.

Quant aux indications de la cystotomie sus-pubienne chez les prostatiques, il les résume dans les propositions suivantes : 1° la taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les douleurs d'origine vésicale, dans l'hématurie et dans les infections à forme subaiguë que la sonde à demeure n'a pu enrayer; 2° elle est impuissante contre les accidents infectieux suraigus, mais, peut-être, doit-elle être tentée dans ces cas; 3° elle peut être, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, remplacée par différents moyens thérapeutiques, parmi lesquels la sonde à demeure; 4° elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile; 5° l'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle.

M. Routier fait observer qu'il y a quelques mois, lors de la discussion sur cette question, on a établi les indications respectives de la cystotomie et de la sonde à demeure.

Récemment il a eu l'occasion de faire la cystotomie chez un prostatique ayant des hémorrhagies. Il trouva une prostate volumineuse qu'il a énucléée. Le malade a conservé sa fistule vésicale qui se ferma au bout de quelque temps.

M. Reynier pense qu'il faut toujours commencer par la sonde à demeure, et ne faire la cystotomie que lorsque la sonde échoue.

C'est ainsi que chez un malade ayant une cystite chronique avec urines purulentes et douleurs violentes, chez lequel la sonde à demeure ne donna aucun résultat, il fit la cystotomie et trouva un calcul enchatonné. L'opération a donné un excellent résultat, et le malade sortit de l'hôpital avec un méat continent.

Ostéome du maxillaire inférieur.

M. Berger présente une pièce très rare, provenant d'une malade qu'il a opérée d'un ostéome du maxillaire inférieur. Les observations de ce genre sont peu fréquentes puisqu'on n'en trouve que trois pièces analogues au musée Dupuytren et que dans les bulletins de la Société anatomique, il n'y a pas une seule observation d'ostéome du maxillaire inférieur. En 1894, M. Letenneur, de Nantes, a rapporté un fait de cette affection. Il a enlevé l'ostéome par énucléation.

En Angleterre, Klein a rapporté un cas d'ostéome maxillaire inférieur; mais il s'agit plutôt dans ce cas d'un ostéo-chondrome. D'autres fois encore, on a confondu avec des ostéomes la *leontiasis ossea* ou l'hyperostose de la face. En Allemagne, Volkmann a observé un cas probant d'ostéome du maxillaire inférieur. La pièce de Volkmann est déposée au musée de Halle.

La malade opérée par M. Berger est une femme de 22 ans, mariée, ayant toujours souffert des dents. En novembre 1895, il apparut une tumeur au niveau du maxillaire inférieur. Une incision pratiquée à ce niveau ne donna aucun résultat. Peu de temps après, la dent de sagesse correspondante se montra, et on ramena à cette dent de sagesse les accidents osseux.

Il y a quelques mois, la malade arriva à la consultation de la Pitié avec le diagnostic de périostite de la mâchoire. La suppuration était abondante, la peau rouge, phlegmoneuse, la tumeur faisait saillie dans la bouche et portait plusieurs molaires implantées sur elle. Par plusieurs orifices des gencives il sortait du pus, et dans l'épaisseur de la tuméfaction on sentait une induration notable. Le pus renfermait des grains jaunâtres, analogues aux actinomyces. Mais l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de suppuration vulgaire.

On pouvait donc penser soit à une périostite diffuse du maxillaire, soit à un ostéo-sarcome de la mâchoire.

M. Berger pratiqua la résection partielle du maxillaire inférieur. Mais le maxillaire s'étant fracturé spontanément au cours de l'opération, il fit une opération plus large, et enleva la branche montante.

La tumeur examinée, volumineuse, très dure et circonscrite, adhérait au maxillaire inférieur qu'elle avait usé. Elle s'étendait de la branche montante à la 2e molaire. Quelques dents s'implantaient sur elle. Elle a aminci tout le bord de l'os.

A la loupe, on trouva du tissu osseux spongieux, très dense, ayant les mêmes caractères dans toute l'étendue de la tumeur. Au microscope, on a trouvé qu'il s'agissait nettement d'un ostéome proprement dit, formé par du tissu osseux jeune, analogue au tissu osseux en voie de développement.

Cet ostéome circonscrit du maxillaire inférieur est une pièce rare. Dans les autres pièces des autres auteurs, il s'agit plutôt d'une hyperostose généralisée. Dans le cas de M. Berger le tissu néoplasique était formé par du tissu osseux jeune, spongieux et dense.

Cette tumeur est donc fort analogue aux ostéomes de la face, des sinus, de l'ethmoïde. Elle est bien distincte des cas de leontiasis ossea.

Au point de vue clinique, M. Berger insiste sur la marche spéciale de l'affection chez sa malade : il y a eu des phénomènes inflammatoires, de la suppuration. Mais celle-ci est peut-être due aux incisions qu'on a dû pratiquer à différentes reprises. Ces phénomènes inflammatoires ont fait penser à une ostéopériostite.

Quant au traitement, l'ostéome circonscrit de la mâchoire inférieure peut, d'après M. Berger, être traité par l'énucléation, la résection circonscrite. Si dans son cas il a fait une ablation large, c'est qu'il pensait plutôt à un ostéo-sarcome.

Le résultat de l'opération a été relativement bon, bien que l'on n'ait pas fait de prothèse immédiate.

Il semble donc que la prothèse immédiate n'est pas absolument indispensable quand on résèque la moitié d'un maxillaire inférieur. L'appareil prothétique entretient souvent la suppuration, et souvent est mal supporté par le malade.

M. Th. Anger a opéré, il y a une vingtaine d'années, une jeune femme de 24 ans portant une tumeur du maxillaire inférieur. La tuméfaction était dure, osseuse, mais mal limitée, sans trace d'inflammation, les gencives saines, les douleurs vives, intolérables. Il fit la résection du maxillaire inférieur pensant à un ostéo-sarcome. A la coupe de la tumeur, il trouva au centre un véritable ostéome petit et circonscrit.

Ces ostéomes donnent des douleurs très vives. Si le diagnostic avait été fait, il se serait contenté de faire une trépanation sur le maxillaire inférieur et d'énucléer la tumeur.

M. Picqué a fait avec M. Pozzi, il y a quelque temps, une résection de la mâchoire sans prothèse immédiate. Le résultat obtenu est parfait.

M. Delorme a appliqué dans quelques cas la prothèse immédiate. Le résultat immédiat est en général très bon; mais le résultat éloigné est très variable. Parfois l'appareil est mal supporté.

M. Terrier distingue les cas où l'on opère dans des tissus infectés et ceux où les tissus sont sains. Toutes les fois qu'il y a suppuration, il ne faut pas de prothèse. Il est utile souvent de faire porter momentanément des appareils prothétiques, ceux-ci pouvant permettre une meilleure restauration et servant en quelque sorte de guide au tissu osseux qui peut se reformer.

M. Kirmisson présente un malade qu'il a opéré pour une ostéomyélite du tibia, très ancienne et compliquée de nombreuses fistules. Le tibia était transformé en un véritable canal contenant des séquestres. Après l'ablation de ceux-ci et nettoyage de l'os, M. Kirmisson fit une sorte d'autoplastie ostéo-périostique, en prenant le lambeau osseux sur le tibia même. L'enfant est guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 Février 1896.

Traitement de la tuberculose par la créosote.

M. Catrin pose en principe que toutes les fois qu'un tuberculeux a quelque tendance à l'éréthisme, il ne faut pas donner de créosote, et que cette dernière n'est indiquée que chez les tuberculeux tout à fait au début, dont la tuberculose est à marche rapide. La créosote possède des qualités antibronchorréiques réelles, mais sa réputation de médicament spécifique de la tuberculose n'est pas justifiée.

M. Fernet fait observer que pour juger de la valeur de la médication dans la tuberculose, il faut avant tout connaître le pronostic de cette affection; or rien n'est plus difficile que de fixer ce pronostic. On sait que la tuberculose est spontanément curable, comme le montrent les autopsies des vieillards sur lesquels il n'est pas rare de rencontrer des signes de tuberculose guérie. D'un autre côté, la marche torpide des tuberculoses locales, la guérison fréquente de la péritonite tuberculeuse viennent encore à l'appui de la bénignité relativement fréquente du processus tuberculeux. Il faut encore avoir en vue ces différents modes d'évolution de la tuberculose suivant le terrain, chez les arthritiques, les goutteux, etc. Tous ces éléments doivent être pris en considération quand on veut juger la valeur d'un médicament.

Les modificateurs hygiéniques seuls sont capables d'amener la guérison des tuberculoses à marche lente; parmi eux, il faut citer : la suralimentation, préconisée surtout par M. le professeur Debove, l'administration de l'alcool, de l'huile de foie de morue à hautes doses, la pratique de l'hydrothérapie.

Quant à elle, la créosote a pour effets immédiats certains phénomènes d'excitation, qui se produisent du côté de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, du système nerveux. C'est dire que l'appétit s'accroît, les battements du cœur se régularisent et deviennent plus forts, les forces se relèvent, l'embonpoint augmente.

Mais ces modifications ne se produisent que lorsque la créosote est administrée à doses convenables. Dans les cas contraires, il se produit des phénomènes d'intoxication.

La créosote possède donc, comme tous les médicaments, des indications et des contre-indications. Elle est indiquée chez les malades atteints de débilité générale, de tuberculose torpide. Elle est contre-indiquée chez les tuberculeux éréthiques, dans la tuberculose des alcooliques, des artério-scléreux, des goutteux.

M. Hanot a examiné l'urine de plus de 300 phthisiques à leur entrée dans son service, et trouvé de l'urobiline dans la proportion de 48 p. 100 des cas chez les hommes et de 30 p. 100 chez les femmes, cette différence dans les chiffres résulte probablement de différences dans l'usage des boissons alcooliques. Or, en donnant à ces malades la créosote sous forme de capsules d'huile créosotée (à la dose moyenne de six capsules par jour), il a constaté que, d'ordinaire, l'urobiline diminuait assez rapidement, pour disparaître même après 15, 20 ou 30 jours d'emploi du médicament.

Comme la créosote administrée par la voie buccale provoque ou aggrave souvent des troubles gastro-intestinaux, il utilise presque exclusivement aujourd'hui la voie rectale : un lavement le soir ou un lavement matin et soir, contenant de 0gr50 à 2 grammes de créosote pure, et ne dépasse que rarement la dose de 4 grammes. Dans 28 cas ainsi traités pendant un temps assez long et suivis minutieusement, 28 fois l'urobiline a disparu. Il s'agissait dans presque tous ces cas de tuberculose au début. Il a semblé que l'augmentation de poids, la diminution de l'expectoration et des bacilles de Koch dans les crachats étaient plus nettes et plus accusées que dans les cas où la créosote était administrée par la bouche.

On pourrait donc se demander si l'action particulièremen favorable de la créosote administrée par le rectum ne tiendrait pas à ce que son action antiputride s'exerce alors plus directement. On sait, en effet, aujourd'hui, que les phénomènes de la putréfaction du contenu du canal intestinal s'accomplissent presque exclusivement, chez l'homme, dans le gros intestin.

M. Debove. — On a soutenu que l'urobiline se produisait dans l'intestin et qu'elle était un produit de décomposition de la bile. Cette manière de voir, si elle est exacte, expliquerait que la créosote, en agissant contre les fermentations intestinales, — surtout dans l'administration par la voie rectale, — empêchât la production de l'urobiline.

M. Hayem envisage successivement les trois points soulevés dans la discussion :

1° L'action de la créosote sur le tube digestif. — Depuis longtemps les médecins allemands emploient la créosote dans les affections du tube digestif, mais ils n'ont jamais spécifié les cas

dans lesquels elle serait utile et ceux dans lesquels elle est nuisible. M. Hayem la considère comme toujours nuisible, surtout chez les tuberculeux, la créosote étant une substance des plus irritantes et l'un des principaux facteurs de ce qu'on appelle les gastrites médicamenteuses.

2° L'action de la créosote sur l'urobiline. — Il est fort possible que les remarques très intéressantes de M. Hanot sur ce point soient exactes. Cependant on voit très souvent, dans les maladies les plus diverses, des sujets ayant, à leur entrée à l'hôpital, beaucoup d'urobiline dans les urines et n'en ayant plus après quelques semaines de repos, de régime hospitalier, de suppression forcée de leurs habitudes alcooliques.

3° L'origine intestinale de l'urobiline. — A l'étranger, cette théorie tend à prévaloir, notamment en Italie et en Allemagne; mais ses promoteurs sont presque exclusivement des chimistes et non des cliniciens. De fait, cette théorie est bien peu admissible pour des médecins. En effet, à l'état sain, les fèces sont colorées par l'urobiline, et ce sont elles qui en contiennent les plus grandes proportions.

On devrait donc, dans l'hypothèse ci-dessus, trouver l'urobiline en abondance dans les urines de l'homme sain. Or il n'en est rien, tandis qu'il suffit parfois d'une maladie insignifiante et sans troubles intestinaux pour faire apparaître l'urobiline dans les urines.

M. Barrié a remarqué que l'administration de la créosote par l'estomac occasionnait fréquemment des troubles de la digestion gastrique. Aussi, depuis 4 ans, il emploie exclusivement des suppositoires contenant 50 à 60 centigrammes du médicament; on en donne un le matin et un autre le soir.

M. Le Gendre fait observer que la créosote a été préconisée comme eupeptique, et qu'en tout cas on se met assez à l'abri de son action irritante en donnant le médicament aux repas et sans lui adjoindre des substances irritantes comme l'alcool.

M. Ferrand, qui a beaucoup employé la créosote dans la tuberculose, lui trouve de nombreuses contre-indications. Son efficacité comme agent antiseptique ne peut guère contre-balancer son action irritante, surtout par la voie stomacale. La peau est plus tolérante; encore demande-t-elle qu'on aille prudemment. Mais quelle que soit la voie d'absorption adoptée, il y a contre-indication formelle, comme on l'a rappelé, toutes les fois que la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'éréthisme, de fièvre, toutes les fois aussi qu'on est en présence de foyers petits mais ayant une tendance marquée au ramollissement et aux excavations. Seules les formes nettement torpides, sans réactions congestives ou nerveuses, s'accommodent du médicament et s'en trouvent souvent bien.

M. Manquat (Val-de-Grâce) s'associe sans réserve aux observations de MM. Faisans, Fernet et Ferrand relativement à l'opportunité du traitement créosoté.

Au point de vue des doses, on peut établir que la créosote n'étant pas un spécifique, elle est destinée à combattre un symptôme et à relever l'état général. Or la règle générale pour ces cas et dans ces conditions, c'est de donner le médicament à petite dose, quitte à la relever quand l'accoutumance y amène. La dose doit alors varier avec la susceptibilité du malade, la valeur de ses organes et l'intensité de l'effet qu'il s'agit de produire.

Reste la question du meilleur mode d'administration de la créosote.

A dose élevée la créosote est généralement refusée par l'estomac des tuberculeux, qu'il importe tant de ménager, puisque le pronostic de la tuberculose est subordonné en grande partie à la valeur digestive du malade.

Peut-être cependant pourrait-on administrer la créosote aux tuberculeux par l'estomac, mais en se limitant à une dose de 2 à 5 centigrammes au moment de chaque repas.

Pour le complément de la dose utile, on peut avoir recours aux lavements créosotés à l'aide du lait.

L'emploi du lait dans la préparation des lavements créosotés paraît avoir résolu toute difficulté concernant l'introduction de la créosote par la voie rectale.

Il était intéressant de savoir si le lait créosoté présentait quelque avantage au point de vue de l'administration par la voie gastrique. Il résulte des essais faits à cet égard par M. Manquat que le lait créosoté non sucré est d'un goût très désagréable et que l'addition de sucre le rend simplement supportable. Les malades ne l'acceptent qu'à l'état de grande dilution, si bien qu'il reste inférieur à la forme pilulaire et à l'huile de foie de morue créosotée.

M. Lereboullet pense qu'une conclusion pratique doit ressortir de cette discussion. Il estime que les accidents signalés après l'administration de la créosote proviennent presque toujours de l'inobservation des règles souvent formulées par ceux qui connaissent bien la susceptibilité individuelle des malades. Certes la créosote a ses contre-indications. Elle n'est pas un spécifique de la tuberculose. Mais ces contre-indications tiennent moins encore à la forme de la maladie qu'au malade lui-même. N'est-ce pas ce que l'on observe pour le salicylate de soude, la morphine, l'antipyrine, etc.? Il ne faut donc pas rayer ce médicament de nos formulaires, mais il faut apprendre à le manier et ne pas le prescrire à ceux chez qui surviennent, dès la première injection, les symptômes, bien décrits par M. Burlureaux, de l'intolérance,

M. Burlureaux est plus que personne l'ennemi des doses fixes de médicaments quelconques, et en conseillant l'usage des hautes doses de créosote, il a aussi indiqué les dangers des doses même minimes. C'est, en définitive, la tolérance du sujet qui doit régler la conduite du médecin.

M. Burlureaux ne considère point la créosote comme un spécifique de la tuberculose, mais simplement comme un adjuvant du traitement hygiénique, un adjuvant précieux, presque un succédané du traitement hygiénique.

Il insiste encore sur ce fait que tout malade qui supporte bien de fortes doses de créosote doit guérir, et réciproquement. Il y a là un très utile élément de pronostic.

M. Siredey a cependant vu succomber rapidement un tuberculeux qui tolérait parfaitement 2 grammes de créosote par jour.

M. Bucquoy a inversement observé un malade qui supportait très bien une dose journalière de 6 grammes de créosote et qui est un tuberculeux guéri.

M. Chantemesse demande à M. Burlureaux si la persistance de la fièvre chez un tuberculeux est, oui ou non, une contre-indication formelle à l'emploi de la créosote.

M. Burlureaux. — Si, avec des doses de 2 grammes d'huile créosotée par jour, on voit la fièvre tomber, on peut continuer le médicament. Il faut, par contre, le supprimer dans le cas contraire.

M. Faisans dit qu'en soulevant cette discussion il n'a pas eu l'intention de s'élever contre tout usage de la créosote, mais bien protester contre l'emploi abusif que l'on en fait, et contre la tendance à l'envisager comme une sorte de médicament spécifique de la tuberculose. Il a voulu aussi appeler l'attention sur les accidents graves dont elle est parfois responsable.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 15 Février 1896.

Présidence de M. E. Besnier.

Rétrécissement mitral hérédosyphilitique.

M. Barthélemy. — Relativement aux faits de *rétrécissement mitral* observés chez des sujets hérédosyphilitiques, je demande à signaler deux cas qui s'y rapportent, concernant tous deux des jeunes femmes n'ayant jamais eu de rhumatisme; l'une, fille de médecin, et manifestement hérédosyphilitique; l'autre, âgée de 27 ans, épouse d'un mari syphilisé 4 ans auparavant. Je n'ai jamais observé sur cette malade de signe de syphilis acquise autrement que par le fœtus; il me semble qu'il s'agit là d'un de ces faits de *syphilis conceptionnelle latente* sur la réalité desquels je crois pouvoir être affirmatif, mais qui ont été mis récemment en doute par nos confrères de Belgique. Quoi qu'il en soit, cette jeune femme fut atteinte, dans l'année qui suivit la naissance et la mort de son enfant syphilitique, d'un rétrécissement mitral qui persiste encore depuis plusieurs années.

Synovites syphilitiques.

M. Du Castel présente un homme de 37 ans, vigoureux, qui a eu la syphilis il y a 15 ans, pendant son séjour au régiment. Depuis 2 ans il a été atteint de périostites gommeuses aux jambes et d'autres lésions qui ont laissé des cicatrices pigmentées. En outre, on trouve encore une synovite dorsale du poignet formant de volumineuses saillies grosses comme des oranges et remontant à 8 ans environ. Cette synovite semble liée à la profession du malade qui fatigue considérablement ses poignets. Sous l'influence du traitement antisyphilitique, le volume de ces lésions a diminué de moitié. Aussi M. Du Castel pense-t-il que la syphilis a eu une certaine part dans leur production en exagérant l'influence du traumatisme sur des organes surmenés.

M. E. Besnier rappelle à cette occasion un malade qui présente des synovites tuberculeuses du poignet d'un aspect analogue à celles du malade de M. Du Castel. Cet homme était boucheur de vin de Champagne, et la fatigue locale due à la répétition des mêmes mouvements avait certainement une part dans la localisation des déterminations pathologiques.

Lésion chancriforme du menton.

M. Canuet a montré une petite fille de 4 ans portant au menton une lésion qui paraît ne pouvoir être autre chose qu'un chancre syphilitique, mais dont l'étiologie exacte n'a pu être établie. Ce cas est donc à ajouter à la liste des chancres extra-génitaux au sujet desquels la notion étiologique fait le plus défaut.

M. A. Fournier fait remarquer que l'étiologie de ces lésions fait absolument défaut dans presque tous les cas semblables. On peut toujours les attribuer à un baiser donné par une personne malade.

Cas probable d'urticaire pigmentée atypique.

MM. Tenneson et **Leredde** ont présenté un enfant de 10 ans dont le corps est couvert de macules pigmentées, abondantes surtout dans les régions de flexion. Elles sont survenues il y a 6 mois en quelques jours.

Au microscope on trouve des mastzellen nombreuses autour des vaisseaux. La pigmentation est due à l'existence dans les papilles de cellules chargées de granulations ocre.

Le diagnostic admis a été : urticaire pigmentaire à début tardif, atypique en outre par l'existence d'une seule poussée urticarienne, l'absence de dermographisme, et, histologiquement, par une moindre abondance de mastzellen. Mais déjà M. Besnier a admis la notion de l'urticaire pigmentaire à début tardif; au point de vue clinique, ce diagnostic est le seul qui puisse être porté. Au microscope on ne relève entre le fait actuel et ceux de Unna, Raymond, etc., que des différences quantitatives.

M. Tenneson ajoute que si ce n'est pas une urticaire pigmentaire, nous ne savons pas ce qu'a le malade; il ne saurait faire un autre diagnostic. En tout cas, ce n'est assurément pas de la syphilis, car ces taches ont été primitivement pigmentaires et elles présentent une disposition symétrique qui ne se voit pas dans la syphilis.

M. Feulard se demande s'il ne s'agirait pas chez cet enfant d'un de ces cas extrêmement rares de syphilides primitivement maculeuses.

M. Leredde a fait remarquer qu'il n'a trouvé au niveau des taches que des mastzellen et aucun des éléments en voie de régression qu'on voit dans les lésions spécifiques.

M. Brocq a vu chez l'adulte des cas d'urticaire laissant à leur suite une pigmentation, ce qui n'est pas tout à fait la même chose que l'urticaire pigmentaire d'emblée.

Chancres simples de la verge et de la langue.

MM. Emery et **Sabouraud** montrent un malade atteint de chancre mous de la langue. Ce malade eut le 4 janvier, avec une femme de rencontre, un rapprochement dans lequel il pratiqua le coït et le baiser vulvaire. Huit jours après environ, parurent sur le bord libre du prépuce 3 chancres mous typiques accompagnés d'une adénopathie inguinale double très douloureuse à la pression. En même temps le malade remarqua sur la face dorsale de la pointe de la langue une petite fissure dirigée dans le sens antéro-postérieur, rouge, non saignante et ne provoquant aucune douleur.

En même temps, une adénopathie présentant les mêmes caractères douloureux que l'adénopathie inguinale se développa dans la région sous-maxillaire du côté droit.

Dans le service de M. Fournier où le malade entra le 14 janvier, on a diagnostiqué un chancre mou de la verge, mais on hésite sur la nature de la lésion linguale.

Cette ulcération de forme arrondie, de 6 à 7 millimètres de diamètre, est peu profonde, presque à fleur de peau. Les contours présentent de petites sinuosités. Les bords rouges, formant un léger relief sans induration, sont taillés en biseau, légèrement décollés, et limitent un fond d'apparence diphthéroïde.

Deux inoculations successives pratiquées au bras droit et au bras gauche donnèrent, dès le lendemain, une ulcération considérée par M. Fournier comme une inoculation de chancre mou typique. Ces ulcérations se réparant rapidement, l'évolution complète s'est terminée en 8 jours pour l'un et 5 pour l'autre, La recherche du bacille de Ducrey, pratiquée à ce moment par M. Sabouraud, donna des résultats positifs. Les tumeurs ganglionnaires, à la suite d'une ponction, se résorbèrent rapidement. L'examen comparatif des deux pus vient confirmer le diagnostic de chancre mou.

Le 29 janvier, les bubons ont été guéris, les chancres de la verge se sont cicatrisés. Le chancre de la langue se distingue à peine par l'aspect lisse et opalin de son fond; il a perdu les deux tiers de son étendue et n'a plus de profondeur,

M. Sabouraud ajoute qu'il a constaté les mêmes caractères, une identité absolue des deux lésions aux deux sièges. Dans le pus des deux ulcérations, il a trouvé le bacille de Ducrey, et dans l'épaisseur de leur paroi le bacille décrit par Unna, tandis qu'il n'y avait aucun microbe dans les deux bubons qui accompagnaient les deux ulcérations chancreuses.

M. A. Fournier fait encore observer que c'est le premier cas de chancre simple de la langue bien démontré qu'il a observé. Aucun symptôme ne faisait supposer ici un chancre simple, parce que les trois grands caractères fondamentaux de cette affection ont fait défaut; la lésion étant lenticulaire, superficielle, sans bords, il n'y avait pas pullulation sur place. L'inoculation elle-même a été pour ainsi dire abortive. Après le quatrième jour, elle a tourné court; elle s'est montrée enfin d'une bénignité singulière.

Un cas de leucoplasie linguale.

M. Jullien. Voici un homme de 45 ans; il porte depuis 3 ans sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, une épaisse plaque blanche d'apparence porcelanique, longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre et demi; aucune douleur, à peine un peu de gêne en parlant. Tout a été fait y compris la destruction par le thermo-cautère. Cet homme a eu peut-être la syphilis il y a 20 ans; il n'est plus fumeur après avoir fumé énormément et n'a jamais commis d'excès de boisson; il est hémorrhoïdaire et dyspeptique de vieille date, avec vertige, défaillance, agoraphobie.

Les urines se sont montrées très anormales, contenant des traces d'albumine, de sucre, d'hémaphéine, d'uro-érythrine, d'uro-hématine et de bile, de l'indican en assez forte quantité; tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément, en 24 heures, les moyennes ordinaires; peu d'acide urique (0,36); sédiment riche en élément oxalique. En résumé, insuffisance *hépatique et fermentations intestinales*, salines, alcalines. La bactériologie est ici restée négative, l'histologie, si bien faite par Leloir, a fait voir les lésions de l'*hyperkératose*, et Stanziale a trouvé de l'*éléine* et des *éléments ovoïdes ou piriformes* à membranes réfringentes, à contenus granuleux, semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses.

Jusqu'ici rien n'est venu donner d'indication relative au traitement, et je demande à mes collègues ce que je dois faire en présence de ce cas.

M. A. Fournier a vu un malade semblable auquel M. Tillaux a fait, il y a 2 ans, le raclage profond de la langue. Le résultat a été remarquable. Le malade de M. Jullien représente le type de ce qu'on a appelé le « psoriasis en copeaux ». C'est une des moins mauvaises formes du psoriasis lingual.

M. Brocq cite à ce sujet un fait qui lui est personnel. En 1884 il vit un malade auquel un grand chirurgien de Paris proposait l'ablation totale de la langue pour une lésion absolument semblable. Il institua un traitement local qui réussit fort bien. Dix ans après, le malade est mort d'une affection toute différente.

M. L. Besnier fait observer qu'une lésion de ce genre peut devenir une maladie plus grave. Et comme les procédés de destruction ne présentent aucune difficulté, M. Besnier reste partisan du traitement radical.

M. Jullien fait remarquer que d'après Stanziale, de Naples, on trouverait dans ces lésions la présence d'éléments qui semblent bien être des germes de cancer.

M. Brocq ajoute que chez le malade dont il a parlé et qu'il a traité par des cautérisations à l'acide chromique et autres, il s'est produit pendant quelque temps une prolifération épithéliale telle que la langue était immobilisée dans la bouche. Il y avait là une menace de transformation épithéliomateuse qui n'était pas exempte de danger; aussi, actuellement, considérant qu'il n'y a aucun avantage à y exposer le malade, je n'hésiterais pas, en présence d'un cas semblable, à appliquer la décortication profonde au thermocautère.

Traitement de la blennorrhagie par l'airol.

MM. F. Legueu et **L. Lévy**. — Nous avons employé l'airol dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme : les propriétés dessiccantes à la fois et antiseptiques de ce dermatol iodé autorisaient cette tentative.

Nous nous sommes servis d'une émulsion au dixième dans l'eau et la glycérine (glycérine 15 grammes, eau 5 grammes, airol 2 grammes); après lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boriquée, nous injectons dans le canal 10 centimètres cubes de l'émulsion d'airol; cette injection est répétée les jours suivants.

4 malades ont été traités de cette façon pour des écoulements à gonocoques datant de 3 mois, de 2 mois, de 5 semaines, de 15 jours : un seul d'entre eux avait une uréthrite secondaire polymicrobienne.

Ces 4 malades ont guéri après 3 à 5 injections. L'injection détermine une certaine brûlure qui ne dure pas; et, dès le premier jour, les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue; après 4 à 5 jours il a complètement disparu.

Ces résultats ont été obtenus il y a un mois; depuis, nos malades ont été revus et nous nous sommes assurés qu'ils étaient restés guéris.

Sur une dermatite suppurative multiforme à poussées successives.

MM. Hallopeau et **Prieur**. — Ce type morbide est voisin de ceux qui sont englobés sous la dénomination fautive d'impetigo herpétiforme; il s'en distingue par les caractères spéciaux de son éruption, par son développement en dehors de la grossesse et par sa reproduction pendant de longues années sans altération grave de la santé générale; l'éruption y est d'emblée purulente : elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant maints caractères de l'alphabet, depuis le C jusqu'à l'S, en passant par les grands points accolés dos à dos. Le liquide ne renferme pas de microbes, ses cultures restent stériles si l'examen est pratiqué peu de temps après l'éruption. Cette dermatite est liée suivant toute vraisemblance au développement de toxines pyogènes; elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées, et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne. Elle se distingue de la forme suppurative de la dermatite herpétiforme de Duhring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs, ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes; l'endocarde peut être lésé. M. Vandam vient de confirmer par un autre procédé la découverte faite par M. Tête d'alcaloïdes représentant des leucomaïnes dans l'urine d'un malade atteint d'une poussée aiguë de dermatite herpétiforme.

Un cas de lèpre.

MM. E. Gaucher et **Bensaude** présentent un malade atteint de lèpre chez lequel la principale lésion lépreuse consiste dans des granulations miliaires généralisées à presque toute la surface du corps et ressemblant à des petits nodules lupiques et aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire.

Histologiquement, ces granulations sont formées par des amas de cellules lépreuses farcis de bacilles de Hansen. Le malade, atteint de lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne, a eu une poussée aiguë érysipélatoïde de la face, survenue en même temps qu'une otite moyenne suppurée et un phlegmon du bras à streptocoques. L'examen bactériologique de la sérosité de la plaque érysipélatoïde n'a cependant pas révélé la présence de streptocoques. L'examen du sang montre dans ce cas une augmentation notable des cellules éosinophiles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 Février 1896.

Paralysie spinale antérieure subaiguë.

MM. Déjerine et **Sottas** ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade chez lequel, huit ou dix ans auparavant, on avait diagnostiqué une paralysie spinale antérieure d'après le tableau clinique qu'il présentait et qui correspondait à celui décrit par Duchenne (de Boulogne).

Le malade était entré pour une paralysie des quatre membres avec paralysie des muscles de la face, de la langue et de la mastication. Après une période stationnaire, les phénomènes paralytiques s'amendèrent d'abord aux membres supérieurs puis aux membres inférieurs, si bien qu'au bout de 8 ans le malade a presque complètement recouvré l'usage de ces membres. Il succomba dernièrement à une tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie on trouva des lésions profondes des racines antérieures et des nerfs périphériques. La moelle par contre était à peine touchée et les lésions qu'on trouva pouvaient être considérées comme secondaires. On trouva notamment une diminution des cellules des cornes antérieures, qui présentaient des traces de dégénérescence très légère.

En somme la lésion principale était une névrite périphérique. L'évolution de la maladie est du reste aussi en faveur de cette étiologie. Du reste Duchenne (de Boulogne) avait aussi remarqué que ces cas pouvaient guérir.

Persistance de la pigmentation dans les greffes épidermiques.

M. P. Carnot et **M**lle **Deflandre** ont observé, au laboratoire de M. Gilbert, qu'une greffe pigmentée, transplantée sur un fond blanc, garde sa coloration et s'accroît rapidement aux dépens de la substance initiale. Une greffe épidermique noire transplantée sur de la peau blanche grandit et forme une tache noire. Le centre de la greffe est de plus en plus pigmenté, la périphérie présente une zone d'extension de 1 millimètre environ, de couleur intermédiaire. La croissance de cette tache d'abord très rapide, se ralentit, mais continue encore au bout de 4 mois.

Si par contre on transplante un lambeau blanc sur de l'épiderme noir, la greffe échoue ou disparaît rapidement. Il semble donc que les cellules pigmentées l'emportent sur les cellules apigmentées et les remplacent.

Les produits épidermiques secondaires subissent des transformations analogues : les poils qui poussent sur la greffe noire, d'abord en majorité blancs, sont ensuite presque tous noirs, au fur et à mesure que la greffe vieillit.

Inversement, de même que la greffe épidermique noire produit des poils noirs, de même la greffe de poils noirs produit de l'épiderme noir.

Ce procédé de greffe pigmentée permet d'apprécier très facilement, par une simple différence de couleur, l'évolution des greffes. Les auteurs en font une première application à l'étude de l'évolution des greffes croisées sur des animaux d'espèce différente.

Enfin il semble établi que la pigmentation des mammifères est une propriété cellulaire, largement indépendante de toute répartition vasculaire et nerveuse.

Motricité stomacale et transit des liquides dans l'estomac à l'état pathologique.

M. Mathieu montre par des exemples typiques comment la méthode qu'il a proposée avec M. Vallat peut servir à l'analyse physiologique des faits de dyspepsie stomacale et comment elle complète les importantes notions que la méthode de Winter donne sur le chimisme.

Dans la première observation, il y avait stase des liquides, hypersécrétion considérable et hyperchlorhydrie; dans la seconde, hypersécrétion et hyperchlorhydrie sans stase marquée; dans la troisième, hypochlorhydrie, et hyposécrétion sans stase; dans la quatrième, hyperchlorhydrie, sécrétion et motricité normales.

On a donc ainsi déterminé, dans chacun de ces cas particuliers, la valeur des principaux facteurs physiologiques et plus exactement reconnu en quoi consistait l'état dyspeptique.

Pneumo-bacille.

M. Grimbert a étudié l'action du pneumo-bacille de Friedländer sur le xylose et sur l'arabinose. Tandis que le dernier de ces deux isomères ne donne pas d'alcool, mais seulement de l'acide lactique *lévogyre*, le xylose, au contraire, donne de l'alcool éthylique, de l'acide acétique et de l'acide succinique au lieu d'acide lactique. Ces faits sont à rapprocher des résultats parallèles obtenus avec la mannite et la dulcite et présentés dans une récente communication.

M. Grimbert a rencontré un coli-bacille se conduisant comme le pneumo-bacille de Friedländer et donnant avec le lactose de l'acide succinique au lieu d'acide lactique droit ou gauche, et avec le glucose de l'acide lactique gauche.

Un fait semblable a été déjà constaté par M. Péré chez un coli-bacille étudié par M. Metchnikoff comme favorisant la virulence du vibrion cholérique. Il y a peut-être là plus qu'une simple coïncidence.

M. Dumas fait une communication sur la tension artérielle dans l'excitation cérébrale.

M. Philadelphien montre un nouveau sphygmographe, un sphygmométrographe possédant simultanément les qualités du sphygmographe et du sphygmomètre.

Sur un cas de crampe professionnelle symptomatique de la maladie de Bright.

M. Pierre Bonnier a observé un homme de 23 ans, qui fut en 1873 employé au télégraphe de Morse pendant 7 heures par jour. En 1875, à la suite d'une variole, apparurent d'un côté les symptômes de la crampe professionnelle et de l'autre un grand nombre de signes de la maladie de Bright. La raideur du poignet, la fatigue, et une grande indocilité musculaire le forcèrent à laisser le télégraphe pour les écritures. Les mêmes phénomènes se reproduisirent dans la main, et lorsqu'en 1877 il fut forcé de reprendre le télégraphe, toute la main fut le siège de crispations, de mouvements désordonnés; le pouce se crispait en adduction et en opposition, non seulement à l'occasion des attitudes techniques, mais pour tous les mouvements et même pendant le sommeil. A partir de cette époque le pouce fut en contracture presque continue jusqu'en 1893. Il survint encore des mouvements cloniques du bras et de l'épaule, le malade ne pouvait écrire que le coude au corps, la main en demi-supination et le porte-plume tenu entre le médius et l'index.

Il consulta en 1878 le Dr Onimus, qui le traita par les injections de strichnine, et les courants alternatifs. En 1880, Vulpian le vit au bureau du Luxembourg, le fit entrer à la Charité, essaya des douches sur les reins, le bromure, et fit appliquer un gros aimant sur la nuque. En 1890, un traitement conseillé à la Salpêtrière, traitement psychique surtout, demeura également sans résultat aucun. Il vit encore en 1893 le Dr Ballet, à Sainte-Anne, prit des douches, de la quinine, de l'iodure et garda le bras sans cesse enveloppé et serré dans un caoutchouc. Aucun de ces traitements n'amena la moindre modification dans son état.

M. Bonnier vit le malade en décembre 1893 pour sa surdité droite et son vertige, dont certains caractères le mirent aussitôt sur la piste du mal de Bright, et il constata chez lui un grand nombre de symptômes tels que bruit de galop, tension artérielle exagérée, oligurie avec une faible quantité d'albumine, œdème des malléoles, de la face et des paupières, cryesthésie en bottes, engourdissement facile dans l'immobilité ou dans les attitudes ou la circulation est gênée, secousses violentes qui interrompent sans cesse le sommeil, crampes des sous-mentonniers avec ou sans bâillements, troubles oculaires et auriculaires caractéristiques, torpeur intellectuelle et dépression morale jointe à une surexcitabilité des réflexes, etc. Tous ces troubles étaient apparus consécutivement et après la variole. La crampe semble en avoir été le plus ancien et le plus constant. Le réflexe patellaire droit était et est encore très affaibli.

Le malade fut mis tout d'abord au régime lacté absolu, et en moins de huit jours le pouce était légèrement dégagé et mobile, et en quinze jours il s'opposait à volonté à tous les autres doigts. Malgré le surmenage de cette époque de l'année, en février 1894, la main tenait correctement la plume et écrivait lentement, mais sans troubles et sans fatigue; et de ce côté la guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour. A deux reprises une suspension du régime lacté fit revenir la crampe. Quand le lait eut fait ses preuves, on adjoignit au traitement des bains salins extrêmement chauds de tout l'avant-bras et de la main.

La maladie de Bright, un moment arrêtée, suivit son cours, et en juillet 1893 une sorte d'ictus laisse le malade avec des crampes de l'épaule assez violentes pour gêner considérablement le malade dans son travail. Un second eut lieu plus récemment, et il y a un mois, le malade fut pris dans la rue d'une crampe des sous-mentonniers qui lui tint la bouche largement ouverte pendant plus de cinq minutes et ne disparut pas spontanément. Il eut aussi de l'angoisse pharyngée et de légers accès d'anxiété paroxystique et d'angine de poitrine.

Sa crampe professionnelle est donc en réalité avant tout symptomatique de la maladie de Bright, et il serait intéressant de rechercher dans quelle proportion les crampes professionnelles, si fréquentes et souvent si tenaces, comme celle-ci, céderaient à un traitement symptomatique justifié par la recherche, souvent négligée, de l'état Brightique, dont elles semblent pouvoir d'ailleurs être le premier et pendant longtemps l'unique symptôme.

Traitement de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

M. Gréhant a fait respirer à un chien un mélange contenant 1 litre d'oxyde de carbone et 9 litres d'air pour démontrer la rapidité de l'empoisonnement.

Une minute après le début de l'expérience, 100 centimètres cubes de sang artériel contenaient 6 centimètres cubes d'oxygène et 22 cc., 4 d'oxyde de carbone. La respiration était arrêtée, l'animal était mourant. M. Gréhant a employé aussitôt trois moyens : 1° La respiration artificielle par compression du thorax pour chasser des poumons le gaz toxique qu'ils renfermaient;

2° Le procédé si efficace des tractions rythmées de la langue;

3° Les insufflations d'oxygène. Au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires spontanés ont eu lieu; l'animal, d'abord titubant, paraissait revenu à l'état normal au bout de quelques minutes.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 15 Février 1896.

Traitement de l'érysipèle.

M. Bolognesi ne comprend pas M. Chantemesse qui semble vouloir établir un traitement unique, la sérothérapie, pour

toutes les formes d'érysipèle et des conclusions sur une statistique brutale, sans sélection de formes. Il oppose donc aux conclusions de M. Chantemesse les statistiques établies en 1893, à l'hôpital d'Aubervilliers, par M. Juhel-Renoy, alors chargé du service de l'érysipèle.

En 1893, un millier de cas a été mis en observation. Il n'y a eu que 35 décès, soit une mortalité de 3,5 p. 100, et cette mortalité brute a d'ailleurs été différente aux divers mois de l'année, et a varié aussi avec les diverses formes de traitement et avec les diverses formes de l'affection.

Cinq traitements ont été employés : 1° Le traitement expectatif, dont la vaseline boriquée faisait tous les frais. Des cas atténués et quelques cas graves ont été mis en expérience. Sur 250 malades, on ne compte que 5 décès, soit une mortalité de 2 p. 100.

2° L'application d'une pommade à l'ichthyol sur 200 malades dont 100 avaient un exanthème bénin, et 100 autres des lésions aiguës. La mortalité a été encore de 2 pour 100.

3° Les traitements divers sur des cas d'intensité légère ou moyenne, jamais sur des cas graves. 165 malades donnent 2 décès. Mortalité de 1,21 pour 100.

4° La traumaticine et divers vernis à base de stérésol, etc. Sur 115 cas francs aigus, cycliques, on n'observe qu'un décès. La mortalité tombe à 0,90 pour 100.

5° Enfin, dans un dernier groupe de faits qui porte sur 225 cas, et 225 cas qui sont graves, 15 décès se produisent qui répondent à une mortalité de 6,66 pour 100.

Or, les statistiques de M. Chantemesse montrent que le sérum anti-streptococcique a fait tomber la mortalité à 1,70 pour 100 dans les cas où il s'est montré efficace, à 1,03 pour 100 dans les cas où il s'est montré très efficace.

M. Bolognesi oppose donc à ces statistiques la mortalité si faible qu'on constate soit avec les traitements divers (1,21 pour 100), soit avec la traumaticine (0,90 pour 100).

Aux 297 cas traités efficacement par le sérum qui donnent une mortalité de 1,70 pour 100, il oppose la série heureuse formée par les 265 cas des 4 dernières années de 1895 où la mortalité n'est que de 1,13 pour 100.

En résumé, les résultats de M. Chantemesse (mortalité de 1895 : 3,22 pour 100 et 2,59 pour 100) sont tout simplement dans les règles puisque la mortalité de l'érysipèle varie de 2 à 4 pour 100.

Pour juger la valeur de la sérothérapie il faut l'étudier au point de vue abortif et sur les cas graves, sans tenir compte des cas atténués qui guérissent tout seuls. On peut donc dire que cette épreuve n'ayant pas été faite, la sérothérapie de l'érysipèle n'a pas encore fait ses preuves.

En terminant, M. Bolognesi résume ainsi le traitement de l'érysipèle :

A) Cas atténués. — Traitements locaux au choix, ichthyol de préférence.

B) Cas aigus. — Traumaticine à l'ichthyol qui fait avorter la maladie dans 60 pour 100 des cas.

C) Cas graves. — Balnéothérapie qui a fait ses preuves même dans l'infection puerpérale.

M. Landouzy se demande si une division du traitement en rapport avec la nature des cas est facile et pratique. Ne voit-on pas des érysipèles changer d'allure, apparaître avec un bruyant cortège symptomatique et se montrer bénins ou, au contraire, s'établir insidieusement et revêtir une gravité inattendue? Alors que doit-on faire?

M. Bolognesi. — Dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de gravité d'un érysipèle est des plus faciles à poser dès le début de l'affection.

S'agit-il d'un cas bénin, le plus souvent on ne constate ni céphalée, ni état gastrique, ni fièvre, ni phénomènes généraux. L'exanthème est toute la maladie.

S'agit-il d'un cas grave, alors tout change. Les phénomènes généraux occupent le premier plan. L'exanthème n'est plus qu'un des symptômes de la maladie.

Crises gastriques chez un tabétique porteur d'un ulcère stomacal.

MM. Huchard et **Bovet** rapportent l'histoire d'un palefrenier de 38 ans, ni alcoolique, ni syphilitique, qui brusquement, à l'occasion d'un traumatisme violent portant sur l'épigastre, fut pris d'hématémèse, et quelques jours plus tard de vomissements alimentaires et de douleurs épigastriques. On porta le diagnostic d'ulcère traumatique de l'estomac, mais M. Dieulafoy, qui vit le malade à l'occasion d'une crise nouvelle, spontanément apparue, porta le diagnostic de tabes. Enfin M. Huchard a observé ce malade. Le tabes était accompagné d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui disparut spontanément et qu'on a mise sur le compte de l'hystérie. Or, au cours du traitement qu'il a suivi chez M. Huchard, on a pu constater que ce malade a présenté successivement de l'hyperpepsie, puis de l'hypopepsie. C'est donc un cas très intéressant de tabes, dans lequel on constate une variation de chimisme stomacal.

En présence de cette variabilité dans l'état de la sécrétion gastrique, il semble bien difficile d'admettre ici l'existence d'un substratum anatomique quelconque. D'après M. Huchard, cette variabilité du suc gastrique peut être, dans certains cas douteux, un élément de diagnostic entre l'ulcère rond et la crise gastrique avec hématémèses appartenant au tabes.

En raison de l'hyperpepsie probablement symptomatique d'un ulcère, le lait qui est alcalin semblait tout indiqué pour quelques médecins, et la preuve, c'est que le malade fut soumis au régime lacté dans tous les services où il a passé. Or ce n'est qu'après l'analyse du suc gastrique que l'on put comprendre la cause de la persistance des vomissements et de l'inefficacité, bien plus encore, de la nocuité du régime lacté. En effet, les vomissements augmentaient par ce régime, ce qui s'explique, en raison de la *coagulation* trop rapide des matières albuminoïdes du lait par l'excès de HCl.

Au point de vue thérapeutique, MM. Huchard et Bovet tirent de l'étude de leur cas les conclusions suivantes :

Pendant la période des crises et de l'hyperpepsie, on ordonnera le repos absolu et une alimentation composée d'œufs très peu cuits, de quelques purées de légumes, de croûte de pain, d'eau comme boisson; pas de lait.

Pendant la période d'accalmie ou de l'hypopepsie, la médication comprendra le bicarbonate de soude une heure avant le repas; la solution de HCl après le repas (1 gramme pour 500, un verre à madère); comme alimentation : purées de légumes, féculents, quelques viandes bien cuites, œufs, eau rougie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 10 Février 1896.

Interprétation de l'article 909 du Code civil.

Cet article est relatif aux frais de dernière maladie. A la suite d'un jugement rendu par le tribunal de la Seine en date du 20 décembre 1894, la Société de médecine légale avait jugé nécessaire de bien définir ce que l'on doit entendre par dernière maladie, cette interprétation pouvant être prise désormais par les tribunaux comme base de la jurisprudence en la matière.

La Commission nommée à l'effet de bien définir ce que l'on doit entendre par dernière maladie a proposé la définition suivante :

« Par dernière maladie, on doit entendre non pas un état morbide dont l'aggravation ou le développement ont ultérieurement entraîné la crise fatale, mais seulement la période terminale de cet état, qui ne comporte plus aucune rémission sérieuse et durable du mal, mais qui doit fatalement amener la mort à bref délai (Adopté). »

Troubles cérébraux et traumatisme cranien.

M. Vallon relate l'observation d'un officier sans antécédents héréditaires ni personnels d'ordre nerveux, ayant fait des études brillantes et considéré par ses supérieurs comme un officier d'avenir, qui, un jour, est tombé de cheval, le pied gauche pris dans l'étrier, et est traîné pendant une soixantaine de mètres, la tête frappant contre terre. Il est relevé sans connaissance, avec une plaie à la nuque. Trois jours après il revient à lui; puis se remet peu à peu, et part en congé de convales-

cence dans son village, où il reste pendant 3 mois. Il revient ensuite au régiment parfaitement guéri, ne se plaignant de rien autre chose que de quelques bourdonnements d'oreille, avec perte de connaissance, suivie de troubles cérébraux, surtout moraux. Ce malade prend goût à la boisson, devient emporté, si bien qu'il finit par passer au Val-de-Grâce devant une commission qui le met en congé pour infirmités temporaires.

Son congé expiré, il est envoyé dans un bataillon de chasseurs, qu'il est obligé de quitter à cause d'inconduite. Il s'engage alors dans la légion étrangère, fait la campagne du Tonkin, buvant toujours. Il passe devant une commission qui le réforme pour dypsomanie. Il revient alors dans son village, puis à Paris, où il est plusieurs fois ramassé sur la voie publique, et échoue finalement à Sainte-Anne.

Pour M. Vallon, dans ce cas, le traumatisme a été la cause de la transformation morale du malade.

M. de Bauvais cite un cas dans lequel un traumatisme cranien a eu, au contraire, sur l'état mental du sujet, un effet favorable. Il s'agit d'un homme qui, à la suite des idées de suicide, se tira une balle de revolver dans la tête.

Il survit à sa blessure, et depuis lors il ne présente pas le moindre trouble cérébral.

M. Garnier considère le cas rapporté par M. Vallon comme un exemple de dégénérescence acquise, d'*auto-dégénérescence*.

M. Vibert pense aussi qu'on a tort d'invoquer toujours l'hérédité pour expliquer la dégénérescence, celle-ci pouvant se produire sous l'influence d'un traumatisme ou d'une autre cause, c'est ce qu'on observe fréquemment chez les enfants.

M. Charpentier a observé deux cas analogues.

Le premier est celui d'un jeune officier de 32 ans, qui à la suite d'une chute de cheval, a eu une série de troubles intellectuels et physiques (céphalalgie, impuissance, apathie) qui ont abouti à la paralysie générale.

Le second cas se rapporte à un jeune homme de 22 ans, fort intelligent, qui, encore à la suite d'une chute de cheval, a été pris de fatigue cérébrale et est resté faible du cerveau.

Aucun de ces malades n'avait d'antécédents névropathiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 17, 24 et 31 Janvier 1896.

Syphilis ou tuberculose.

M. Lafitte (de Coutras) présente une jeune fille qui depuis 5 ans est atteinte d'une affection ulcéreuse des deux jambes. Son diagnostic hésite entre syphilis héréditaire tardive ou tuberculose cutanée grave. Cette affection a résisté à tous les traitements internes et à tous les topiques.

MM. W. Dubreuilh, Frèche, Méneau concluent après examen à l'existence chez cette jeune fille de la maladie que Bazin appelait érythème induré des scrofuleux. Le traitement doit consister dans l'emploi d'huile de foie de morue, ou d'iodure de potassium à haute dose et en applications de compresses imbibées d'une solution d'acide phénique.

M. Vergely conseille une cure à la Bourboule.

Gommes de l'iris.

M. Armaignac lit un travail sur les gommes de l'iris et communique une observation où la lésion unilatérale, ce qui est rare, a guéri par l'emploi du sirop de Gibert, de frictions d'onguent napolitain, de calomel et d'instillations d'atropine et de pilocarpine. La guérison a été obtenue avec retour de l'acuité visuelle *ad integrum*.

M. Lagrange distingue trois variétés d'iritis : la forme plastique, la forme séreuse et la forme gommeuse. Il ne croit pas difficile de différencier l'iritis syphilitique des autres formes. Il est partisan du traitement intensif par les injections sous-conjonctivales de sublimé au 1/1000 qui sont absolument inoffensives ou par les injections intra-musculaires d'huile d'olive bi-iodurée, faites dans la région de la fesse.

M. Martin n'est nullement persuadé de la facilité du diagnostic différentiel des diverses formes d'iritis. Mais il est partisan, comme M. Lagrange, des injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Armaignac repousse les injections, que son expérience personnelle lui a démontré être parfois dangereuses.

Il résulte d'un échange de vues que, si en général la syphilis tertiaire est justiciable de l'iodure de potassium, en revanche, les lésions syphilitiques oculaires exigent, en raison de leur gravité, un traitement intensif que l'on obtient seulement par l'emploi du mercure en injections sous-conjonctivales ou intramusculaires.

Brûlures.

M. Vergely rapporte 4 cas de guérison rapide des brûlures du 1er et du 2e degré par l'emploi de la magnésie avec laquelle il fait une pâte. Celle-ci, étendue sur les parties malades sous forme de masque, procure un soulagement immédiat des douleurs et met les brûlés à l'abri des cicatrices désagréables ou vicieuses.

M. Pousson emploie dans le traitement des brûlures une pommade formée de salol, d'antipyrine et de vaseline. Il ajoute qu'il emploie depuis quelque temps dans le pansement des plaies consécutives au grattage des ulcérations tuberculeuses la pâte de Socin, dont M. Demons a été l'introducteur à Bordeaux.

M. Villar a renoncé, au contraire, à l'emploi de la pâte de Socin parce que l'expérimentation a démontré que les microbes les plus divers pouvaient se développer dans l'intérieur de cette mixture.

Tumeur stercorale.

M. Saint-Philippe résume l'observation d'un jeune garçon de huit ans qu'on lui avait amené pour une tumeur abdominale. En raison du volume exagéré du ventre et de certains autres caractères, on pouvait penser soit à un kyste hydatique du foie, soit à une péritonite tuberculeuse. Cependant une certaine hésitation régnait dans le diagnostic en raison de l'absence de renseignements précis sur la manière dont fonctionnait l'intestin.

On prescrivit du vin Pesqui et de grands lavements pendant huit jours. Au bout de ce temps l'enfant fut ramené. Le ballonnement avait bien diminué et l'examen était plus facile. Dans ces conditions, la palpation révéla au niveau du gros intestin une tumeur du volume d'une tête d'enfant, irrégulière comme les tumeurs stercorales. On prescrivit de grands lavages intestinaux. Sous leur influence, l'enfant a fini par évacuer une quantité de scybales dures que l'on peut évaluer à un demi-seau à toilette. Depuis cet exonération, son état général s'est rapidement relevé en même temps que son ventre a repris un volume tout à fait normal.

M. Saint-Philippe fait remarquer qu'en général, dans les familles et surtout dans les pensionnats, on ne s'occupe pas assez de savoir si les enfants ont des selles quotidiennes et abondantes. On est trop facilement satisfait, alors même que les enfants n'évacuent que le trop plein de leur intestin.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 Février 1896.

Signes de la syphilis héréditaire.

M. Busch montre une série de moulages des mâchoires avec des dents présentant les érosions, qui passent pour pathognomoniques de la syphilis héréditaire. Ces dents présentent en effet des particularités, notamment les érosions en croissant des incisives médianes, seulement M. Busch ne croit pas qu'on soit autorisé de diagnostiquer la syphilis si ces érosions constituent l'unique symptôme.

M. Blaschko considère les cicatrices linéraires rayonnant autour des lèvres comme un signe relativement sûr de la syphilis héréditaire. D'autres cicatrices labiales peuvent s'observer

chez les enfants à la suite de la scrofule, de l'eczéma, des traumatismes, mais elles sont distinctes des cicatrices linéaires de la syphilis héréditaire, qui forme des stries blanches sur la muqueuse labiale.

Les dents d'Hutchinson ont aussi une certaine valeur diagnostique, principalement les incisives supérieures médianes portant des érosions formant croissant. Personnellement, M. Blaschko n'a rencontré ces dents que chez les syphilitiques héréditaires. Quant à la kératite parenchymateuse, elle est presque toujours l'apanage de la syphilis héréditaire, mais il faut savoir qu'on peut l'observer dans des affections autres que la syphilis congénitale. Ainsi, récemment, M. Blaschko a observé une kératite parenchymateuse chez une jeune fille atteinte d'urticaire hémorrhagique.

M. Lewin a observé les dents d'Hutchinson chez des individus qui n'étaient nullement syphilitiques, et d'un autre côté, sur 260 syphilitiques, trois seulement avaient ces dents. Quant aux cicatrices linéaires péri-buccales, il est singulier que la syphilis donne lieu à des ulcérations allongées, forme d'extension qui est en contradiction avec toutes les autres lésions de la syphilis.

M. Hirschberg, qui a observé près de deux mille hérédo-syphilitiques, considère les dents d'Hutchinson comme très caractéristiques de la syphilis. Ces dents s'observent chez 12 p. 100 des hérédo-syphilitiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Étiologie des cystites.

M. du Mesnil de Rochemond a examiné l'urine dans 25 cas de cystite et isolé, par le procédé des cultures, 14 espèces microbiennes, dont 9 étaient des anaérobies facultatives et 5 des aérobies obligatoires; 7 de ces espèces étaient urolytiques, 1 était pyogène et 1 pathogène pour le lapin. Avec ces cultures, on a fait une série d'expériences (injection dans la vessie) sur des lapins. Le résultat de ces expériences est résumé par M. du Mesnil de Rochemond sous forme des propositions suivantes :

1° L'introduction dans la vessie de corps aseptiques dépourvus de propriétés chimiques et irritantes ne provoque pas de cystite.

2° L'injection simple dans la vessie, de cultures pures de bactéries aérobies obligatoires, urolytiques ou non, ne provoque pas de cystite.

3° L'injection de bactéries aérobies facultatives, urolytiques peut provoquer une cystite purulente quand on fait en même temps la ligature de l'urèthre pour 24 heures.

4° L'injection des bactéries anaérobies, non urolytiques et non pyogènes, provoque une cystite quand, en même temps, on lie l'urèthre pour 24 heures.

5° L'injection des bactéries aérobies obligatoires, fortement urolytiques, non pyogènes, provoque une décomposition de l'urine et une cystite purulente avec desquamation de l'épithélium vésical, quand, après l'injection, on lie l'urèthre pour 24 heures.

6° La ligature simple de l'urèthre, laissée en place pendant 24 heures, provoque une violente hyperémie veineuse de la muqueuse vésicale pouvant donner lieu aux hémorrhagies et à la nécrose de la muqueuse; on trouve alors dans l'urine des hématies, des cellules épithéliales et des corpuscules de pus.

7° Dans certains cas on trouve dans la vessie normale des micro-organismes qui ne provoquent pas de lésions dans l'organe et ne cultivent pas sur les milieux dont nous disposons.

M. Frænckel fait observer que la présence des micro-organismes dans les parois d'une vessie saine, constatée par M. du Mesnil, est en contradiction avec les recherches de la plupart des auteurs qui n'ont jamais trouvé de microbes dans les tissus sains. On peut donc se demander si les micro-organismes observés par M. du Mesnil n'étaient pas des bactéries mortes.

M. Wiesinger trouve que la présence des bacilles dans la muqueuse vésicale saine peut expliquer certaines auto-infections obscures qui viennent après des traumatismes.

M. Unna rappelle qu'il existe des bactéries qui sont pyogènes après leur mort et ne possèdent pas cette propriété tant qu'elles sont vivantes.

M. Philippson ne comprend pas comment l'urine peut rester stérile quand la muqueuse vésicale renferme des bactéries.

M. Frænckel attribue les auto-intoxications consécutives à des traumatismes dont a parlé M. Wiesingers, à la pénétration des bactéries du dehors, à travers une solution de continuité des tissus, ou bien encore au passage des bactéries de l'intestin.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 10 Février 1896.

Luxation de la hanche dans le trou obturateur.

M. Smith. — Un homme de 30 ans, marin, fut violemment jeté par terre le 4 décembre 1892, au cours d'une manœuvre; il perdit connaissance; quand il revint à lui il ne put ni se tenir debout, ni mouvoir la jambe gauche. Plus tard on le laissa dans un petit hôpital d'un port italien, où on essaya vainement 2 fois de réduire la luxation de la hanche, le malade étant anesthésié.

Le 5 avril 1893 il entra à l'hôpital de Greenwich, où on reconnut une luxation obturatrice; le 18 avril j'ai attaqué le col du fémur au ciseau, réséquant ainsi la tête du fémur. Mais il y avait une paralysie des muscles extenseurs, et le pied resta dans une mauvaise position.

M. Turner. — Un autre marin, de 20 ans fut renversé par un paquet de mer; il tomba sur le côté droit dans une position demi-assise, sa jambe droite repliée sous lui. Deux mois après on tenta vainement, à diverses reprises, de faire la réduction avec et sans anesthésique. Plus tard, un médecin de marine essaya encore inutilement d'obtenir la réduction : la cuisse était fléchie et le pied était renversé en dehors; la tête du fémur était presque dans le périnée, sous le scrotum; on pouvait fléchir la cuisse sur l'abdomen, mais on ne pouvait l'étendre; la rotation était assez limitée; le membre était raccourci; sous l'éther, on put se rendre compte par la palpation qu'il y avait des adhérences étendues; on dut les rompre. On put alors mettre le membre à peu près dans la position de la luxation dorsale; mais toutes les tentatives de réduction furent vaines. En fléchissant la cuisse sur l'abdomen on pouvait sentir de temps en temps une crépitation. Je crois qu'il s'agit d'une luxation obturatrice, accompagnée peut-être d'une fracture du col du fémur. Les tentatives de réduction ayant échoué, il paraît indiqué de réséquer la tête fémorale. L'examen rectal ne révèle aucune fracture du bassin.

Laminectomie pour paralysie due à la carie cervicale.

M. Cotterell. — Une fille de 13 ans entra à l'hôpital le 4 mai 1895; elle avait toutes les apparences de la santé. Mais du côté droit du cou, il y avait une vieille cicatrice due à ce que 5 ans auparavant on avait enlevé des ganglions malades en ce point; on sentait dans les environs de la cicatrice d'autres gros ganglions. Depuis 18 mois la tête était fixe, par suite d'anciennes caries des vertèbres cervicales. La malade n'éprouvait pas de douleurs quand on lui pressait sur la tête. L'examen par le pharynx révélait la projection en avant des corps vertébraux situés en arrière du voile du palais. Il y avait une paralysie du bras droit qui n'était pas complète dans la sphère du cubital. Cette paralysie était survenue neuf semaines avant l'entrée à l'hôpital. La main droite était froide et bleue; il n'y avait pas de convulsions. Graduellement le bras gauche se paralysa aussi, puis ce fut le tour de la jambe droite et enfin de la jambe gauche, et dès lors la malade ne marcha plus qu'en traînant les jambes. On essaya d'appliquer sur le rachis l'électricité galvanique; mais la paralysie ne fit qu'augmenter. Le 1er juillet, j'ai réséqué les apophyses épineuses et les lames des 4e, 5e, 6e vertèbres cervicales. Je ne pus trouver ni granulations, ni os cariés en avant de la moelle. Je n'ai pas ouvert la dure-mère. La plaie guérit par première intention. Le 3 juillet la malade commen-

çait à remuer la main gauche, puis le bras gauche. Le 10, elle remua un peu la main droite; le 15 elle pouvait lever sa main droite et son bras du dessus de sa tête. Le 5 août la malade put s'asseoir pendant une heure; à cette époque, elle avait déjà récupéré un peu de forces dans les jambes. Le 25 octobre toute trace de paralysie motrice ou sensitive avait entièrement disparu. Il n'y a aucune douleur au niveau du cou, lequel est ankylosé.

Exostose de l'orbite.

M. Cotterell. — Un garçon de 18 ans, maigri et mal développé, entra à l'hôpital des cancéreux le 6 décembre 1895; il avait du côté droit une exophthalmie prononcée avec déplacement en bas et en dehors. Il y avait des antécédents héréditaires du cancer. Deux ans et demi auparavant, le malade remarqua pour la première fois qu'il avait une petite tumeur du volume d'un pois dans l'angle interne de l'orbite; cette tuméfaction augmenta continuellenent de volume, mais surtout pendant les six derniers mois. Il n'y eut jamais de douleurs. L'œil avait conservé ses mouvements dans toutes les directions. Les pupilles étaient dilatées, égales et régulières; il y avait une diminution de l'acuité visuelle; il y avait de la congestion du disque et de la névrite optique. On sentait dans la partie interne et supérieure de l'orbite une tumeur très dure, absolument fixée. En pressant profondément, on sentait qu'elle s'étendait sous la face supérieure de l'orbite jusqu'à moitié de sa longueur; elle était uniformément dure et ne présentait aucun point ramolli. On fit une incision le long de la gouttière sus-orbitaire, on coupa le périoste qu'on arracha jusqu'à ce qu'on tombât sur la tumeur qui occupait la presque totalité de la partie supérieure et interne de l'orbite, où elle était solidement fixée; il y avait une sorte de pédicule la reliant à l'extrémité interne de la gouttière sus-orbitaire. On enleva le périoste et on coupa ce pédicule au ciseau et au maillet; aussitôt on sentit que la tumeur était devenue mobile et on put facilement la retirer de l'orbite. On bourra la cavité de gaze iodoformée, on la draina et on sutura. La plaie guérit rapidement. Le déplacement de l'œil diminua graduellement et la congestion du disque disparut.

Nystagmus congénital héréditaire.

M. Wood. — J'ai vu dans une même famille 3 cas de nystagmus congénital héréditaire chez un frère et deux sœurs. La mère du père avait eu des yeux continuellement en mouvement à ce qu'on racontait; de plus ces trois sujets avaient présenté cette particularité dès leur naissance. Le père et la mère n'étaient pas parents et ne présentaient pas d'antécédents héréditaires nerveux. Il y avait un autre frère, âgé de 30 ans, qui avait des yeux saillants, mais qui ne présentait ni nystagmus ni trouble de la vue. La sœur aînée avait 26 ans, était mariée, avait un enfant de 3 ans tout à fait normal, se plaignait de dépression nerveuse; elle n'avait pas de lésions du fond de l'œil, mais elle avait de la myopie et de l'astigmatisme. La deuxième sœur avait 25 ans et était mariée depuis quelques mois. Le garçon avait 15 ans; son nystagmus était moins marqué que celui de ses sœurs; il avait de l'astigmatisme avec hypermétropie du côté droit et de l'astigmatisme mixte du côté gauche.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 14 Février 1896.

Psychoses par auto-intoxication gastro-intestinale.

M. Wagner. — Il existe une certaine analogie entre les affections nerveuses se développant après une fièvre au cours de celle-ci, et les psychoses qui surviennent dans les mêmes conditions. La connaissance exacte des rapports entre l'infection et la polynévrite permet d'envisager les mêmes rapports entre l'infection et les psychoses. Les différentes formes de polynévrites ont ceci de commun qu'elles sont toutes d'origine toxique. Par analogie, on peut conclure que les psychoses qui se déclarent après les maladies infectieuses sont d'origine toxi-bactérienne. Par analogie encore avec les polynévrites, on peut supposer que les psychoses peuvent se manifester comme résultat d'une intoxication gastro-intestinale.

On sait notamment que dans une série de troubles nerveux, on a trouvé de l'acétone dans l'urine, et que d'après certains auteurs, l'acétonémie serait le résultat de l'absorption de l'acétone formé dans le tube digestif. A côté de l'acétone, on a encore trouvé de l'acide acétique et de l'acide oxybutyrique.

L'existence d'une acétonurie dans certaines psychoses a été démontrée par von Jaksch. Personnellement, M. Wagner a observé une série de psychoses aiguës dans lesquelles l'examen de l'urine a montré l'existence d'une acétonurie abondante avec traces d'acide acétique et même d'albumine. L'acétonurie abondante a été constatée d'une façon particulièrement aiguë dans la démence et le délire alcoolique ou post-épileptique. La disparition de l'état morbide était constamment suivie de la disparition d'acétone de l'urine.

Dans ces cas, on pouvait exclure l'influence de la fièvre, de l'inanition, etc., états qui provoquent également de l'acétonurie. Lorsque les aliénés, après s'être mal nourris pendant longtemps, se remettent à manger, on constate dans leurs urines l'apparition de quantités notables d'acétone provenant très probablement de l'exagération des fermentations intestinales.

L'évacuation exacte de l'intestin et l'usage des antiseptiques intestinaux permet d'obtenir, dans les cas aigus, la disparition de l'acétonurie, et fréquemment cette disparition amène une amélioration de l'état psychique et de l'état général.

Dans une autre série de cas, chez des malades présentant diverses formes de psychoses, M. Wagner a constaté une augmentation de l'indican de l'urine comme manifestation de l'exagération des fermentations intestinales aboutissant à la formation des acides sulfo-conjugués.

Dans les psychoses aiguës s'accompagnant d'acétonurie ou d'albuminurie, il faut veiller à la régularité des selles, au bon fonctionnement du tube digestif.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 12 Février 1896.

Médication thyroïdienne.

M. Hock présente un enfant myxœdémateux âgé de 21 mois et un enfant idiot de 4 ans, traités tous les deux par l'extrait thyroïdien. Le traitement thyroïdien a exercé une influence très marquée sur l'état intellectuel et le développement physique de ces malades, qui ont été améliorés mais nullement guéris.

M. Kassowitz a essayé le traitement thyroïdien chez un individu atteint de crétinisme myxœdémateux; le malade, qui avait 20 ans, n'était pas plus développé qu'un enfant de 8 ans. Sous l'influence du traitement, la taille du malade augmenta de 13 centimètres, le pouls devint plus fréquent, la température normale. L'intelligence s'améliora peu. L'effet le plus manifeste du traitement a été l'accroissement de la taille.

Le crétinisme est loin d'être aussi rare à Vienne qu'on le pense. Dans tous les états crétinoïdes, on trouve une voussure très marquée de la voûte palatine, pouvant servir de signe pour le diagnostic différentiel avec l'idiotie avec laquelle le crétinisme ne se trouve pas d'une façon générale en rapport direct. Un autre symptôme fréquent dans le crétinisme est l'épicanthus, le repli semi-lunaire formé par la conjonctive au niveau de l'angle palpébral.

M. Stekel a trouvé la voussure de la voûte palatine chez les enfants qui respirent mal par le nez. Ces enfants sont ordinairement peu intelligents.

M. Silberstein fait observer que les malformations de la voûte palatine sont fréquentes dans l'épilepsie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des fistules uretéro-vaginales post-opératoires et de leur traitement.

Les fistules uretéro-vaginales acquises se produisent suivant deux modes principaux : à la suite d'un accouchement laborieux ; après une hystérectomie vaginale pénible. Dans les deux cas, la tranche uretéro-vaginale, comprimée par la tête fœtale ou serrée entre les mors d'une pince, se sphacèle partiellement et, à la chute de l'eschare, la fistule est constituée.

De la première variété, obstétricale, nous dirons seulement que sa physionomie distincte, son siège, ses rapports lui assignent un traitement personnel, par le vagin ; — c'est le plus souvent, compliquée d'une perforation de l'uretère, une véritable fistule vagino-vésicale ; on la doit traiter comme telle.

Plus importantes sont les fistules post-opératoires, par leur mode de production, leurs caractères anatomiques, et les difficultés habituelles de leur cure. Sans revenir longuement sur les rapports des uretères, du col utérin et des culs-de-sac, sans insister sur les divers modes d'hystérectomie vaginale, qu'on nous laisse expliquer en quelques mots le mécanisme de ces fistules, surtout afin de montrer comment on peut les éviter (1).

Pour les uretères, la zone anatomique dangereuse est celle du col ; le temps opératoire délicat, le premier de l'hystérectomie. Convergents vers le trigone vésical, ces conduits dessinent un V oblique en bas et en avant, dans lequel, oblique au contraire en bas et en arrière, au moins à l'état normal, s'enfonce un véritable coin formé par l'utérus et les anses artérielles qui longent ses bords. Le sommet de ce coin, le col, affecte avec les uretères des rapports d'autant plus intimes que des anses artérielles utérines s'échappent et rayonnent une série de branches vasculaires qui enveloppent ces canaux étroitement. Si l'on tire sur lui pour l'abaisser, le col, entraîné en bas et en avant, vient, comme l'a montré Ricard, s'enclaver plus encore dans le V des uretères, appliquant ainsi ces conduits sur les côtés du cul-de-sac vaginal antérieur, les rapprochant des anses utérines. Or la technique de quelques opérateurs (Péan-Segond) et peut-être la nécessité de certains cas difficiles veulent que, dans le premier temps de l'hystérectomie, on pratique l'excision du col, précédée de sa désinsertion soignée et du pincement des artères utérines. Que le col soit gros, sa libération incomplète, les tractions exercées sur lui trop fortes et mal dirigées, que le bec de la pince s'égare latéralement au lieu de raser l'utérus, et l'uretère est pris. D'ailleurs, soit oubli, soit ignorance des conseils de Richelot, ne néglige-t-on pas le plus souvent de placer les pinces avec la main correspondant au côté de la malade? D'où, pour saisir l'utérine droite, une manœuvre plus pénible, moins exacte, un entrecroisement qui dirige précisément le bec de la pince en dehors, vers l'uretère droit. Et c'est pour cela, comme nous l'apprenons de Tuffier, que les fistules doivent siéger et siègent à droite dans les quatre cinquièmes des cas.

Ce premier temps de l'hystérectomie est donc le temps dangereux pour l'uretère. Il peut l'être encore davantage lorsqu'on opère pour un néoplasme mordant déjà le bord utérin des ligaments larges. La nécessité de dépasser les limites du mal fait oublier celles de la prudence, et c'est ainsi que Novaro pinça l'uretère dans un cas souvent cité.

Le col excisé, cette première étape franchie, l'opérateur s'éloigne de l'uretère d'autant plus qu'il approche davantage du fond de l'utérus. — La blessure ou le pincement de cet organe deviennent au moins difficiles.

Une hémorrhagie, partie du bouquet inférieur de l'utérine et due au déplacement d'une pince, peut nécessiter une forcipressure secondaire, que l'on effectue dans de mauvaises conditions : si l'opération n'est pas encore terminée, parce que les manœuvres opératoires accomplies ont troublé les rapports de la région ; si la malade est déjà dans son lit, parce qu'on est pris à l'improviste, qu'il faut aller vite, et qu'on est mal aidé. Ainsi se produisit une fistule chez une malade de Tuffier.

A côté de ces fistules par pincement direct de l'uretère, Routier en a signalé d'autres, très rares à la vérité, consécutives à la chute d'eschares plus étendues qu'à l'ordinaire. Peut-être, avec la pression médiate du bec des pinces mal dirigées, faut-il aussi compter en pareil cas, sur une vitalité moindre des tissus.

Cette étude rapide nous montre comment on peut éviter ces accidents. La cause presque exclusive des fistules uretéro-vaginales post-opératoires, c'est, on doit le répéter, le pincement préventif des utérines au premier temps de l'hystérectomie. Au procédé de Péan-Segond, il faut donc préférer hardiment ceux qui ne comportent pas d'emblée l'excision du col et rejettent à la fin de l'opération l'hémostase des ligaments larges, alors devenue sans danger ; telles les méthodes de Quénu, de Doyen, applicables tous les jours davantage, même à ces cas difficiles, adhérents, qui ne semblaient pas en pouvoir profiter tout d'abord. Si l'on est forcé de morceler le col, nous dirons encore que le perfectionnement de la technique fera cette nécessité toujours plus rare, le libérer avec soin, utiliser les débridements latéraux et l'incision de Segond ; placer les pinces avec la main homologue au côté de la malade ; raser les bords utérins, comme si l'uretère leur était

1. Voyez sur ce sujet la thèse récente de Baigue, Paris, 1895-96.

accolé; user enfin de pinces courtes d'un maniement plus aisé et d'une prise plus solide.

Pour éviter l'escharification par pression indirecte (Routier), placer les pinces le plus loin possible de l'uretère, bien diriger leur bec et le garnir soigneusement de chiffonnés de gaze. On évitera du coup des pressions offensantes pour l'intestin et pour l'uretère.

La fréquence de ces fistules est-elle considérable? Non certes, et les laparotomistes l'ont volontiers exagérée. La preuve en est dans le nombre considérable d'hystérectomies vaginales faites jusqu'à ce jour opposé aux relevés de Tuffier qui accusent seulement 40 blessures de l'uretère. Segond n'en a observé que 3 sur ses 450 opérations personnelles. Lafourcade, dans sa thèse, a pu réunir 139 hystérectomies sans accidents de ce côté. Bouilly enfin n'a pas encore pincé l'uretère chez ses malades; mais il ne fait jamais l'hémostase préventive des utérines.

Cliniquement, on peut observer trois ordres de phénomènes, échelonnés d'ailleurs : les uns dus au pincement de l'uretère, d'autres à sa fistulisation consécutive, les derniers à son rétrécissement tardif. Les premiers en date sont des accidents de brusque rétention rénale, silencieux ou bruyants suivant que le rein correspondant n'est pas ou est infecté; si non, c'est une simple diminution dans la quantité d'urines rendues par l'urèthre; a-t-on pris soin d'en mesurer avant l'opération le taux habituel, cette constatation sera facile; si oui, mais cela est l'exception, la fièvre s'allume, les douleurs lombaires s'établissent qui attirent l'attention de ce côté; on palpe le rein, on le trouve sensible, parfois même un peu gros. S'il a réagi si vite, c'est qu'il était déjà malade. Une observation de Novaro montre bien ce début aigu, très rare d'ailleurs, car il exige, avec une infection préalable du rein, par elle-même assez peu fréquente, une susceptibilité de cet organe qui ne se rencontre pas d'ordinaire.

La fistule constituée et assez tardivement, du quatrième au sixième jour parfois, parfois aussi du douzième au quinzième et même au vingt-deuxième lorsque l'eschare est lente à se détacher, c'est l'odeur urineuse du pansement qui met souvent en éveil; la malade est toujours mouillée. On l'examine et, avec une facilité bien variable suivant les cas, en déplissant avec soin le plafond cicatriciel du vagin, on voit, sur l'un des côtés, l'urine sourdre d'un pertuis bourgeonnant à demi caché dans la cicatrice. Si la fistule est bien placée, portée en saillie par un petit mamelon, on peut même distinguer les petits jets intermittents et réguliers qui trahissent les éjaculations périodiques de l'uretère, comme dans les cas d'exstrophie vésicale.

L'orifice trouvé, il faut établir s'il appartient à la vessie ou à l'uretère, par deux ordres d'investigations : les injections vésicales et le cathétérisme. Les injections de liquide coloré ou de lait dans la vessie constituaient jusqu'à ces derniers temps un moyen assuré de savoir si la fistule était bien vésicale. Il a fallu rabattre de cette certitude. Ricard, Tuffier, Richelot, dans une récente discussion à la Société de chirurgie, ont montré que bien des fistules vésico-vaginales étaient à l'injection aussi impénétrables que les fistules de l'uretère, pourvu qu'elles fussent petites et sinueuses. C'est ce qui, pour Richelot, expliquerait la guérison spontanée de beaucoup de fistules réputées uretérales, vésicales en réalité.

Le cathétérisme, avec un stylet ou une très fine bougie, voire la sonde de Pawlick, peut donner des résultats opposés, suivant l'époque à laquelle on le pratique. Lorsque la fistule est de date récente, il est parfois possible, et la pénétration de la sonde à une profondeur suffisante dans la direction du rein montre bien alors qu'il s'agit d'une fistule de l'uretère (cas de Pozzi). Mais au bout d'un certain temps, cette manœuvre échoue d'habitude : que l'on dirige la sonde vers l'uretère ou vers la vessie, on trouve des deux côtés un obstacle infranchissable. Ce point est des plus importants; il fait prévoir l'existence d'un rétrécissement cicatriciel de l'uretère, signalé par Bazy, que confirment les signes cliniques et l'examen anatomique des lésions.

C'est alors que le rein rentre en scène; il devient douloureux, gros; son volume peut même doubler rapidement, ainsi qu'en témoigne une observation de Tuffier. Suivant qu'elles sont aseptiques ou septiques, ces lésions aboutissent rapidement à l'hydronéphrose ou à l'uropyonéphrose, avec leur cortège symptomatique habituel.

Il faut donc intervenir et pour deux motifs : d'abord, l'infirmité si pénible qui rend la vie insupportable aux malades; puis les dangers que court le rein; ceux-ci ont toutes chances d'être graves, car ils ont une double source : le rétrécissement secondaire de l'uretère, cause mécanique de rétention rénale; l'abouchement vaginal, cause d'infection. Nous trouvons donc ici les deux conditions mères de la pyélonéphrite; pour défendre le rein, il faut guérir l'uretère.

Et c'est ici que l'étude anatomique des lésions fournit pour le traitement des indications précieuses.

Trois points sont à signaler :

a) *Le siège de la fistule.* — Nous le pouvions déjà prévoir d'après le mécanisme de sa production. C'est dans sa portion extra-vésicale, loin de la vessie, à 50 millimètres de l'orifice uretéral normal dans un cas de Bazy, que siègera la fistule englobée dans la cicatrice vaginale. Il existe donc en aval de l'orifice un bout inférieur assez long, tantôt perméable, tantôt oblitéré.

b) *Le rétrécissement tardif de l'uretère.* — Nous l'avons déjà signalé; il n'est pas fatal, quelques observations le prouvent, mais il est probable et d'ailleurs très fréquent. Son degré, sa longueur varient, et c'est ce qui nous explique les résultats différents du cathétérisme.

c) *La dilatation secondaire de l'uretère.* — Conséquence naturelle de son imperméabilité; le bout central, en amont de l'obstacle, est dilaté et sinueux. Sa forme et son calibre peuvent être assez modifiés pour égarer les recherches au cours d'une opération. Et c'est ainsi que l'uretère, gros comme le petit doigt, a pu être confondu avec une veine iliaque (Chaput).

Il résulte du siège : que les opérations par la voie vaginale seront difficiles; — du rétrécissement : qu'il faut absolument rétablir le calibre uretéral, ce que la voie vaginale ne saurait aussi permettre avec aisance; — de la dilatation : que l'uretère se prêtera plus facilement aux recherches, et aux manœuvres de greffe et de suture.

Passons en revue les différents modes de traitement.

Le plus radical et le premier en date a été la néphrectomie. On l'a pratiquée plusieurs fois, soit d'emblée, soit après échec d'autres tentatives. Elle ne saurait être qu'un pis-aller, aujourd'hui surtout. On a dit qu'elle était indiquée lorsque le rein, profondément infecté, était devenu non seulement inutile, mais dangereux pour son propre compte (Routier). Cela est possible, mais il ne faut pas oublier, d'autre part, que bien des pyélonéphrites peuvent guérir, surtout lorsqu'on a détruit les obstacles mécaniques qui en étaient la cause et l'entretien (cas de Bazy et de Rouffart). Il ne faut donc pas à l'avance désespérer d'un rein et le sacrifier à la légère. Sait-on jamais d'ailleurs avec certitude l'existence et l'état du rein opposé?

Je passerai rapidement sur les tentatives de greffe uretérale soit à la peau (Le Dentu, Pozzi, Trekaki), soit dans l'intestin (Bardenhaüer, Chaput, Küster). La première n'a jamais été tentée pour la lésion spéciale qui nous occupe; elle déplace le siège de l'infirmité sans la détruire et se termine parfois par une néphrectomie (Pozzi). La deuxième, possible, Chaput l'a montré, est délicate, pénible, dangereuse pour les animaux (Morestin) et pour l'homme. Elle impose à la malade des selles liquides qui ont bien leurs inconvénients; elle l'expose à la rectite et aussi à des infections ascendantes que facilitent l'absence d'un sphincter impossible à créer artificiellement au niveau du méat intestinal, et la production d'un rétrécissement orificiel presque fatal d'après Giordano.

Du cloisonnement vaginal, je dirai seulement qu'il est mauvais en tous points. Il laisse intact le rétrécissement uretéral avec ses conséquences rénales possibles, et substitue à une infirmité une difformité plus pénible encore, souvent inacceptée d'ailleurs par l'entourage immédiat de la malade.

Reste l'abouchement de l'uretère dans la vessie, l'uretéro-cysto-néostomie, l'opération idéale, puisque seule elle tend à rétablir les choses en leur état normal. Trois voies s'offrent pour la pratiquer, toutes trois étagées. Ce sont par ordre anatomique et chronologique : la voie vaginale, la voie vésicale, la voie transpéritonéale.

La première se présente tout d'abord à l'esprit. C'est la plus naturelle, la plus inoffensive; le rapprochement forcé des fistules vagino-vésicales et vagino-uretérales devait y conduire d'emblée. A tort, selon nous, car les conditions anatomiques sont, dans les deux cas, bien différentes. Et s'il est vrai que certaines fistules vésico-vaginales se montrent rebelles aux opérations les mieux conduites, combien plus difficile encore sera la cure de celles qui nous occupent, avec un siège toujours très élevé, un plafond vaginal cicatriciel difficilement affaissable, des rapports anatomiques profondément troublés, un rétrécissement pariétal de l'uretère à supprimer. Aussi les procédés abondent-ils, marque certaine de leur insuffisance (Simon, Landau, Schede, Pozzi, Segond). Leur principe, avec des variantes qu'il serait trop long de décrire, consiste à créer au voisinage immédiat de la fistule uretérale un orifice vésical qui transforme la première en fistule vésico-uretéro-vaginale, à reporter profondément dans la vessie l'orifice uretéral et à obturer la perte de substance vaginale, soit par un avivement circulaire du vagin seul, soit par dissection d'un épais lambeau comprenant toute la paroi vésico-vaginale que l'on fixe au vagin en arrière de la fistule, comme Segond l'a pratiqué.

Mayo et Tuffier après lui ont fait plus. Ils ont disséqué, libéré, abaissé l'uretère, l'ont fixé à la paroi vaginale, en ont introduit l'extrémité dans la vessie après incision de cette dernière, et restauré enfin la plaie vésicale.

Tous ces procédés sont délicats, sujets aux échecs; ils ont pu donner quelques succès, mais ils sont insuffisants, car ils ne remédient en aucune façon au rétrécissement uretéral et laissent subsister un état de choses menaçant pour l'avenir du rein.

La voie vésicale a d'abord été tentée elle aussi pour la cure des fistules vésico-vaginales; proposée par E. Monod, elle a été suivie dans ce but par Trendelenburg, Baumm, Bardenhaüer, Jacob, Rosenthal, Mac Gill et Pousson, qui a pu en réunir 10 observations. C'est Bazy qui l'a essayée deux fois, sans succès du reste, pour les fistules uretéro-vaginales. Dans le premier cas, la taille hypogastrique médiane montra l'uretère droit oblitéré; on incisa les parois vésicales dans la direction présumée de ce conduit; on crut le découvrir sous forme d'un cordon blanchâtre que l'on ouvrit et que l'on greffa dans la vessie. On ne toucha pas à la portion vaginale de la fistule. L'échec fut complet. L'uretère n'avait pas été ouvert. Chez sa seconde malade, Bazy fit aussi la taille hypogastrique. Le bout inférieur de l'uretère, perméable cette fois, conduisit un stylet à 5 centimètres de profondeur. La fistule siégeait évidemment trop loin de la vessie pour qu'on pût avec avantage l'attaquer par cette voie. Bazy se hâta de refermer la vessie pour passer en dehors d'elle.

Ce dernier fait nous explique pourquoi la voie vésicale ne sera jamais qu'une voie d'exception. Le siège habituel des fistules les rendra bien rarement accessibles à travers les parois de la vessie.

Reste la voie abdominale. Elle pourrait être sous-péritonéale, comme Reynier l'a montré pour d'autres tentatives chirurgicales sur l'uretère. C'est cependant à travers le péritoine que Bazy et Novaro sont passés presque simultanément pour créer leur uretéro-cysto-néostomie. Nous résumons rapidement le procédé de Bazy tel qu'il l'a communiqué à l'Académie de médecine en novembre 1893.

Position de Trendelenburg-Morand. Incision médiane de 12 à 15 centimètres; on cherche l'uretère au niveau du détroit supérieur du bassin où on le découvre ordinairement avec aisance sous la forme d'un cordon blanchâtre, flexueux, gros comme l'index, que l'on suit jusqu'au tissu cicatriciel qui le rattache au vagin et à la vessie. Incision et dissection délicates du péritoine qui recouvre la dernière position de l'uretère. Ponction et évacuation de ce conduit avec la fine aiguille de l'aspirateur Potain. Résection de sa partie cicatricielle et rétrécie. Incision de la vessie de 1 centimètre environ, sur l'extrémité mousse d'un trocart courbe introduit par l'urèthre. Mise en place d'une sonde en caoutchouc rouge n° 14 qui de l'uretère pénètre dans la vessie pour sortir par l'urèthre. Suture de l'uretère à la vessie par une série de points séparés au catgut comprenant toute l'épaisseur des parois. Suture du péritoine voisin déjà disséqué. Drainage à la Mikulicz. Fermeture du ventre. Mise en place d'une deuxième sonde, celle-ci vésicale, que l'on fixe, ainsi que la sonde uretérale, à la petite lèvre par un crin de Florence. Ablation des deux sondes au septième jour.

Novaro a, dans ses deux cas, employé une technique presque identique dont seuls s'écartent les points suivants : pour agrandir le nouveau méat uretéral, incision longitudinale de la face postérieure de l'uretère, créant ainsi une surface d'accollement oblique. Suture de l'uretère et de la vessie à deux étages, suppression des sondes à demeure uretérale ou vésicale. Enfin et surtout décollement du péritoine vésical depuis le foyer opératoire jusqu'au pubis, avec drainage à la gaze de ce trajet extrapéritonéal, destiné à conduire au dehors l'urine échappée par la plaie.

Nous croyons la manière de Bazy bien préférable. Le décollement du péritoine est une complication délicate, peu utile, bien moins efficace en tout cas pour prévenir l'infection que la sonde uretérale à demeure préconisée par Bazy. Celle-ci, facile à mettre en place, donne à la suture de l'uretère une sécurité beaucoup plus grande; elle assure absolument le passage de l'urine et avec lui le drainage et l'asepsie de la plaie. Elle contribue certainement à conserver à l'uretère sa forme et son calibre. Elle permet enfin, comme l'a indiqué Bazy, de faire, jusque dans le bassinet peut-être, des injections médicamenteuses propres à la guérison de l'infection rénale, si elle existe.

Les résultats plaident d'ailleurs pour elle. Tandis que les deux opérées de Bazy ont guéri sans incidents, sans qu'une seule goutte d'urine soit sortie des voies normales, Novaro au contraire a observé chez ses deux malades une fistule sus-pubienne jusqu'au quinzième jour après l'opération.

Depuis les publications de Bazy et de Novaro, l'uretéro-cysto-néostomie transpéritonéale a été faite, à leur exemple, un certain nombre de fois par Tuffier, Rouffart, Routier, pour des fistules uretéro-vaginales; Pozzi, Penrose et Krug de Philadelphie l'ont pratiquée pour blessures de l'uretère au cours d'une laparotomie laborieuse. Et si Tuffier, chez sa seconde malade, dut, à cause de difficultés insolites, y renoncer pour recourir à une autoplastie vaginale, du reste suivie de succès, elle a partout ailleurs admirablement réussi. Les résultats tardifs n'ont pas été moins bons, puisqu'on a vu, sous son influence, disparaître des lésions rénales déjà assez accentuées (Bazy, Novaro, Tuffier, Rouffart).

On peut donc considérer sa technique comme définitivement établie. Peut-être pourrait-on insister seulement sur les avantages que présenterait l'abouchement de l'uretère le plus près possible de la base de la vessie (Clado) et au fond d'un pli de la paroi vésicale (Büdinger) : ce trajet intra-pariétal, copié d'après nature, assurerait au maximum le bon fonctionnement de l'uretère.

Dr Cestan.

PATHOLOGIE MÉDICALE

La fièvre typhoïde du fœtus

Par G. Etienne,

Agrégé à la Faculté de Nancy.

Il est de notion courante que très fréquemment la fièvre typhoïde de la femme enceinte entraîne l'avortement. En réunissant les statistiques de Liebermeister, Zuelzer, Kaminsky, Baratte, Güsserow, Griesinger, Bourgeois, Brieger, Murchison, Goldstammer, Duguyot, Martinet, Siredey, je trouve une moyenne de 70 p. 100, les proportions variant entre 15/18 (Liebermeister), et 4/12.

La fréquence des avortements paraît varier suivant les épidémies; alors que, à Vienne, on n'avait relevé dans l'épidémie de 1858 que 3 avortements et 1 accouchement prématuré pour 12 femmes enceintes, on observa 3 avortements sur 3 cas dans l'épidémie de 1859.

Pour expliquer la fréquence de ces avortements, on a fait intervenir toute une série de causes assez banales, telles que la propagation à la matrice des spasmes intestinaux provoqués par la diarrhée (Chambon de Monteau, Bourgeois), l'action sur l'utérus des secousses déterminées par les accès de toux dans les cas de complications pulmonaires (Grisolle), la congestion utérine et l'endométrite hémorrhagique (Goldstammer, Zuelzer, Güsserow), la réaction excessive de l'utérus gravide à l'action de l'appareil médullaire intoxiqué (Sacquin). On peut attribuer une plus grande importance à l'action de l'hyperthermie; cependant l'accord entre les observateurs est loin d'être fait, Doleris et Doré, Sacquin niant l'influence de ce facteur, affirmée d'autre part par Kaminsky, Leyden, Max Runge, Vincent, Savidan. Il paraît cependant établi, d'après les expériences de Max Runge, que l'hyperthermie agit directement sur le fœtus en provoquant sa mort, et sur l'utérus dont elle détermine les contractions; et, par les observations de Güsserow et de Winckel que, parallèlement à la température de la mère s'élève le nombre des battements fœtaux, traduisant la souffrance de l'enfant. Cependant, on remarquera que dans l'observation qui sera rapportée plus loin, l'avortement survint 7 jours après que la température ne dépassait plus 39°.

Sans nier complètement l'influence de ces facteurs, je crois que plus souvent il y a avortement parce que l'enfant succombe à la fièvre typhoïde. Dès 1841, Manzoni communiquait à l'Académie de médecine le cas d'un enfant né à 7 mois, mort 20 minutes après sa naissance, et dans l'intestin duquel il avait trouvé les follicules clos altérés. Charcellay également publiait le cas d'un enfant atteint de fièvre typhoïde et mort 8 jours après sa naissance; à l'autopsie, les ulcérations intestinales étaient à un stade d'évolution paraissant démontrer que la maladie était antérieure à la naissance. En 1862 Weiss rapportait un avortement de 6 mois au 15e jour de la fièvre typhoïde : le fœtus, long de 10 à 11 pouces, pesant 650 grammes, portait des traces de purpura et de pemphigus; la rate, longue de 1 pouce 1/4, était facile à dilacérer; la muqueuse intestinale était très injectée, ulcérée; les plaques de Peyer, les follicules clos et les glandes mésentériques étaient tuméfiés.

Quelque intéressants que puissent être ces cas, ils sont passibles d'une objection capitale : c'est l'absence des données bactériologiques.

Ces recherches bactériologiques furent entreprises en 1885 par Reher, puis sur un fœtus mort-né de 4 mois par Neuhaus qui trouva dans le poumon, le foie, la rate, le rein, le cerveau et le contenu intestinal un bacille qu'il considère comme le bacille typhique; celui-ci fut retrouvé, dans le sang placentaire d'une femme avortée au 12e jour de la maladie, dans le 4e mois de sa grossesse, par Chantemesse et Widal; par Eberth dans le sang du cœur, le poumon et la rate d'un fœtus de 20 semaines expulsé dans le 3e septenaire d'une dothiénenterie; par Giglio dans la rate, le foie, l'intestin d'un fœtus de 3 mois.

Mais à tous ces cas encore, une objection importante : c'est qu'à l'époque où ils ont été observés, on n'était pas en possession des réactions différentielles entre le bacille typhique et le coli-bacille, de sorte qu'on n'en peut encore tirer une conclusion formelle.

Pour trouver des recherches complètes, il nous faut arriver au travail de Minati. Cet auteur observa chez trois femmes de son service l'avortement au cours de la dothiénenterie, et, dans les organes fœtaux, le placenta et les organes maternels, il constata la présence d'un bacille du type Eberth-Gafki; de plus, en pratiquant des injections intra-veineuses à des femelles de cobayes et à des truies pleines, il retrouva les mêmes bacilles dans les tissus fœtaux et dans les espaces intervilleux du placenta.

Malgré l'intérêt de la question et la fréquence relative des faits, les cas étudiés au point de vue bactériologique sont rares, et depuis cette époque, on ne trouve plus que l'observation de Janiszewsky se rapportant à un enfant qui vécut 15 jours, et celle de Freund et Lévy.

Voici, résumée, une observation recueillie à la clinique de M. le professeur Spillmann, et intéressante à ce sujet.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans; dans sa maison, deux personnes habitant le même palier sont atteintes de fièvre ty-

phoïde. Elle-même entre à la clinique le 4 novembre, au quatorzième jour d'une fièvre continue grave.

$$T = \frac{m.\ 40^{\circ}5}{s.\ 40^{\circ}7};\quad P = \frac{m.\ 124}{s.\ 108}.$$

Taches rosées nombreuses. Sudamina.

La langue est sèche, rouge sur les bords; le ventre est ballonné; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. — La rate est très augmentée de volume.

Râles sibilants, disséminés dans la poitrine.

Céphalée, insomnie.

Les seins sont volumineux, les tubercules de Montgomery sont développés; aménorrhée depuis trois mois et demi avant le début de la maladie.

Traitement par la balnéation répétée à 28° pendant 10 minutes; antisepsie intestinale.

Jusqu'au 12 novembre, les oscillations de la température s'accentuent, entre 38°5 et 41°, le pouls entre 108 et 138. — A ce moment, la diarrhée a disparu; il y a une selle par jour, le ventre est souple; la bronchite a diminué d'intensité; encore quelques taches rosées.

A partir de cette date, la température ne dépasse plus 39°; il n'y a plus de bronchite; la langue est presque normale; tendance à la constipation. Le 15, epistaxis pendant la nuit.

Le 17, on ne constate plus de céphalée, plus de vertiges; la malade dort bien; $T = \frac{m.\ 37^{\circ}8}{s.\ 39^{\circ}}$; $P = 108$. — La malade se plaint de quelques douleurs dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite.

Le 18, $T = \frac{38^{\circ}}{39^{\circ}}$. Depuis sept jours, la température n'a plus dépassé 39°. A 8 heures du soir, quelques coliques dans le bas-ventre, et à une heure du matin, l'*avortement* s'accomplit de la façon la plus facile, au 29e jour de l'infection. Le lendemain matin la température tombe à 36°, puis s'élève à 39° à une heure du soir.

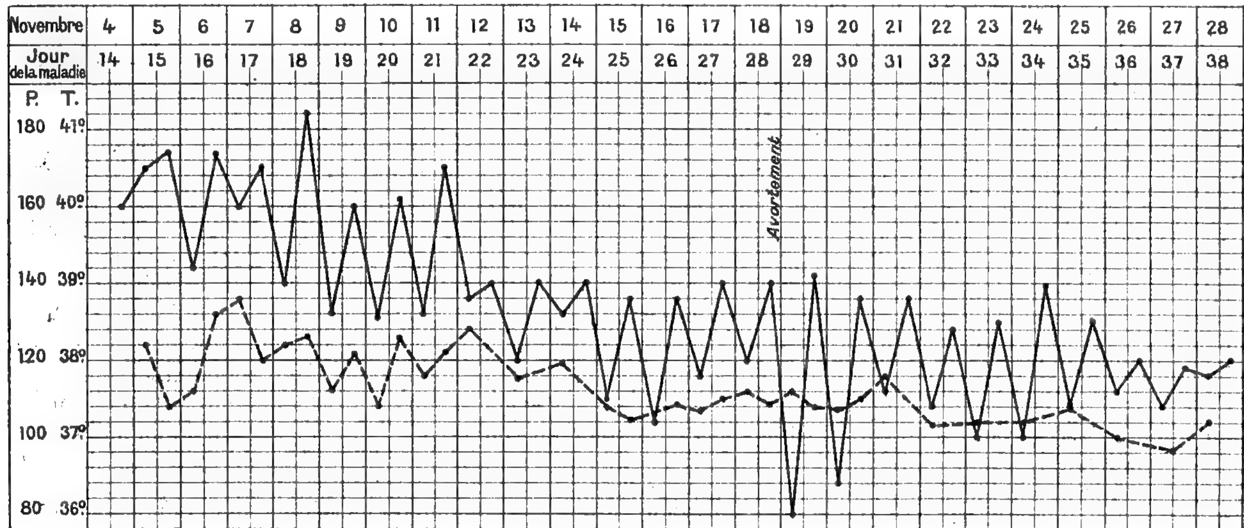
Les suites de couches furent des plus simples.

L'état général s'améliorait rapidement, lorsqu'au 48e jour, après cinq jours d'apyrexie complète, la température remonta progressivement, en quatre jours, jusqu'à 40°; on assista à une rechute à évolution très régulière, avec taches rosées, nouvelle hypertrophie de la rate, bronchite, etc., rechute qui dura 16 jours. Puis la guérison resta définitive.

Huit heures après l'avortement, nous pratiquons l'autopsie du fœtus qui, à cette saison froide, avait été immédiatement placé dans un endroit frais. Nous constatons que tous les organes sont absolument sains; *la rate n'est pas augmentée de volume; l'intestin ne présente aucune altération; aucune lésion placentaire.*

Immédiatement, avec le sang du cœur recueilli dans le ventricule droit, avec le suc splénique et la pulpe hépatique, et le sang du placenta, nous ensemençons des tubes de gélose peptonisée. Il se développe sur ce milieu de nombreuses colonies constituées par de petits bâtonnets décolorables par la méthode de Gram, qui, réensemencés dans le bouillon, sur gélatine, pomme de terre, donnent toutes les réactions caractéristiques du bacille d'Eberth; ce microbe ne coagule pas le lait, ne fait pas fermenter la lactose, ne produit pas d'indol dans le bouillon.

Voici donc un fait incontestable de fièvre typhoïde fœtale avec passage du bacille d'Eberth dans le sang du fœtus. L'état de parfaite conservation de ce fœtus, les précautions prises au service permettent en effet d'éliminer l'hypothèse de dissémination *post mortem* des bacilles.



Mais le point important sur lequel je veux surtout insister, c'est qu'il s'agit ici d'une infection sanguine d'emblée. Il existe donc chez le fœtus une véritable septicémie typhique mortelle sans aucune localisation, sans ces manifestations intestinales ou spléniques si caractéristiques de la fièvre typhoïde évoluant à n'importe quelle époque de la vie extra-utérine.

Cette forme de fièvre typhoïde fœtale est déjà indiquée dans l'observation ancienne d'Eberth, dans le cas de Freund et Lévy, dans lequel l'intestin était normal, mais la rate un peu hypertrophiée, assez molle, et également sans lésion placentaire.

Il y a là un fait de pathologie générale à rapprocher de cet autre déjà connu par les recherches de Netter (1), de Lévy (2), que dans l'infection pneumococcique on ne trouve pas de lésions dans le poumon de l'enfant lorsque cet organe n'a pas encore fonctionné. De même encore, Mamourski (3) n'a pas trouvé les modifications caractéristiques de la rate chez un fœtus dont le sang contenait en abondance le spirochète de la fièvre récurrente.

A nos cas, on ne peut donc opposer le principe ancien qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde sans dothiénenterie D'ailleurs, le contraire, même chez l'adulte, est affirmé

1. Netter, *Société de biologie*, 1889, 9 mars.
2. Lévy, *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak.*, Bd. 26.
3. Mamourski, Un cas de fièvre récurrente intra-utérine (*Medicinskoïé Obozrénié* (Analyse de Médecine moderne, 1896, p. 77).

par l'observation de du Cazal (1), sans invoquer celle de Vaillard et Vincent, ni celle de Chantemesse et Widal, dans lesquelles la nature eberthienne du bacille est insuffisamment établie.

Cependant, pour l'intestin dans la fièvre typhoïde fœtale, l'absence de lésion n'est peut-être pas une loi absolue; il est en effet, peut-être, un deuxième type dans lequel existent les localisations électives et classiques, et au passage j'ai signalé les observations de Manzoni, de Charcellay, de Weiss; le cas de Charcellay doit être mis à part, puisque l'enfant vécut 6 jours; restent les deux autres, intéressants, bien que nous devions formuler de formelles réserves en raison de l'absence du contrôle bactériologique.

Ce qui justifie ces réserves, c'est la facilité des infections secondaires au cours de la fièvre typhoïde, comme dans le cas de Frankel et Kinderlin, par exemple, qui trouvaient dans la rate d'un fœtus expulsé par une mère typhoïdique des staphylocoques blancs et dorés; et aussi surtout la possibilité de ces infections secondaires colibacillaires, dont l'existence chez le fœtus a été établie par les recherches expérimentales de Chambrelent et Sabrazès (2) et par les épizooties d'avortement chez les vaches relatées par Nocard (3).

En passant, remarquons encore qu'ici nous n'avons trouvé aucune altération du placenta, fait à joindre à ceux de Hildebrand et de Widal, en opposition avec la loi de Malvoz, contre laquelle paraissent déjà s'élever les recherches de Mathias Duval (4).

Quoi qu'il en soit, la conclusion à tirer de l'ensemble de ces faits, c'est que très souvent, probablement le plus souvent, le fœtus succombe dans la fièvre typhoïde parce qu'il est atteint lui-même d'une fièvre typhoïde; il succombe alors que la mère survit, parce que sa fièvre typhoïde est plus grave en raison de ce fait qu'elle n'est plus comme chez la mère une infection localisée dans l'intestin, intoxiquant de là l'organisme d'une façon plus ou moins active, mais ayant peu de tendance à se généraliser par voie sanguine, tandis que chez le fœtus, c'est une infection généralisée, septicémique d'emblée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Brouardel et Thoinot. — La fièvre typhoïde, 1895.
Chantemesse et Widal. — *Soc. méd. des hôpit.*, 1887; *Archives de physiologie*, 1887.
Corbin. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus (*Thèse de Paris*, 1890).
Duhaut. — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse (*Thèse de Lyon*, 1893).
Eberth. — *Fortschr. der Medizin*, 1889.
Ernst. — *Ziegler's Beitrage z. pathol. Anat.*, VIII 1890, p. 188.
Frankel et Kinderlin. — *Fortschr. der Medizin*, 1889.
Freund et Lévy. — Ueber intrauterine Infection mit Typhus abdominalis (*Berlin. klin. Wochens.*, 1895, p. 539).
Gerhardt. — *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1877, p. 369.
Giglio. — *Centralb. f. Gynäk.*, 1890, n° 46.
Hastilius. — *In* Traité de pathologie de Eichhorst, IV, p. 384.
Hildebrand. — *Fortschr. der Medizin*, 1889.
Ignatieff. — *Medizinskae obrzrviéjné*, p. 341.
Janiszewsky. — *Münchener med. Wochens.*, 1893.
Legry. — Étude sur la foie dans la fièvre typhoïde (*Thèse de Paris*, 1890.
Manzoni. — *Acad. de médecine*, 1883.
Marfan. — La fièvre typhoïde congénitale. Rev. génér. (*Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, janvier 1895).
Minati. — *Revue générale italienne de clinique médicale*, 1892.
Neuhaus. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1886.
Reher. — Zur Ætiologie des abdominalis Typhus (*Arch. f. experimentelle Path.*, XIX, 1885, p. 430).
Sacquin. — *Thèse de Nancy*, 1885.
Vinay. — Traité des maladies de la grossesse, 1894.
Widal. — *In* Thèse Corbin, p. 124.
Weiss. — *Allgemeine Wiener medizin. Zeitung*, 1862.

N.-B. — On trouvera dans le mémoire de Marfan le court résumé de la plupart des observations signalées.

1. Du Cazal, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1893, 14 avril.
2. Chambrelent et Sabrazès, *Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1893.
3. Nocard, Infection coli-bacillaire; avortement et paraplégie (*Journal des connaissances médicales*, 1894, p. 340).
4. Voir Rosa Pawlovski, De la transmission intra-utérine de quelques maladies infectieuses (*Thèse de Paris*, 1891).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en janvier et février 1896.

M. A. de Saint-Florent. — *La chorée congénitale.*
M. J. Baury. — *Contribution à l'étude des fibro-myomes périuréthraux chez la femme.*
M. Gabriel Barruol. — *Etude clinique sur les complications cardiaques de la blennorrhagie..*
M. Giresse. — *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale.*
M. Gosset. — *Le Mariage des Chlorotiques* (1896, n° 115).

D'après M. A. de Saint-Florent, dans la grande majorité des cas, l'affection que les auteurs ont improprement appelée chorée congénitale appartient au groupe des affections spasmo-paralytiques infantiles dont elle représente un des types particuliers. Cette fausse chorée est caractérisée par des mouvements choréiformes survenant dans le cours d'une affection dont les symptômes prédominants sont des phénomènes de spasme, de rigidité ou de paralysie.

Dans un certain nombre de cas, on voit se développer chez l'enfant, dès la naissance, des mouvements choréiformes qui ressemblent en tous points à ceux qu'on observe dans la chorée de Sydenham, qui ne coïncident avec aucune rigidité spasmodique et réalisent la variété qui nous paraît seule mériter la dénomination de chorée congénitale. Cette affection s'accompagne de troubles du langage, de modifications du caractère et d'un développement incomplet de l'intelligence dont le degré est essentiellement variable. Les sensibilités, la force musculaire et les grandes fonctions organiques restent normales. Cette affection paraît se rattacher d'après quelques cas à des antécédents névropathiques ou toxiques des parents. Dans la majorité des cas, elle paraît résulter plus directement d'accidents ou de maladies survenus au cours de la grossesse.

Cette affection est essentiellement chronique, et semble durer toute la vie, autant qu'il est possible d'en juger d'après les observations actuellement recueillies. Bien que cliniquement différente de la chorée qui n'est qu'un épiphénomène des diplégies spasmodiques, elle se rattache vraisemblablement comme ces dernières à des troubles d'évolution du cerveau, que ces troubles consistent dans des lésions microscopiquement appréciables ou dans des altérations plus délicates.

M. Baury conclut de son étude qu'il existe chez la femme des fibromes développés aux dépens des parois de l'urèthre. Ces fibromes sont rares. Leur étiologie est obscure, comme celle des tumeurs fibreuses en général. Au point de vue du siège, on distingue des fibromes développés aux dépens de la paroi antérieure de l'urèthre et de la paroi postérieure. Les premiers font saillie au niveau du vestibule. Les seconds se divisent en fibro-myomes inférieurs siégeant dans la cloison uréthro-vaginale, et en fibromyomes supérieurs siégeant au niveau de la partie supérieure de l'urèthre et inférieure du trigone vésical.

Quel que soit le siège de ces fibro-myomes, ils adhèrent à la vessie ou à l'urèthre et se laissent détacher facilement du vagin. ils sont constitués par des éléments musculaires lisses groupés en nombre variable et par des vaisseaux conjonctifs. La répartition de ces deux sortes d'éléments varie aux différents points de la tumeur.

Les symptômes fonctionnels, nuls pour les fibro-myomes de la paroi antérieure, marqués pour ceux de la cloison uréthro-vaginale, ne sont sérieux que pour les fibro-myomes vésico-uréthraux. Les signes physiques sont suffisants pour arriver à un diagnostic précis. La marche est lentement progressive. La guérison spontanée ne s'observe pas. On doit recourir à un traitement chirurgical, seul logique.

L'énucléation est la méthode de choix. L'opération est bénigne, la guérison est certaine.

Parmi les nombreuses séreuses dont l'inflammation peut être observée comme complication de la blennorrhagie, M. Baudry étudie celles du cœur, le péricarde et l'endocarde. Le muscle cardiaque lui-même peut être atteint, ainsi qu'en témoignent deux observations, mais concurremment avec l'une des deux séreuses.

Les arthropathies blennorrhagiques ne sont nullement l'intermédiaire obligé entre la localisation primitive du gonocoque et la complication cardiaque; mais il faut reconnaître que les cas où il y a coexistence des deux complications sont, de beaucoup, les plus nombreux.

L'endocardite blennorrhagique peut être simple ou infectieuse. L'endocardite simple peut guérir, passer à l'état chronique ou déterminer une mort rapide par asystolie. Elle peut aussi se compliquer d'embolies.

L'endocardite infectieuse à gonocoques se termine fatalement par la mort. Elle peut affecter les formes septicémique, pyohémique ou hémorrhagique.

La péricardite est ordinairement bénigne. Les cas graves concernent tous des lésions complexes : il y avait en même temps des lésions de l'endocarde ou du myocarde.

Le gonocoque a été à maintes reprises constaté dans les lésions du cœur (Martin, Gluzinski, His, Wilman, Councilliman, Winterberg, Ebayer et Blumer), mais seulement dans les formes infectieuses de l'endocardite et dans un cas de myocardite suppurée. Cette constatation de l'agent pathogène n'a pas encore été faite pour l'endocardite simple non ulcéreuse.

L'endocardite blennorrhagique peut se développer sur un cœur antérieurement altéré par une inflammation rhumatismale. Ces altérations valvulaires semblent même être une cause prédisposante à l'inflammation blennorrhagique.

Après l'hystérectomie vaginale, on peut voir se développer l'ensemble symptomatique de l'occlusion intestinale; M. Giresse pense que cette occlusion, due souvent à la péritonite, peut aussi être le résultat d'un obstacle mécanique interrompant le calibre de l'intestin. D'ailleurs il admet que, même dans les occlusions par obstacle mécanique, la péritonite circonscrite du petit bassin joue le plus souvent un rôle important dans leur production.

Le diagnostic de ces occlusions, s'il n'est pas impossible, est toujours extrêmement difficile, basé seulement sur des nuances, d'autant plus que souvent occlusion et péritonite sont associées. Le pronostic a une gravité exceptionnelle.

Pour le traitement, on commencera par détamponner le vagin, par chercher avec le doigt, si cela ne suffit pas, à dégager les anses agglutinées. Ces manœuvres réussissent parfois. Mais souvent aussi elles échouent, et dans ce cas l'anus contre nature, opération bénigne, paraît préférable à la laparotomie, qui expose les malades à un shock trop considérable et qui, en outre, expose à la généralisation des phénomènes d'infection péritonéale jusque-là localisés au petit bassin.

Dans un cas comme dans l'autre, pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

Le Mariage des Chlorotiques, tel est le sujet que traite M. Gosset dans sa thèse. Une femme chlorotique a-t-elle ou non droit au mariage? en tirera-t-elle bénéfice ou bien ce mariage aura-t-il une influence funeste sur sa santé?

Les auteurs ont émis à ce sujet des opinions différentes. Après avoir rappelé quelques observations dans lesquelles le mariage a eu de mauvais effets, M. Gosset leur oppose des cas où son influence a été excellente.

Mais il faut aussi songer aux suites du mariage! La chlorotique peut-elle avoir des enfants? Que seront-ils? Après avoir examiné les divers arguments, l'auteur conclut que la chlorotique n'est point vouée à la stérilité, comme l'ont dit quelques-uns, sauf dans les cas exceptionnels d'*infantilisme des organes génitaux*.

La chlorotique peut donc concevoir; mais est-elle prédisposée à l'avortement? D'après la statistique du Dr Briou (Thèse de Paris, 1892), on ne peut pas établir qu'une femme chlorotique avorte du fait de sa chlorose; l'accouchement sera normal, mais il faudra un surcroît de précautions antiseptiques, car la chlorotique résiste mal aux infections.

Quant aux enfants de la femme chlorotique, ils ne paraissent pas spécialement prédisposés à autre chose qu'à la chlorose. La chlorose serait donc une maladie héréditaire et plus spécialement chez la fille.

Quelques auteurs ont pensé que les enfants de chlorotiques sont voués à la tuberculose; les faits semblent le démentir, mais il ne faut pas aller jusqu'à dire qu'il y ait antagonisme entre la tuberculose et la chlorose.

L'auteur termine son travail par les conclusions que voici :

1° Les chlorotiques ont droit au mariage, puisqu'en raison des émotions physiques et morales qu'il leur procure, elles peuvent éprouver une amélioration de leur état.

2° La stérilité des chlorotiques, quand elle existe, n'est que temporaire, excepté dans les cas rares d'ailleurs d'infantilisme génital.

3° Une chlorotique n'avorte pas en tant que chlorotique.

4° Les enfants d'une chlorotique paraissent candidats à la chlorose, mais ils semblent devenir rarement tuberculeux.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

La paralysie ascendante aiguë dans ses rapports avec la poliomyélite antérieure et la polynévrite motrice, par Raymond (*Presse médicale*, 15 janvier 1896). — M. Raymond développe des considérations intéressantes sur la paralysie ascendante aiguë à propos d'un cas dont il a donné la relation dans une leçon antérieure.

Le malade, dans une première phase, avait présenté une paralysie des membres inférieurs qui avait envahi successivement les pieds, les jambes, les cuisses, puis la paralysie avait envahi les mains, les épaules, les bras, les avant-bras, les muscles releveurs et le sphincter de l'anus.

La plupart des muscles du tronc et de l'abdomen furent atteints. En quelques jours, la paralysie avait atteint son apogée. Sauf quelques fourmillements et un peu d'engourdissement dans les orteils et les doigts, le malade n'avait présenté aucun trouble de la sensibilité. Pas de modification des réactions électriques, pas trace d'atrophie musculaire.

Enfin, au bout de la deuxième quinzaine, le malade avait eu à plusieurs reprises de violents accès d'étouffement.

Dans une deuxième phase, qui dure encore et qui a débuté à la quatrième semaine, le tableau symptomatique a changé; une amélioration subite s'est dessinée. Plus de troubles dyspnéiques. La paralysie est en voie d'amélioration; quelques groupes musculaires (extenseurs des mains, tronc, etc.) sont capables de se contracter volontairement. Seuls, les membres inférieurs restent le siège d'une paralysie flasque; mais, chose plus importante, on constate de l'atrophie en masse avec réaction de dégénérescence au niveau des muscles des jambes, des cuisses, des mains, des bras et des épaules et des douleurs vives à la pression des masses musculaires du membre inférieur.

Dans ces conditions, il n'y avait d'hésitation possible qu'entre deux affections qui, du reste, sont susceptibles de s'associer entre elles : la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte et la polynévrite motrice.

M. Raymond étudie alors les relations qui existent entre les trois affections que l'on désigne sous les noms de paralysie ascendante aiguë de Landry, de poliomyélite antérieure aiguë, de polynévrite motrice; il les étudie au point de vue de l'étiologie, au point de vue de la nosologie, en tenant compte des données nouvelles sur la structure des centres nerveux.

M. Raymond arrive à cette conclusion que ce sont là bien plus des syndromes cliniques variables par leur étiologie que des espèces morbides bien définies. Ces trois syndromes sont d'ailleurs tous des affections du neurone moteur périphérique. Suivant que la lésion porte sur le corps même du neurone ou sur le prolongement cylindraxile, il y a poliomélite antérieure ou polynévrite. D'ailleurs, dans un travail récent au sujet de la nature de la paralysie ascendante aiguë, MM. Œttinger et Marinesco ont constaté des lésions très nettes de la corne antérieure consistant dans une infiltration leucocytaire considérable des vaisseaux, des lésions dégénératives des cellules nerveuses et la présence de streptocoques dans les nodules inflammatoires.

Étude statistique des symptômes du tabès (Statistisches zur Symptomatologie der Tabes dorsalis), par Leimbach. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, novembre 1895, p. 493). — L'auteur, qui a utilisé plus de 400 cas de tabès de la pratique d'Erb, a étudié les phénomènes de début, en tenant compte de leur importance et de leur ordre de succession. Le symptôme qui, le plus souvent, marque le début, sont les douleurs fulgurantes. Dans 277 cas, leur siège initial était à la cuisse; dans 5 cas, dans le dos, et dans un seul cas, aux membres supérieurs. Cependant, dans 47 cas, ce phénomène si important n'a pas été observé pendant toute la durée de la maladie; toutefois, il y a des réserves à faire à ce sujet parce que l'examen de certains malades a été fait seulement au commencement de la maladie, et l'on sait, ainsi que le prouve aussi la statistique de l'auteur, que les douleurs peuvent survenir à une période avancée du tabès. Entre l'apparition des douleurs fulgurantes et celle des autres phénomènes du tabès, il s'écoule un temps variable. Ainsi dans un cas cette période intermédiaire a duré 26 ans. La faiblesse des membres inférieurs a été rencontrée 78 fois comme phénomène initial; par contre, les douleurs en ceinture auxquelles on a fait jouer un grand rôle au point de vue du diagnostic différentiel, n'ont été trouvées au début que dans 30 cas. Parmi les troubles subjectifs, un phénomène qui acquiert par sa présence une certaine valeur, ce sont les paresthésies, particulièrement dans les cuissses et dans les pieds. Il a été rencontré 258 fois au début. Au tronc, ces paresthésies sont beaucoup plus rares. Les paresthésies dans le domaine du cubital ont été rencontrées 10 fois comme phénomènes de début. Voici les résultats trouvés pour les troubles objectifs. Diminution de la sensibilité tactile aux membres inférieurs dans 88 cas, anesthésie aux cuisses dans 11 cas, anesthésie au tronc en ceinture dans 7 cas, analgésie complète aux cuisses dans 27 cas, au bras dans 1 cas. Aucun de ces phénomènes n'a d'importance comme phénomène initial. Le retard de la sensibilité douloureuse a été noté 186 fois; une seule fois on a trouvé de l'hypéralgésie aux cuisses, et, dans ce cas, il s'agissait d'un phénomène initial. Beaucoup moins précises sont les données sur les troubles de la station quand les yeux sont fermés. Il semble résulter de l'anamnèse que ce symptôme a constitué un phénomène de début dans 3 cas. Sur 400 cas, il a été trouvé 355 fois. Parmi les troubles de reflectivité, l'abolition des réflexes tendineux joue le rôle principal. L'abolition du réflexe patellaire et du réflexe du tendon d'Achille peut être considérée comme phénomène de début, mais il faut savoir qu'il est précédé par les douleurs fulgurantes; il est bien difficile de dire combien de temps après les douleurs survient l'abolition des réflexes. Parmi 100 cas que l'on a eu l'occasion d'examiner pendant la première année de la maladie, le réflexe patellaire était absent dans 91 cas. Si on tient compte du nombre total des cas observés, le réflexe patellaire était aboli dans 468 cas; dans 15 cas seulement, ce réflexe a été trouvé complètement normal. L'ataxie fait son apparition dans les premières phases de la maladie; on l'a constatée 299 fois sur 400 cas, et 69 fois comme phénomène en première ligne. L'ataxie des bras est beaucoup plus rare et n'existe que dans 17 cas. Un phénomène des plus fréquents, que l'on constate au début de la maladie, est la parésie vésicale sous diverses formes. Sur 400 cas, on l'a trouvée 322 fois et 90 fois comme phénomène de début. Par contre, les troubles du côté du rectum et de l'anus sont beaucoup plus rares. Comme troubles sexuels, la diminution des phénomènes génésiques a été constatée dans 41 cas comme phénomène du début. Les crises gastriques ont constitué le phénomène initial dans 10 cas. Leur fréquence totale a été de 17 sur 400. Trois fois on a rencontré des crises laryngées et une seule fois des crises rectales. Les troubles oculaires jouent un rôle important; la diplopie passagère a été trouvée comme phénomène de début dans 49 cas. Comme chiffre total, ce trouble oculaire a été rencontré dans 106 cas sur 400.

Les paralysies oculaires durables ont été constatées dans 39 cas.

Ptosis uni ou bilatéral, 25 fois. L'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll constituent, avec l'abolition des réflexes, les phénomènes les plus importants. Parmi 100 cas de tabès au début, on a trouvé 63 fois des troubles de la réaction pupillaire; dans un seul cas le réflexe de l'accommodation et le réflexe lumineux étaient disparus.

Sur les 300 cas restants, on a trouvé des modifications du diamètre de la pupille (112 fois myosis, 10 fois mydriasis, etc.). L'atrophie du nerf optique a été trouvée comme phénomène de début dans 6 cas, alors qu'il n'existait pas d'autre phénomène du tabès; ce n'est que plus tard que les phénomènes du tabès ont évolué. Sur la somme totale des 400 cas, on a trouvé 27 fois l'atrophie tabétique. L'arthropathie tabétique a été trouvée 7 fois; les fractures spontanées, 1 fois.

La série chronologique des phénomènes tabétiques est la suivante : douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, faiblesse des jambes, paresthésie, ataxie des membres inférieurs, troubles génésiques, diplopie passagère, douleurs de ceinture, crises gastriques, paresthésie du cubital, atrophie du nerf optique. Parmi les cas qui ont été examinés au début, l'ordre de fréquence est le suivant : Abolition des réflexes patellaires, signe de Romberg, troubles pupillaires.

MÉDECINE

Les conséquences d'une pleurésie purulente chez un enfant (Hémiatrophie cérébrale, hémiplégie spasmodiques, cirrhose hipertrophique du foie, cirrhose du rein), par P. Haushalter (*Rev. médic. de l'Est*, 1er janvier 1895, n° 1, p. 15). — Observation de pleurésie purulente, développée à l'âge de 7 ans, de nature indéterminée, et aboutissant à une fistule pleuro-cutanée. A la suite d'une série d'interventions chirurgicales, survinrent brusquement des convulsions, une hémiplégie droite qui s'accompagna d'emblée de contracture, et de l'aphasie motrice. Mort 18 mois plus tard. Un caillot fibrineux, sans lésions bien marquées des parois artérielles fut trouvé dans la terminaison de la carotide interne, la sylvienne et la cérébrale antérieure. L'hémisphère de ce côté était atrophié, principalement dans les zones fronto-pariétales, et non ramolli, ce qui était dû sans doute au rétablissement partiel de la circulation par l'intermédiaire des communicantes et de la cérébrale postérieure. L'auteur attribue l'oblitération artérielle à une embolie résultant de coagulations intra-cardiaques, comme il en survient dans les suppurations pleurales. A noter aussi des altérations cirrhotiques et amyloïdes du foie et des reins.

Ce fait s'ajoute à la série des 45 cas d'accidents nerveux consécutifs à la thoracentèse et à l'empyème rassemblés par Jeanselme en 1892, et qui comprennent des phénomènes fort variés dans leur pathogénie; les accidents durables et les lésions cérébrales sont d'ailleurs l'exception.

Considérations générales sur la recherche de la toxicité; toxicité expérimentale et toxicité vraie, par MM. A. Joffroy et R. Serveaux (*Arch. de médecine expérimentale*, janvier 1896, p. 1). — Déjà dans un important mémoire, les auteurs avaient apporté de très utiles perfectionnements à la technique des méthodes permettant de déterminer la toxicité des substances liquides ou solubles.

Ce second mémoire a pour objet de compléter la rigueur de cette détermination et de préciser quelques-unes des conditions expérimentales dans lesquelles il est nécessaire de se placer dans ce genre de recherches.

Les auteurs définissent d'abord l'équivalent toxique d'un corps : la quantité *minima* de matière toxique qui, *contenue entièrement à un moment donné dans le sang d'un animal*, tue fatalement 1 kilogr. de matière vivante. Il peut arriver, en effet, lorsque l'injection du poison dans le sang de l'animal dure longtemps, qu'une certaine quantité de la substance toxique soit éliminée (par les reins, par exemple), au fur et à mesure de son introduction, ce qui ferait évaluer l'équivalent toxique à un taux beaucoup trop fort. Il faut donc faire l'injection assez vite pour que, pendant le cours d'une expérience, l'élimination ne puisse intervenir. Mais, d'autre part, cette injection ne doit pas être faite trop rapidement, car on dépasserait la dose suffisante pour tuer l'animal et la matière toxique n'aurait pas le temps d'agir d'une manière complète.

Aussi MM. Joffroy et Serveaux distinguent-ils 2 équivalents toxiques :

1° *L'équivalent toxique expérimental*, ou quantité de matières toxiques qu'on peut injecter pour amener la mort d'un kilo d'animal lorsqu'on continue l'injection jusqu'au moment de la mort constatée par la dernière respiration.

2° *L'équivalent toxique vrai*, ou quantité de matière toxique nécessaire et suffisante pour amener par elle-même la mort d'un kilo d'animal dans un court délai : c'est, en somme, la dose la plus faible qui est capable de tuer un kilo d'animal. Cet équivalent toxique, le plus intéressant à connaître, ne peut être déterminé qu'au moyen d'expériences assez nombreuses, dans lesquelles il est nécessaire d'employer l'extrait de sangsues pour éviter la coagulation et le vase de Mariotte pour maintenir autant que possible l'égalité de pression dans le système circulatoire de l'animal en expérience.

Contribution à l'étude du tétragène, par Pierre Teissier (*Arch. de médecine expérimentale*, janvier 1896, p. 14). — Ce travail constitue une monographie du *Micrococcus tetragenus* d'après de nombreuses recherches personnelles.

Organisme surtout aérobie, formé de grains isolés, associés en diplocoques ou en tétrades, dépourvu de capsule dans les milieux de culture, mais pourvu d'une capsule dans le sang et les tissus des animaux, le tétragène est doué de propriétés pathogènes pour les animaux, surtout pour le cobaye et la souris blanche. Sa virulence est exaltée par l'inoculation préalable de cultures chauffées et filtrées, ou de tuberculine. Selon la virulence, il détermine, injecté sous la peau, de l'induration, des eschares sèches ou humides, des abcès caséeux à évolution froide. Dans les séreuses, il provoque une inflammation adhésive ou des épanchements séreux, hémorrhagiques ou purulents. En dehors de la lésion locale, il détermine une septicémie généralisée avec fièvre, prostration, somnolence, amaigrissement. Le tétragène passe de la mère au fœtus. Par la voie stomacale, il peut provoquer la septicémie. La toxicité de ses produits est surtout marquée dans les cultures réduites par l'ébullition et dans l'extrait alcoolique évaporé dans le vide à basse température.

Sur la tuberculose du perroquet, par I. Straus (*Arch. de médecine expérimentale*, janvier 1896, p. 134). — M. Straus, partisan de la dualité des tuberculoses humaine et aviaire, conclut de ses expériences que la tuberculose du perroquet est identique à la tuberculose humaine et qu'elle produit des lésions exactement semblables chez le cobaye et le chien, alors qu'elle ne se développe pas chez la poule. Elle diffère au contraire de la tuberculose des gallinacées qui ne se propage pas chez le chien. On ne saurait donc faire de cette tuberculose du perroquet un argument en faveur de l'identité des deux virus (voir *Gazette hebdomadaire*, 30 janvier 1896, p. 101, et 13 février, p. 151).

CHIRURGIE

Résultats du traitement conservateur de la coxite tuberculeuse (Die conservative Behandlung der tuberculösen Coxitis und deren Resultäte), par Sasse (*Arch. f. klin.. Chir.*, 1896, vol. LI, p. 717). — 57 observations personnelles, prises à la clinique du professeur von Bergmann, forment la base du travail qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le traitement conservateur est possible chez 75 à 80 p. 100 des malades; chez le reste, les opérations qu'on peut pratiquer sont la résection et, au besoin, d'une façon exceptionnelle, la désarticulation.

2° La récidive après le traitement conservateur est relativement rare et peut être guérie sans résection, si l'on reprend le traitement de bonne heure.

3° Dans un tiers des cas qui évoluent avec des abcès, les injections d'iodoforme amènent la guérison, mais il faut savoir que ces injections ont paru dans quelques cas provoquer l'éclosion d'une tuberculose miliaire aiguë. Dans les cas où les injections d'iodoforme paraissent devoir échouer, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement.

4° Dans le traitement conservateur, il faut s'attacher en premier lieu à l'immobilisation et à la décharge fonctionnelle de l'articulation.

5° Les résultats qu'a fournis le traitement conservateur sont meilleurs que ceux que donnent les autres méthodes. Si l'on compare les résultats obtenus dans ces 57 cas avec ceux de la statistique de Bruns, on trouve la guérison complète dans certains cas, la diminution du nombre des attitudes vicieuses (72,5 contre 92 p. 100) et des suppurations (44,1 contre 58,3 p. 100), la diminution de la durée moyenne du traitement (1,5 contre 4,1 ans).

L'urine après la narcose chloroformique (Harnbefunde nach Chloroformnarkosen), par Nachod (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LI, p. 646). — Les recherches de l'auteur ont porté sur 57 enfants de 1 à 15 ans opérés à la clinique du professeur Bayer. Ces recherches ont donné les résultats suivants :

L'albuminurie seule a été constatée après la narcose dans 2 cas, avec cylindrurie dans 1 cas, avec cylindrurie et nucléo-albuminurie dans 1 cas; la nucléo-albuminurie seule dans 1 cas, avec cylindrurie dans 5 cas; la cylindrurie seule dans 6 cas.

Dans aucun cas, l'auteur ne trouva de sucre, bien que l'urine possédât un pouvoir de réduction très marqué. Par contre, l'acétonurie a été constatée dans 10 cas, la présence de l'acide acétique dans 6 cas, la présence simultanée de l'acétone et de l'acide acétique dans 14 cas.

Dans un cas qui s'était terminé par la mort subite 24 heures après l'opération chez un garçon de 10 ans atteint de bec-de-lièvre avec fente de la voûte palatine, l'examen histologique des reins montra la présence d'une dégénérescence parenchymateuse de l'épithélium canaliculaire avec participation des noyaux ; les glomérules étaient intacts.

Diagnostic et traitement et la lithiase rénale (Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine) par Rovsing (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LI, p. 827). — Ce travail, qui s'appuie sur onze observations personnelles, est destiné à mettre en lumière les difficultés du diagnostic de lithiase rénale. Si l'on se rapporte aux deux symptômes dits pathognomoniques de la lithiase : l'hématurie et les coliques néphrétiques avec ou sans passage de concrétions ou des calculs, on est exposé à des erreurs fort préjudiciables aux malades. C'est ainsi que l'auteur a eu l'occasion de faire la néphrectomie ou la néphrolithotomie chez des malades chez lesquels on avait diagnostiqué soit une néphrite chronique, soit une cystite, soit une pyélite ou une pyonéphrose.

Pour éviter ces erreurs de diagnostic, l'auteur conseille d'attribuer une importance particulière à la diathèse et aux antécédents arthritiques des malades; de pratiquer dans tous les cas l'examen microscopique et bactériologique de l'urine ; souvent en effet l'hématurie franche est remplacée par des hématies peu nombreuses et les calculs par des cristaux phosphatiques ou uratiques ; de pratiquer, dans les cas particulièrement difficiles, le cathétérisme des uretères et l'examen séparé de l'urine qui s'écoule par chaque uretère ; ce procédé permettra de préciser le diagnostic, d'entrevoir le rein malade.

La seconde partie du travail est consacrée aux indications respectives de la néphrectomie et de la néphrolithotomie. Rien de particulier à y signaler.

MÉDECINE PRATIQUE

De la révulsion dans les congestions pulmonaires, et en particulier au début de la tuberculose du poumon.

Voici tantôt vingt années que, dans toutes mes consultations, dans mes leçons cliniques,—alors que j'en faisais, — dans mes conversations ou mes lettres, je proteste contre le procédé généralement employé pour combattre, à l'aide de la médication révulsive, les poussées congestives aiguës du poumon. La plupart des médecins appliquent des pointes de feu à l'aide d'un couteau ou d'un thermo-cautère épais. Ils les font profondes, régulières, peu nombreuses. Les malades en portent longtemps, sinon toujours, les traces. On les reconnaît après plusieurs mois. Leur application est douloureuse, leur résultat pénible et souvent peu efficace. Depuis de longues années, je ne me sers que de la pointe la plus fine du thermo-cautère Paquelin, celle qui s'emploie surtout ou qui a été imaginée pour la cautérisation des tumeurs érectiles. Au lieu de faire des *pointes de feu*, je pratique en stries longitudinales, mais très rapidement à la surface du tégument, de petites raies de feu, des hachures fines analogues à celles que font les graveurs, le thermo-cautère étant tenu comme une plume à écrire et superficiellement promené à la surface de la peau. Je détermine ainsi une rubéfaction très marquée du tégument qui dure une heure ou deux, qui ne laisse pas de traces, qui n'est pas douloureuse, surtout si la peau est superficiellement anesthésiée à l'aide du chlorure d'éthyle. Or, il m'a toujours semblé que ces applications très superficielles, mais très souvent répétées, de raies de feu réussissaient infiniment mieux que les cautérisations ignées telles qu'on les pratique d'ordinaire.

Et voici que, dans une intéressante communication à l'Académie de médecine, mon ami François Frank vient appuyer de son autorité et expliquer physiologiquement cette pratique, qui est aussi la sienne. Le spasme réflexe des vaisseaux du poumon est, dit-il, la conséquence de l'irritation des nerfs périphériques. Les vaisseaux du poumon se contractent plus énergiquement lorsque les nerfs intercostaux sont excités que lorsque l'on excite un autre nerf de la sensibilité générale, par exemple le nerf sciatique. Et dès lors les congestions pulmonaires, si fréquentes au début de la tuberculisation, peuvent être notablement amendées par cette excitation. « La constatation expérimentale de ce spasme des vaisseaux du poumon explique donc et légitime, dit Fr. Frank, la pratique traditionnelle des révulsifs thoraciques dans les affections congestives pleuro-pulmonaires. » Et il ajoute : « J'ai observé souvent cette réaction spasmodique soutenue par l'application de pointes de galvano-cautère très fines, très superficielles, et en grand nombre sur la peau du thorax ; les *mouchetures* m'ont semblé beaucoup plus actives que les *brûlures* profondes dont on voit souvent la trace sur la poitrine des malades et qui sont pratiquées, sans bénéfice réel à mon avis, avec le thermo-cautère employé trop énergiquement. »

J'ai été très heureux d'entendre ces paroles, et je les reproduis avec empressement. Pour mieux graver dans l'esprit de mes élèves les effets de la révulsion cutanée appliquée au traitement de la phthisie au début, j'avais l'habitude de leur dire : « La congestion du poumon doit être combattue par la congestion de la peau du thorax (pointes de feu superficielles, sinapismes, ventouses sèches); l'hydropisie de la plèvre, par la formation à la surface de la peau de vastes phlyctènes (applications de vésicatoires) ; la suppuration du poumon ou de la plèvre, par la suppuration profonde et permanente du derme (cautères). » Ce n'était qu'une formule. Elle répond jusqu'à un certain point à la réalité des faits. Ce qu'il convient surtout de retenir, c'est l'utilité des hachures ou mouchetures superficielles de la peau bien préférables aux cautérisations profondes du tégument. L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Alcool, alcoolats ammoniacaux, ammoniaque.

Propriétés et usages thérapeutiques.— L'alcool, les alcoolats ammoniacaux, l'ammoniaque, sont employés en hypodermie comme stimulants diffusibles, à effet sûr et rapide. Ils sont par conséquent indiqués dans le collapsus, quel qu'en soit l'origine.

L'alcool peut être injecté pur à la condition de ne pas dépasser 60°. Il vaut mieux même s'en tenir à 45°. A 95°, on s'expose à produire des escharres, sans avoir en retour aucun avantage appréciable.

On a préconisé l'alcool pur, contre la syncope post-hémorrhagique (Breisky), pour combattre les symptômes de l'empoisonnement par l'opium, et dans le traitement de la pneumonie.

Les Anglais l'injectent volontiers sous la forme de whisky, brandy, etc. C'est ainsi que Brown administre hypodermiquement le whisky, à la dose de 1 à 5 grammes répétée d'heure en heure, contre l'asphyxie des nouveau-nés. En France, Longe a cherché à prévenir ou à combattre les accidents de la chloroformisation par des injections sous-cutanées de cognac. Richardson préfère dans ce cas l'alcool pur.

Les alcoolats ammoniacaux (alcoolat aromatique ammoniacal ou esprit de Sylvius, alcoolé d'ammoniaque anisé) sont d'utiles adjuvants dans le traitement des affections à forme adynamique. L'esprit de Sylvius a été employé avec succès par H. Morell aux doses de 1 à 3 centimètres cubes répétées d'heure en heure, jusqu'à disparition des phénomènes inquiétants, contre le collapsus asphyxique de la broncho-pneumonie infantile. Eulenburg, Bourneville, Zuelzer ont traité le typhus adynamique par l'alcoolé d'ammoniaque anisé dont voici la formule :

FORMULE

Essence d'anis	1 gr.
Alcool à 85°	4 gr.
Ammoniaque liquide	5 gr.

XV à XXX gouttes.

Bourneville.

(Cette formule doit être étendue de partie égale d'alcool 22° pour être d'un usage pratique.)

Quant à l'ammoniaque, il a été employé, pur ou dilué, à la dose de II à XX gouttes, comme stimulant énergique dans le collapsus grave et spécialement dans les cas d'empoisonnement par l'aconit (Richardson). Il a été en outre préconisé contre le venin des ophidiens (Oré).

FORMULE

Ammoniaque liquide	1 gr.
Eau distillée	10 gr.

1 à 2 cent. cubes.

Richardson.

Effets de l'injection. — Toutes ces substances injectées sous la peau causent un sentiment de brûlure très vive qui, s'il disparait rapidement pour l'alcool faible, persiste longtemps après la piqûre pour l'ammoniaque et les alcoolats ammoniacaux.

Les accidents locaux sont nuls si les précautions minutieuses d'asepsie ont été prises. Toutefois l'injection d'ammoniaque peut être suivie d'indurations persistantes, et même amener un véritable sphacèle de la peau.

Néanmoins, on utilisera avec profit ces injections dans le traitement des maladies adynamiques, et l'on se souviendra de l'antidotisme de l'ammoniaque et de l'aconitine, dans le cas d'empoisonnement par cet alcaloïde. G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'enseignement de la dermatologie en Europe, jugé par un Américain (1).

Il y a toujours profit à connaître les jugements portés par les étrangers sur les choses de la médecine française. Plus intéressants sont encore ces jugements lorsque celui qui les porte a pu comparer ce qui se passe en France avec ce qu'il a constaté en d'autres pays, et surtout lorsque sa nationalité, le dégageant de bien des opinions préconçues, lui a permis de prendre un recul suffisant.

A ce point de vue, il nous a paru bon de résumer les impressions qu'a apportées d'un long séjour dans les centres européens d'enseignement dermatologique un jeune savant d'un grand mérite, le Dr Charles White, fils d'un des plus éminents et des plus sympathiques dermatologistes américains, le professeur James White, de Boston.

Notre confrère a séjourné plusieurs mois à Paris, à Londres, à Bonn et à Vienne, un temps plus court en Norvège, à Breslau, à Prague et à Berlin.

Il est donc à même de donner à des compatriotes, en parfaite connaissance des choses, ses conseils sur la meilleure manière d'utiliser un voyage dermatologique en Europe : ces conseils sont fort différents de ceux qu'on aurait, il y a peu d'années encore, dû s'attendre à entendre sortir de la bouche d'un étranger.

Le Dr White se proposait, pendant son séjour en Europe, d'étudier à fond tout ce qui concerne la spécialité dermatologique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique et bactériologique.

Sa première étape a été Paris ; et les longs mois qu'il a passés à l'hôpital Saint-Louis lui ont laissé une profonde impression que n'ont pas effacée ses séjours dans les autres villes d'Europe. La richesse clinique de cet hôpital l'a émerveillé ; nulle part ailleurs il n'a rencontré autant de cas cliniques intéressants ; les entretiens cliniques à la consultation et au lit des malades lui ont été d'un grand profit. Il rend aux dermatologistes parisiens cette justice qu'ils citent dans leurs leçons et respectent les noms et les idées de leurs collègues de toute nationalité : ce sont eux, dit-il, qui honorent le plus les observateurs étrangers et, de tous les dermatologistes européens, sont le moins satisfaits d'eux-mêmes (*self-satisfied*).

Le musée de l'hôpital Saint-Louis est un lieu de travail unique.

Mais si Paris offre des ressources cliniques considérables pour le dermatologiste, il est insuffisant en ce qui concerne les études d'histologie et de bactériologie appliquées à la dermatologie ; par contre, l'Institut Pasteur offre pour l'étude de la bactériologie en général des ressources que M. White estime à leur très haute valeur.

Après ses voyages en Europe, il reporte toujours ses regards vers l'hôpital Saint-Louis et l'Institut Pasteur, les deux établissements où, dit-il, on peut le mieux trouver la dermatologie moderne et la bactériologie moderne.

Londres diffère essentiellement de Paris. Avec ses services dermatologiques disséminés dans les divers hôpitaux, nécessitant des courses du nord au midi, de l'est à l'ouest, cette ville est peu favorable à l'étranger qui veut étudier une spécialité. En outre, les consultations et les services dermatologiques y sont pauvres en cas intéressants, mais on y voit un grand nombre d'affections banales, de celles que l'on rencontre constamment dans la pratique. On n'y entend pas, comme à Paris, exposer de théories nouvelles, mais on y voit essayer toute une série de nouveaux remèdes, on y voit les idées les plus surannées et les acquisitions les plus récentes se donner la main. Enfin, à Londres, il n'y a pour ainsi dire pas de services où l'on puisse observer des malades hospitalisés et suivre la marche de leur maladie.

En Norvège, M. White a étudié la lèpre à Christiania, dans le service de C. Bœck, dont il vante les qualités d'observateur original et d'histologiste, puis à Trondjhem, dans le service de Sand.

Bonn est une des villes d'Europe où l'enseignement dermatologique est le plus profitable, en raison de l'organisation matérielle très remarquable du service clinique et du laboratoire de Doutrelepont.

L'impression que le Dr Ch. White a éprouvée à Vienne a été une impression de désappointement, le mot est de lui. Il y arrivait avec la conviction que Vienne était le plus grand centre dermatologique de l'univers, qu'il y trouverait l'enseignement le plus complet et le mieux organisé, conviction qui est, chacun le sait, partagée par un grand nombre de médecins des deux mondes et qui attire dans cette ville une foule de médecins désireux de s'instruire des choses de la dermatologie.

Voyons ce qu'il y a rencontré.

D'abord le matériel d'observation clinique. Un grand nombre de dermatoses intéressantes sont réunies dans les services de clinique, mais en réalité il y a une moindre variété qu'à Paris, et à l'appui de cette assertion, il compare le nombre des malades qu'il a pu voir défiler à la consultation de Kaposi pendant une semaine du mois de janvier (127) à ceux qu'il a vus en une seule matinée de juin à l'hôpital Saint-Louis (96).

Quant à l'enseignement de la dermatologie, il l'a trouvé fort peu satisfaisant.

Les leçons de Kaposi, dit-il textuellement, représentent la dermatologie telle qu'elle existait à l'époque de sa plus grande activité intellectuelle, c'est-à-dire la dermatologie d'il y a dix ans ; elles ne sont que l'exposé de ses propres recherches, car il ne tient compte des travaux d'aucun autre dermatologiste vivant ou mort, à l'exception de Hebra ; elles sont la répétition de ses ouvrages, et le professeur accorde très peu d'attention aux immenses progrès que la dermatologie a faits dans les dix dernières années, progrès dus pour la plus grande part à des savants qui n'habitent pas Vienne. M. White attribue cet exclusivisme à ce que la clinique de Kaposi est la seule clinique viennoise uniquement consacrée à la dermatologie, qu'il est l'autocrate (le mot est de M. White) de la dermatologie viennoise, d'où l'absence d'émulation que l'on rencontre dans les villes comme Paris, où les services dermatologiques sont nombreux.

Il reproche encore à l'enseignement de Kaposi d'être trop sommaire, de s'adresser à des médecins se destinant à la pratique générale plutôt qu'à des dermatologistes ; le professeur s'étend trop longuement sur certains sujets, se laisse entraîner par la survenue d'un malade intéressant qui le détourne de l'objet de sa leçon et à la fin du semestre les questions qui restent à traiter sont à peine ébauchées.

Ces critiques s'adressent surtout au cours didactique de Kaposi ; mais M. White déclare que les leçons au lit du malade, qui ont lieu une fois par semaine dans son service, sont extrêmement intéressantes et expliquent la

1. The Study of Dermatology in Europe. *Boston medical and surgical Journal*, 7, 14, 21, 28 novembre et 5 décembre 1895.

grande renommée de l'enseignement viennois : l'auditeur y est mis en mesure de juger les résultats remarquables de la thérapeutique de Kaposi, thérapeutique qu'il voudrait cependant un peu moins cruelle à certains égards.

Quant à l'enseignement de Neumann, il le touve monotone : le défilé interminable de blennorrhagies et de chancres simples ou syphilitiques serait fastidieux s'il n'était interrompu par des cas dermatologiques intéressants ; on est rarement à même d'observer les manifestations syphilitiques secondaires ou tertiaires ; le traitement brutal et repoussant que subissent les malades a contribué à donner à notre jeune confrère une défavorable impression sur ce service qu'il n'a pas tardé à délaisser.

Le cours de Rille, assistant de Neumann, est, en dehors de ceux des deux professeurs titulaires, le seul cours de dermatologie qui lui paraisse utile à fréquenter : Rille est le dermatologiste viennois le plus progressiste, mais encore est-il trop imbu des doctrines de Hebra ; ses leçons sont très soignées et très scientifiques, mais il néglige le côté thérapeutique.

M. White a en vain cherché à étudier à Vienne l'histologie dermatologique : il lui a été impossible de rencontrer le professeur Paltrauf dans le laboratoire duquel il comptait travailler et, de guerre lasse, il est entré dans le laboratoire d'Albrecht, dont il vante les qualités d'homme et de savant, mais qui n'a pas étudié spécialement l'histologie des maladies de la peau.

L'enseignement de la bactériologie est très rudimentaire à Vienne, où rien ne rappelle l'Institut Pasteur.

En quittant Vienne, après y avoir passé six mois, M. White trouvait que les deux derniers mois de son séjour avaient été perdus et auraient pu être plus utilement employés ailleurs.

A Prague, la clinique de Pick est plus riche en malades que toutes les autres cliniques européennes, l'hôpital Saint-Louis excepté ; elle est des plus profitables pour les médecins étrangers.

A Breslau, M. White a été frappé par la remarquable organisation matérielle du service de Neisser, par ses riches collections photographiques ; là encore les étrangers peuvent faire un utile séjour.

A Berlin, la clinique de Lassar, qui est un véritable hôpital, mérite une visite.

Comme conclusion, M. White conseille à ses compatriotes qui seraient désireux d'étudier la dermatologie en Europe de ne pas se borner aux villes qu'il a visitées et leur trace l'itinéraire suivant : Paris (10 mois), Christiana, Bergen et Trondjhem (10 jours), Buda-Pest (2 mois), Vienne (4 mois), Prague (3 mois), Breslau (3 mois), Berlin (1 semaine), Hambourg (1 mois), Bonn (2 semaines), Londres (1 mois), Lille (1 mois). Ce programme est évidemment à la portée d'un nombre bien restreint de médecins ; mais il traduit en chiffres l'opinion de l'auteur sur les centres dermatologiques de l'ancien continent.

Nous bornerons là l'analyse, bien longue assurément, mais fort suggestive, d'une relation de voyage à laquelle la nationalité de l'auteur non moins que son caractère réservé et prudent donnent une valeur toute particulière.

Nous ne voulons pas, pour le moment du moins, relever toutes les déductions qu'elle comporte : nous nous contenterons de la signaler à l'attention et aux méditations de ceux qui en ce moment étudient les questions afférentes à l'accès des étrangers dans nos facultés et nos hôpitaux.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'otologie clinique, par E. Ménière. Paris, Rueff, 1895.

L'ouvrage que M. Ménière présente au public est une œuvre très personnelle, dans laquelle l'auteur expose, et à bon droit, les résultats d'une pratique de 30 ans. Il est intéressant surtout pour les auristes, parce que Ménière, déjà ancien dans la carrière, a pu assister à l'évolution colossale qui s'est produite durant les 20 dernières années en otiatrie et qu'il a prouvé la perfectibilité de son esprit en s'assimilant la plupart de ces progrès. Les praticiens y trouveront la pratique journalière des affections de l'oreille et aussi quelques indications sur les affections du pharynx nasal.

Les points à signaler sont le traitement des scléroses par le cathétérisme du canal tubaire à l'aide de fines bougies. Les résultats obtenus sont assez encourageants, surtout dans les cas avec bourdonnements.

Ménière repousse les opérations intra-tympaniques dans les scléroses comme étant des tentatives prématurées que nos connaissances de l'anatomie pathologique et de la physiologie n'autorisent pas encore.

Les recherches personnelles de l'auteur sur la bactériologie des otites suppurées sont intéressantes, mais il leur manque une conclusion, puisqu'il poursuit actuellement ses expériences.

Ménière fait peut-être trop bon marché des progrès récents de la chirurgie de l'apophyse mastoïde et du rocher, et nous aurions voulu trouver une exposition plus complète de cette question, qui est maintenant tout à fait au point et intéresse l'auriste autant que le chirurgien.

L'auteur était bien placé pour faire l'historique des affections de l'oreille interne, et en particulier du syndrome de Ménière, et donner à ces affections un développement que la piété filiale lui suggérait de faire important. Il l'a fait, et la clarté de l'exposé nous font encore plus regretter les points qu'il a laissés dans l'ombre au cours de son travail.

Lubet-Barbon.

Les maladies des dents chez les enfants, par R. Denison Pedley, chirurgien-dentiste de l'hôpital Evelina, Southwark, Londres. Publié par J. P. Segg et Cᵒ, 289-291, Regent Street, Londres W.

Le manuel que M. Denison consacre à l'étude des dents chez les enfants, est un ouvrage assez intéressant. L'auteur y passe successivement en revue : la structure, le mode d'implantation des dents et l'influence sur leur développement des conditions anormales de la dent elle-même et celle de son milieu.

L'auteur s'étonne, et à juste titre, croyons-nous, qu'étant données les connexions immédiates du périoste avec les nerfs de la pulpe et ses vaisseaux sanguins, les lésions de la couronne ne soient pas plus souvent accompagnées de périostites.

Comme Tomes en a cité plusieurs exemples, M. Denison signale le cas de mort d'un enfant de 4 ans, à la suite d'abcès alvéolaires compliqués de pyohémie.

Quant aux érosions, l'auteur nie l'influence directe du rachitisme sur l'émail ; mais il en attribue la formation à une affection spéciale altérant les tissus dentaires non encore calcifiés et qu'il appelle le *crétinisme fœtal.*

Il se range au sujet des érosions syphilitiques à l'avis de Hutchinson, les rattachant non à la diathèse, mais à l'administration du mercure.

M. Denison fait aussi remarquer que les maxillaires, en raison d'influences héréditaires, devenaient de plus en plus étroits. Il se pourrait que cette modification atteignît aussi les dents, mais dans une mesure non proportionnelle à celle des maxillaires : il explique ainsi bien des irrégularités dentaires.

L'ouvrage se termine par une brève étude du traitement et de l'extraction des dents et par quelques conseils d'hygiène buccale s'adressant exclusivement aux enfants.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse,

Par A. Broca,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter montre le résultat qu'avec de la patience on peut obtenir dans les lésions mastoïdiennes anciennes et graves.

C'est un enfant de 13 ans, chez lequel, à la suite d'un coup, prétendent les parents, se déclara une otorrhée à l'âge de 4 ans, et, depuis cette époque, l'oreille n'a jamais cessé de suppurer. Il y a 7 ans se forma pour la première fois, accompagné de douleurs très violentes, un abcès rétro-auriculaire qu'un médecin traita par l'incision simple. Au bout de quelques jours, l'incision était cicatrisée, mais l'otorrhée persistait abondante. La région apophysaire resta silencieuse jusqu'en décembre 1894 : à ce moment s'y collecta un nouvel abcès, encore traité par l'incision simple. La cicatrisation fut rapide, mais cette fois elle ne dura que quelques jours et bientôt une fistule se constitua. Jusqu'au mois de juin 1895, les choses en restèrent là; puis la suppuration devint plus abondante, accompagnée de douleurs violentes. L'enfant se mit à dépérir et fut envoyé à notre collègue le Dr Ricard, qui me l'adressa à l'hôpital Trousseau.

Le 16 juillet 1895, je vis derrière le pavillon deux trajets fistuleux; par eux et par le conduit auditif externe s'écoulait du pus en abondance; les souffrances étaient vives, la pression sur la région mastoïdienne était très douloureuse, l'enfant était pâle et amaigri, si bien qu'on soupçonnait la possibilité d'une lésion tuberculeuse.

Dès le lendemain, j'entrepris donc une intervention radicale et j'ouvris largement l'antre mastoïdien, le canal de l'antre et la caisse. Je ne veux pas insister ici sur le manuel opératoire, que j'ai décrit longuement ailleurs (1). Je dirai seulement que sous les fistules cutanées existait une perforation de la corticale, située directement au niveau de l'antre mastoïdien, que les cellules apophysaires étaient très spacieuses, que le canal de l'antre était très élargi, qu'il n'y avait pas trace d'osselets dans la caisse. Toutes ces cavités étaient uniformément remplies de masses cholestéatomateuses fétides. Après évidement à la curette des parties atteintes d'ostéite raréfiante, la cavité osseuse, dont l'entrée fut rendue largement béante par la fente du conduit membraneux, fut tamponnée à la gaze iodoformée et le pansement fut, comme de coutume, renouvelé deux fois par semaine. A partir du mois de novembre, la cavité ne suppura presque plus; elle fut à plusieurs reprises cautérisée à la teinture d'iode et les bourgeons charnus s'épidermisèrent.

Aujourd'hui, l'enfant doit être considéré comme guéri. Le conduit membraneux, qui se termine en cul-de-sac, s'ouvre derrière l'oreille par un orifice épidermisé. Au-dessus et un peu en arrière de cet orifice, on en voit un autre qui donne accès dans une cavité cylindroïde, oblique en dedans et en avant, longue de 3 centimètres sur 11 millimètres de diamètre, épidermisée sur toute sa surface, aboutissant tout au fond à un pertuis où l'on voit la muqueuse rouge de la trompe d'Eustache.

Cette cavité ne suppure pas, l'indolence est parfaite, l'état général est excellent, l'enfant a notablement engraissé; si j'en juge d'après plusieurs malades, chez lesquels j'ai pu suivre le résultat à longue échéance, on doit considérer la guérison comme définitivement obtenue. J'y ai mis près de 7 mois, et c'est long; mais la lésion durait depuis 9 ans, et on sait qu'abandonnée à elle-même elle était, à échéance variable, d'un pronostic fatal.

Je ferai remarquer que chez mon opéré le nerf facial est intact. Il l'a toujours été, et, sauf quand on opère dans des apophyses presque entièrement détruites par la carie, c'est la règle absolue pour l'intervention conduite de proche en proche, en suivant pas à pas, sur le protecteur de Stacke, les cavités naturelles de l'oreille moyenne. Au contraire, le sacrifice du facial est obligatoire dans le procédé de résection large du rocher imaginé par notre collègue Chaput, et les dimensions de la cavité que vous voyez aujourd'hui épidermisée vous prouvent que, par le procédé que je préconise, l'évidement du rocher peut être étendu et radical.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La créosote dans la tuberculose pulmonaire.

Dans la récente discussion qui vient d'avoir lieu à la *Société médicale des hôpitaux* au sujet de la valeur thérapeutique de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, il m'a semblé que le mode d'action de la créosote sur les lésions bacillaires n'avait pas été suffisamment précisé et que par suite on

1. A. Broca et F. Lubet-Barbon, *Les mastoïdites et leur traitement*, 1 vol. in-8, Paris, 1895.

n'avait pas posé nettement les indications et contre-indications d'un médicament parfois dangereux, mais qui reste dans bien des cas la meilleure arme à opposer aux progrès de l'infiltration tuberculeuse.

Je laisse de côté le mode d'administration du médicamment : il est incontestable que la créosote a une action irritante sur la muqueuse gastrique qui permet rarement son emploi prolongé par la voie stomacale : son action antifermentescible peut être utilisée temporairement; l'excitation des sécrétions gastriques et l'augmentation d'appétit qui en résulte font bientôt place à un état dyspeptique qui rend ce mode d'administration dangereux pour l'intégrité des voies digestives : c'est donc aux lavements et aux injections, dans quelques cas de facile tolérance intestinale aux suppositoires qu'il faut avoir recours de préférence.

C'est le mode d'action de la créosote sur le poumon tuberculeux qu'il faut avoir en vue pour l'utilisation raisonnée de cette médication. Or l'amélioration de la nutrition générale, sur laquelle a insisté M. Fernet, et que M. Burlureaux avait déjà fait valoir, ne me paraît pas le seul effet thérapeutique du médicament. Dans un travail publié par moi dans la *Gazette hebdomadaire* en décembre 1891, je crois avoir établi qu'à côté de cette action générale dynamique et stimulante, la créosote avait aussi une action locale d'ordre irritatif : c'est cette action locale qui rend la médication dangereuse dans quelques cas, mais qui permet de préciser sa valeur thérapeutique. Nulle chez l'homme sain qui supporte sans troubles spéciaux de hautes doses du médicament, elle est chez les tuberculeux proportionnée aux désordres inflammatoires péribacillaires : chez les malades gravement atteints, avec lésions étendues et accidents fébriles, elle est souvent redoutable et provoque des réactions violentes tout à fait analogues à celles de la tuberculine avec fluxion intense, hémoptysies, angoisse, dyspnée, températures élevées; dans ces cas la créosote aggrave rapidement les lésions et doit être rejetée. Mais ces réactions établissent nettement le mode d'action du médicament : chez les malades congestifs, éréthiques, à tendance hémoptoïque, la réaction est encore très nette : ce sont des signes de congestion modérée avec râles humides, respiration rude ou soufflante et, dans ces cas, où une surveillance active est indispensable, il est parfois difficile de ne pas dépasser le but et de trouver un dosage tolérable et réellement efficace. Toutefois, chez la grande majorité des tuberculeux, soit aux périodes peu avancées de l'affection, soit chez les malades dont les lésions évoluent lentement avec de rares exacerbations locales, c'est cette réaction modérée d'ordre irritatif qui, se produisant autour des foyers bacillaires, détermine une fluxion thérapeutique, *active la phagocytose* et agit dans le sens même de l'action physiologique antibacillaire; c'est à elle qu'il faut attribuer le bénéfice et l'action vraiment curative de la médication créosotée.

M. Burlureaux a donc eu raison de dire que ceux qui supportent bien la créosote sont susceptibles de guérir et qu'on pouvait attribuer à cette médication une véritable valeur pronostique : le bénéfice de cette médication doit être réservé en effet aux seuls malades dont les lésions bacillaires révèlent un processus modéré, et qui peuvent supporter les réactions locales qu'elle détermine.

Pour obtenir cet effet utile du traitement créosoté, il ne sera jamais nécessaire d'avoir recours à des dosages très élevés et de déterminer cet état de créosotisme aigu dont a parlé M. Ferrand, qui peut agir d'une façon nuisible sur la nutrition générale ou sur l'intégrité du parenchyme rénal : ce n'est pas en effet une action antiseptique qu'il faut demander à la créosote, mais l'action générale sur la nutrition et la réaction modérée sur la lésion bacillaire qui précise sa valeur curative et permet d'établir aisément les indications et contre-indications de ce traitement.

Je me suis cru autorisé, par une longue pratique dans une clientèle de tuberculeux, à rappeler à propos de cette discussion récente les conclusions que j'avais défendues déjà à cette même place.

Dr E. Guiter (de Cannes).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Note sur deux cas de purpura infectieux et toxique chez des enfants (1),

Par M. Claude, interne des hôpitaux.

Sous la dénomination de purpura, on range un certain nombre d'états morbides, bien différents les uns des autres et qui n'ont qu'un caractère commun, la production d'hémorrhagies cutanées. Nous voyons, en effet, donner dans le langage courant le nom de purpura à ces petites taches sanguines ou pétéchies, qui se montrent, sans trouble de la santé générale, à l'état isolé, souvent symétriques chez certains individus lymphatiques ou herpétiques (Lancereaux), comme à celles qui sont généralisées à tout le corps et qui accompagnent un état général très grave. Des suffusions sanguines très étendues, cutanées, et même profondes avec ou sans hémorrhagies viscérales et muqueuses reçoivent la même appellation que certaines lésions hémorrhagiques essentiellement cutanées, rappelant l'érythème noueux, qui se terminent par sphacèle et donnent lieu facilement à un écoulement de sang à la surface de la peau.

Si nous examinons d'autre part la pathogénie du purpura, nous voyons qu'un simple état diathésique (herpétisme, arthritisme), qu'un trouble circulatoire mécanique, qu'un trouble nerveux dynamique ou organique peuvent aussi bien que les maladies infectieuses et les intoxications être la cause de l'affection qui nous occupe. En présence de la variété de ses formes et de la diversité des éléments pathogéniques qui le provoquent, on ne peut considérer le purpura que comme un syndrome, un syndrome hémorrhagique atteignant le plus souvent les téguments et les muqueuses, mais très variable dans sa nature.

Deux cas, que nous avons observés chez un enfant et chez un jeune garçon, nous ont paru intéressants et dignes d'être rapportés, car ils constituent deux formes cliniques différentes par leurs symptômes et leur étiologie.

Dans le premier cas, un enfant de 13 mois présente une broncho-pneumonie laissant à sa suite des lésions chroniques, puis une nouvelle poussée aiguë de broncho-pneumonie pseudo-lobaire au cours de laquelle survient la rougeole. Au déclin de l'éruption apparaît le purpura, qui se caractérise par une aggravation de l'état général, des pétéchies et quelques macules sanguines, mais surtout par des nodosités dermiques dont la partie centrale est absolument nécrosée. Au niveau de ces lésions on trouve, sur les coupes et dans le sang, le pneumocoque virulent. Le même microbe existait dans les foyers de broncho-pneumonie.

Le second malade est un garçon de 14 ans, de constitution médiocre, qui, à la suite de l'absorption de viande mal cuite et corrompue, est pris de malaise général, de troubles digestifs et présente une éruption purpurique généralisée, sans tendance nécrotique, de forme maculeuse, accompagnée de diffusion sanguine dans le tissu cellulaire et d'hémorrhagies viscérales. L'examen du sang au point de vue microbien est négatif. La guérison complète se fait après quelques récidives de purpura cutané pendant la convalescence.

Ces observations se rapportent en somme à deux formes de purpura différentes au point de vue pathogénique comme au point de vue symptomatique : l'un est d'origine infectieuse, l'autre est d'origine toxique; l'un est constitué par des nodosités hémorrhagiques et nécrotiques, l'autre par des taches plus ou moins confluentes. Nous insisterons un peu sur ces deux cas, car ils peuvent être regardés comme deux types très caractéristiques du syndrome purpurique. Le type infectieux et le type toxique sont ceux qui réalisent au plus haut degré le purpura; le symptôme hémorrhagique est, dans ces formes, le symptôme capital, sinon le seul, les autres genres de purpura ne méritent souvent que le nom d'épiphénomènes de médiocre importance dans le tableau clinique général de l'affection première.

La nature infectieuse de certains purpuras n'est pas toujours d'une démonstration facile, car 2 cas peuvent se présenter : le purpura survient au cours d'une maladie infectieuse préexis-

1. D'après un travail paru dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1896.

tante reconnue (endocardite, pneumonie, phlegmon), ou bien le purpura est l'expression d'un état infectieux mal défini dont la porte d'entrée et la localisation restent inconnues. Dans ces deux cas, il peut exister soit une septicémie générale, soit une toxhémie sans septicémie, le foyer d'infection restant limité.

On s'explique alors que suivant l'une ou l'autre condition, certains auteurs n'aient pu déceler la présence des agents microbiens dans le sang au cours de purpuras infectieux, alors que d'autres ont signalé leur existence dans quelques cas.

Ces résultats prouvent bien encore que le purpura n'est pas une affection uniforme et qu'il n'existe pas de micro-organisme particulier à cette maladie. En effet, les microbes les plus divers ont été signalés. Petrone, Martin de Gimard ont trouvé des microcoques; Babès, Hlava et Lebreton, des staphylocoques; Guarnieri, Hanot et Luzet, Antony, Widal, Lannois et Courmont, Babes, le streptocoque; Tenzoni et Giovanni, Vassale, Letzerich, des bacilles; Claisse, Hutinel, le pneumocoque. Notre observation s'ajoute à ces derniers faits.

En revanche, dans certaines maladies infectieuses graves dont les agents pathogènes avaient été déterminés et dont les foyers primitifs étaient connus, la recherche des microbes dans le sang et les lésions purpuriques a été négative. Récemment encore, Auché et Lebel ont communiqué au Congrès de médecine de Bordeaux un cas d'éruption scarlatiniforme et de purpura hémorrhagique compliquant une infection locale mixte à staphylocoques et streptocoques. Il n'y avait pas de microbes dans les foyers hémorrhagiques ni ailleurs que dans la plaie. L'infection était demeurée locale; il s'agissait d'une intoxication due aux produits toxiques élaborés par les agents microbiens très virulents trouvés dans l'abcès et la zone œdémateuse voisine.

Les lésions purpuriques peuvent donc être déterminées par les toxines microbiennes agissant soit directement sur le sang, soit sur les centres nerveux. Cette action est commune à de nombreux microbes, comme M. Charrin le rappelait également au Congrès de Bordeaux. La propriété hémorrhagipare n'est pas l'attribution d'un microbe unique, mais beaucoup de bactéries deviennent capables d'engendrer des hémorrhagies, car beaucoup agissent par leurs sécrétions sur la composition du sang, sa vitesse, etc. La propriété hémorrhagipare est comparable à la fonction pyogène, et tel microbe, le plus souvent pyogène, le staphylococcus aureus, par exemple, peut, dans certaines conditions, déterminer des hémorrhagies.

Certains purpuras secondaires à une infection rentreraient ainsi dans la classe des purpuras toxiques. Ceux-ci, dont la première observation est un exemple, peuvent être dus soit à des poisons minéraux, soit à des poisons organiques (alcaloïdes, ptomaïnes, leucomaïnes, toxines), toutefois la distinction entre les deux variétés de purpuras infectieux, l'un microbien, l'autre toxi-infectieux, n'est pas sans importance, car la présence des microbes pathogènes au niveau des éléments purpuriques indique une diffusion plus grande de la maladie, une septicémie dont le pronostic doit être plus sérieux en général que celui de la forme toxi-infectieuse, où l'on peut espérer une limitation plus grande du processus morbide et l'élimination plus facile des substances pathogènes.

Au point de vue symptomatique, la présence des microbes au niveau des lésions explique peut-être dans certains cas l'aspect particulier de celles-ci.

Dans l'observation I, la lésion était nodulaire avec tendance nécrotique. L'histologie nous montre que tous les vaisseaux de la région présentaient les traces d'un processus inflammatoire et que certainesartères étaient le siège de thromboses. L'oblitération vasculaire explique la nécrose des tissus et la rupture des capillaires facilitée par l'état pathologique antérieur de ces vaisseaux.

L'hyperémie de voisinage et l'œdème collatéral ont déterminé la forme nodulaire de la maladie. Le degré de la lésion vasculaire commande la nature de la lésion cutanée. Suivant l'importance de la dilatation des capillaires d'origine congestive ou inflammatoire, l'altération plus ou moins prononcée des parois artérielles et l'existence d'une oblitération de la lumière vasculaire, on rencontrera tantôt la tache pétéchiale, les macules ou les papules purpuriques plus ou moins confluentes, tantôt les nodules et même les bulles (1) avec ou sans tendance à la nécrose. Cette dernière complication est d'ailleurs très rare, car elle résulte de thromboses multiples au cours d'une septicémie très grave.

Notre seconde observation répond au type toxique. La maladie survient à la suite de l'absorption de viande corrompue, et l'introduction de toxines animales (ptomaïnes ou leucomaïnes) dans l'économie. Nous pensons qu'il y a lieu d'assimiler, au point de vue pathogénique, les diverses toxhémies, car quelle que soit leur nature, elles agissent vraisemblablement de la même façon soit sur le sang et les vaisseaux, soit sur les centres nerveux, et très probablement sur ces derniers. La localisation souvent symétrique du purpura, en certains lieux d'élection (extrémités inférieures, coudes, fesses), plaide en faveur de cette hypothèse de même que la nature des lésions qui, d'après Cornil, consiste surtout dans une ectasie remarquable des capillaires, avec issue des globules sans ruptures des vaisseaux, sans altération de leur paroi et sans nécrose du derme. Il en était ainsi sans doute dans notre cas.

En résumé, on voit donc que les purpuras sont très complexes dans leur nature et dans leurs manifestations. Ils ne constituent pas des états morbides à part, et les affections que l'on a séparées sous le nom de maladie de Werlhof, purpura myélopathique, purpura rhumatoïde, peuvent rentrer dans une des quatre catégories de purpura : dyscrasique, névropathique, toxique et infectieux. Quant à leurs manifestations cutanées, elles n'ont aucun caractère spécifique.

En effet, nous avons vu plus haut que la diversité des lésions purpuriques n'est pas très grande à la vérité, qu'elle relève de l'intensité du processus pathologique qui porte son action sur les vaisseaux, et qu'en réalité ces lésions sont très analogues entre elles. Mais l'analogie peut être poursuivie plus loin et nous sommes conduits aussi à rapprocher le purpura de l'érythème polymorphe. La lésion anatomique de l'érythème varie, en somme, de la congestion légère à la congestion intense avec exsudation séro-hématique, et l'intensité dans le processus congestif régit la forme de la lésion cutanée qui se manifeste à l'état de macules, papules, nouures, vésicules, bulles. Les deux affections sont donc très comparables dans la gradation de leurs lésions et la nature de ces lésions, avec cette réserve, toutefois, que dans le purpura on observe plus fréquemment la rupture vasculaire, et que l'exsudation séreuse est moins commune que dans l'érythème.

Enfin l'analogie des deux maladies se montre encore dans leur coexistence possible sur le même individu. Il existe des cas où les lésions érythémateuses offrent à une période de leur évolution les aractères du purpura; et réciproquement, un élément peut se modifier, s'entourer d'une zone rouge avec ou sans infiltration séreuse ou revêtir l'aspect de l'érythème.

Dans notre premier cas, on aurait pu, par exemple, considérer certaines des lésions comme de l'érythème noueux hémorrhagique. Enfin il est possible de constater sur le même sujet des taches et des papules se rapportant à l'érythème polymorphe et des macules purpuriques.

Des faits semblables, véritables faits de passage, prouvent donc bien l'analogie très grande des deux syndromes que nous avons voulu comparer, l'érythème et le purpura.

1. Cornil et Rigal, *Soc. médic. des hôpitaux*, 1879.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Valeur diagnostique de la tuberculine.

M. Grasset (de Montpellier) avec la collaboration de son chef de clinique M. Vedel, communique des recherches sur le diagnostic précoce de la tuberculose humaine par de faibles doses de tuberculine. Les doses injectées dans un but diagnostique par M. Grasset ne dépassent pas un demi-milligramme. Elles sont par conséquent tout à fait inoffensives. Ces doses minimes provoquent cependant, dans plusieurs cas, une réaction fébrile très nette. M. Grasset a pu ainsi porter le diagnostic de

tuberculose chez des malades où le diagnostic, sans l'emploi de ce moyen, aurait été bien difficile, sinon impossible : tels deux cas d'induration pulmonaire, sans bacilles dans les crachats, deux cas de méningite (l'une rachidienne, l'autre cérébrale), enfin un cas de maladie d'Addison. M. Grasset tout en insistant sur l'intérêt des faits signalés par lui, estime qu'ils doivent être confirmés par des recherches nouvelles. Mais il pense dès à présent que l'Académie sera sans doute appelée un jour à rédiger des instructions pour le diagnostic de la tuberculose humaine, par la tuberculine, comme elle est appelée à la faire pour le diagnostic de la tuberculose.

M. Weber lit un rapport en réponse à une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture demandent la valeur de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine. Après avoir rappelé la discussion qui a eu lieu en septembre dernier au Congrès de médecine vétérinaire tenu à Berne, il conclut que « la tuberculine est un moyen précieux pour établir le diagnostic de la tuberculose bovine, et il y a tout avantage à en recommander l'emploi. » (Adopté.)

Anesthésie locale.

M. Ferrand lit un rapport sur un travail de M. Pize (de Montélimar) relatif à l'emploi du gaïacol comme anesthésique local pour l'application des pointes de feu. Avec l'auteur, M. Ferrand conclut que le gaïacol employé en application cutanée, à la dose de 1 à 2 grammes, produit en général une analgésie suffisante pour permettre d'exécuter sans douleur cette petite opération. Ce petit moyen est sans danger.

M. Hérard lit un rapport sur un travail de M. de Valcourt (de Cannes) relatif au traitement des lésions tuberculeuses ostéo-articulaires par les bains de mer. M. de Valcourt tend à démontrer que même en hiver les bains de mer, dans ces conditions, ne sont pas contre-indiqués sur la côte méditerranéenne.

M. Galliard lit un travail que nous publierons dans notre prochain numéro du Jeudi.

Election.

Le scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale a donné les résultats suivants :

M. Pozzi . . . . 54 voix. Elu.
M. Delorme. . . . . 28 —

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 Février 1896.

Associations microbiennes et suppurations tuberculeuses.

MM. Lannelongue et **Achard.** — Les propriétés pyogènes du bacille de la tuberculose sont depuis longtemps démontrées par l'expérimentation. Néanmoins, dans la clinique humaine, un certain nombre d'auteurs semblent admettre que dans la plupart des cas d'abcès tuberculeux, notamment dans les lésions suppuratives du squelette, des ganglions, du tissu cellulaire, la production du pus est l'œuvre de microcoques pyogènes associés au bacille de Koch.

En 1889, Pawlowski publia plusieurs cas de tuberculose articulaire où le bacille de Koch était uni à des streptocoques et à des staphylocoques. Puis, au Congrès de la tuberculose, en 1891 Babes insista sur la fréquence des microbes pyogènes et saprogènes dans les suppurations tuberculeuses. Verneuil et Beretta conclurent de leurs recherches que les abcès tuberculeux enflammés contiennent soit des streptocoques, soit, plus rarement, des staphylocoques, et ils émirent même l'opinion que ces microbes surajoutés pouvaient exercer une action utile, en entravant le développement du bacille de la tuberculose; Cornil déclara que le bacille de Koch ne produit de pus, à lui seul, que dans des cas assez rares, et que « le plus souvent, dans les abcès froids d'origine ganglionnaire ou osseuse, il y a d'autres microbes, qui sont le plus ordinairement des staphylocoques, dans quelques cas des streptocoques. » En 1893, Dor signala qu'il avait trouvé, dans des ganglions tuberculeux du cou, le micro-organisme désigné par Passet sous le nom de *staphylococcus cereus flavus*. Pasquale, l'année suivante, publia aussi des cas d'infection streptococcique combinée à l'infection tuberculeuse.

La conclusion qui paraît se dégager de ces divers travaux, c'est que le bacille tuberculeux peut être associé à d'autres microbes dans les tuberculoses chirurgicales suppuratives, et que c'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit d'abcès froids enflammés. Mais plusieurs points restent dans l'ombre. D'abord la fréquence de ces associations microbiennes n'est pas précisée; de plus, les auteurs négligent presque toujours de faire une distinction dont l'intérêt est pourtant capital, et de mettre à part les cas dans lesquels les foyers tuberculeux, dont ils ont examiné le contenu, avaient subi déjà le contact de l'air, à la suite d'une ouverture spontanée ou opératoire. Il n'est d'ailleurs pas douteux qu'un certain nombre de faits visés par les recherches précédentes se rapportent à des lésions mises en communication avec l'extérieur; les cas de Pawlowski notamment paraissent se rapporter tous à des tuberculoses ouvertes et fistuleuses.

C'est ce qui nous a déterminés à entreprendre une nouvelle série de recherches, en distinguant les foyers ouverts des foyers fermés et en faisant la part, dans les foyers fermés, de ceux qui évoluent avec des phénomènes d'acuité.

Dans 51 cas, où le diagnostic clinique de tuberculose ne pouvait être discuté, les ensemencements ont été négatifs, bien qu'ils eussent été faits largement avec plusieurs gouttes de pus, sur les milieux ordinaires, quelquefois même à l'abri de l'air en vue de la présence possible de germes anaérobies. Sur ces 51 cas, 14 fois la nature tuberculeuse des lésions a été vérifiée par l'inoculation au cobaye, et deux autres fois les sujets ont présenté les phénomènes de réaction sous l'influence de l'injection sous-cutanée de la tuberculine de Koch. Quant aux signes d'acuité, ils existaient 8 fois sur ces 51 suppurations dont le pus n'était pas cultivable.

Les faits dans lesquels des microcoques pyogènes ont été rencontrés sont bien moins nombreux ; il y en a 6, dont 2 vérifiés par l'inoculation. Dans tous ces cas, on notait des phénomènes d'acuité. Le microbe associé était 4 fois le staphylocoque doré, 2 fois le streptocoque.

Tous les cas précédents se rapportent à des foyers fermés. Les foyers tuberculeux ouverts, c'est-à-dire fistuleux ou ayant subi des opérations antérieures, nous ont constamment donné des cultures de microbes pyogènes associées : 2 fois le staphylocoque doré, 2 fois le streptocoque, 1 fois ces deux microbes et un bacille saprophyte. Ajoutons que dans l'un de ces cas, qui avait été traité par la méthode sclérogène, l'inoculation du pus au cobaye provoqua un abcès, mais lorsqu'on tua l'animal au bout de 96 jours, on ne trouva aucune lésion tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 Février 1896.

Pathogénie des troubles de la lecture et de l'écriture chez les aphasiques moteurs corticaux.

MM. Thomas et **Roux.** — Les troubles de la lecture mentale, constants chez les aphasiques moteurs, consistent dans l'impossibilité de comprendre les mots non usuels, tandis que les mots usuels sont parfaitement compris.

Les auteurs ont constaté que les aphasiques moteurs ne comprennent plus un mot usuel si on l'écrit verticalement en mettant les lettres l'une au-dessous de l'autre; le mot n'est pas compris, même si l'on répète les lettres une à une plusieurs fois de suite, même si on le fait répéter au malade lorsqu'il commence à parler. Ce même monosyllabe est compris aussitôt qu'on le présente écrit dans sa forme ordinaire.

Il y a donc chez ces malades un trouble d'épellation. Ils ne savent pas passer des lettres à la syllabe que forment ces lettres, et cela explique l'impossibilité de lire les mots non usuels et même les mots usuels dont on modifie le dessin.

Le même trouble explique en partie l'agraphie des aphasiques

moteurs si le malade, ne sachant plus épeler, ne peut plus savoir quelles lettres il faut écrire pour reproduire le son du mot qu'on lui dicte. Or, comme l'épellation est avant tout un mécanisme moteur et auditivo-moteur, on comprend qu'un trouble dans les images motrices et auditives, tel qu'on le constate dans l'aphasie motrice, peut expliquer l'alexie et l'agraphie des aphasiques moteurs corticaux.

De la supériorité du silicofluorure de mercure sur le sublimé comme antiseptique.

MM. Hallion, Lefranc et **Poupinel.** — Des expériences bactériologiques pratiquées sur les bacilles pyocyanique, charbonneux et diphthérique, avec du bouillon et du sérum comme milieux de culture, nous autorisent à la conclusion suivante : le silicofluorure de mercure est doué d'un pouvoir antiseptique très notablement supérieur à celui du sublimé corrosif. Si l'on exprime par 1 le pouvoir antiseptique du sublimé, celui du silicofluorure de mercure est égal à 2. Le silicofluorure de mercure paraît être, dès lors, le plus puissant des antiseptiques actuellement connus.

Ce sel est, d'autre part, à en juger par des expériences sur le lapin et le cobaye, plutôt moins toxique que le sublimé.

Des essais variés et nombreux, que l'un de nous a poursuivis à l'hôpital Bichat, ont démontré que le silicofluorure de Hg employé en solution à 1 p. 1000 et en pommade à la vaseline au titre de 1 p. 2000, exerçait sur les plaies opératoires, sur les abcès chauds ou froids, sur l'eczéma, etc. une influence des plus remarquables et des plus rapides, sans présenter aucun inconvénient appréciable.

Rachitisme expérimental.

MM. Gley et **Charrin.** — Depuis plusieurs années, nous avons montré que l'action des toxines chez les ascendants pouvait déterminer des atrophies générales, du nanisme, des os volumineux au niveau des épiphyses, des incurvations, etc.

Ces lésions se retrouvent chez les sujets présentés à l'appréciation de la Société ; mais, de plus, on constate que le ventre est étalé, que la diarrhée est intermittente, que les poils sont hérissés, que l'urine est albumineuse, que le thorax est noué, que les épiphyses sont énormes, que les diaphyses sont incurvées, etc. ; le poids est de 9,85 : celui de sujets de la même portée, nourris de même, atteint 18,10 ; l'âge est de plus de 3 mois.

Il est impossible de reproduire plus complètement sur l'animal les désordres cliniques objectifs qui caractérisent le rachitisme, histologie et chimie remises à plus tard.

Sans nier le rôle des causes différentes, celui des toxines tuberculeuse, pyocyanique, diphthéritique, est établi ; c'est à ce titre qu'agit la syphilis, non comme entité spécifique : ainsi s'expliquent telles altérations para-syphilitiques comparées aux syphilitiques.

L'importance du problème pathologique relatif à cette question du rachitisme permet d'insister pour remarquer que le nombre des faits acquis, tous analogues, 14 actuellement, que la foule des témoins indemnes, écartent l'hypothèse de pures coïncidences ; en une seule année, nous avons agi sur plus de 70 mâles ou femelles, et cela depuis 1891.

Souvent on n'obtient aucun désordre ; dans d'autres cas on enregistre les modifications les plus disparates : cela varie avec les sujets, avec les virus, etc. C'est, d'ailleurs, ainsi que les choses se passent en pathologie humaine, but sans cesse visé ; là, le nombre des infectés, tuberculeux, syphilitiques ou autres, procréateurs, dépasse de beaucoup celui des tarés, pourtant, parfois, à des titres distincts, le père et la mère agissent, d'après l'observation.

Les cellules réagissent, annulent les actions des toxines ou les subissent à des degrés différents. Un agent peut changer, troubler ces propriétés cellulaires d'une façon durable ou courte, légère ou grave ; l'intensité, la longueur dans l'intervention, ou la brièveté, font osciller les aspects des accidents, sans influencer leur origine, sans empêcher la mise en jeu de ces propriétés cellulaires. Dira-t-on que le pouvoir chromogène d'une bactérie n'est pas une fonction de cette bactérie, parce qu'on la supprime au bout de quelques instants?

Ici, ce sont les qualités du système osseux, qui, sans être seules perturbées, le sont avec plus de gravité que les autres.

Diagnostic bactériologique précoce et sérothérapie dans la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse rapporte les résultats qu'il a obtenus en ensemençant le milieu d'Elsner (voir *Mercredi méd.*, 1895, n° 49, p. 1068 et *Gazette hebdom.*, 1896, n° 8, p. 93) avec les selles des typhiques. Sur 16 cas qu'il a étudiés, 13 ont donné des résultats positifs, c'est-à-dire que au bout de 2 ou 3 jours, on trouva sur le milieu d'Elsner une culture des bacilles d'Eberth. L'échec constaté dans 3 cas tenait deux fois à une faute de technique ; dans le 3e cas, les selles provenaient d'un petit malade guéri depuis 3 semaines de sa fièvre typhoïde. L'ensemencement des selles des individus bien portants ou des individus atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde a constamment donné des résultats négatifs.

Le milieu d'Elsner peut donc rendre de grands services dans les cas douteux. Ainsi, sur les 16 cas étudiés par M. Chantemesse, trois fois le diagnostic n'a été fait qu'après ensemencement des selles.

Le premier de ces cas est celui d'une jeune fille soignée dans le service de M. Dalché, à l'hôpital Beaujon. Après quelques jours de fièvre qui avaient fait porter le diagnostic probable de fièvre typhoïde, la maladie s'était jugée par une défervescence brusque acccompagnée d'éruption ortiée. Cette terminaison insolite avait fait écarter le premier diagnostic. Pendant la période fébrile, on a constaté la présence dans les garde-robes du bacille typhique.

Un second malade, cocher, entaché d'alcoolisme, était entré à l'hôpital ne se plaignant que de faiblesse. Il était apyrétique. Le premier diagnostic avait été de le considérer comme atteint d'un mélange d'intoxication et de paresse. Il avait encore des bacilles typhiques dans ses garde-robes. Une enquête plus attentive a permis de reconnaître que ce malade avait été atteint chez lui, pendant une quinzaine de jours, de fièvre typhoïde. Une 3e malade, venue à l'hôpital sans aucune fièvre, avec de la photophobie, du rétrécissement du champ visuel, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, avait aussi dans ses selles le bacille d'Eberth. 15 jours avant son entrée à l'hôpital elle avait eu de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements, des épistaxis, du vertige, de l'insomnie. Sous l'influence du poison typhique, à la place d'une réaction nerveuse thermique, elle avait présenté les manifestations de l'hystérie d'origine infectieuse.

En terminant M. Chantemesse rapporte 3 cas de fièvre typhoïde grave, où les injections de sérum de cheval immunisé contre la fièvre typhoïde, faites respectivement au 8e, 9e et 12e jour de l'infection ont amené la déferverscence progressive et la guérison définitive dans l'espace de 6 à 8 jours.

Sur le réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux central.

M. Babinski. — J'ai observé dans un certain nombre de cas d'hémiplégie ou de monoplégie crurale liée à une affection organique du système nerveux central une perturbation dans le réflexe cutané plantaire dont voici en quelques mots la description.

Du côté sain la piqûre de la plante du pied provoque, comme cela a lieu d'habitude à l'état normal, une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe et des orteils sur le métatarse.

Du côté paralysé une excitation semblable donne lieu aussi à une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe, *mais les orteils au lieu de se fléchir, exécutent un mouvement d'extension sur le métatarse.*

Il m'a été donné d'observer ce trouble dans des cas d'hémiplégie récente remontant à quelques jours seulement, ainsi que dans des cas d'hémiplégie spasmodique de plusieurs mois de durée ; je l'ai constaté chez des malades qui étaient incapables de mouvoir volontairement les orteils, comme aussi sur des sujets qui pouvaient encore faire exécuter aux orteils des mouvements volontaires. J'ai aussi observé dans plusieurs cas de

paraplégie crurale due à une lésion organique de la moelle une extension des orteils à la suite de la piqûre de la plante, mais comme, en pareil cas, il n'y a pas chez le malade même de point de comparaison, la réalité d'un trouble est moins manifeste.

En résumé le mouvement réflexe consécutif à la piqûre de la plante du pied peut subir dans les paralysies crurales reconnaissant pour cause une affection organique du système nerveux central non seulement, comme on le sait, une modification dans son intensité, mais aussi une perturbation dans sa forme.

M. Bourquelot fait une communication sur l'hydrolyse du raffinose par l'aspergillus niger.

M. Kauffmann décrit une méthode pour l'étude des transformations organiques et de l'origine immédiate de la chaleur dans l'organisme.

M. Comte expose un nouveau procédé d'exploration des organes à l'aide du phonendoscope.

M. Hulzé envoie une étude sur la composition de l'urine normale du cobaye.

M. Dubois (de Nancy) envoie une note sur un nouveau mode de culture du bacille de Koch.

M. Mongour (de Bordeaux) envoie une observation de lithiase intestinale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 Février 1896.

Présidence de Ch. Monod.

Traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Segond désire faire deux rectifications au rapport de M. Picqué.

A propos de l'observation VI du travail de M. Pinard, M. Picqué a dit que l'opération a été faite trop tard. Or, ce retard tenait tout simplement à ce fait que la malade ne se trouvait pas à Paris. En second lieu, M. Picqué a fait observer qu'on eût dû enlever le placenta et le kyste fœtal. Or, il était impossible de le faire, une anse intestinale étant enroulée autour des parois du kyste fœtal et étant très adhérente à ce kyste.

M. Picqué résume les faits qui ressortent de la discussion soulevée par son rapport. Il constate que la classification qu'il a proposée en grossesses extra-utérines avant 5 mois et en grossesses après 5 mois a été acceptée par tout le monde.

Il pense toutefois qu'il ne faut pas faire entrer dans la grossesse extra-utérine les cas où existe de la suppuration, ces cas appartenant aux suppurations pelviennes avec lesquelles il faut les discuter. Il n'y a donc à envisager que les complications qui sont les hématocèles enkystées et les inondations péritonéales.

L'hématocèle rétro-utérine compliquant la grossesse extra-utérine avant 5 mois est d'un diagnostic facile, mais il est difficile de dire si la collection est habitée ou non. Comme traitement, M. Picqué, après avoir été partisan de la laparotomie, n'emploie maintenant que l'incision vaginale.

Le diagnostic de l'inondation péritonéale est très difficile, mais, dans ce cas, sans attendre un diagnostic ferme, il faut se guider sur l'indication, et intervenir rapidement par la laparotomie exploratrice.

En somme, pour les grossesses extra-utérines évoluant normalement, avant 5 mois, il faut intervenir comme pour une tumeur maligne et en faire l'ablation. Il faut pratiquer la laparotomie.

Pour l'inondation péritonéale compliquant la grossesse extra-utérine, c'est encore à la laparotomie qu'il faut avoir recours. En règle générale, il faut enlever le placenta et le kyste fœtal, si possibilité il y a.

Quand il s'agit d'une hématocèle enkystée, il faut s'adresser à l'incision vaginale.

Taille hypogastrique pour calculs vésicaux.

M. Segond a fait un rapport sur 3 observations de calculs vésicaux traités par la taille, envoyées par M. Barrette, de Caen.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant guéri d'un calcul vésical dur par la taille hypogastrique. Dans ce cas M. Barrette a fait la taille parce qu'il s'agissait d'un enfant. Chez le second malade la taille a été préférée à cause de la dureté du calcul, chez le troisième parce que le calcul échappait au lithotriteur. Dans tous ces cas, M. Barrette draina la vessie. Ces malades ont guéri.

En rapportant ces observations, M. Segond insiste sur ce fait que les indications respectives de la taille et de la lithotritie varient avec les goûts et l'éducation chirurgicale du chirurgien. Il comprend donc que la taille soit toujours préférée à la lithotritie quand on n'est pas très au courant de cette dernière opération, et qu'au contraire le chirurgien qui possède parfaitement le maniement du lithotriteur, préfère la lithotritie à la taille.

Il semble pourtant à M. Segond que la lithotritie était parfaitement applicable dans les 3 cas de M. Barrette.

Chez les enfants, en effet, la lithotritie réussit à merveille et il en a observé de nombreux succès.

Chez le second malade, M. Barrette a préféré la taille en se fondant sur ce fait, que le calcul donnait avec le cathéter métallique un son clair. Il en a conclu que le calcul devait être très dur. Or, ce signe est insuffisant. On ne peut mesurer la dureté d'un calcul qu'avec le lithotriteur.

Un autre reproche que M. Segond adresse à M. Barrette, c'est de n'avoir pas fait la suture de la vessie chez ses opérés.

M. Lucas-Championnière, qui a pratiqué souvent la la lithotritie et l'a vu appliquer souvent par M. Guyon, trouve que pour faire une bonne lithotritie, il faut être très habile et très expérimenté et qu'en général il est plus facile de faire la taille.

Chez les enfants en particulier la taille constitue une opération plus facile que la lithotritie. Avec le lithotriteur on fait souvent des fausses routes. Aussi faut-il féliciter M. Barrette qui a obtenu 3 succès avec ses tailles; il n'en eût peut-être pas été de même s'il avait fait 3 lithotrities.

M. Félizet préfère la taille sus-pubienne à la lithotritie chez l'enfant. La taille débarrasse la vessie en une seule séance. Il est possible de plus d'amener la vessie contre la paroi abdominale au-dessus du pubis, au moyen d'un doigt introduit dans le rectum.

Enfin le méat urinaire est si petit chez l'enfant et le canal est si mince qu'il vaut mieux faire la taille que la lithotritie, car les lithotriteurs dont on peut se servir chez les enfants sont très faibles.

M. Segond préfère, comme M. Lucas-Championnière, une bonne taille à une lithotritie faite par une main malhabile.

Quant à la taille chez l'enfant, on peut débarrasser la vessie d'un calcul en une seule séance avec la lithotritie.

Technique opératoire de la désarticulation de la hanche pour les sarcomes du triceps ou du fémur.

M. Quénu décrit un nouveau procédé de désarticulation de la hanche, portant principalement sur la façon d'assurer l'hémostase. Il l'a exécuté, après avoir expérimenté sur le cadavre, chez un jeune malade porteur d'un sarcome du vaste externe refoulant les vaisseaux fémoraux et paraissant d'une vascularisation extrême. La masse des adducteurs semblait seule indemne, c'était évidemment là qu'il fallait prendre de l'étoffe, mais on ne pouvait se conformer aux préceptes donnés d'une façon précise par Farabeuf dans le tracé de sa raquette antérieure, l'altération néoplasique remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt du sommet du grand trochanter.

M. Quénu fut donc obligé de se contenter d'un véritable lambeau interne.

La modification introduite au plan opératoire porte essentiellement sur ce point, *de laisser l'artère fémorale adhérente à la tumeur*, de passer en dedans d'elle et de faire, avant de couper aucun muscle, la ligature systématique en avant des adducteurs de toutes les branches qui se détachent de la crurale ou de la fémorale profonde pour se relier derrière les adducteurs en une

immense arcade réunissant l'iliaque interne à la poplitée. Rien n'est plus facile et n'offre plus de sécurité.

Dès que les troncs de l'artère et de la veine fémorale ont été liés et sectionnés entre deux ligatures, on trace un lambeau interne dont la longueur soit largement égale au diamètre de la racine du membre; la peau seule est incisée et largement disséquée. La gaine des vaisseaux fémoraux ayant été ouverte d'un bout à l'autre le long du couturier, l'index va décoller jusqu'au fond la gouttière où gît la gaine vasculaire en glissant le long de son bord interne. On lie successivement les artères honteuses externes, la veine saphène interne près de son embouchure, puis, au niveau du bord externe du pectiné, on dégage et on coupe entre deux fils le tronc des circonflexes internes.

M. Tuffier a eu l'occasion de pratiquer une désarticulation de la hanche dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles M. Quénu a fait son opération. Il s'agissait d'un vaste sarcome de la cuisse. Comme il était impossible de faire un lambeau externe, M. Tuffier a fait un large lambeau interne allant jusqu'à mi-cuisse. Ce lambeau a parfaitement vécu.

Quant à l'hémostase, il l'a réalisée par la compression de l'aorte et de l'hypogastrique. Ce procédé réussit presque toujours chez les individus maigres après la section et la ligature des vaisseaux comme dans le procédé classique.

M. Tuffier fit tout d'abord une section intra-trochantérienne du fémur. Mais, étant donnée l'insuffisance de son lambeau il dut faire la désarticulation complète.

Laparotomie pour invagination intestinale.

M. Broca relate deux cas d'invagination intestinale qu'il a observés chez des enfants de 5 à 6 mois. Dans l'un, dont il présente la pièce, l'intervention ne fut pratiquée qu'au sixième jour. On trouva une section complète, au collet, du cylindre invaginé. Ce cylindre, formé par la fin de l'iléon, arrivait jusqu'à la partie supérieure du rectum et était entièrement gangrené. Le cylindre invaginant, formé par le côlon, était sphacelé en partie et se rompit. Cet échec est dû incontestablement à ce que l'opération a été trop tardive. Quand l'enfant a été opéré, il avait 40°5, ce qui indiquait la péritonite par perforation. En opérant de bonne heure, on peut avoir des succès remarquables : M. Broca a guéri récemment une enfant de 6 mois, opérée au troisième jour. On lui trouva deux invaginations : une descendante, iléocolique, et une ascendante, de l'S iliaque, se rencontrant par leur sommet vers l'angle gauche du côlon. La désinvagination fut faite en exprimant en sens inverse les boudins invaginés et non en tirant sur eux au collet. Chez ces deux enfants, on sentait un boudin vers l'hypochondre gauche. Il est à remarquer que sur 103 cas d'invagination chez l'enfant réunis tout récemment par F.-H. Wiggin, il n'y a presque que des observations anglaises, quelques rares américaines et allemandes, et pas une seule française.

M. Broca. — Voir page 193.

M. Lejars lit une observation de cholédoctomie.

M. Quénu présente une femme à laquelle il a fait la suture des droits pour une éventration de la ligne blanche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 Février 1896.

Tuberculose et urobilinurie.

M. Hayem a examiné, au point de vue de l'urobilinurie, tous les tuberculeux qu'il a actuellement dans ses salles et qui sont au nombre de 28. Or, cet examen n'a fait que le confirmer dans son opinion, à savoir que l'urobilinurie est très rare dans la tuberculose ordinaire, commune, et qu'on ne l'observe guère qu'au cas où le foie est intéressé (foie gras, foie tuberculeux, alcoolisme, etc.).

M. Chantemesse dit que cette pathogénie est absolument confirmée par la pathologie expérimentale. Ainsi les chevaux d'expérimentation à l'Institut Pasteur, soumis à l'inoculation de toxines et de virus divers, présentent fréquemment de l'urobilinurie sans troubles digestifs. Ceux qui succombent ont des dégénérescences graisseuses du foie extrêmement développées.

M. Hanot est d'accord avec M. Hayem sur le rôle du foie dans la production de l'urobilinurie. C'est surtout chez les tuberculeux dont le foie était touché qu'il a constaté ce phénomène et c'est à cette catégorie de tuberculeux qu'il faisait allusion.

Neuro-fibromatose généralisée.

M. Marie présente un malade chez lequel on trouve, très accusée, la triade symptomatique habituelle de cette affection, à savoir, outre les tumeurs, des taches pigmentaires très marquées et quelques très petits nævi vasculaires.

M. Marie qui a vu, l'an passé, deux autres cas de ce genre, a pu faire chez son malade l'étude histologique de quelques-uns de ces fibromes, et a constaté l'absence totale de nerfs dans ces tumeurs très nombreuses. Cette constatation va tout à fait à l'encontre de l'opinion de Recklinghausen.

M. Mathieu a observé également un cas analogue. Le malade avait un frère atteint de la même affection; ce serait donc une maladie familiale, fait sur lequel on a déjà attiré l'attention.

Desquamation consécutive à la fièvre typhoïde.

M. Comby a repris les recherches de M. Weil (de Lyon) sur la desquamation dans la fièvre typhoïde et a constaté que cette desquamation existait réellement dans les 19 cas de fièvre typhoïde infantile qu'il a obervés. Il a remarqué en outre, que ces desquamations de la peau, survenant à la suite de la fièvre typhoïde, succédaient toujours à des sudamina, étaient en rapport direct avec eux, représentaient plutôt un élément de pronostic favorable, et qu'elles étaient, enfin, indépendantes du traitement employé.

Il en résulte que la valeur séméiologique de la desquamation dans la fièvre typhoïde n'est autre que celle des sudamina qui la précèdent et la commandent.

M. Comby conclut donc que :

1° La desquamation est constante, ou presque constante dans la fièvre typhoïde des enfants.

2° Elle s'observe aussi à la suite des autres maladies fébriles.

3° Elle est toujours précédée d'une éruption plus ou moins abondante de sudamina. Son apparition semble impliquer un pronostic favorable.

A propos de la pathogénie de l'appendicite.

M. Talamon ne peut laisser passer sans protestation la note communiquée par M. Dieulafoy dans l'avant-dernière séance sur la théorie pathogénique de l'appendicite.

Dans cette note, M. Dieulafoy avance que, d'après les recherches auxquelles il s'est livré, « il a pu édifier la théorie de l'appendicite par *cavité close* chez l'homme ».

Or, je tiens à rappeler que, dès 1882, dans une communication faite à la *Société anatomique*, j'ai déjà proposé cette explication des phénomènes de l'appendicite et cela dans des termes que je me permets de rappeler à la Société.

« Les scybales, disais-je (*Bull. soc. anat.*, mars 1882, et *Progrès médical*, 16 décembre 1882) engagées dans l'appendice par quelques contraction intempestive du cæcum y ont pénétré à frottement et se sont enclavées à la partie supérieure de de l'étroit canal. De là deux conséquences : d'une part, elles ont fermé à la manière d'un bouchon l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cæcum; de l'autre, par suite de leur diamètre 3 ou 4 fois plus considérable que la lumière du canal, elles ont exercé une compression sur les parois de l'appendice et et gêné de toutes façons la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice supérieur a eu pour résultat l'accumulation des produits de sécrétion et la distension de l'appendice. Or, à la surface de la muqueuse intestinale existent en permanence des germes de bactéries qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se multiplier à l'infini. Quelle meilleure condition peut leur être fournie que cette stagnation subite d'un liquide alcalin et essentiellement fermentescible? Aussi les bactéries ont-elles pullulé dans l'appendice oblitéré et dilaté *comme dans un vase clos*.

« Mais ce n'est pas tout : cette pullulation n'aurait pas eu d'inconvénients immédiats si les parois de l'appendice avaient conservé leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques vivants et bien nourris à la pénétrations des bactéries est pour ainsi dire invincible. Mais cette bonne nutrition et par suite cette résistance sont exactement proportionelles à l'activité de la circulation sanguine. Or, nous l'avons vu, les corps étrangers enclavés dans la lumière étroite de l'appendice comprimaient ses parois et entravaient la circulation de ses canaux vasculaires. La nutrition des éléments des diverses tuniques de l'intestin se trouvait donc ralentie et leur résistance vitale affaiblie au minimum. Les bactéries inoffensives à l'état normal et impuissantes contre des éléments sains, ont triomphé sans peine de ces éléments séparés de leur liquide nourricier, y ont pullulé de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice, et par deux points ont réussi enfin à faire irruption dans le péritoine dont elles ont provoqué l'inflammation générale. »

Telle est l'idée première de la théorie de l'appendicite par *cavité close*. Je crois qu'elle est suffisamment explicite, aussi bien au point de vue de la stagnation du liquide dans l'appendice dilaté et oblitéré qu'au point de vue du rôle actif des microbes de l'intestin.

Cette idée, je l'ai reprise et développée en 1890. J'ai montré comment, suivant le degré de constriction exercée sur les parois, suivant la qualité des microbes emprisonnés dans l'appendice, suivant leur virulence, l'intensité du processus inflammatoire peut varier depuis la simple inflammation exsudative jusqu'à la perforation limitée et à la gangrène totale de l'appendice.

Pour mieux préciser mon idée, j'ai comparé les accidents de l'appendicite à ceux de la lithiase biliaire et, pour en montrer les analogies, j'ai créé le mot de *colique appendiculaire*.

En somme, comme vous le voyez, cette théorie pathogénique est absolument analogue à celle exposée par M. Dieulafoy dans l'une des précédentes séances.

Abcès sous-cutanés à pneumocoques à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pneumonie.

MM. Louis Guinon et **Bureau** ont observé aux mois de décembre et de janvier deux cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques, développés à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pleuropneumonie grave.

Ces malades étaient deux adultes peu vigoureux; l'un avait une pneumonie double, l'autre une pneumonie massive du côté droit; tous deux furent plongés pendant plusieurs jours dans un état grave, adynamique, ils furent traités par les enveloppements froids, l'alcool et les injections de caféine. Tous deux, au moment où la température commençait à baisser, présentèrent une pleurésie purulente droite à pneumocoques qui nécessita l'intervention chirurgicale. Ces abcès ne furent reconnus que quelques jours après leur début; ils furent peu douloureux; leur volume variant de celui d'une noix à celui du poing, ils guérirent très rapidement, sans drainage, après une simple incision, Le pus était verdâtre, épais, et contenait à l'état de pureté des pneumocoques très virulents. Ces cas sont comparables à ceux communiqués à la Société de biologie, par MM. Zuber, Méry.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 4e trimestre 1895.

Inversion splanchnique.

M. Pic communique, avec pièces à l'appui, l'observation d'un cas d'inversion totale splanchnique.

M. Bard a vu 3 cas d'inversion totale des viscères et a eu l'occasion d'en faire les autopsies.

Il a observé plusieurs cas de dextrocardie simple, il n'admet pas l'inversion des cavités.

Le diagnostic différentiel entre la dextrocardie et le refoulement du cœur à droite se reconnaît par la palpation de la pointe, jointe à la reconnaissance de la base par le claquement sigmoïdien.

La description classique du mécanisme du déplacement du cœur n'est pas exacte. Ce n'est pas la pointe qui est refoulée à droite. C'est la base qui s'abaisse; il y a en somme exagération de l'axe d'inclinaison.

Un procédé de délimitation des organes.

M. Linossier fait une communication sur un nouveau procédé de délimitation des organes. — Au congrès de Rome, en 1894 un médecin russe, M. Bendersky, de Kiew, a décrit un procédé dans lequel il combine la percussion légère à l'emploi d'un stéthoscope mou; on obtiendrait ainsi la perception de vibrations qui cessent brusquement dès que la percussion a dépassé les limites de l'organe. — M. Linossier fait l'inverse de M. Bendersky; il percute toujours le point le point le plus superficiel de l'organe et déplace le stéthoscope spécial à pavillon linéaire qu'il a fait construire à cet usage. Mais il signale plusieurs causes d'erreur; les muscles, les tissus œdématiés, les côtes peuvent vibrer pour le propre compte. Néanmoins cette méthode a permis à M. Linossier de délimiter une pleurésie, une pneumonie du sommet, une bronchopneumonie et des néoplasmes.

M. Glénard, qui a été initié à la méthode par Bendersky lui-même, pense que l'on ne perçoit ainsi que les vibrations du revêtement cutané dans un certain périmètre autour du point d'application du stéthoscope. Il ne pense pas que la percussion auscultatoire ait dès lors une importance considérable.

M. H. Royet revient sur la communication de M. Linossier relative à la délimitation des organes. Il y fait deux objections. D'une part les stéthoscopes mous lui paraissent inférieurs aux stéthoscopes durs, parce que les pressions centripètes exercées sur le tympan influencent d'une façon notable l'audition en la diminuant.

D'autre part ce procédé n'est pas basé sur la perception d'un son par l'oreille, mais sur celle d'un choc. Aussi M. Royet propose-t-il de suppléer à la percussion l'application d'un diapason vibrant longtemps.

Paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus.

M. Tixier présente un malade que M. Jaboulay avait guéri d'une paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus au tiers moyen, en libérant le nerf emprisonné dans le cal. Depuis les accidents paralytiques ont reparu, avec des phénomènes douloureux irradiés dans tout le plexus brachial; le 3 décembre M. Jaboulay est intervenu à nouveau et a libéré le nerf, qui se trouvait dans un véritable tunnel fibreux, très dur. Immédiatement les douleurs ont cessé et la motilité a reparu ainsi que la sensibilité.

Il est à craindre qu'avec la cicatrisation les mêmes accidents ne se reproduisent.

M. Tixier a présenté pour la troisième fois sa malade atteinte de paraplégie radiale consécutive à une fracture de l'humérus. La deuxième opération remontait à deux mois et la guérison était absolue.

Névrome plexiforme de la paupière supérieure et de la région temporale droite.

M. Jacqueau présente, au nom de M. Rollet et au sien, un jeune malade atteint depuis l'âge de 3 mois d'un névrome plexiforme de la paupière supérieure et de la région temporale droite, qui a grossi progressivement au point d'empêcher totalement la vision du côté droit par ptosis et hypertrophie de la paupière. On constate les signes habituels des névromes plexiformes; le plan osseux sous-jacent est déformé et bombé en dehors. L'indolence est complète; la peau présente quelques taches pigmentaires. M. Rollet se propose par une large intervention d'enlever le plus possible de la tumeur.

M. Tellier s'appuie sur ce fait que la tumeur grossit quand le malade tousse ou penche la tête un instant pour penser plutôt à une méningocèle.

M. Vallas, constatant le même fait et des veines superficielles, croit à un angiome; il a opéré un cas analogue à la Croix-Rousse.

M. Gangolphe partage cette opinion.

A la séance suivante **M. Jacqueau** revient sur sa communication : le malade a été opéré par M. Rollet, l'examen macroscopique et histologique de la tumeur ont complètement justifié le diagnostic de névrome plexiforme.

Tumeur bénigne du foie.

M. Hassler présente un malade porteur depuis trois ans d'une tumeur abdominale à évolution lente et dont le diagnostic est difficile. Il pense qu'il faut songer à une tumeur du lobe gauche du foie; peut-être à un kyste hydatique. Mais aucune intervention ne semble indiquée pour le moment.

Pneumatocèle.

M. Gerest présente un malade atteint de pneumatocèle frontale consécutive à une lésion syphilitique de la lame externe du frontal; la fistule qui fait communiquer la tumeur avec la fosse nasale n'est pas toujours ouverte et la pneumatocèle n'est pas réductible.

Chlorome de la dure-mère.

MM. Paviot et **Gallois** présentent les pièces anatomiques relatives à un cas de cancer de la dure-mère, *cancer vert d'Aran, chlorome de King*. Sans préjuger de la nature et de l'origine de la lésion, les auteurs rappellent que ces cas sont rares.

A l'autopsie : deux tumeurs sous forme de plaques épaisses occupent les deux orbites en dehors de la capsule de Tenon et du tissu adipeux, peu adhérentes à l'os. Nerfs optiques normaux, sans œdème de la gaine, hémorrhagies rétiniennes des deux côtés. Traînées vert-grisâtre, disséminées à la surface de la dure-mère, surtout le long du sinus longitudinal et de la méningée moyenne. Tumeurs dans l'épaisseur de la dure-mère faisant saillie dans les sinus sans y être à nu. Cerveau intact. Tumeur de la fosse temporale gauche, verte aussi, filant dans les fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire; envahissement du corps du sphénoïde seul, mais ni l'ethmoïde, ni les fosses nasales. Sur le crâne, placards verts recouvrant les deux bosses occipitales et disséminés le long de la suture sagittale. Généralisation au poumon droit; aux deux reins sous forme de taches vertes, à la rate sous forme de gaine verte entourant les vaisseaux, au foie de la même façon; enfin, le long du rachis, de chaque côté et même ayant envahi le canal rachidien, restant en dehors de la dure-mère; grosse masse verdâtre épaisse de 2 centimètres occupant toute la face antérieure du sacrum; autre masse de même épaisseur à la face postérieure du sternum; traînées, taches ou tumeurs verdâtres dans les fosses iliaques, dans le bassin au niveau du fond de la cavité cotyloïde, sur la première côte, sur l'omoplate à la base de l'apophyse coracoïde. La moelle osseuse du fémur et de l'humérus est prise.

Les tumeurs ne raréfient l'os sous-jacent que si elles atteignent un certain volume, autrement elles s'arrachent avec le périoste.

Tous les ganglions prévertébraux, ceux du hile du foie, de la tête du pancréas sont verdâtres et de consistance élastique. Enfin les *plaques de Peyer et les points lymphatiques* de tout le gros intestin sont tuméfiés et présentent la teinte gris verdâtre.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso et globo-cellulaire et que *la néoplasie avait incontestablement envahi les plaques de Peyer et les points lymphatiques*, il n'y a de pigment ni dans le stroma, qui est presque nul, ni dans les cellules.

Le cas est, en somme, absolument superposable, tant au point de vue clinique que macroscopique, aux 4 cas d'Aran et à ceux que M. Lang a rassemblés. Les auteurs entreprendront des recherches au sujet de la coloration et les communiqueront ultérieurement s'ils ont des résultats positifs.

Action de la lumière sur les noyaux des cônes et des bâtonnets de la rétine.

M. Louis Dor. — On connaît la migration du pigment rétinien sous l'influence de la lumière, et les mouvements des cônes qui se raccourcissent sous l'influence de la lumière et s'allongent dans l'obscurité; mais on se demande pourquoi ces mouvements, très manifestes chez certains animaux comme la grenouille, ne le sont pas chez la tortue, les mammifères et l'homme. M. Louis Dor, pense, après expérimentation sur la grenouille dont la rétine est fixée au formol, que la contractilité des cônes n'est pas démontrée par le fait de leur raccourcissement sous l'influence de la lumière, puisqu'on peut en donner une autre interprétation et qu'il faut tenir compte de ce fait que la lumière modifie les noyaux des cellules visuelles.

Diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation.

M. Bouveret — A propos d'une femme chez laquelle on avait cru à un rétrécissement cicatriciel du pylore, et que l'insufflation de l'estomac a montrée atteinte d'un rétrécissement médio-gastrique, M. Bouveret insiste sur ce procédé de diagnostic. Il faut considérer deux cas, ou bien les deux poches stomacales restent en communication pendant l'insufflation ou bien l'orifice qui les réunit n'est plus perméable. Dans le premier cas l'estomac apparaît nettement bilobé; dans le second on peut constater les signes suivant :

1° Contraste entre les résultats de la palpation (recherche de la limite inférieure du clapotage) et ceux de l'insufflation, la palpation localisant la grande courbure plus ou moins au-dessous de l'ombilic, tandis que l'insufflation la fait apparaître beaucoup plus haut au dessus de l'ombilic, même au-dessus des fausses côtes gauches.

2° Petite dimension de la cavité distendue par l'insufflation, ce qui ne concorde pas avec la notion d'une sténose pylorique.

3° Position du point rétréci : au niveau ou à gauche de la ligne médiane.

Néphrectomie pour rein tuberculeux.

M. Rafin présente une malade de 33 ans qu'il a opérée le 8 juin 1895 pour une pyonéphrose tuberculeuse. Cette femme, qui avait eu antérieurement une adénite cervicale suppurée, a commencé sa maladie 2 mois après un accouchement, il y a 4 ans. Elle eut des douleurs dans le côté droit et des mictions purulentes non douloureuses. Après une rémission, les douleurs reprirent en janvier 1894; 6 mois après, mictions douloureuses. Pas d'hématurie. Dès lors les symptômes vésicaux furent dominants. Au palper, on sent le rein droit formant une tumeur assez considérable et mobile. Etat général médiocre; 38°5 le soir.

La néphrotomie donna issue à du pus et montra le rein largement atteint, mais possible à conserver. Incision lombaire, unification des poches; suture des bords de la plaie rénale à la peau. L'examen histologique a prouvé la nature tuberculeuse.

M. Rafin présente en outre un rein qu'il a enlevé il y a 10 jours à une malade de 20 ans qui avait eu, en 1885, une tumeur blanche suppurée du genou, actuellement guérie. L'affection rénale droite remonte à 4 ans. La néphrectomie lombaire sous-capsulaire a été pratiquée. La pièce enlevée est constituée par un rein caverneux tuberculeux avec des lésions très avancées.

Cysticerque dans l'œil.

M. Dor présente une jeune fille qui présente une vésicule blanchâtre dans le corps vitré. C'est le second cas de ce genre qu'il observe. Il compte enlever ce cysticerque.

Lésions médullaires par fractures de la colonne vertébrale.

M. Briau présente la moelle d'un malade entré dans le service de M. Gangolphe pour fracture de la colonne vertébrale et mort rapidement.

Les fractures portaient sur la 7e cervicale, la 5e dorsale et la 2e lombaire. Le canal lombaire n'était pas rétréci par les fragments; mais la moelle, au niveau de la 7e cervicale, était aplatie. Au niveau de la 2e lombaire, elle était en bouillie. Ces lésions

étaient en rapport avec un épanchement sanguin, et une intervention précoce aurait pu être utile.

Épithélioma du larynx.

M. Chapuis présente le larynx d'un individu mort en quelques jours d'un épithélioma métastatique du larynx consécutif à un épithélioma développé sur un ulcère de jambe pour lequel le malade avait été amputé. Une ulcération de 2 centimètres ayant rongé la corde vocale supérieure s'était produite en 8 à 9 jours.

Fibrome du fond de l'utérus. Opération de Porro.

M. Pollosson présente les pièces résultant d'une opération de Porro pour un fibrome développé sur le fond de l'utérus, chez une primipare. La malade avait, quelques mois avant sa grossesse, fait une fausse couche et n'avait aucun symptôme de fibrome.

L'opération, faite à 7 mois 1/2, permit d'extraire un enfant vivant de 3kil200 et l'utérus avec le fibrome. Celui-ci, implanté sur la face postérieure du fond de l'utérus, était sous-péritonéal.

Endocardite végétante à streptocoques.

M. Alep présente le cœur d'une malade morte dans le service de M. Lyonnet. A l'autopsie, on trouva un énorme infarctus de la rate, un autre dans le rein droit. Les 2 reins étaient atteints de néphrite tuberculeuse. Œdème cérébral, poumons congestionnés. Le sang du cœur contenait en abondance des streptocoques et quelques bâtonnets ressemblant au coli-bacille qu'on n'a pu isoler. Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte se trouvaient de nombreuses végétations récentes, dont une volumineuse occupait toute la valve externe.

Aseptol comme réactif de l'albumine dans l'urine.

M. Barral présente l'aseptol comme réactif très sensible de l'albumine dans l'urine; il y décèle de 3 à 4 milligrammes d'albumine par litre, il dissout les phosphates et les urates. Son seul inconvénient est de précipiter le mucus et les peptones.

M. Pic reproche au réactif nouveau sa trop grande sensibilité. En clinique les moyens ordinaires suffisent amplement.

M. Dor, avec les chirurgiens, voudrait un réactif qui permette, en cas de cystite, de différencier les albuminoïdes sécrétés par les microbes de l'albumine du sang ou du pus.

M. Linossier pense qu'il y aurait un grave inconvénient à substituer couramment en clinique ce réactif trop sensible aux réactifs habituels qui suffisent. L'urine contient en effet normalement des traces minimes d'albumine; de plus on observe fréquemment des albuminuries passagères sans lésions.

Le réactif de M. Barral devra donc être réservé pour des cas tout à fait spéciaux, où il sera très utile.

Fibromes utérins dégénérés.

M. Bérard donne le résultat de l'examen histologique de deux fibromes utérins dégénérés.

Dans un des cas, où la surface de section était parsemée de noyaux mous, blanchâtres, il s'agissait de dégénérescences myxo-sarcomateuses. Dans l'autre, où la surface de section présentait des portions dégénérées de tissus rouges, mous, sillonnés de gros vaisseaux, comparables à une éponge sanguine, on avait affaire à un myome malin. Les deux malades sont d'ailleurs guéries.

Tumeur intrapéritonéale sus-ombilicale.

M. Hassler a opéré, le 11 janvier 1896, une malade dont l'observation a été publiée dans *la Province médicale*, n° 50, 14 décembre 1895, et qui portait une tumeur intrapéritonéale sus-ombilicale mobile d'un diagnostic difficile. Le ventre ouvert on a constaté : 1° que la tumeur avait le volume du poing et faisait corps en avant avec le lobe gauche du foie, en arrière avec le pylore; elle était dure, bosselée et présentait à la périphérie des masses arrondies, les unes dures, roses, transparentes, comparables aux enchondromes des doigts, les autres dures, opaques, blanches et lisses. L'extirpation de la tumeur étant impossible, des fragments furent prélevés pour l'examen.

2° Le foie n'était pas déformé, mais présentait quelques nodosités lisses dures, arrondies, grosse comme des noisettes, au voisinage de la tumeur.

Les suites de l'opération furent simples. Après examen histologique fait par M. Dor, M. Hassler pense qu'il s'agit d'un fibro-lipome développé aux dépens d'une frange épiploïque qui se transforme en fibro-sarcome. Les nodosités hépatiques seraient dues à des embolies sarcomateuses. Le pronostic reste donc très réservé.

M. Bard, après avoir examiné les coupes, pense aussi qu'il s'agit d'un fibro-lipome en voie de transformation sarcomateuse.

M. Glénard fait des réserves pour le diagnostic de kyste hydatique. La laparotomie lui semble avoir été hâtive.

M. Poncet se range à l'avis de M. Hassler. Pour lui, il s'agit d'un néoplasme à marche relativement lente et peut-être, ajoute-t-il, la laparotomie simplement exploratrice qui a été faite, sera-t-elle curatrice, comme il l'a vu dans d'autres cas analogues.

M. Gangolphe doute des bons effets d'une laparotomie exploratrice.

M. Poncet pense que la laparotomie exploratrice peut agir aussi bien dans les cas de néoplasmes, que quand il s'agit de tuberculose.

M. Bard ne croit pas à la disparition spontanée des tumeurs mais à leur diminution après laparotomie exploratrice.

Hernie crurale étranglée. Anus contre nature.

M. Briau présente une malade chez laquelle on fit un anus contre nature, pour une hernie crurale étranglée depuis 4 jours, avec gangrène de l'intestin. Toutes les matières passèrent par l'orifice artificiel et rien par le rectum. M. Gangolphe, suivant la pratique de Mollière, fit donner des lavements glycérinés. Les matières ont repris leur cours et l'anus contre nature a guéri.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 12 Février 1896.

Hystérie traumatique par usage du téléphone.

M. Lehfeldt a presnté une jeune fille qui, par suite d'une imprudence dans le maniement du téléphone, a eu son corps traversé par le courant électrique. La malade a été examinée peu de temps après la commotion, et l'examen révéla l'existence d'une hémiplégie droite avec légère paralysie du facial inférieur, sans déviation de la langue. Les mouvements actifs étaient abolis dans les membres du côté droit. Du côté droit, on notait encore une anesthésie complète avec troubles sensoriels de la vue, de l'ouïe, de la gustation et de l'odorat. Les réflexes, et surtout le réflexe rotulien du côté droit étaient exagérés, mais le phénomène du pied faisait défaut. Pas de fièvre; pouls à 120. Légère difficulté de miction.

Dans l'espace de quelques jours, la paralysie du bras droit a complètement disparu, mais, actuellement encore, il persiste une diminution de la force musculaire. Les mouvements actifs ont également reparu dans le membre inférieur, mais comme la compression du talon pendant la marche provoque des fourmillements douloureux, la malade tient encore la jambe

fléchie sur le genou. Les troubles sensitifs et sensoriels persistent encore sans modification.

Arthrite villeuse.

M. Schüller a décrit, il y a quelque temps, un micro-organisme qu'il a trouvé dans les villosités de l'arthrite rhumatismale chronique et qu'il considère comme l'agent pathogène de cette affection. En injectant les cultures pures de ce micro-organisme dans les articulations des animaux, dans le genou du lapin, il est arrivé à reproduire une arthrite villeuse par voie expérimentale.

Aujourd'hui il présente les préparations microscopiques faites avec les villosités articulaires d'une malade atteinte d'arthrite rhumatismale chronique du poignet. Sur ces préparations on peut voir les microorganismes spécifiques qui ressemblent beaucoup au *bacillus prodigiosus*.

M. Schüller a été frappé de ce fait, que les malades chez lesquels il a trouvé son bacille étaient fréquemment atteints de rhinite catarrhale. Il a examiné les sécrétions nasales de ces malades et y trouva fréquemment son bacille. Ce bacille fut encore dans les sécrétions vaginales, puis dans l'urine d'une autre malade, et dans les crachats d'une troisième. Tous ces malades avaient des arthrites rhumatismales chroniques. On peut donc penser que la porte d'entré de l'infection est tantôt le nez, tantôt le vagin, tantôt la vessie.

Épidémie familiale de syphilis extra-génitale.

M. Gebert a observé une femme qui présentait un chancre du mamelon. Son mari, examiné avec grand soin, ne présentait pas trace de syphilis, et l'enquête faite sur l'origine de la syphilis extra-génitale de la femme donna les résultats suivants.

Dans une famille où la malade allait avec son enfant, la jeune fille aînée avait contracté la syphilis de son fiancé avec lequel elle a eu des rapports. La fiancée avait à son tour contaminé deux de ses sœurs et trois de ses frères, qui tous présentaient des chancres extra-génitaux, qui à la bouche, qui sur la langue, qui sur les amygdales. C'est dans cette famille que le nourrisson avait été infecté et il a transmis le mal à sa mère. Enfin le même nourrisson a contaminé un autre nourrisson d'une autre famille par l'intermédiaire de son biberon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 11 Février 1896.

Maladie de Basedow.

M. Peltesohn présente un cas fruste de maladie de Basedow. La malade n'a pas d'exophtalmie ni de goître, mais offre seulement le signe de Graefe, le signe de Stellwag, un tremblement des mains, un pouls fréquents et des rougeurs fugaces de la face.

Dans un autre cas observé par M. Peltesohn, la maladie de Basedow s'était développée très rapidement après une irido-choroïdite subaiguë suivie d'éruption d'abcès multiples sur la cuisse. On peut se demander si ces derniers phénomènes ne sont pas le résultat d'une auto-intoxication résultant de l'insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde.

M. Lemcke a fait encore la thyroïdectomie partielle chez deux basedowiens. Sa statistique personnelle porte ainsi sur 17 cas.

Dans le premier cas, les phénomènes asphyxiques avaient nécessité une trachéotomie, mais le décanulement n'a pu être fait qu'après la thyroïdectomie partielle. Dans le second cas, les symptômes de dépression morale et intellectuelle prédominaient dans le tableau clinique.

Les deux opérés ont guéri.

M. Sænger partage entièrement l'opinion de Kocher, Mikulicz, Moebius, Strumpell et autres qui rejettent la thyroïdectomie dans le traitement de la maladie de Basedow. Chez ces malades on a affaire à des goîtres mous, facilement saignants, très vasculaires, et il ne faut pas oublier qu'on opère des individus peu résistants. L'opération ne pourrait être indiquée que dans la maladie de Basedow secondaire, quand les symptômes basedowiens se manifestent au cours d'un goître simple, peut-être à la suite de la compression du grand sympathique.

Du reste, si la maladie de Basedow vraie relève d'une auto-intoxication par insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde, la thyroïdectomie partielle, l'ablation d'un seul lobe ne met pas à l'abri de l'intoxication.

M. Kümmel pense que dans la maladie de Basedow il ne s'agit pas d'une simple hypersécrétion, mais d'une déviation pathologique de l'activité fonctionnelle et sécrétoire de la glande. D'une façon générale, les chirurgiens sont partisans de l'intervention quand la médication interne échoue, mais ils n'interviennent que lorsque le malade n'est pas trop affaibli. Personnellement M. Kümmel est intervenu dans 14 cas et plusieurs fois il a obtenu des succès éclatants.

M. Nonne fait observer que le tremblement est moins fréquent chez les basedowiens qu'on ne le suppose. Il a échappé à Basedow et à Graves, et ce sont Charcot et Marie qui ont attiré l'attention sur ce symptôme. L'influence manifeste de l'hérédité, l'éclosion brusque de la maladie et l'absence d'effets irritants des poisons qui paralysent les muscles permettent d'affirmer que la maladie de Basedow n est pas le résultat d'une auto-intoxication.

M. Franke a observé dans un cas très nettement des pulsations artérielles dans la rétine : elles ont disparu après la thyroïdectomie.

M. Deutschmann fait observer que l'exophthalmie est produite par une replétion des vaisseaux rétrobulbaires et disparaît en grande partie après la mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Tuberculose des os du crâne.

M. Koch a eu récemment l'occasion d'intervenir dans trois cas de tuberculose des os du crâne.

Dans le premier cas il s'agissait d'une tuberculose progressive, infiltrée, du pariétal droit chez une fillette de 2 ans. La lésion, qui avait envahi tout le pariétal et la partie adjacente du temporal, a abouti à la formation d'un séquestre qui occupait toute l'épaisseur de l'os. Une partie du séquestre a été enlevée par une série d'interventions, une autre s'élimina spontanément. Au cours du traitement un autre foyer tuberculeux se forma dans le maxillaire inférieur gauche, et un troisième au niveau des parties molles de la fesse. La malade succomba au bout de 18 mois à la cachexie tuberculeuse.

Le second cas est celui d'une jeune fille de 20 ans, à hérédité tuberculeuse, entrée à la clinique pour plusieurs tumeurs fluctantes occupant la face. A l'examen on trouva au mileu du front, recouverts par la peau ayant conservé son aspect normal, une petite tumeur fluctuante, des dimensions d'une œuf de poule, faisant corps avec l'os sous-jacent. Deux autres tumeurs analogues, mais plus petites, siégeaient sur le pariétal droit. Le genou droit était tuméfié, douloureux, légèrement ankylosé.

L'intervention consista dans l'ouverture et l'évacuation des trois abcès. L'abcès du front, qui contenait un pus caséeux, était formé par une cavité creusée dans l'épaisseur du frontal et tapissée de granulations. Le tissu osseux lui-même était dénudé, pâle, infiltré de matières caséeuses qui se propageaient jusqu'à la dure-mère. Les abcès qui siégeaient au niveau du temporal présentaient le même aspect. Toutes ces parties furent enlevées à la curette et les plaies pansées à plat. La cicatrisation se fit très lentement et la malade quitta l'hôpital avant d'être complètement guérie.

Le troisième cas se rapporte à un homme de 36 ans, récemment opéré pour un abcès ossifluent du dos. Un an après cette intervention il entra à la clinique pour un abcès froid, des dimensions d'un œuf de poule, occupant le centre du pariétal droit. Un autre abcès froid se trouvait dans le milieu de la crête iliaque gauche.

L'opération a été conduite comme dans le cas précédent. Le cuir chevelu a été fendu au niveau de l'abcès, le pus caséeux

évacué, et toute la portion du pariétal infiltrée de matière caséeuse jusqu'à la dure-mère enlevée à la curette. L'abcès de l'os iliaque a été traité de la même façon. La cicatrisation fut longue à se faire.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 14 Février 1896.

Splénectomie pour rupture de la rate.

MM. Pitt et Ballance. — Observation I. — Un garçon de 10 ans entra à l'hôpital le 11 septembre 1895. Depuis le matin il avait de grandes douleurs dans l'abdomen; on avait fait le diagnostic d'hémorrhagie interne. Cinq jours avant, jouant au cricket, cet enfant avait reçu un violent coup dans le côté gauche. La douleur s'était calmée au bout de quelques heures. L'enfant était dans le collapsus; il était très pâle, la peau était froide, le pouls petit et rapide, la respiration rapide et diaphragmatique. L'abdomen était tendu et proéminent; il y avait de la matité au niveau des 2 flancs. En faisant changer le malade de position on arrivait à faire disparaître la matité d'une façon complète dans le flanc droit, en partie seulement dans le flanc gauche. Le petit malade revint un peu à lui et on l'opéra. On fit une petite incision, au-dessous de l'ombilic; à l'ouverture du péritoine on vit jaillir une grande quantité de sang liquide. Pensant à une rupture de la rate, on incisa aussitôt au niveau de la partie supérieure de la courbe semi-lunaire gauche; on découvrit ainsi une grande quantité de caillots qu'on enleva et on arriva sur la rate, qui était rompue au niveau de ses faces phrénique et rénale; ces ruptures se prolongeaient jusqu'au hile et intéressaient les vaisseaux. On lia le pédicule et on enleva la rate; on enleva toute trace de sang et de caillots. L'enfant guérit. On examina le sang du malade et on nota une diminution des hématies et une augmentation du nombre des leucocytes. Six semaines après le rapport normal se trouvait rétabli. Actuellement cet enfant va bien, mais les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux sont manifestement hypertrophiés.

Obs. II. — Une femme de 45 ans, entra à l'hôpital le 15 septembre 1895; une voiture lui avait passé sur le corps. On ne sentait pas son pouls, elle était pâle, la peau était froide et couverte d'une sueur visqueuse. Il y avait de la matité dans le flanc gauche; on retira un peu de sang de la vessie. La malade ne revint pas assez à elle pour qu'on pût opérer avant le lendemain. Cependant le liquide épanché dans l'abdomen avait augmenté; il y avait de la matité dans les 2 flancs, on pouvait faire disparaître celle du flanc droit par un changement de position, mais celle du flanc gauche restait invariable. On ouvrit le ventre. La rate était déchirée sur sa face gastrique et les vaisseaux du hile étaient rompus. On enleva de l'abdomen une quantité énorme de sang et de caillots. On emporta la malade à l'amphithéâtre dans un état désespéré; cependant elle alla graduellement mieux et le 10e jour elle paraissait entrer en convalescence. Puis elle alla de plus en plus mal, si bien qu'au 18e jour son état devint alarmant. Elle était très amaigrie et très faible; le pouls était rapide, l'état général mauvais. Il y avait une élévation de température quotidienne s'accompagnant de soif intense, de somnolence, de douleurs dans l'abdomen et les membres, le long des os. Il y avait 3 500 000 hématies, 20 000 leucocytes par millimètre cube. On donna alors chaque jour à la malade de l'extrait de rate de mouton et de la moelle osseuse crue. A partir de ce moment la malade alla graduellement de mieux en mieux, elle finit par regagner son poids normal. Il n'y eut pas, comme dans le cas précédent, d'hypertrophie générale des ganglions.

Obs. III. — Un homme de 36 ans entra à l'hôpital le 12 octobre 1895; il était tombé d'une grande hauteur (2 mètres) et s'était frappé le côté gauche sur une grille en fer. Il avait des douleurs du côté gauche et était un peu pâle; du reste il allait bien. Au bout de quelques heures son état s'aggrava subitement; il devint d'une pâleur cadavérique, on ne sentait presque plus le pouls, les extrémités étaient froides et la respiration devint rapide. Il y avait de la matité au niveau des 2 flancs, mais on ne pouvait pas faire entièrement disparaître celle du côté gauche par le changement de position. Les douleurs abdominales étaient très intenses et le malade avait la sensation qu'il allait mourir. On lui donna des cordiaux; il revint un peu à lui et on put l'opérer.

Cependant la quantité de liquide épanché dans l'abdomen avait beaucoup augmenté. Quand on fit l'incision une énorme quantité de sang jaillit; la rate était complètement déchirée en travers et les vaisseaux du hile étaient rompus. Le nettoyage de la cavité péritonéale fut long. L'opéré alla de mieux en mieux et au bout de 15 jours il paraissait entrer en convalescence; puis il alla de plus en plus mal et présenta les symptômes de l'anémie la plus marquée; il maigrit beaucoup et devint très faible; il y avait tous les jours de la fièvre et le pouls était rapide. Il avait aussi des lipothymies, des céphalées, une soif intense, de fortes douleurs abdominales et il rendait une énorme quantité d'urine. Il y avait 2 500 000 hématies et 17 000 leucocytes par millimètre cube. On donna au malade de l'huile de foie de morue et de la moelle osseuse, mais ce ne fut que l'arsenic qui amena une réelle amélioration. Au bout de 2 mois le nombre des hématies et des leucocytes redevint normal. Actuellement ce sujet va très bien, mais tous ses ganglions lymphatiques externes sont hypertrophiés.

Les points principaux du diagnostic sont les suivants pour la rupture de la rate : 1° le point où a porté le traumatisme; 2° les signes évidents d'une hémorrhagie interne; 3° l'augmentation de la matité de la rate; 4° la matité des deux flancs, qu'on ne peut faire disparaître entièrement par le changement de position que du côté droit.

M. Mott. — On sait que la rate se contracte rhythmiquement; cela plaide en faveur de l'ablation de la rate, dans les cas de rupture, car ces contractions prédisposent à l'hémorrhagie.

Pneumothorax au cours de la fièvre typhoïde.

M. White. — Un jeune homme de 19 ans eut une fièvre typhoïde suivie d'une rechute grave. Il était en convalescence, lorsqu'au 41e jour, allant à la garde-robe à la suite d'un lavement, il tomba tout d'un coup dans le collapsus, devint pâle, baigné de sueur et on ne sentit presque plus le pouls. Précédemment on avait constaté l'existence d'un petit épanchement à la base de la plèvre gauche; après cette crise on reconnut aussitôt tous les signes d'un pneumothorax gauche. On en conclut que, pendant que le malade faisait un effort, la plèvre affaiblie par l'inflammation, s'était rompue. On fit une ponction. On retira un liquide non purulent. Le malade alla d'abord un peu mieux, mais mourut 3 jours après. Le 2e cas est celui d'un garçon de 12 ans, qui pendant la 5e semaine de sa fièvre typhoïde, présenta les signes généraux et locaux d'un empyème localisé à la base droite. On chercha inutilement le pus par une ponction, mais le lendemain le malade en rendit un peu par la bouche après avoir toussé. La fièvre ne baissant, pas on se préparait à faire l'opération de l'empyème lorsque l'enfant, étant à la garde-robe, tomba brusquement dans le collapsus, devint pâle et présenta tous les symptômes d'un pneumothorax droit. Les inhalations d'oxygène le ranimèrent un peu. On ouvrit le côté droit de la poitrine : un pus fétide en sortit. L'enfant alla mieux, puis guérit.

M. Goodhart. — Un homme de 24 ans avait eu une pleurésie légère en 1891, puis il avait repris ses travaux; il fut pris de douleurs dans le côté droit et d'essoufflement quand il montait les escaliers. Puis il devint pâle, ayant de la dyspnée et présentant les symptômes du pneumothorax du côté droit; le cœur était déplacé à gauche. Il alla à la campagne pendant 2 mois, il en revint très bien. Le 5 juillet 1892 il fut brusquement pris d'un pneumothorax du côté gauche. Le cœur était repoussé à droite; comme précédemment il n'y eut pas d'angoisse intense. Les choses allèrent assez bien pendant l'automne et l'hiver; il n'y avait alors plus rien dans la poitrine. Il est probable que dans ce cas ces pneumothorax ont été produits par la rupture de vésicules d'emphysème.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic et traitement de l'aphonie hystérique,

Par le Dr M. Boulay, ancien interne des hôpitaux

L'aphonie hystérique est un des exemples les plus frappants, les plus typiques, de ces paralysies d'ordre psychique qui se développent si communément au cours de la grande névrose. Ses causes occasionnelles, ses caractères cliniques, ses allures capricieuses, les divers modes de traitement auxquels elle est accessible, tout en elle éloigne l'idée d'une lésion locale matérielle pour éveiller celle d'un simple trouble fonctionnel des centres supérieurs ou, pour mieux dire, du centre phonatoire dont l'action est suspendue, arrêtée, enrayée, pour un temps plus ou moins long. Il semble que ce soit à son intention qu'ait été imaginée la théorie de l'inhibition. Tous les traitements employés contre elle ont précisément pour but de faire cesser cette action inhibitoire, de lever l'obstacle qu'oppose seul le cerveau à l'adduction et à la tension normales des cordes vocales. Les muscles du larynx sont en effet si peu touchés que, dans bon nombre de cas, on peut instantanément leur faire recouvrer leurs fonctions : c'est le triomphe de la médication suggestive.

Mais, avant de passer en revue les divers moyens dont l'action suggestive est la plus efficace dans le cas particulier, il sera bon d'indiquer les caractères auxquels on peut reconnaître la nature hystérique d'une aphonie : car, ici plus peut-être que partout ailleurs, un diagnostic exact est indispensable à qui veut éviter un grave mécompte thérapeutique.

Un des premiers caractères de l'aphonie hystérique est d'apparaître subitement, brusquement : le sujet qui parlait à haute voix un instant auparavant devient soudainement aphone; il ne peut plus que chuchoter, parler à voix basse. Un début aussi instantané frappe suffisamment et le malade et son entourage, pour que la cause provocatrice de ce trouble ne passe pas inaperçue. Presque toujours en effet on apprend que le malade a perdu la voix à la suite d'une forte émotion, d'une colère, d'une frayeur ou d'une grande joie, parfois à propos d'une simple contrariété, d'une nouvelle bonne ou mauvaise, annoncée à brûle-pourpoint et sans préparation, plus rarement à la suite d'une grande attaque d'hystéro-épilepsie, d'un accès de spasme glottique, d'un traumatisme local ou de voisinage (compression du larynx, tentative de strangulation, ablation d'amygdale, etc.). Dans tous ces cas, que l'aphonie survienne immédiatement après la secousse morale ou n'entre en scène que plusieurs heures après, on ne saurait méconnaître la relation étiologique qui l'unit au choc imprimé au système nerveux central.

L'apparition de l'aphonie à la suite d'une commotion morale, forte ou faible, doit donc déjà faire soupçonner la nature hystérique.

Les caractères cliniques des troubles phonatoires fournissent à leur tour une présomption en faveur de leur origine purement psychique. La voix n'est perdue pour l'hystérique que lorsqu'il s'agit pour lui de parler volontairement : au moment où il veut émettre un son, l'ordre trop mollement donné ou intercepté dans sa transmission ne semble parvenir que plus ou moins affaibli jusqu'au centre cortical du larynx; le son sort sans force, sans énergie, à peine perceptible, sous forme d'un simple chuchotement; parfois même il ne se forme aucun son, le malade est incapable même du plus léger murmure, c'est ce que Solis Cohen a désigné sous le nom d'apsithyrie (de α privatif et ψιθυρειν, murmurer). Mais ce même malade vient-il à être pris de toux, d'éternuement, d'un accès de rire incoercible, de hoquet, l'émission des sons vocaux qui caractérisent chacun de ces actes involontaires se produit comme sur un sujet normal. C'est qu'il s'agit là d'actes purement réflexes, indépendants de toute intervention cérébrale et d'origine nettement bulbo-spinale; pour la même raison une vive douleur, une frayeur subite arrachent au malade un cri sonore. L'aphonie n'est donc que partielle; les contractions réflexes du larynx subsistent, les contractions volontaires sont seules troublées. Il y a plus ; dans quelques cas les fonctions phonatoires de la glotte sont en quelque sorte dissociées : une de nos malades qui ne pouvait lire un cantique qu'à voix chuchotée, le chantait à haute voix. Gerhardt avait déjà observé un fait analogue; ce même auteur a soigné une jeune fille qui, aphone à l'état de veille, rêvait à haute voix (1). Toutes ces particularités révèlent l'impuissance de la volonté à faire émettre au larynx le son désiré, une idée fixe, consciente ou le plus souvent inconsciente, mettant un obstacle à la réalisation de l'ordre donné (2).

Quand on est en possession de ces deux notions : début à la suite d'une impression morale, persistance des sons vocaux involontaires, le diagnostic d'aphonie hystérique peut être posé avec une certitude presque entière. Peu importe l'âge ou le sexe du sujet : sans doute le syndrome se rencontre avec une préférence si marquée chez les jeunes filles ou les jeunes femmes que, lorsque ces conditions d'âge et de sexe se trouvent remplies, elles four-

1. Gerhardt, Ueber hysterische Stimmbandlæhmung (*Deutsche medic. Wochenschr.*, 1878, n° 4). — Harrison Griffin, Hyster. aphon. with a perfect singing voice (*N. Y. med. Journ.*, 20 mai 1893).
2. T. Ribot, Les maladies de la volonté, p. 119 et suiv. Paris, 1883.

nissent un sérieux élément de diagnostic; mais ni les enfants, ni les jeunes gens, ni les hommes adultes ne sont à l'abri de cette localisation de l'hystérie. Peu importe également l'existence ou la non-existence chez le même malade d'autres accidents hystériques : l'aphonie peut être la première et rester l'unique manifestation extérieure de la névrose, sans qu'on soit autorisé, croyons-nous, à lui refuser le titre d'hystérique pour ne lui laisser, à l'exemple de certains auteurs, que celui d'aphonie nerveuse. Si donc la coexistence de stigmates ou de troubles imputables à l'hystérie doit être relevée avec soin, parce qu'alors elle confirme le diagnostic, il faut savoir que l'absence de ces signes ne l'infirme pas.

L'examen local, tout en ayant son importance au point de vue du diagnostic, en a peut-être moins que l'histoire clinique du malade. L'aspect du larynx est celui d'une paralysie des adducteurs, variable dans son siège et son intensité, mais qui appartient d'ordinaire à l'une des variétés suivantes.

Dans la majorité des cas les deux cordes et les aryténoïdes se montrent, lors des essais de phonation, écartés l'un de l'autre : la glotte présente une ouverture triangulaire, tantôt largement béante comme dans l'inspiration, tantôt plus étroite, mais sans que jamais les deux cordes arrivent au contact comme dans la phonation normale. C'est l'image de la paralysie de tous les constricteurs (transverse, latéral et interne). C'est le premier aspect typique du larynx dans l'aphonie hystérique.

Dans d'autres cas l'impotence musculaire, au lieu de frapper l'ensemble des constricteurs, se localise sur l'un d'eux. C'est ainsi qu'une seconde variété d'image laryngoscopique est fournie par la paralysie du transverse (ary-aryténoïdien) : pendant la phonation, les rubans vocaux se rapprochent normalement, tandis que les cartilages aryténoïdes restent immobiles; la partie ligamenteuse de la glotte se ferme, mais sa partie cartilagineuse reste béante, offrant la figure d'un petit triangle isocèle dont la base est formée par la paroi postérieure du larynx.

Inversement la glotte peut se trouver fermée en arrière dans sa portion aryténoïdienne et rester plus ou moins béante dans sa partie ligamenteuse, les deux cordes laissant entre elles une fente elliptique : c'est l'image de la paralysie isolée du muscle interne (thyro-aryténoïdien).

Les deux aspects précédents peuvent d'ailleurs se combiner : pendant les tentatives de phonation la glotte présente en arrière un espace triangulaire, en avant une fente elliptique et un peu en arrière de sa partie moyenne un rétrécissement formé par l'adossement des deux apophyses vocales ramenées vers la ligne médiane par la contraction du latéral : cet aspect indique la paralysie associée de l'interne et du transverse.

Dans ces différents cas la paralysie est bilatérale; elle peut cependant être plus accusée d'un côté; la glotte n'est plus alors absolument symétrique. Ces images laryngoscopiques ne sont pas immuables; elles ne varient pas seulement d'un malade à l'autre, mais encore, et c'est là une particularité susceptible de mettre sur la voie du diagnostic dans certains cas, il arrive qu'elles se modifient chez un même sujet, l'impotence fonctionnelle pouvant passer en quelques jours, en quelques heures d'un muscle à un autre.

Il convient de noter ici que, si nous employons le terme de paralysie, c'est pour la commodité de la description. En réalité il n'y a pas là de paralysie véritable, puisque nous avons vu que les mouvements des cordes vocales subsistent dans certaines conditions : il n'y a qu'un défaut d'action du centre phonateur. Cela est si vrai qu'il est des hystériques dont les cordes se rapprochent l'une de l'autre, mollement il est vrai, et qui cependant sont aphones : nous avons observé, il y a quelque temps, un exemple de cette variété d'aphonie dans le service de M. Oulmont chez une jeune fille de 18 ans.

Comme signes accessoires il faut signaler la conservation de l'excitabilité électrique des muscles affectés, la diminution fréquente, mais non constante, de la sensibilité des muqueuses laryngée et pharyngée, l'existence parfois constatée d'une zone d'anesthésie cutanée au-devant du larynx.

Il n'est pas besoin d'insister sur la distinction que l'on doit établir entre l'aphonie, caractérisée par les signes que nous venons d'énumérer, et le mutisme hystérique. Dans ce dernier, non seulement le sujet est incapable d'émettre aucun son, même à voix chuchotée, mais il n'essaie même pas de le faire, l'articulation verbale étant supprimée : il est atteint d'aphasie et non pas d'aphonie.

Quant aux troubles vocaux qui pourraient au premier abord être confondus avec l'aphonie hystérique, ils sont peu nombreux et il suffit de les énumérer. Une perte de la voix aussi considérable qu'on l'observe chez certaines hystériques ne se rencontre guère que chez des individus épuisés par une maladie grave, chez des phtisiques profondément anémiés, chez des mourants chez qui le courant d'air d'expiration est trop faible pour faire vibrer les cordes vocales. Dans ces divers cas la question du diagnostic différentiel ne se pose même pas. Il en est autrement chez certains malades atteints de pharyngo-laryngite sèche ou d'ozène laryngo-trachéal et dont la voix se trouve momentanément compromise, éteinte, par la présence dans le larynx de productions croûteuses qui s'interposent entre les cordes et s'opposent à leur rapprochement : l'examen avec le miroir est ici indispensable pour découvrir la cause véritable de l'aphonie.

Les paralysies diphtériques du larynx fournissent souvent une image laryngoscopique identique à celle des paralysies hystériques : elles frappent en effet les adducteurs, sont d'ordinaire bilatérales et peuvent s'accompagner d'anesthésie de la muqueuse laryngée. Mais il est exceptionnel qu'elles soient isolées; presque toujours elles sont associées à d'autres paralysies, en particulier à celle du voile du palais; d'ailleurs, grâce aux commémoratifs, ne suffit-il pas d'y songer pour les diagnostiquer.

Il est une autre cause d'erreur qu'il faut éviter si l'on ne veut pas s'exposer à méconnaître le caractère hystérique d'une aphonie : l'existence concomitante d'une lésion laryngée ne doit pas faire exclure à priori la possibilité d'une aphonie psychique, car il semble bien établi que celle-ci peut survenir à l'occasion d'une affection du larynx ou se superposer à elle. Il existe des exemples d'aphonie hystérique développée au cours d'une laryngite aiguë ou associée à un polype du larynx. Dans ces cas la lésion locale sert de point d'appel à la détermination de la névrose.

Dans un ordre d'idées voisin, on a vu l'aphonie survenir à la suite d'un abcès de l'amygdale, d'une pneumonie, à l'occasion des règles, au cours d'une grossesse; l'aphonie qui apparaît dans ces conditions et qui présente les caractères que nous avons énumérés ne doit pas être considérée, ainsi qu'on avait jadis tendance à le faire, comme une aphonie réflexe, mais bien comme une manifestation hystérique. Nous nous souvenons d'avoir observé dans le service de M. Millard une jeune fille qui, depuis près d'un an, devenait aphone pendant plusieurs jours presque à chaque époque menstruelle; l'électrisation intralaryngée lui rendait la voix; or cette malade présentait plusieurs des stig-

mates de l'hystérie, entre autres une hémianesthésie sensitivo-sensorielle des plus nettes.

Les moyens proposés et employés par les divers auteurs pour combattre l'aphonie hystérique sont si nombreux, si disparates qu'on se trouve embarrassé pour mettre un peu d'ordre dans leur énumération. Ils sont cependant tous reliés par un caractère commun : ils semblent agir uniquement par suggestion. Nous devons donc nous attacher à trouver dans chaque cas particulier le moyen qui aura l'action suggestive la plus puissante. Or, *a priori*, la valeur de tous ces procédés est à peu près la même; d'autre part la ténacité de l'affection est des plus variables : tantôt elle cède aux procédés les plus simples, tantôt elle résiste aux modes de traitement les plus compliqués. Ce n'est donc que par des essais successifs, et en allant du simple au composé, qu'on pourra dans un cas donné déterminer le moyen le plus efficace.

On a parfois la surprise d'assister au retour instantané de la voix sous l'influence de la seule application du miroir au fond de la gorge; tantôt l'aphonie se trouve définitivement guérie, tantôt la voix se perd de nouveau dès que l'instrument est retiré de la bouche. D'autres fois il suffit d'insuffler dans le larynx une poudre quelconque, irritante, astringente ou même inerte, pour ramener la voix : on opère la guérison instantanée et presque miraculeuse de l'aphonie.

L'introduction d'une sonde mousse dans le larynx est encore un procédé qui réussit assez communément. Nous lui avons dû récemment deux succès chez des jeunes filles dont l'histoire clinique est presque identique.

I. — Marie J..., 17 ans, est sujette depuis 3 ans à perdre la voix pendant des périodes de plusieurs jours à plusieurs semaines, parfois sans cause apparente, mais le plus souvent à la suite d'une émotion ou d'une contrariété. Au bout d'un temps plus ou moins long, la voix revient d'elle-même aussi subitement qu'elle avait disparu.

Actuellement elle est aphone depuis 15 jours; elle ne peut que chuchoter et ne se fait entendre qu'avec peine; sa toux est cependant sonore. Le larynx a été soumis à l'électrisation par un confrère, il y a quelques jours, sans résultat. A l'examen laryngoscopique la muqueuse paraît absolument normale, mais pendant les essais de phonation les cordes vocales restent presque immobiles dans la position inspiratoire et la glotte apparaît béante. La muqueuse du pharynx est peu sensible. Nous introduisons une sonde dans le larynx sous le contrôle du miroir, et la malade recouvre immédiatement la voix. Un nouvel examen laryngoscopique montre que les cordes se rapprochent complètement dans la phonation.

Quinze jours après la malade revient nous trouver; elle est redevenue aphone depuis 3 jours à la suite d'une discussion : même traitement, même succès immédiat.

II. — Blanche R..., 19 ans, présente depuis l'âge de 14 ans les mêmes crises d'aphonie que la malade précédente. Elle accuse cette particularité que, pendant certaines périodes d'aphonie, il lui arrive de pouvoir chanter à haute voix, alors qu'elle ne parle qu'en chuchotant. Il y a 3 semaines, se trouvant en omnibus, elle a voulu élever la voix pour parler à une voisine, et elle s'est aperçue qu'elle était de nouveau aphone.

L'examen avec le miroir permet de constater que les cordes ont leur apparence ainsi que leur couleur normales, mais que leur mouvement d'adduction, tout en se dessinant assez bien pendant la phonation, reste imparfait; il se fait mollement, sans énergie; les rubans vocaux se tendent mal et laissent entre eux une fente étroite sur toute leur longueur. L'introduction d'une sonde dans le larynx fait constater le peu de sensibilité de la muqueuse; cette manœuvre reste d'abord sans effet sur l'aphonie, mais sous l'influence de sa répétition et des exercices vocaux dont nous parlerons plus loin, la voix redevient sonore et la jeune fille nous quitte guérie.

Il est bien évident que chez ces malades le contact de la sonde avec la muqueuse laryngée n'a eu qu'une action purement psychique. Pour que celle-ci s'exerce avec plus de sûreté et d'intensité, il est bon de prendre quelques précautions : la sonde doit être introduite assez loin pour provoquer un léger accès de spasme ou tout au moins une secousse de toux sonore; dès que la sonde est retirée, on ordonne à la malade d'épeler à haute voix les lettres de l'alphabet, a, b, c, etc., lentement, tranquillement, en lui affirmant qu'elle le peut et en l'interpellant continuellement pour la forcer à parler de plus en plus haut. Si elle ne parvient pas encore à émettre un son, on recommence la manœuvre jusqu'à ce qu'elle y arrive, ce qui est assez fréquent. Dès qu'on s'est assuré qu'elle peut prononcer les lettres de l'alphabet à haute voix, on la fait compter, toujours lentement, mais distinctement, jusqu'à dix, puis on passe à des mots faciles à articuler, tels que papa ou maman et enfin à la conversation ordinaire. La malade est alors devenue sûre d'elle et maîtresse de sa voix.

Lorsqu'après plusieurs tentatives ce moyen échoue, le cas peut être dès cet instant considéré, sans grande chance d'erreur, comme devant être tenace et rebelle. Il ne faut cependant pas désespérer de guérir l'aphonie : c'est le moment de s'adresser à l'un des modes de traitement suivants, en particulier à l'électrisation.

Le larynx peut être électrisé extérieurement ou intérieurement, à l'aide de courants faradiques ou galvaniques. L'électrisation extra-laryngée se fait en plaçant les deux électrodes au-devant du cou sur les deux lames du cartilage thyroïde ou bien encore en plaçant le pôle négatif sur le ligament crico-thyroïdien et le positif à la nuque. Le courant, qui est d'ordinaire un courant induit, doit être assez intense; on le fait agir pendant 4 à 5 minutes en faisant parler le malade à haute voix, ce qu'il est facile d'obtenir, puisque la conservation de la contractilité électrique des muscles laryngés est un des caractères de l'aphonie hystérique; on observe alors parfois, comme par l'introduction de la sonde, une guérison instantanée et définitive, mais le plus souvent la voix se perd de nouveau dès qu'on cesse l'électrisation; il est alors bon de répéter les séances en faisant faire au patient des exercices vocaux pendant le passage du courant; en diminuant insensiblement l'intensité de celui-ci, puis en l'interrompant complètement à l'insu du malade, on arrive parfois à faire parler celui-ci à haute voix malgré la cessation du courant et à obtenir la guérison de l'aphonie.

L'électrisation intra-laryngée se fait après cocaïnisation de la muqueuse. L'une des électrodes, de forme ordinaire, est appliquée au-devant du cou; l'autre est introduite dans le vestibule du larynx ou sur les cordes elles-mêmes; elle est constituée par une tige métallique, recouverte d'une gaine isolante sauf à son extrémité libre renflée en forme de bouton.

Les courants continus sont moins efficaces que les courants faradiques; quelques auteurs recommandent cependant de faire alterner leur emploi avec celui des courants interrompus ou bien encore de faire suivre chaque séance d'électrisation faradique d'une séance de galvanisation.

Le massage du larynx dans l'aphonie hystérique a été

préconisé dernièrement par O. Seifert (1) qui décrit minutieusement son procédé. Dans un premier temps, la tête du malade étant légèrement renversée en arrière, on exerce des frictions méthodiques sur toute la région antérieure du cou. A chaque passage de la main au-devant du larynx, le malade doit faire une inspiration prolongée et méthodique. Seifert recommande cet exercice, parce qu'il est convaincu que l'aphonie hystérique est due à un défaut d'action non seulement des muscles du larynx, mais aussi de tous les muscles qui interviennent dans la respiration. Dans un deuxième temps on comprime délicatement le larynx entre le pouce et l'index à la hauteur des muscles adducteurs des cordes; ces pressions doivent alterner avec des secousses vibratoires imprimées au larynx; pendant ce temps le malade fait de profondes inspirations suivies de l'émission d'un son. Dans un dernier temps enfin, le malade passe à des exercices de gymnastique vocale : il compte à haute voix, lentement, jusqu'à 20, en faisant toujours précéder l'émission du son d'une forte inspiration; dès que la voix fléchit sur l'un des nombres le médecin recommence la manœuvre précédente, jusqu'à ce que le nombre en question soit prononcé plusieurs fois de suite distinctement et à haute voix.

C'est un perfectionnement du procédé d'Ollivier qui recommandait la compression bilatérale du cartilage thyroïde et de l'os hyoïde. Le massage vibratoire de la muqueuse laryngée a été également mis à profit, comme moyen suggestif, dans le traitement de l'aphonie hystérique.

Les tractions linguales méthodiques (2), le toucher rhino-pharyngien (3) sont encore des procédés qui n'ont d'autre but que de frapper l'esprit du malade ou de provoquer un cri réflexe qui peut devenir l'origine du retour définitif de la voix. Ce sont des moyens analogues à celui qu'emploie Garel contre le mutisme hystérique et qui consiste à donner à brûle-pourpoint un coup de poing dans la poitrine du malade.

L'auto-laryngoscopie a donné quelques succès dans des cas rebelles. Elle consiste à montrer au malade l'image de son propre larynx dans un grand miroir placé au-devant de lui et à lui faire faire des exercices vocaux, c'est-à-dire de rapprochement et d'éloignement des cordes, sous le contrôle de sa vue.

La sensation de constriction gutturale provoquée par la compression des ovaires paraît avoir eu dans quelques cas une action suggestive indéniable. Jonquière (4) a vu des malades, chez lesquelles ce moyen avait amené le retour de la voix, faire cesser de nouvelles crises d'aphonie en se comprimant elles-mêmes les ovaires. C'est un procédé qu'il est toujours aisé d'essayer.

Lorsqu'on ne réussit pas à guérir l'aphonie par les différents moyens de suggestion à l'état de veille, on peut être autorisé à tenter de la suggestion pendant le sommeil hypnotique.

Schnitzler, Rueda et d'autres lui doivent quelques succès. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que ce soit là un moyen absolument héroïque : il échoue souvent tout comme un autre. Il paraît cependant plus efficace quand, au lieu de se contenter de suggestionner à la malade

1. 65e réunion de naturalistes tudesques à Nüremberg, 11-14 sept. 1893.
2. Desvernine, De l'influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses (*Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1893, p. 638).
3. Michelsen, Soc. néerland. de laryngol., Amsterdam 1894. Compte rendu *in Ann. des mal. de l'oreille*, etc., juillet 1895, p. 65.
4. G. Jonquière, Dritter Beitrag z. Kenntniss d. Aphonia spastica (*Monatschr. f. Ohrenheilk.* 1890, p. 177).

qu'elle pourra et devra dorénavant parler à haute voix, on lui fait faire pendant l'hypnose des exercices vocaux du genre de ceux dont nous avons déjà parlé (1).

Aux divers modes de traitement que nous venons d'exposer, on peut associer un traitement général : la strychnine (3 à 6 pilules de 1 milligramme de sulfate de strychnine chacune par 24 heures), la valériane, les bromures, l'hydrothérapie ont été préconisées tour à tour. Le changement d'air et surtout de milieu peut avoir son utilité.

Enfin il ne faut pas négliger le traitement des lésions concomitantes du nez, du pharynx et du larynx qui ont souvent pour effet d'entretenir l'aphonie. Bien que nous placions cette recommandation en dernier, nous la tenons pour capitale. L'oubli de ce précepte est certainement l'origine d'un certain nombre d'insuccès.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que, quel que soit le procédé choisi, la méthode à suivre est toujours la même : obtenir d'abord du malade l'émission d'un son simple; puis, une fois ce résultat acquis, lui faire émettre une série de sons de plus en plus compliqués jusqu'à lui faire prononcer tous les mots. En une ou plusieurs séances on arrive ainsi à guérir des aphonies parfois fort anciennes, datant même de plusieurs années. Il ne faut pas se dissimuler cependant que la puissance de nos moyens d'action n'est pas en rapport avec leur richesse : à côté des cas qui guérissent par l'une quelconque des méthodes précédemment énumérées, il en est qui résistent à tout traitement et qui font le désespoir des malades et des médecins : c'est pour ces faits qu'on a émis l'hypothèse, d'ailleurs gratuite, d'une contracture des muscles antagonistes succédant ou s'ajoutant à la paralysie des adducteurs. D'autres variétés, enfin, sur lesquelles nous avons aisément prise ou qui sont remarquables par leur fugacité, présentent une tendance aux récidives contre laquelle nous sommes absolument impuissants.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon.

Clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.

Trachéotomie pour accidents anesthésiques des plus graves; guérison,

Par le Dr E. Villard,
Chef de clinique chirurgicale.

A l'heure actuelle, les cas sont encore rares où en présence d'accidents graves de l'anesthésie on a eu recours à la trachéotomie. A notre maître M. le professeur Poncet revient le mérite d'avoir le premier insisté sur la valeur d'une telle intervention, et sur le bénéfice qu'on pouvait en attendre, lorsqu'on se trouve en présence de malades en état de mort apparente au cours d'une anesthésie générale.

Dans une série de communications (2), de travaux

1. F. Rueda, Afonia isterica (*Bollet. del. malat. dell'orecchio, della gola e del naso*, 1894, n. 4, p. 82).
2. A. Poncet, *Soc. de méd. de Lyon*, mai 1894.

personnels (1), ou de thèses faites sous son inspiration (2), il a préconisé la trachectomie comme étant « une ressource de premier ordre sur laquelle le chirurgien a le droit de compter et à laquelle il doit toujours recourir lorsque les autres moyens ont échoué ». L'histoire récente d'un malade que nous avons trachectomisé, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, vient s'ajouter heureusement aux faits semblables publiés déjà dans la littérature médicale et démontrer d'une manière évidente de quel précieux secours la trachectomie peut être dans les syncopes anesthésiques.

Les très intéressantes recherches de M. Thiéry (3), une récente observation de trachéotomie heureusement pratiquée, pour accidents graves de l'anesthésie, par M. Jalaguier et publiée par M. J. Vanverts (4), viennent encore à l'appui de la thèse que nous soutenons.

Voici, en quelques mots, l'observation de notre opéré, observation dont la plupart des détails ont été recueillis par M. Delore, interne du service.

Le 30 décembre 1895, à 11 heures du matin, arrivait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le nommé B. L., âgé de 31 ans, exerçant la profession d'employé d'usine. Ce malade présentait au niveau de la partie latérale gauche du cou une volumineuse tuméfaction d'allure inflammatoire aiguë. Son affection avait débuté environ trois semaines auparavant par d'assez vives douleurs dentaires au niveau du maxillaire inférieur gauche. Quelques jours plus tard apparaissait le long de la branche horizontale un gonflement douloureux qui ne tardait pas à s'accompagner de trismus.

Depuis, le gonflement n'avait cessé d'augmenter progressivement et en même temps que lui évoluaient des phénomènes généraux caractérisés par des frissons légers, de la fièvre, des céphalalgies, de l'anorexie, un état nauséeux. Le sommeil était devenu impossible pendant la nuit, et une contraction très énergique des mâchoires avait rendu l'alimentation particulièrement difficile.

A l'entrée du malade à la clinique chirurgicale, on est frappé immédiatement par une tuméfaction très considérable qui englobe toute la région parotidienne gauche, s'étend à la loge sous-maxillaire du côté correspondant, et envahit même une partie de la région sous-hyoïdienne.

Il s'agit là du gonflement inflammatoire typique; la peau est rouge, tendue, luisante, la pression digitale montre un œdème manifeste, enfin la palpation permet de reconnaître une fluctuation profonde assez nette dans la région sous-maxillaire.

Trismus très accentué; il nous est impossible d'écarter les arcades dentaires les unes des autres et de constater l'état de la dentition et de la cavité buccale. Pourtant, la langue ne nous paraît pas repoussée en haut, le phlegmon ne semble pas avoir envahi la région du plancher de la bouche.

La parole est difficile, la voix est éteinte et voilée, il existe d'autre part certainement une gêne notable de la respiration. L'état général est particulièrement mauvais, le teint est terreux, avec coloration légèrement subictérique des conjonctives. La température n'a pas été prise, à ce moment, mais elle était sûrement très élevée.

Etant donné les phénomènes précédents, nous nous trouvions à n'en pas douter en présence d'un phlegmon cervical, à point de départ probablement dentaire, mais en tout cas d'un phlegmon à allures septiques, étant donnée l'intensité des phénomènes généraux et locaux, et l'aggravation rapide des symptômes dans les derniers jours.

Il fallait intervenir de suite, l'ouverture large de la collection purulente s'imposait et cela d'autant mieux, que l'on constatait déjà quelques troubles de la respiration et de la phonation.

On commence donc immédiatement après désinfection locale à soumettre le malade à l'anesthésie à l'éther. Mais la période d'excitation est à peine terminée que des accidents graves se déclarent. La respiration s'embarrasse, la face se cyanose avec rapidité, les veines du cou sont turgescentes, le malade fait des efforts respiratoires évidents mais l'air ne pénètre plus ou mal dans le thorax. C'est en vain qu'on attire fortement la langue au dehors, qu'on pratique des tractions rythmées ou des manœuvres de respiration artificielle, l'asphyxie progresse avec une étonnante rapidité, la respiration est complètement arrêtée, le pouls est imperceptible, les pupilles sont dilatées. Tous ces phénomènes se sont succédé avec une étonnante rapidité et nous avons la sensation nette que tous les moyens employés ordinairement dans les accidents anesthésiques sont ici illusoires et ne doivent pas être prolongés : il faut intervenir d'une façon plus efficace, et sur-le-champ nous pratiquons une trachectomie utilisant une des grandes canules de M. le professeur Poncet.

Malgré l'introduction de la canule dans la trachée, la respiration ne se rétablit pas immédiatement; il est nécessaire de faire quelques manœuvres de respiration artificielle, qui sont alors promptement suivies de succès et s'accompagnent de l'expulsion d'une assez grande quantité de sang qui a pénétré dans les voies respiratoires.

L'arrêt complet de la respiration a duré au moins 4 ou 5 minutes.

Le malade commence à se réveiller; mais il est brusquement pris d'une crise convulsive épileptiforme sur la nature de laquelle il nous a été difficile d'être fixé, cet homme n'ayant jamais présenté de crises épileptiques antérieures.

Nous pratiquons enfin l'ouverture de la collection purulente au moyen d'une longue incision sous-maxillaire. Il s'écoule une assez grande quantité d'un pus louche, séreux, excessivement fétide. Le doigt introduit dans la plaie nous montre une poche s'étendant en bas dans la région sus-hyodienne, mais remontant surtout en haut et en arrière en contournant les parties latérales du pharynx, et en côtoyant la branche verticale du maxillaire gauche.

La cavité de l'abcès est ensuite largement drainée et après pansement le malade est reporté dans son lit. A ce moment la respiration est calme, s'effectue normalement par la canule, l'état général n'est pas trop mauvais.

Une heure après hémorrhagie assez abondante par la plaie de la trachectomie, elle cède facilement à une légère compression faite avec de la gaze iodoformée.

A la suite de cette intervention l'amélioration a été rapide, dès le lendemain; nous pouvions enlever la canule, et au bout d'une huitaine de jours la plaie trachéale était complètement oblitérée.

Enfin, après une courte ouverture de l'abcès dans la région parotidienne, la cavité phlegmoneuse s'est peu à peu comblée. Pourtant l'état général est resté longtemps peu satisfaisant et ne s'est définitivement relevé qu'après la sortie du malade, c'est-à-dire 18 jours après son entrée.

A l'heure actuelle celui-ci est complètement guéri.

L'observation que nous venons de rapporter nous semble intéressante à plus d'un chef, d'abord au point de vue du mécanisme de la pathogénie des accidents asphyxiques qui ont été observés au cours de l'anesthésie,

1. A. Poncet, *Lyon méd.*, 1895.
2. Th. de Gerbaux, 1894 (Lyon). Th. de Delmas (Lyon), 1894.
3. Thiéry, *Gaz. méd. de Paris*, 1887, et *Gaz. des hôpitaux*, 1895.
4. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 9 janvier 1896.

et ensuite par le résultat parfait qu'a donné dans la circonstance une trachectomie rapidement pratiquée. Du reste, comme nous allons nous efforcer de le démontrer, cette intervention était la seule rationnelle, étant donnée la nature des accidents et leur origine.

Nous avons eu affaire, en somme, à un malade atteint d'un volumineux phlegmon du cou d'origine dentaire, qui nécessitait une intervention immédiate étant donnée l'intensité des phénomènes locaux et la gravité de l'état général, et brusquement, sous l'influence de l'éthérisation, des accidents asphyxiques de la plus haute gravité sont survenus : comment faut-il en comprendre le mécanisme pathogénique?

Nous croyons que dans ces cas de phlegmon du cou avec symptômes respiratoires légers comme le présentait notre opéré, phlegmon où l'on se trouve en présence d'un malade dont la glotte est déjà plus ou moins congestionnée, œdématiée par le voisinage de la lésion inflammatoire, l'anesthésie réalise au maximum les conditions propres à augmenter la gêne de la respiration.

C'est tout d'abord la situation déclive de la tête qui favorise la congestion de la région cervicale; c'est ensuite l'action irritante de l'éther pour les muqueuses buccales, pharyngées et bronchiques, action irritante qui va augmenter les sécrétions, les mucosités, et celles-ci, difficilement expulsées au dehors par le fait même du trismus, vont encombrer les voies aériennes et provoquer l'asphyxie.

En dehors de ces causes, il faut attacher, croyons-nous, la plus grande importance aux conditions physiologiques nouvelles dans lesquelles est placée la mécanique respiratoire par le fait de l'anesthésie. Ce sont ces conditions que M. Hutchinson et Krakner, Langlois et Richet (1) ont étudiées expérimentalement et dont notre maître M. le professeur Poncet (2) a particulièrement montré l'importance clinique. En voici la partie fondamentale : un chien normal trachectomisé respire parfaitement au travers d'une colonne mercurielle de 10 millimètres et la respiration est à peine gênée, mais si on soumet ce chien à l'anesthésie, l'asphyxie ne tarde pas à se produire. Ce phénomène est dû à la paralysie de l'effort nécessaire à l'expiration au travers de la colonne mercurielle. En effet « les mouvements d'inspiration sont toujours actifs, l'expiration au contraire est à l'état normal purement passive. Due à l'élasticité pulmonaire, elle a lieu mécaniquement quand l'effort inspiratoire a pris fin, sans aucune action musculaire. Elle n'est active que dans le cas d'une expiration volontaire ou d'une expiration réflexe. Or, les mouvements volontaires aussi bien que réflexes, sont abolis, paralysés par les anesthésiques (3). »

Ces conditions de physiologie expérimentales ont été admirablement réalisées en clinique par notre malade. Chez lui la respiration déjà gênée par la réaction inflammatoire due à la collection suppurée, gêne encore accrue au début de l'anesthésie par la situation déclive de la tête et la présence de nombreuses mucosités, a été brusquement suspendue aussitôt que la résolution musculaire a commencé à être obtenue; l'expiration qui se faisait à l'état de veille sous l'influence adjuvante de la volonté n'a plus pu s'effectuer, et l'asphyxie a été réalisée de suite. Cette gêne de l'expiration était manifeste, et le gonflement des vaisseaux veineux du cou, leur turgescence en était le témoignage.

En résumé, du fait de son phlegmon du cou, notre

1. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1889.
2. *Lyon médical, loc. cit.*
3. Poncet, 1895.

opéré se trouvait exactement dans les conditions du chien en expérience dont nous parlions tout à l'heure, respirant au travers d'une colonne mercurielle de 10 millimètres, sans aucune difficulté à l'état de veille, et chez lequel au contraire, l'asphyxie se produisait aussitôt la résolution anesthésique obtenue.

Il faut donc retenir tout d'abord ce premier point clinique, à savoir que *chez tout malade porteur d'un phlegmon du cou avec gêne respiratoire, et nécessitant une anesthésie générale, il faut redouter et s'attendre à des accidents graves d'asphyxie.*

Les accidents asphyxiques s'étant produits, quelle conduite faut-il tenir? La réponse est bien simple, il faut lever rapidement l'obstacle respiratoire. Les données physiologiques expérimentales nous ont appris que l'asphyxie était due à une gêne surtout expiratoire, l'indication est donc d'assurer aussi vite que possible la libre circulation de l'air dans les voies aériennes : *la trachectomie nous semble dans ces conditions l'opération de choix.*

En effet, les moyens employés ordinairement dans les accidents de l'anesthésie seront inefficaces ou insuffisants. Les tractions rythmées de la langue ne pourront que provoquer un réflexe inspiratoire, qui ne viendra nullement rétablir l'expiration; la respiration artificielle sera difficilement pratiquée étant donné le trismus qu'on observe souvent dans des cas de ce genre, l'abondance des mucosités, l'état plus ou moins œdémateux de l'orifice glottique, etc. Dans le cas que nous avons observé, ces différents moyens ont été tentés, mais sans aucun succès, et d'emblée, pour ainsi dire, nous avons eu avec M. le professeur agrégé Curtillet, qui était présent, la sensation nette, qu'il fallait faire quelque chose de plus, et ne pas nous attarder à des manœuvres inefficaces. Le rétablissement rapide de la respiration, une fois la trachectomie pratiquée, est venu nous montrer que nous avions bien fait. Aussi croyons-nous que dans *les cas d'accidents asphyxiques survenant au cours d'une anesthésie pour phlegmon du cou, après quelques tentatives inefficaces de respiration artificielle, le traitement de choix est la trachectomie.*

Cette trachectomie doit être pratiquée hâtivement, car si cette intervention est faite après un état asphyxique longtemps prolongé, il faut redouter des phénomènes de choc tardif pouvant entraîner après plusieurs heures la mort d'un malade momentanément ramené à la vie, comme du reste M. le professeur Poncet en a rapporté récemment un exemple (1).

Enfin ajoutons qu'il faut enlever de très bonne heure la canule. En effet celle-ci n'a rapidement plus sa raison d'être, étant donné que le plegmon a été largement incisé et drainé, et que, d'autre part, la cause déterminante de l'asphyxie, c'est-à-dire l'anesthésie, n'existe plus. Dans notre cas personnel nous avons enlevé la canule le lendemain et déjà à ce moment la respiration s'effectuait très normalement.

En résumé nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° Il faut redouter au cours d'anesthésies générales faites pour phegmon du cou avec gêne de la respiration des accidents graves d'asphyxie.

2° Si ces accidents se produisent, il faut, comme le recommande notre maître M. le professeur Poncet, avoir très rapidement recours à la trachectomie qui est là l'opération de choix.

3° Le séjour de la canule dans la trachée doit être de peu de durée.

1. Poncet, *loc. cit.*

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en janvier et février 1896.

M. Grandjean. *Quelques réflexions sur la valeur clinique du chimisme gastrique.* N° 99.

M. Valois. *Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision.* N° 112.

M. Gazedjian. *Etude clinique sur une forme de kératodermie unilatérale des extrémités.* N° 121.

M. Calmettes (Jules). *Contribution à l'étude de la cirrhose du diabète bronzé.* N° 131.

M. Debains. *Etude sur quelques inconvénients produits par le bicarbonate de soude, et en particulier sur l'irritation vésicale.* N° 134.

Dans sa thèse, M. Grandjean se propose d'examiner si l'étude précise du chimisme stomacal, qui a fait de grands progrès, peut actuellement lever toutes les difficultés qui entourent le diagnostic précis des dyspepsies et conduire d'une façon certaine à un traitement rationnel.

Il rappelle l'historique du chimisme gastrique, et les opinions partagées au sujet de sa valeur; puis il résume les divers types de la dyspepsie. Exposant ensuite les méthodes d'analyse et d'évaluation du pouvoir moteur, M. Grandjean arrive à la fin de son travail à conclure que :

I. — L'étude du chimisme gastrique, combiné avec l'examen des qualités motrices de l'estomac, est indispensable pour préciser la nature d'un trouble dyspeptique.

II. — Les méthodes qualitatives peuvent donner des renseignements suffisants pour le diagnostic de l'hyperchlorhydrie et de l'anachlorhydrie dans la majorité des cas. Cependant, comme elles peuvent être insuffisantes, il faudra autant que possible recourir aux analyses quantitatives.

III. — L'examen du suc gastrique ne donne de renseignements exacts que pour le moment où il est pratiqué. Le chimisme peut, en effet, se modifier; c'est le cas chez les cancéreux atteints d'abord d'ulcère simple et chez certains neurasthéniques.

A l'occasion d'une communication de M. Terson à la Société d'ophthalmologie, sur l'extraction d'un grain de plomb inclus dans le corps vitré, une discussion importante a pris naissance. C'est à cette occasion que M. Valois résolut d'étudier dans sa thèse les blessures par grains de plomb de l'organe de la vision, et la conduite que doit tenir l'ophthalmologiste en présence d'accidents de ce genre.

Après avoir montré les diverses lésions observées et leurs complications possibles, l'auteur examine le traitement qui convient à chaque cas et arrive aux conclusions suivantes :

Les grains de plomb, au sortir de l'arme, sont aseptiques par suite du flambage qu'ils ont subi. Ils agissent donc comme corps étrangers aseptiques.

Cependant, ils peuvent se charger de germes en heurtant des corps étrangers avant de pénétrer dans l'œil. D'autre part, la plaie peut s'infecter et amener le même résultat.

Ils produisent :

1° Un violent traumatisme qui souvent s'accompagne de symptômes réactionnels assez graves pour en imposer pour une pénétration, qui parfois n'existe pas.

Ce traumatisme peut amener des hémorrhagies rétiniennes, une amaurose sans lésions, et quelquefois un décollement de la de la rétine sans pénétration;

2° Une cyclite qui, (*a*) si elle est infectieuse, aboutit à une panophthalmie suivie d'atrophie avec menace d'ophthalmie sympathique; (*b*) si elle n'est pas infectieuse, se termine d'ordinaire par atrophie; cependant, dans certains cas, l'œil peut conserver sa tonalité.

Presque toujours la vue est gravement compromise. Dans l'orbite, le grain de plomb aseptique arrive à s'enkyster sans complications, ou il peut produire des paralysies de deux sortes : l'une par section d'un nerf, l'autre par compression (plomb lui-même ou épanchement sanguin).

Le traitement consiste :

1° Au début : immédiatement après l'accident, il faut attendre que les symptômes réactionnels aient disparu pour prendre une décision. On fera donc l'antisepsie de la région. — On instituera un traitement antiphlogistique. — Applications de glace, injections sous-conjonctivales de sublimé. On comprimera légèrement le globe oculaire et surtout on ordonnera un repos absolu.

2° Plus tard l'état du malade dictera la conduite qui sera :

a) Expectation toutes les fois qu'il n'y a pas de réaction.

b) Extraction du plomb à condition qu'il soit visible à l'ophthalmoscope et qu'il y ait de la réaction.

c) Exentération ou énucléation chaque fois qu'on se trouve en présence d'accidents phlegmoneux.

d) Énucléation seule quand il y aura des troubles sympathiques.

e) Curage de l'orbite si la persistance des phénomènes sympathiques fait supposer que le grain de plomb non trouvé dans le globe est dans l'orbite.

Enfin, dans les cas où le grain de plomb a pénétré dans l'orbite sans atteindre le globe, s'il y a paralysie imputable à la compression exercée sur un nerf par le plomb, on pourra essayer d'aller à la recherche du corps étranger.

M. Gazedjian dans sa thèse, divise les kératodermies des extrémités en trois groupes : 1° localisation aux extrémités d'une affection cutanée; 2° maladies ou malformations héréditaires et familiales; 3° parakératoses en rapport avec des troubles trophiques d'origine centrale. A côté de ces formes, desquelles l'auteur sépare nettement les callosités professionnelles, il place une forme spéciale caractérisée par l'unilatéralité.

Après avoir montré les caractères de cette affection aux diverses phases de son évolution, il la rattache à la syphilis, dont l'influence étiologique lui paraît indéniable. Il en résulte que le traitement comprendra, outre des applications locales diverses, un traitement général bien plus important, seul capable de conduire à une guérison assurée, c'est le traitement antisyphilitique.

Ce travail est terminé par les conclusions suivantes :

I. — La kératodermie unilatérale des régions palmaire et plantaire est très souvent d'origine syphilitique et le médecin devra, en présence de ces cas, rechercher toujours l'infection spécifique.

II. — Elle a des caractères assez constants : unilatéralité, très longue durée, absence de phénomènes douloureux, et s'accompagne assez fréquemment, quand elle siège sur les membres inférieurs, d'un œdème tout particulier de la jambe, qui reconnait peut-être pour cause une phlébite syphilitique des veines de ce membre.

III. — On la rencontre surtout chez les individus syphilitiques depuis très longtemps et chez lesquels, malgré l'absence même de tout traitement, l'infection spécifique n'a pas été grave. C'est une lésion tardive et bénigne.

IV. — Le diagnostic se fera d'abord par les signes que nous avons passés en revue; ensuite par l'examen minutieux du malade, en insistant particulièrement sur l'examen de la langue surtout quand il s'agit d'un homme. Il sera fréquent de trouver sur cet organe des traces de lésions d'origine non douteuse. Enfin dans les cas douteux l'épreuve thérapeutique qui n'a aucun inconvénient sérieux donnera très rapidement (8 à 15 jours) une certitude.

V. — Le traitement a une très grande influence sur cette lésion qui au bout de 10 à 15 jours est déjà très notablement modifiée. Sous l'action du traitement mixte, liqueur de Van Swieten et iodure de potassium, les altérations de la peau diminuent et tendent à disparaître. Dans quelques cas il existe une véritable combinaison de la syphilis avec une kératodermie essentielle des extrémités et alors le traitement spécifique n'ayant d'action que sur la syphilis il convient, lorsque cette dernière a été éliminée, de procéder au traitement de la maladie qui reste. En tous cas, au traitement spécifique interne il est toujours avantageux et souvent nécessaire d'ajouter un traitement local par des pommades ou des emplâtres appropriés.

VI. — Les récidives étant à craindre il faut continuer le traitement pendant quelque temps après la guérison totale, qui demande plusieurs mois d'un traitement assidu.

M. Calmettes, dans sa thèse, inspirée par M. Morel, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, étudie la cirrhose du diabète bronzé. Après avoir rappelé l'histoire de cette cirrhose hypertrophique pigmentaire, l'auteur insiste sur ses symptômes : glycosurie plus ou moins abondante, troubles abdominaux, surtout hépatiques; pigmentation cutanée; cachexie constante et rapide.

M. Calmettes insiste sur les lésions macroscopiques et histologiques que l'on trouve dans cette maladie, plus particulièrement fréquente chez l'homme dans la seconde moité de l'âge adulte. Après avoir montré l'obscurité des causes, l'auteur passe en revue les théories pathogéniques et termine son travail par les conclusions suivantes :

I. — Le diabète bronzé est un syndrome clinique spécial, une entité morbide très nette. Ce n'est pas un diabète sucré vulgaire. Le diabète ne paraît pas devoir être une complication.

II. — La maladie est caractérisée par quatre symptômes cardinaux : 1° la glycosurie; 2° les troubles abdominaux et, en particulier, ceux du foie; 3° la mélanodermie; 4° la cachexie.

III. — La cause est inconnue. La lésion initiale est une altération de l'hémoglobine. Les conséquences sont une surcharge pigmentaire et une sclérose des organes.

IV. — Les lésions histologiques principales sont celles du foie. Dans cet organe, la sclérose peut présenter plusieurs aspects. Ordinairement elle attaque l'espace porte et la veine sus-hépatique; elle est alors périportale et péri-sus-hépatique. Les travées fibreuses vont d'un centre à l'autre et divisent le lobule en îlots distincts.

Dans d'autres cas, le travail de sclérose se limite à la périphérie du lobule et l'entoure complètement. La veine sus-hépatique est normale. Le lobule hépatique a sa configuration ordinaire. Dans ce dernier cas, il semble (moins le pigment et l'altération des cellules) que l'on se trouve en face d'une cirrhose atrophique vulgaire de Laënnec.

Dans ce travail, M. Debains ne se propose point de chercher à diminuer la valeur thérapeutique du bicarbonate de soude, mais seulement d'attirer l'attention sur les quelques accidents suivants que son emploi peut déterminer :

1° Distension douloureuse de l'estomac;

2° Diarrhée;

3° Palpitations;

4° Irritation vésicale caractérisée par la douleur, la dysurie et quelquefois l'hématurie.

Le bicarbonate de soude pris en grande quantité dans les cas d'hyperchlorhydrie se décompose en masse, donnant une grande quantité d'acide carbonique qui distend l'estomac, avec douleur et éructation; il se dessine sur la paroi abdominale. On comprend que dans les cas d'ulcère de l'estomac cette dilatation brusque peut favoriser la perforation.

La diarrhée que peut donner ce médicament est dès longtemps connue, mais c'est un inconvénient facile à combattre.

Les palpitations n'ont été signalées que par Stadelmann; elles peuvent être violentes et s'accompagnent d'une sensation de plénitude pénible, d'affaiblissement marqué et de céphalée.

Plus importante est l'irritation vésicale, dont la cause pourrait facilement passer inaperçue, et qui a été signalée par Guyon et Mathieu. Il ne s'agit probablement pas là de cystite vraie, comme l'ont soutenu quelques auteurs, mais de simple irritation vésicale passagère.

Tantôt on constate quelques signes prémonitoires, douleur légère à la fin de la miction, envies fréquentes d'uriner; tantôt au contraire les accidents éclatent brusquement, caractérisés par des crises douloureuses et de l'hématurie.

La douleur a sa forme et ses irradiations ordinaires; quant à l'hématurie, elle ressemble à celle des cystites du col.

Enfin la caractéristique de ces symptômes c'est leur disparition après la suppression du médicament.

Après avoir signalé l'influence débilitante du bicarbonate de soude et la cachexie alcaline, l'auteur termine cette étude en disant qu'en somme si le bicarbonate de soude est un médicament précieux, rendant journellement des services immenses à la thérapeutique, il ne faut cependant pas perdre de vue que son emploi peut parfois occasionner divers accidents tels que :

I. — De la distension de l'estomac (produite par l'acide carbonique que le bicarbonate dégage en présence de l'acide chlorhydrique).

II. — De la diarrhée (provoquée par ce médicament même à faible dose).

III. — Des palpitations et des troubles du côté du système nerveux (phénomènes extrêmement rares).

IV. — Des phénomènes d'irritation vésicale avec douleurs, mictions fréquentes, hématurie, que M. Mathieu a signalées et qui sont peut-être les plus marquants de tous ceux énumérés.

V. — Quant à la cachexie alcaline, affirmée par Trousseau, niée par un grand nombre d'auteurs, elle doit être peu redoutée.

En résumé, ces accidents, quoique réels, sont peu redoutables et disparaissent dès que l'on cesse l'emploi du médicament. Ils ne sauraient donc en aucune façon faire hésiter le praticien à prescrire le bicarbonate de soude.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Troubles trophiques dans la blennorrhagie, par Jeanselme (*Presse médicale*, 28 décembre 1895). — Il s'agit d'un homme de 24 ans qui contracte en avril dernier pour la première fois une blennorrhagie peu intense.

Une semaine après le début débute une polyarthrite qui obligea le malade à s'aliter; 3 semaines après l'apparition de ce pseudorhumatisme sans douleur sans fièvre sans réaction locale, les deux pieds se couvrirent d'une éruption symétrique consistant en productions cornées de volume variable. Comment expliquer cette éruption? Il faut éliminer d'abord l'idée d'une éruption médicamenteuse puisque le malade n'a pris aucun médicament, d'une syphilide puisque le malade est indemne de vérole. Il reste l'infection blennorrhagique et son influence n'est par douteuse, témoin le cas probant de Widal qui a trait à une éruption généralisée coïncidant avec une polyarthrite blennorrhagique, cette éruption ayant récidivé à la blennorrhagie suivante. Mais par quel mécanisme agit la blennorrhagie?

L'auteur conclut à un trouble trophique d'origine médullaire et il rapproche ces troubles des cas d'arthrites blennorrhagiques où les symptômes médullaires concomitants (exagération des réflexes, amyotrophie, etc.) semblent indiquer que le point de départ des lésions articulaires est dans la moelle, à côté des arthropathies gonococciques; à côté des pyarthroses secondaires il y aurait des arthropathies nerveuses. Ces éruptions, ces arthropathies nerveuses seraient des manifestations spinales de la blennorrhagie.

Sur un cas de diplégie faciale totale d'origine artérielle, par MM. Labadie-Lagrave et E. Boix (*Arch. génér. de médecine*, 1er janv. 1896, vol. I, p. 23.). — Observation de double paralysie faciale périphérique, survenue sans cause apparente, et en particulier sans refroidissement ni otite, chez une femme atteinte d'affection cardiaque d'origine puerpérale. Les auteurs admettent après discussion qu'il s'agit sans doute d'une embolie ayant oblitéré les artères radiculaires ou le tronc commun de ces artères qui alimentent à leur origine les deux troncs des nerfs faciaux et qui naissent du tronc basilaire. De plus, ayant observé la paralysie faciale périphérique comme prodrome de l'hémorrhagie cérébrale, ils se demandent si cette paralysie ne relèverait pas aussi d'une altération vasculaire dans le domaine de ces mêmes branches chez des sujets ayant des artères malades.

Hémorrhagies cérébrales (Beitrag zur Aetiologie der Gehirnblütungen), par Stein (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, tome VII, fascicules 3 et 4). — L'auteur conclut de la façon suivante : 1° Les hémorrhagies cérébrales sont produites

la plupart du temps par des lésions des artères du cerveau, lésions dues à la perte de l'élasticité et à la rupture des parois vasculaires. 2° Les anévrysmes miliaires typiques sont beaucoup plus rares qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Ils ne jouent pas le rôle principal qu'on leur a attribué dans la production des hémorrhagies. 3° Dans l'étiologie des apoplexies il faut mettre en première ligne les lésions athéromateuses et syphilitiques des artères. Dans un certain nombre de cas où ces lésions sont trop minimes pour expliquer la production d'une hémorrhagie, il faut incriminer les actions mécaniques comme l'effort de la toux.

MÉDECINE

Recherches expérimentales sur les purgatifs, par M. A. Clopatt (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1896, p. 84). — A l'aide d'un dispositif particulier, l'auteur a étudié les effets produits par les purgatifs introduits dans une anse ligaturée de l'intestin. Les substances purgatives se partagent en 2 groupes.

Les premières (infusion de coloquinte, séné, rhubarbe, calomel, huile de ricin, huile de croton) ne causent pas d'épanchement de liquide dans l'intestin (mesuré par la pression manométrique), ne déterminent qu'exceptionnellement une augmentation de mouvements péristaltiques et n'altèrent point la muqueuse.

Les seconds (sulfates de soude et de magnésie, sucre de canne, mannite) augmentent le liquide intestinal et parfois les contractions, et produisent des altérations plus ou moins profondes des tuniques intestinales.

De la dégénérescence amyloïde et des altérations cirrhotiques provoquées expérimentalement chez les animaux, par M. N. P. Krawkow (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1896, p. 106). — Etude expérimentale de la dégénérescence amyloïde provoquée chez le lapin par l'injection répétée de culture de staphylocoque doré sous la peau. Cette dégénérescence s'observe dans les capillaires, les artérioles et les éléments du tissu conjonctif; dans la rate, les cellules sont aussi quelquefois dégénérées, et l'on trouve des cellules géantes. Les symptômes observés chez les animaux consistent en dépérissement, albuminurie, quelquefois diarrhée. Après la rate, ce sont les glandes salivaires qui sont le siège de prédilection de l'amyloïde, puis le tube gastro-intestinal, le foie et les reins. Ce mémoire contient de nombreuses indications bibliographiques et l'exposé des principales discussions pendantes au sujet de la dégénérescence amyloïde.

Des modifications des éléments figurés du sang dans un cas d'hémoglobinurie, par MM. Vaquez et Marcano (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1896, p. 49). — Dans un cas d'hémoglobinurie qui paraissait lié au paludisme, l'apparition de l'accès fut marquée par une diminution notable des hématies (d'environ 400 000), par une diminution de la teneur en hémoglobine (d'un tiers environ) qui dépassait la diminution du nombre des hématies, enfin par une diminution de la résistance des globules rouges.

Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne, par M. Cl. Regaud (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1896, p. 58). — Observation de fibrome du muscle brachial antérieur dont l'extirpation fut suivie de récidive sur place.

D'après l'auteur, les fibromes purs des muscles striés sont rares; ils se développent soit dans les tendons et aponévroses, soit dans l'intérieur même des faisceaux musculaires qu'ils dissocient au lieu de les refouler comme dans la variété précédente. Les uns (les premiers en général) ont une évolution lente et bénigne et ne renferment guère de cellules jeunes. Les autres ont une évolution rapide, proportionnelle à leur richesse en cellules jeunes; confondues jusqu'à présent avec les fibro-sarcomes, ces tumeurs sont en réalité des fibromes, parce que l'évolution des cellules jeunes aboutit au tissu fibreux.

Dans ce cas, les noyaux musculaires proliférés, en s'entourant d'une partie du protoplasma de la fibre, avaient formé des cellules libres au sein du néoplasme; mais il n'est pas certain que ces éléments avaient donné naissance à des cellules néoplasiques.

CHIRURGIE

Implantation des uretères dans le rectum (Zur Technik der Ureterimplantation in den Mastdarm), par Krynski. (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 4, p. 73). — Le procédé que l'auteur a essayé sur des chiens et qui garantit contre l'infection ascendante des uretères se pratique de la façon suivante :

Sur la face antéro-interne du rectum, immédiatement au dessous de l'S iliaque, on fait une incision coudée, n'intéressant que la séreuse et la couche musculaire, et dont une branche parallèle à l'axe du rectum mesure 2 à 3 centimètres, tandis que l'autre plus court et formant un angle aigu avec la précédente ne mesure que 1 centimètre. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions est disséqué jusqu'à sa base et l'uretère coupé obliquement est implanté dans un orifice taillé dans l'aire du triangle formée par la muqueuse rectale. On suture alors la muqueuse urétérale à la muqueuse rectale à l'aide de quatre points séparés, on rabat par dessus le lambeau disséqué et on le fixe dans sa position primitive à l'aide d'une série de sutures qu'on fait passer en partie à travers la paroi rectale, en partie à travers la paroi de l'uretère.

Castration dans l'hypertrophie de la prostate (Zur Kastration bei Hypertrophie der Prostata), par Th. Rovsing (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 2, p. 25). — L'auteur était toujours d'avis que la castration qui amène une atrophie de la prostate ne pouvait exercer une influence favorable sur les phénomènes vésicaux des prostatiques pour cette raison que la distension de la vessie, la perte de sa contractilité devait persister après l'opération. Il vient d'observer un cas qui a complètement modifié ses idées sur ce point.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, prostatique depuis de longues années et qui depuis 11 ans était obligé de se sonder. Depuis deux mois les urines devinrent purulentes et la situation s'aggrava par des accès de rétention complète avec difficultés croissantes de cathétérisme.

Lorsque l'auteur vit le malade, il trouva une prostate des dimensions d'une orange remplissant entièrement l'ampoule rectale et une vessie distendue par l'urine. Dans le seul but de faciliter le cathétérisme en provoquant une atrophie de la prostate, l'auteur pratiqua la castration. Les résultats de l'intervention furent des plus surprenants : quinze jours après l'intervention le malade commença à uriner spontanément et deux mois plus tard il n'avait plus besoin de se sonder, l'urine résiduale de 24 heures ne dépassant pas 30 à 60 grammes. Quant à la prostate, son volume a à peine diminué.

L'auteur avoue ne pas comprendre de quelle façon la castration a pu agir dans ce cas pour ramener la contractilité des parois vésicales.

MÉDECINE PRATIQUE

Ataxie locomotrice au début sans syphilis antérieure.

1) Tous les 3 ou 4 jours appliquer le long du rachis, depuis la nuque jusqu'au niveau des reins, le plus grand possible de pointes de feu très superficielles.

2) Tous les deux jours prendre un grand bain très chaud (commencer à 38° pour augmenter progressivement jusqu'à 40°) prolongé pendant 25 minutes, puis trois quarts d'heure, enfin une heure. Faire dissoudre dans l'eau de ce bain 5 à 6 kilogrammes de sel gris et 250 grammes de cristaux de soude. Après le bain friction énergique au gant de crin.

3) Pendant 15 jours tous les mois prendre à chacun

des deux principaux repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de potassium	5 gr.
Eau distillée	300 gr.

4) En même temps prendre le matin au réveil, mais tous les 2 jours seulement une des pilules suivantes :

Calomel à la vapeur	0gr02
Conserve de roses	Q. s.

Pour une pilule.

5) Les 15 jours suivants faire tous les jours une injection sous-cutanée de 2 ou 3 gouttes de la solution d'ergotinine de Tanret, ou bien prendre à chaque repas une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Bromure de potassium	20 gr.
Extrait aqueux d'ergot	2 gr.
Eau dist. de laurier-cerises	40 gr.
Sirop de cerises	60 gr.
Eau dist. de laitue	200 gr.

6) Faire tous les ans une saison aux eaux de Lamalou.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Antipyrine.

Solubilité. — L'antipyrine est très soluble dans l'eau. La solution est limpide et présente une suffisante stabilité, à la condition de ne pas avoir été stérilisée au delà de 112°. Pour avoir une solution aseptique d'antipyrine, le procédé le plus simple consiste à laisser son flacon, pendant 20 minutes, dans un bain-marie porté à l'ébullition et contenant une poignée de sel de cuisine.

Propriétés thérapeutiques. — Analgésique, antinévralgique, antithermique, l'antipyrine a une action élective sur les centres nerveux supérieurs, dont elle diminue l'excitabilité : cette action s'étend secondairement à tout l'axe cérébro-médullaire (P. Langlois). C'est donc un sédatif puissant des douleurs céphaliques, des névralgies crâniennes. De plus, en raison de son action antipyrétique, c'est le médicament de choix, contre les *algies* avec élévation *thermique*.

L'usage hypodermique de l'antipyrine ne s'est pas généralisé, en raison des accidents locaux qui marquèrent les premières injections. Ces accidents tenaient d'une part à l'impureté des solutions (abcès, éruptions cutanées), d'autre part à leur extrême degré de concentration (douleur). Il est facile de les éviter en observant une asepsie rigoureuse et en utilisant une solution dont le titre ne dépasse pas 25 centigrammes par centimètre cube. On n'a ainsi à craindre aucun des phénomènes d'intolérance que l'on observe quelquefois par la voie gastrique, à laquelle la voie sous-cutanée doit toujours être préférée dans le cas ou l'on veut obtenir un effet antithermique.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 0 à 1 an, 5 à 25 centigrammes; de 1 à 5 ans, 25 centigrammes à 1 gramme; de 5 à 10 ans, jusqu'à 2 grammes, en 24 heures. Au-dessus de cet âge, mêmes doses que chez l'adulte.

L'antipyrine sera, chez l'enfant, exclusivement employée à titre d'*antithermique*, par la voie sous-cutanée. La voie stomacale sera préférée lorsque le médicament sera administré comme sédatif ou antichoréique.

Chez l'adulte : 50 centigrammes par injection; jusqu'à 3 grammes en 24 heures.

Effets de l'injection :

a) Immédiats. — L'injection n'est pas douloureuse, lorsque la solution ne dépasse pas le titre de 25 p. 100.

b) Eloignés. — L'abaissement de la température est déjà sensible 20 minutes environ après l'injection : il peut atteindre au bout d'une demi-heure 5/10 de degré. Chez l'adulte, avec *une* injection d'*un* gramme, on peut avoir en *une* heure une chute d'*un* degré.

L'effet analgésique est plus lent à se manifester et souvent il faut pour l'obtenir des doses plus élevées.

FORMULE

Antipyrine	2 gr. 50
Eau distillée	10 gr.

1 à 4 cent. cubes pour une injection.

G. Sée.

Associations. — L'antipyrine associée aux sels de quinine, en particulier au chlorhydrate, augmente leur solubilité. On réalise ainsi une préparation hypodermique dont l'action sur la température est rapide autant qu'énergique, et qui sera employée avec succès dans les pyrexies graves, l'accès pernicieux intermittent, le typhus, la fièvre typhoïde.

FORMULES

Chlorhydrate de quinine	3 gr.
Antipyrine	2 gr.
Eau distillée	6 gr.

1 à 2 cent. cubes.

Kelsch, Marty, Laveran.

Chlorhydrate de quinine	āā 2 gr. 50
Antipyrine	
Eau distillée	Q.s. p. 10 c.c.

1 à 4 cent. cubes.

Maurange.

Bromhydrate de quinine	2 gr.
Antipyrine	2 gr. 50
Eau distillée	Q.s. p. 10 c.c.

1 à 5 cent. cubes.

Maurange.

L'antipyrine facilite également la solubilité de la caféine et de ses sels, mais cette association ne présente aucun intérêt thérapeutique.

On exalte enfin les propriétés analgésiques de l'antypirine en l'assosociant à la cocaïne.

FORMULES

Antipyrine	7 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Eau distillée	20 gr.

1 cent. cube, dans le travail, pour modérer les douleurs.

Auvard et Lefèvre, Imbert de la Touche.

Antipyrine	10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15
Eau distillée	10 gr.

1 cent. cube, comme antinévralgique.

G. Sée.

Antipyrine	4 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 03
Eau distillée	10 gr.

1 à plusieurs cent. cubes à travers les téguments de la face dans le tic douloureux.

Grandclément.

Antipyrine	25 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Eau distillée	50 gr.

2 cent. cubes dans la masse lombaire tous les deux jours, dans la forme dite « névrite descendante » de l'atrophie optique.

Valude.

Antipyrine	5 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30
Eau distillée	Q.s. p. 10 c.c.

1/2 à 1 cent. cube, comme analgésique.

Capitan et Baudouin.

(Cette dernière formule doit être employée avec précaution.)

Incompatibilités. — Décoctés astringents, acide phénique, bicarbonate de soude.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une double injustice. — L'impôt sur le revenu et les médecins.

Dans son dernier numéro (25 février 1896) la *Gazette des hôpitaux* reproduisant les doléances d'un de ses anciens abonnés, signale un fait des plus suggestifs. Un tyranneau de village, ancien sabotier, ayant fait fortune dans le commerce des eaux-de-vie, se serait imaginé, pour se venger du médecin de la localité qu'il habite, de faire venir de la Faculté voisine d'abord un médecin, puis successivement cinq étudiants en médecine qu'il aurait hébergés, nourris, véhiculés et *honorés* au taux de 10 fr. par jour, à charge pour ceux-ci de ne pas saluer leur confrère et de chercher à lui enlever ses clients. Si le fait est exact, il faut convenir que le médecin, ainsi lésé dans ses droits, a eu bien tort de ne pas faire poursuivre, pour exercice illégal, sinon le médecin, du moins les étudiants en médecine qu'il accuse de s'être mis à la solde de son ennemi. Mais il a eu, à mon humble avis, un autre tort, celui de terminer sa lettre par les paroles suivantes : « Que de pareils faits se répètent souvent et ils finiront par prouver aux moins prévenus que la solidarité et la dignité médicale sont de vains mots. Alors adieu sociétés locales, association générale ! Les médecins fortunés garderont leurs cotisations annuelles plutôt que d'en faire profiter des indignes. J'en connais pour ma part qui vont commencer par envoyer leur démission. »

Qu'en termes peu convaincants ces choses-là sont dites! Eh quoi! Voici cinq étudiants qui viennent successivement, depuis le 17 novembre dernier, exercer illégalement la médecine dans une commune de 1 800 habitants et le médecin de cette commune ne proteste pas; il ne s'adresse pas à la société locale dont il dit faire partie; il ne demande pas au Conseil général d'intervenir soit auprès du doyen de la Faculté, soit même auprès du ministre. Il se borne à confier ses doléances à la *Gazette des hôpitaux* dans les termes que nous venons de reproduire et à envoyer sa démission à son président. Mais, cher confrère, comment diable voulez-vous qu'on se doute à Paris de ce qui vous arrive! Et que viennent faire la solidarité et la dignité professionnelle dans une question où très probablement — car ils ne paraissent pas avoir pris goût à leur tâche — les cinq étudiants qui ont répondu à l'appel de votre ennemi ignoraient qu'ils étaient conviés à lutter contre vous. Je n'insiste pas et je n'aurais même pas parlé de ce fait-divers si je n'avais cru devoir relever ce que sa conclusion présente à mes yeux d'injuste et d'immérité pour une association qui se donne tant de mal en vue de défendre, lorsqu'ils sont défendables, les intérêts de ses membres.

Elle va d'ailleurs, bien que sa tâche soit déjà suffisamment ardue, avoir à lutter avec plus d'énergie encore. Bientôt, en effet, viendra en discussion devant les Chambres le projet d'impôt progressif sur le revenu préparé par M. le Ministre des finances. Ce projet, nul ne l'ignore, frappe tous les revenus sans exception et, lorsqu'il s'agit de la profession médicale, ne se contente pas d'imposer des charges très considérables, mais va, sans doute, soulever les plus grosses difficultés. Dégrevés de la cote personnelle et mobilière ainsi que de la contribution des portes et fenêtres, les propriétaires, les rentiers, les fonctionnaires, etc., etc., auront très justement à payer un impôt proportionné à leurs revenus. Ceux-ci, presque toujours fixes, seront aisés à connaître ou tout au moins à déclarer. Le médecin restera toujours astreint à payer patente. S'il habite une ville où les centimes additionnels lui imposent chaque année une contribution plus considérable, il restera de plus soumis à l'impôt que ne supprime pas le projet de M. le Ministre des finances, c'est-à-dire qu'il aura à payer, outre sa patente, la part contributive revenant aux départements et aux communes. Enfin on l'obligera à déclarer quel est le bénéfice annuel qu'il retire de sa clientèle et, pour peu que celle-ci atteigne un chiffre élevé, on le taxera à un taux inconnu jusqu'à ce jour.

Il importe donc, si la loi est votée — et nous espérons bien qu'il n'en sera rien — que les médecins s'entendent pour que leurs déclarations soient partout identiques; pour que leurs intérêts légitimes soient partout respectés. On les traite en commerçants puisqu'on leur impose une patente et une déclaration de bénéfices. Qu'ils agissent en commerçants, c'est-à-dire qu'ils déduisent de leurs recettes le chiffre de leurs dépenses professionnelles pour ne déclarer que leur bénéfice réel. C'est là un premier point sur lequel ils doivent être d'accord. Un médecin a besoin d'un appartement sinon somptueux, du moins assez vaste pour loger sa famille et recevoir ses clients; il lui faut une voiture; il est nécessaire qu'il ait un domestique pour ouvrir sa porte. Ce sont là des frais généraux dont un commerçant a bien soin de tenir compte. Il devra nous être permis de faire de même. Le médecin a des ressources aléatoires, accidentelles, qui ne se reproduisent pas tous les ans, qu'il aurait tort de déclarer s'il ne veut être exposé à modifier chaque année le chiffre de ses justifications financières. Le médecin enfin ne peut être astreint à communiquer ses carnets de visite, ni les livres où il inscrit à côté du nom de ses clients les honoraires qu'il en reçoit — quand il les reçoit. Pour tous ces motifs il ne saurait répondre que par une fin de non-recevoir absolue aux injonctions de la Commission instituée pour contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Comment dès lors sera-t-il taxé? Il ne nous appartient pas de le dire. En Suisse, où l'impôt sur le revenu est appliqué non sans rigueur, les médecins sont généralement traités avec bienveillance. Il est même des cantons où ils sont classés en diverses catégories, et l'on compte sur leur amour-propre pour se faire inscrire dans celle qui impose le plus les contribuables. En France, si, par malheur, le projet de loi soumis aux délibérations du Parlement venait à être voté, ce que nous apprenons chaque jour des vexations administratives vis-à-vis du corps médical nous ferait craindre pour nos confrères des petites villes et des campagnes une situation intolérable. C'est pourquoi nous les convions à se hâter de protester.

Avant de se résigner aux mesures que nous venons d'indiquer succinctement, qu'ils essaient de faire comprendre à ceux qu'ils ont élus pour défendre leurs intérêts toute l'iniquité d'une loi qui ne pourra jamais être rigoureusement et utilement appliquée (1).

Je ne puis terminer cette causerie sans dire les regrets que laisse après lui le Dr Laënnec, ancien directeur de

1. Cet article était composé lorsque nous avons appris que la Commission du budget élue par la Chambre paraissait hostile au projet du gouvernement. Puisse la Chambre tout entière se ranger à l'avis de sa commission!

l'Ecole de médecine de Nantes, membre du conseil général de l'Association des médecins de France. J'aurai prochainement à louer publiquement la mémoire de cet homme de bien qui fut pendant 30 ans médecin des hôpitaux, membre ou président de presque toutes les sociétés savantes ou charitables de Nantes, professeur de physiologie et directeur de l'Ecole de plein exercice dont il contribua en 1876 à assurer l'organisation. Je ne veux aujourd'hui que louer les qualités de son esprit qui l'ont fait aimer et respecter par tous ses collègues, ses élèves et ses compatriotes. L. Lereboullet.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. le professeur Dieulafoy, trop tard pour la faire insérer dans notre édition de jeudi, la lettre suivante en réponse à la communication faite par M. le Dr Talamon à la *Société médicale des Hôpitaux*, séance du 21 février (*Gaz. hebd.*, p. 199).

A propos de l'appendicite.

A M. le Dr Talamon, médecin des hôpitaux.

Mon cher collègue,

Au sujet des conclusions qui concernent un travail que je vais publier sur l'appendicite, vous vous êtes empressé de formuler des revendications dont les termes, permettez-moi de vous le dire, se ressentent un peu de la précipitation que vous y avez portée.

Si vous aviez eu la patience d'attendre la publication prochaine et détaillée de ce travail, publication que j'annonçais en présentant mes conclusions, vous y auriez vu que, suivant une habitude dont je ne me suis jamais départi, je m'efforce de rendre à chacun, petite ou grande, la part légitime que je crois lui être due. Vous y auriez vu également, et vous y verrez que, pour si divergentes que soient les opinions, la discussion en matière scientifique n'exclut pas une courtoisie dont le public est le premier à nous savoir gré.

Je vous prie, mon cher collègue, de vouloir agréer l'expression de mes meilleurs sentiments. Dieulafoy.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène militaire, par M. le Dr A. Laveran. Paris, G. Masson. — 1 vol. gr. in-8 de 900 pages avec 270 figures dans le texte, 16 francs.

Principes d'hygiène militaire, par M. le Dr Viry. Paris, L. Battaille.

Les ouvrages d'hygiène se spécialisent, à moins que leur spécialisation ne tienne qu'à leur titre; car souvent il arrive que bien peu de leurs pages ne puissent être inutilisables pour d'autres lecteurs que les médecins et les officiers de l'armée. « La science qui a pour objet de conserver la santé du soldat » (Laveran) ne s'applique-t-elle pas en grande partie à toutes les collectivités? Mais on conçoit que les médecins militaires soient tentés de consacrer à cette science de volumineux et beaux ouvrages; ils y sont depuis longtemps passés maîtres; pour ne parler que des disparus au cours de ces cinquante dernières années, depuis Michel Lévy jusqu'à Arnould, la pléiade des hygiénistes est parmi eux singulièrement brillante.

L'une des raisons de cette suprématie du corps de santé militaire dans ces matières tient assurément, pour une part, à ce que l'application des règles et des prescriptions sanitaires est, à tous égards, facile dans l'armée; la population à laquelle elles doivent être adaptées est homogène et de même âge; elle est astreinte à une discipline qu'on peut rendre, dans ce cas, aussi rigoureuse qu'il peut être nécessaire, et le milieu ne saurait réagir autrement qu'il n'a dû être prévu. D'où la nécessité d'y fixer avec compétence, précision et certitude, les formes et les limites des mesures d'hygiène; car si ces précautions n'ont pas été prises, les conséquences de l'erreur commise se multiplient aussitôt dans des proportions considérables. On conçoit par cela même combien ces conditions rendent intéressants, par les autres milieux collectifs, l'étude de l'hygiène, telle qu'elle est appliquée dans une telle agglomération.

Les hygiénistes, aussi bien parmi les civils que parmi les militaires, trouveront donc grand profit à utiliser les matériaux et les renseignements accumulés dans les ouvrages de MM. Laveran et Viry. Le premier y a reproduit le cours très complet qu'il vient de professer au Val-de-Grâce, et dont une règle inexorable et injustement cruelle vient de lui imposer l'éloignement après dix ans d'excellent enseignement. Le second, utilisant des documents qu'il avait antérieurement recueillis, a mis au point les informations nombreuses que de tous côtés et dans divers pays une étude approfondie des questions sanitaires lui avait permis d'accumuler.

Ces deux exposés de l'hygiène militaire se complètent ainsi en quelque sorte; dans l'un, l'exposition est plus dogmatique et mieux précisée; dans l'autre, l'abondance des renseignements l'emporte sur leur critique. Il serait injuste, d'ailleurs, d'oublier qu'ils s'adressent l'un et l'autre à des lecteurs déjà familiarisés avec les notions scientifiques et d'ordre technique si diverses que l'hygiène utilise, lecteurs plus que tous autres à même d'y discerner et d'y comprendre la portée des applications proposées sur tel ou tel sujet.

Quant aux matières traitées dans ces ouvrages, on devine sans peine qu'elles embrassent toute la vie du soldat, depuis le recrutement et l'examen de son aptitude physique, les exercices, l'alimentation, l'habillement, la propreté individuelle, le casernement, l'habitation en baraque ou sous des tentes, jusqu'à la prophylaxie des maladies transmissibles dans l'armée et l'assainissement des champs de bataille. Examiner en détail chacun des chapitres qui sont consacrés à ces diverses questions, il n'y faut pas songer. Qu'il suffise de dire qu'aussi bien dans le livre de M. Laveran que dans l'ouvrage de M. Viry, ces questions sont élucidées avec une compétence parfaite et un souci constant des divers intérêts en présence. On a plaisir à constater l'indépendance de leurs appréciations et l'impartialité de leurs jugements à l'égard des doctrines qui ont paru parfois vouloir dominer avec une audace trop hasardée l'hygiène de l'armée.

En tout état de cause, il faut savoir gré à nos confrères de l'armée d'avoir une fois de plus montré quels progrès considérables ont été accomplis, avec une persévérance si grande et une entente si précieuse, dans l'hygiène militaire depuis un demi-siècle et surtout depuis la guerre franco-allemande. Le médecin a su se plier aux études si complexes qu'exige l'hygiène; la chimie, l'art de l'ingénieur et de l'architecte, la micro-biologie, ont tour à tour été mis à contribution par lui et il a ainsi pu devenir le conseiller et, au besoin, le guide dirigeant pour les multiples besoins de la vie militaire. La diminution graduelle de la mortalité dans notre armée, la cessation plus rapide des épidémies lui sont dues en grande partie; on en pourrait conclure que son rôle doit être apprécié avec reconnaissance dans les conseils du commandement et que ce rôle ne cesse de grandir, si l'on ne savait quelles tendances on a, d'autre part, au contraire, à diminuer son crédit et son légitime prestige. Quoi qu'il en soit, la médecine civile, aux prises avec des difficultés pratiques bien plus délicates, ne peut oublier quels services le corps de santé lui a toujours rendus dans l'étude des questions sanitaires et quels exemples, heureux et convaincants, il lui permet d'opposer à l'inertie, à l'indifférence contre lesquelles elle a surtout à lutter. Les deux ouvrages de MM. Laveran et Viry sont assurément parmi ceux que tous les médecins doivent consulter avec intérêt. A.-J.-M.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Sur la topographie du zona,

Par Ch. Achard,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

Dans des leçons publiées tout récemment (1), M. Brissaud a bien mis en lumière la discordance qui existe entre la topographie de certains zonas — du zona dit essentiel ou idiopathique en particulier — et le domaine d'innervation des nerfs périphériques. Se fondant sur ce désaccord, cet auteur n'a pas hésité à battre en brèche l'opinion classique qui attribue au zona une lésion exclusivement périphérique ou ganglionnaire, et à faire remonter le point de départ de cette affection jusque dans l'axe rachidien. Le zona devient ainsi une maladie spinale du système sensitif et trophique : l'altération initiale frappe les fibres sensitives intra-médullaires et, par l'intermédiaire de ces fibres, retentit sur les centres trophiques des nerfs cutanés, c'est-à-dire sur les ganglions rachidiens (2).

Il n'y a plus lieu dès lors de s'étonner que le trouble trophique des téguments ne corresponde pas à un territoire d'innervation périphérique, car on sait que les altérations du système sensitif de la moelle se traduisent à la périphérie par des manifestations sans rapport avec la distribution des branches nerveuses. Ce n'est donc pas dans l'innervation, telle que l'indique chez l'adulte l'anatomie descriptive, que doit être cherchée la raison de la topographie du zona, mais bien dans les liens embryologiques qui rattachent à chaque segment métamérique de la moelle un segment correspondant du tégument. Cette disposition embryonnaire, à travers les modifications apportées par le développement de l'individu, a perdu tout rapport anatomiquement visible avec la distribution des branches nerveuses, mais elle se laisse révéler encore par l'observation anatomo-pathologique. C'est là, pour le dire en passant, un chapitre nouveau et intéressant de cette *anatomie médicale*, inaugurée si brillamment par Charcot.

Toute interprétation mise à part, le fait qui a servi de point de départ à la théorie développée par M. Brissaud,

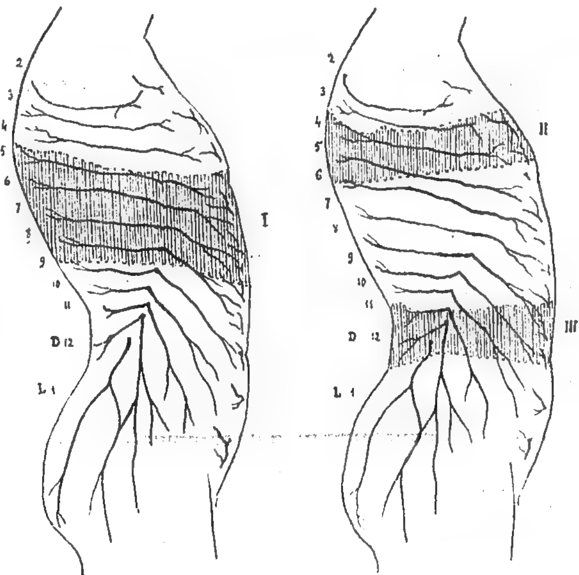


Fig. 1.

Sur ces schémas est représenté le trajet des branches cutanées des 2e à 12e paires dorsales (2-12 D) et de la 1re paire lombaire (L 1); les parties ombrées figurent le territoire des éruptions de zona.

I. Zona thoracique moyen. — II. Zona thoracique supérieur. — III. Zona thoraco-abdominal.

la discordance entre la topographie du zona et l'innervation cutanée, avait, à vrai dire, frappé déjà un certain nombre d'observateurs. Trousseau (1) en particulier opposait l'horizontalité du zona à l'obliquité des nerfs intercostaux. Quelques explications avaient même été hasardées à ce sujet : on avait fait intervenir l'irrigation vasculaire (Pfeiffer), la distribution de la branche dorsale cutanée (Griffith). Mais ces explications incomplètes ne sont applicables qu'au zona du tronc et même à certains zonas du tronc, et n'ont point la portée bien plus générale de la théorie de M. Brissaud.

Frappé moi-même de l'insuffisance de ces explications, j'avais étudié, en reportant aussi exactement que possible sur des schémas le siège de l'éruption, la topographie de plusieurs cas de zona observés à l'hôpital Cochin d'août à novembre 1894. J'avais été amené ainsi, comme M. Brissaud, à placer plutôt dans la moelle que dans les ganglions et les nerfs périphériques la lésion initiale, en considérant surtout que les troubles sensitifs de cause

1. E. Brissaud, Le zona du tronc et sa topographie (*Bulletin médical*, 8 janv. 1896, p. 27) ; La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona (*Ibid.*, 26 janv. 1896, p. 87).

2. Vulpian (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II) admettait que, dans le zona, c'était l'irritation centripète des fibres sensitives qui provoquait les troubles des centres trophiques.

1. Trousseau, *Clinique médicale*, t. I.

médullaire, ceux de la syringomyélie par exemple, ont des limites qui ne répondent pas aux territoires des nerfs cutanés et qui affectent généralement sur le tronc une direction assez horizontale (1).

Sur le premier de ces schémas (fig. 1, I), on peut voir que la bande de zona, assez large, suit dans la région moyenne du thorax une direction qui est en arrière parallèle aux branches des nerfs intercostaux, mais qui les croise pour se rapprocher davantage de l'horizontale en avant. Chez un second malade (fig. 1, II), la région lésée croise plus encore le trajet des branches nerveuses cutanées, de manière à remonter en avant au-dessus des espaces intercostaux qu'elle occupe en arrière. Dans un 3e cas (fig. 1, III), où les douleurs qui avaient précédé l'éruption offraient cette particularité d'avoir été bilatérales, quoique plus vives du côté du zona, et où de plus, l'éruption débordait, de deux travers de doigt environ, la ligne médiane en arrière, le zona occupait la région dorso-lombaire, croisant obliquement et même perpendiculairement les branches nerveuses superficielles et reproduisant d'une façon assez exacte un des tracés figurés par M. Brissaud.

La discordance topographique apparaît tout aussi frappante sur le schéma d'un quatrième malade (fig. 2). Ici l'éruption débuta par la région de la fosse iliaque qu'elle couvrit jusqu'à quelques centimètres du pubis, puis, descendant au-dessous de l'arcade de Fallope, elle se répandit sur le triangle de Scarpa; en même temps, en arrière apparurent des vésicules sur la région fessière qui fut bientôt couverte en grande partie. Or, si l'on se reporte à la distribution des nerfs cutanés de ces régions, on voit que l'éruption englobe en partie des territoires qui appartiennent à plusieurs branches des racines dorsales, lombaires, sacrées et coccygiennes, nées à des niveaux très différents de la moelle.

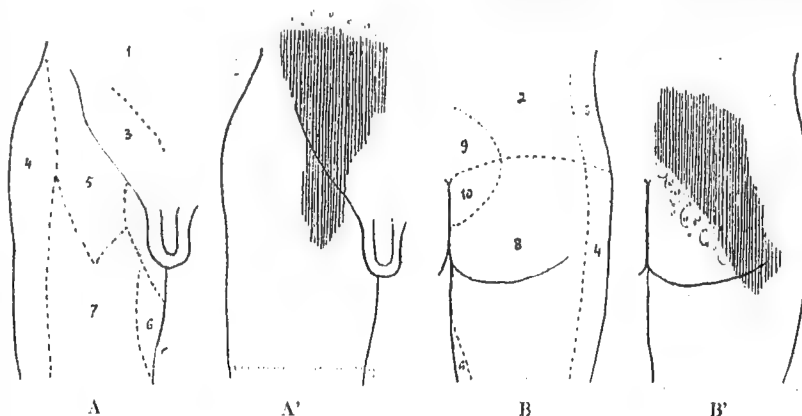


Fig. 2.
ZONA DE LA CEINTURE PELVIENNE

A et B. — Distribution des nerfs cutanés à la face antérieure (A) et à la face postérieure (B); les lignes pointillées correspondent aux limites des territoires d'innervation : 1. nerfs intercostaux; 2. branches postérieures des nerfs lombaires; 3. branche abdomino-génitale; 4. nerf fémoro-cutané; 5. nerf génito-crural; 6. nerf obturateur; 7. nerf crural; 8. branches postérieures des nerfs sacrés; 9. petit sciatique; 10. branches postérieures des nerfs coccygiens.

A' et B'. — Territoires occupés par l'éruption de zona en avant (A') et en arrière (B').

Enfin, à ces faits j'ajouterai encore le cas d'un malade dont je ne pus prendre exactement le schéma, ne l'ayant vu qu'une seule fois à la consultation de l'hôpital. Cet homme, dont la femme avait eu 8 jours auparavant un zona intercostal, présentait un zona de la partie supérieure du thorax avec extension à la partie interne du bras et de l'avant-bras, ce qui s'expliquerait sans doute aisément par les anastomoses des nerfs intercostaux avec le brachial cutané interne; mais en outre quelques vésicules existaient sur le bord cubital de la main, c'est-à-dire sur un territoire nerveux différent, sur celui du cubital.

Dans ces cas, et notamment dans le troisième et le quatrième, il faut, si l'on accepte la théorie périphérique, admettre que la lésion intéresse un certain nombre de nerfs différents ou de ganglions rachidiens, et souvent des portions très limitées de plusieurs nerfs ou ganglions à la fois; en d'autres termes, il faut faire intervenir des altérations nerveuses multiples et disséminées comme au hasard. L'hypothèse de M. Brissaud permet d'invoquer des désordres plus simples à concevoir. Il est évident, en effet, qu'une lésion spinale d'étendue très restreinte, et n'ayant par suite qu'un très faible retentissement sur le reste du système nerveux, pourra frapper dans leur trajet intra-médullaire les branches verticales et collatérales appartenant à un certain nombre de neurones voisins et qui correspondent à plusieurs racines rachidiennes, c'est-à-dire à une série de nerfs différents. On ne voit pas bien non plus avec la théorie périphérique comment la lésion cutanée, occupant en partie seulement les territoires de plusieurs nerfs, forme néanmoins dans son ensemble une zone en général à peu près continue au lieu de plaques disséminées et éloignées les unes des autres : cette disposition s'explique mieux par la théorie médullaire, car les troubles sensitifs qu'on observe dans les lésions spinales occupent d'ordinaire, sur des territoires dépendant de nerfs différents, des départements contigus, de manière à constituer une surface continue.

En somme à côté des zonas de cause purement périphérique comme ceux qui suivent la blessure d'un nerf, il en est dont l'origine et le siège initial sont discutables, et ce sont surtout les zonas dits essentiels. Sans nier que certains d'entre eux puissent avoir leur point de départ dans les branches nerveuses et les ganglions, la théorie médullaire nous paraît mieux convenir aux cas — les plus nombreux semble-t-il — dans lesquels l'éruption ne correspond pas à la distribution des nerfs cutanés, et particulièrement aux zonas des membres, de la partie inférieure du tronc.

On sait que depuis quelque temps une tendance s'est dessinée parmi les neurologistes à rattacher à une origine spinale (trouble dynamique et lésion matérielle) divers processus névritiques précédemment attribués à des altérations exclusivement périphériques. L'interprétation proposée par M. Brissaud pour le zona vient restreindre encore le cadre de ces névrites.

1. Rappelons que M. Féré (*Revue de médecine*, 1890, p. 393), se fondant sur la rachialgie diffuse qu'il avait observée plusieurs fois, admettait à titre d'hypothèse l'origine spinale ou méningée du zona.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 Février 1896.

Rhinoplastie par la méthode italienne.

M. Berger présente une personne qui était atteinte d'une destruction de la pointe, d'une partie de la face dorsale, des ailes et de la sous-cloison du nez et chez laquelle il a eu recours à la rhinoplastie par la méthode italienne.

La destruction, due à une lésion tertiaire, avait débuté il y a 18 mois; ce ne fut qu'au mois de mai dernier que la malade fut mise au traitement; quand M. Berger entreprit la réparation, le 4 décembre 1895, la guérison était complète depuis plusieurs mois.

La première opération consista dans l'avivement du moignon nasal et dans la fixation sur ce moignon d'un lambeau pédiculé emprunté au bras. Le bras fut fixé à la tête au moyen de l'appareil dont M. Berger se sert pour ces opérations et qu'il présente à l'Académie. La fixation fut maintenue pendant 10 jours complète, et fut très bien supportée par la malade.

Le pédicule du lambeau fut creusé le 14 décembre : l'adhérence et la vitalité de celui-ci étaient parfaites, et le 7 janvier 1896, M. Berger put procéder à la restauration de la pointe du nez, des ailes et de la sous-cloison. Celle-ci réussit très bien et a donné un résultat sinon esthétique parfait, du moins très présentable.

M. Berger insiste sur les principales conditions d'application de cette méthode qu'il a été le premier à remettre en honneur il y a près de 20 ans, et à laquelle il a depuis lors eu recours dans un fort grand nombre de cas.

La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle-même : la forme, la direction, les dimensions des incisions doivent être rigoureusement fixées d'avance. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement, sans plissement ni traction. Il faut conserver tous les vestiges du nez détruit pour les faire servir à la réparation.

La fixation du membre supérieur à la tête est assurée par un appareil dont M. Berger donne la description; grâce à cet appareil l'immobilité rigoureuse est obtenue sans beaucoup de fatigue; il permet les soins de propreté, l'alimentation; les opérés peuvent se lever et même marcher avec le bras fixé sur la tête.

La section du pédicule du lambeau pourrait, s'il était besoin, être faite bien avant le 10e jour. Quant à la seconde opération qui consiste à reconstituer la pointe, les ailes du nez et la sous-cloison au moyen du pédicule du lambeau, elle doit être entreprise 15 jours environ après la section du pédicule : c'est une opération délicate qui demande une certaine habitude des restaurations faciales.

Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines au moyen de tuyaux métalliques introduits dans ces cavités. Un dispositif spécial permet de faire servir le même appareil à maintenir la saillie de la pointe du nez, jusqu'à ce que toute tendance à la rétraction du lambeau ait disparu.

Grossesse tubaire double.

M. Le Dentu présente le sac et les embryons de 7 à 8 semaines d'une grossesse tubaire double ayant cette particularité de ne posséder qu'un seul sac. La laparotomie fut entreprise d'urgence pour une grave hémorrhagie abdominale.

Luxation de la hanche.

M. Calot (de Berck-sur-Mer) présente deux enfants qu'il a opérés, comme il l'a indiqué au Congrès de Bordeaux (voir *Mercredi médical*, 1895, p. 492) pour luxation congénitale de la hanche. Le résultat est très satisfaisant et les enfants n'ont plus qu'une très légère boiterie, sans claudication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 Février 1896.

Présidence de Ch. Monod.

Traitement de l'hallux valgus.

M. Kirmisson fait un rapport sur un cas d'hallux valgus observé par M. Delbet chez une femme de 33 ans atteinte d'un double hallux valgus. L'affection remontait à l'enfance et était peut-être d'origine congénitale. A gauche, il existait de plus sur la tête du métatarsien une bourse séreuse suppurative et qui avait donné lieu à une fistule. Les troubles de la marche étaient notables.

Après avoir circonscrit par une incision cutanée la bourse séreuse, M. Delbet a extirpé cette bourse; puis, par une incision longitudinale sur le côté interne du premier métatarsien, il a mis à nu l'exostose située dans la bourse séreuse, au niveau de la tête du premier métatarsien. Il a réséqué cette exostose, puis, après avoir ouvert l'articulation métatarsophalangienne, il a réséqué une partie de la tête articulaire du premier métatarsien Mais, malgré cette résection, la réduction de la déformation restant impossible, M. Delbet, ayant constaté que la cause de cette irréductibilité tenait à la rétraction du tendon de l'extenseur du gros orteil, attira ce tendon et le fixa à la partie interne de la plaie au moyen d'un lambeau périostique qu'il sutura pardessus, faisant ainsi une sorte de vaginoplastie en constituant une gaine périostique autour du tendon.

La guérison fut rapide. L'opération fut faite des deux côtés dans la séance. M. Delbet a revu la malade au bout de quelques mois. L'orteil est resté en bonne position, et l'état fonctionnel est resté parfait.

En analysant cette observation, M. Kirmisson passe rapidement en revue les divers procédés usités contre l'hallux valgus. Il cite tout d'abord le procédé Ogston qui consiste dans la résection totale de la tête du premier métatarsien. Cette opération est d'après M. Kirmisson à rejeter par la raison qu'elle détruit le point d'appui à la marche.

Un second procédé, celui de Riedel, consiste dans la résection de la première phalange. Mais, comme les altérations portent exclusivement sur la tête métatarsienne, l'opération de Riedel semble à M. Kirmisson absolument illogique.

Le troisième procédé, celui de Reverdin, semble à M. Kirmisson fort rationnel, puisque l'ostéotomie cunéiforme de la tête du premier métatarsien, que comporte ce procédé, réduit la difformité tout en ménageant l'articulation. Le seul reproche qu'on puisse adresser à ce procédé c'est de laisser les altérations articulaires, source des douleurs.

Quant au procédé employé par M. Delbet, son originalité consiste dans le déplacement du tendon de l'extenseur du gros orteil et son maintien à la partie interne de l'articulation grâce à un lambeau périostique. La contracture du tendon de l'extenseur, en effet, tout en n'étant pas la cause première de la déformation, entretient cependant et exagère même cette dernière.

En effet, M. Kirmisson a fait, dans quelques cas, la ténotomie du tendon de l'extenseur dans l'hallux valgus, avec succès. On peut donc supposer que dans les cas d'hallux valgus léger, avec peu d altérations articulaires, la ténotomie du tendon extenseur peut suffire, suivie de l'application d'un appareil après la réduction de l'orteil. Mais quand les lésions articulaires sont internes, quand il existe de la suppuration, l'ostéotomie et la fixation du tendon par un lambeau périostique peuvent être recommandées.

M. Poirier pense que si un muscle doit être incriminé dans l'étiologie de l'hallux valgus, ce muscle n'est pas le grand extenseur de l'orteil, mais le chef interne du pédieux, qui s'insérant obliquement sur le gros orteil, fait dévier en dehors cet orteil.

M. Routier a opéré un hallux valgus double chez une

danseuse. Après incision de la bourse séreuse enflammée il a ouvert l'articulation, ruginé le périoste, réséqué un morceau de la tête du premier métatarsien, et réduit facilement la phalange, qui est bien restée en place.

M. Reynier, qui a opéré une vingtaine de ces cas, distingue l'hallux valgus chez les gens âgés et l'hallux valgus chez les jeunes gens. Chez les premiers, on a affaire surtout à des troubles articulaires, à une arthrite avec déformations osseuses; chez les seconds, au contraire, la contracture du tendon joue un grand rôle dans la pathogénie de la difformité; aussi chez eux, la ténotomie peut suffire; chez les gens âgés, la résection de la tête du métatarsien donne d'excellents résultats. Mais il faut se garder en général d'ouvrir l'articulation, à cause de l'ankylose consécutive possible.

M. Marchand a opéré 3 cas d'hallux valgus chez des individus d'un certain âge. Dans tous ces cas, où il s'agissait de rhumatisants, il a mis à nu les hyperostoses, ouvert les articulations, et terminé par la résection de la partie hyperostosée de la tête du métatarsien. Le résultat a toujours été excellent.

M. Félizet pense aussi que l'on ne doit pas confondre l'hallux valgus chez l'adulte et chez l'enfant. Chez les adultes, il s'agit de lésions arthritiques compliquées de bourses séreuses. La lésion articulaire est la première en date; les lésions osseuses sont secondaires.

Chez les enfants, l'hallux valgus est une véritable déformation analogue au genu valgum. La partie interne de la tête du premier métatarsien est abaissée. Le simple redressement peut suffire à corriger la difformité.

M. Schwartz est du même avis et croit que l'hallux valgus de l'adulte demande un autre mode de traitement que l'hallux de l'enfant. Il fait soit la sécrétion de la tête du métatarsien, soit l'ostéotomie cunéiforme de la tête du métatarsien suivie de la suture osseuse pour reconstituer complètement la tête du métatarsien. Il n'a jamais observé la rétraction du tendon de l'extenseur.

M. Monod fait la résection oblique de la tête du métatarsien. Une fois chez un malade âgé, après l'ostéotomie, il fit la section du tendon extenseur, puis celle de la longue branche du pédieux, mais sans pouvoir obtenir le redressement de l'orteil. Ce redressement ne fut obtenu qu'après la section, dans l'espace interosseux, des tendons de l'abducteur oblique et du transverse.

Sérothérapie préventive dans le tétanos.

M. Bazy a observé, dans le courant d'une seule année, à Bicêtre, 4 cas de tétanos survenus à la suite de plaies contuses, en général souillées de terre, ou à la suite de traumatismes graves.

Dans aucun cas on n'a pu trouver la porte d'entrée de l'infection chez ces malades qui tous se sont infectés en dehors du service.

Ces faits suscitaient l'idée que la région de Bicêtre devait être très favorable à l'éclosion des accidents tétaniques lors des traumatismes prédisposants. Aussi M. Bazy s'est-il décidé d'appliquer, dans son service de Bicêtre, le traitement préventif du tétanos à tous les blessés chez lesquels le tétanos était susceptible de se produire. Or depuis qu'il applique ce traitement préventif, il n'a plus observé un seul cas de tétanos quoiqu'il ait observé un grand nombre de plaies contuses et de traumatismes graves des membres.

Il a fait 23 inoculations préventives au moyen du sérum antitétanique, 2 malades sont morts : l'un, un vieillard à la suite d'une fracture de côtes et de contusions multiples; l'autre de delirium tremens.

Jamais on n'a observé d'accidents ni locaux, ni généraux, avec le sérum antitétanique.

M. Lucas-Championnière trouve que les expériences de M. Bazy sont trop peu nombreuses et par conséquent ne peuvent pas encore être probantes. Du reste le tétanos est extrêmement rare dans les hôpitaux, de sorte que l'on n'est pas autorisé à faire une injection préventive à tout blessé qui entre dans nos salles.

M. Berger. — La question de la sérothérapie dans le tétanos est encore très obscure. Alors qu'en France la sérothérapie curative ne donne que des mécomptes, à l'étranger, en Italie et en Angleterre surtout, elle semble avoir donné d'excellents résultats dans plusieurs cas. Les résultats expérimentaux ont aussi été défavorables en France. Donc, au point de vue curatif, la sérothérapie donne des insuccès constants.

Personnellement, M. Berger fera toujours l'amputation d'une façon précoce. Dans les 2 seuls cas de tétanos suivis de guérisons qu'il a observés, l'amputation avait été faite. Celle-ci pratiquée, il faut injecter du sérum antitétanique.

Quant à la question du traitement préventif, les résultats sont probants dans la médecine vétérinaire. Il a donné aussi des résultats approximativement bons dans la pratique coloniale où le tétanos complique très fréquemment les plaies. Mais en France, où le tétanos se développe rarement sur les plaies traitées antiseptiquement, il est au moins inutile de faire l'injection préventive dans tous les cas.

Il semble que Bicêtre est un terrain favorable au développement du tétanos. Quand M. Berger était chirurgien de Bicêtre, il a observé 3 cas de tétanos dans la même salle. Il ne blâme donc pas M. Bazy de faire des injections préventives dans son service.

M. Marchand a depuis 6 ans observé à Saint-Louis un seul cas de tétanos. Il semble donc difficile, étant donnée la rareté du tétanos, de parler de son traitement préventif.

M. Bazy n'a pas dit qu'il fallait appliquer le traitement préventif du tétanos à tous les cas de plaies. Mais comme Bicêtre semble être un terrain tétanigène, il s'est cru autorisé à y appliquer les injections préventives dans les traumatismes prédisposés au tétanos.

M. Michaux a observé récemment un cas de tétanos à Arcueil. Or Arcueil est près de Bicêtre, et le médecin qui l'a appelé en consultation lui a affirmé avoir observé plusieurs cas de tétanos dans la région de Bicêtre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 Février 1896.

Présidence de M. d'Arsonval.

Diabète pancréatique.

M. Kauffmann a constaté, contrairement à ce qu'avait soutenu M. Thiroloix, que les animaux dépancréatisés continuent à rester glycosuriques, quand même on les soumet à un jeûne prolongé. La disparition de la glycosurie chez les animaux dépancréatisés ne s'observe que dans deux circonstances : 1° en cas de fièvre; 2° quand l'extirpation du pancréas n'a pas été complète.

Un autre fait que M. Kauffmann a pu constater, c'est que les animaux dépancréatisés maigrissent plus rapidement et perdent davantage de leur poids que les animaux normaux, quand on les soumet au jeûne. Il explique ce fait en admettant que chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, la polyphagie s'exerce aux dépens de l'organisme, c'est-à-dire que les animaux deviennent autophages à un haut degré.

Atténuation du venin de vipère sous l'influence des courants de haute fréquence.

M. Phisalix a repris les recherches de MM. d'Arsonval et Charrin, en étudiant l'influence des courants à haute fréquence sur le venin de vipère. La solution glycérinée du venin de vipère à 50 p. 100 confère seulement aux animaux une survie prolongée. Par contre, si l'on soumet à l'influence des courants à haute fréquence une solution de venin dans l'eau salée à 7 p. 1000, le liquide perd considérablement de sa virulence et les animaux supportent des doses trois fois mortelles. En plus les animaux injectés avec cette solution électrisée deviennent immunisés contre ce venin en nature. La durée de cette immunité est encore difficile à déterminer : en tout cas, elle n'est pas inférieure à 7 jours.

L'analogie est donc complète avec les toxines.

M. d'Arsonval ajoute que dans ces expériences on avait pris toutes les précautions pour éviter la chaleur qui pouvait

résulter du passage des courants. Du reste le thermomètre plongé dans la solution ne marquait jamais plus de 35°.

Sur un processus de transformation de la graisse en matière glycogène.

M. Sabrazès (Bordeaux). — Dans un polype fibro-lipomateux de la cavité buccale existait, au niveau des foyers de régression du lipome et dans la bordure épithéliale de la tumeur, de la matière glycogène située dans le protoplasma des cellules. L'origine de ce glycogène doit être recherchée dans les transformations que subit la graisse à l'intérieur des leucocytes, ainsi que permet de le penser l'étude des phénomènes régressifs que subit le tissu adipeux introduit expérimentalement sous la peau du chien : le glycogène s'y montre dans les corps granuleux à côté des gouttelettes graisseuses. L'intérêt d'ordre physiologique de ces recherches réside dans le fait de la transformation possible des graisses en glycogène. Ces constatations montrent en outre qu'on ne saurait, d'une façon absolue, proportionner le degré de malignité d'une tumeur à sa richesse en glycogène.

Lésions de la moelle épinière consécutives à la ligature de l'aorte abdominale chez le lapin.

M. G. Marinesco. — Dans une précédente communication, nous nous sommes attaché, à démontrer que les lésions de la substance grise médullaire antérieure consécutives à la section d'un nerf moteur présentent une disposition particulière qui permet de les distinguer des lésions nées par places, dans l'axe spinal. L'étude que nous allons faire des altérations de la substance grise, à la suite de la ligature de l'aorte abdominale, fera ressortir davantage encore les différences entre ces deux sortes de lésions. On sait que Stiénon avait vu une paralysie brusque du train postérieur succéder à la ligature de l'aorte abdominale. Ehrlich et Brieger ont montré que la cause de cette paralysie résidait dans les dégénérescences des cellules de la corne antérieure, les lésions fines de ces cellules ont été étudiées récemment par Singer et Münzer et Sarbo. Voici le résultat de nos recherches : 5 à 6 heures après la ligature aseptique de l'aorte abdominale, on constate dans les cellules de la corne antérieure une tuméfaction et une désagrégation des éléments chromatophiles. Les prolongements protoplasmatiques et le cylindraxe semblent plus volumineux, mais à mesure que l'œdème de la cellule augmente il se produit une dissolution partielle des éléments chromatophiles par hydratation. Ce processus affecte d'abord une partie limitée de la périphérie de la cellule pour en gagner ensuite tout le contour. Il en résulte parfois que la cellule nerveuse est entourée d'une bande circulaire, d'aspect plus ou moins granuleux. Le noyau est intact. Cette chromatolyse (dissolution des éléments chromatophiles) gagne ensuite la partie centrale de la cellule et affecte aussi le noyau. La chromatolyse incomplète donne naissance à la formation d'un réseau et la cellule prend un aspect réticulé. Les mailles de ce réseau s'élargissant donnent lieu à des sortes de vacuoles et même à des lacunes et à des cavités. A ce moment, la substance achromatique que nous avons appelée tropoplasma est désintégrée. La mort de la cellule est fatale. La désintégration du tropoplasma dans les prolongements produit des solutions de continuité, des ruptures de ces prolongements. Il est probable que ces ruptures sont très précoces sur le trajet des expansions protoplasmatiques et axiles. Les leucocytes envahissant la cellule nerveuse achèvent l'œuvre de destruction commencée. Les lésions précédemment décrites se retrouvent aussi dans la corne postérieure : elles débutent en même temps ou peut-être même précèdent celles de la corne antérieure et nous expliquent l'analgésie complète que l'on constate chez les animaux. Elles démontrent une fois de plus que la douleur est la fonction de certaines nécroses de la corne postérieure. Dans la substance blanche, des lésions disséminées s'observent dans les cordons antéro-latéraux et dans les cordons postérieurs, au niveau de la région lombaire, tandis que dans la région dorsale et surtout cervicale, elles se concentrent à la périphérie de la moelle dans le cordon antéro-latéral ; dans les cordons postérieurs, les lésions sont limitées à la partie postérieure des cordons médians (cordon de Goll).

Pathogénie de certains fibromes de l'utérus.

M. Pilliet a étudié sur 3 pièces provenant d'hystérectomies, la pathogénie des fibromes qui se développent au pourtour de la trompe dans son trajet intra-utérin. Ces fibromes, qui semblent embrochés par la trompe, se composent de tissu inflammatoire, de cryptes glandulaires et de tissu musculaire. Ils sont d'origine inflammatoire.

M. Contejean a constaté en cathétérisant la vessie ou le rectum des animaux en station quadrupède que, contrairement à l'opinion générale, la pression intra-abdominale est moins élevée que la pression atmosphérique. L'inverse a lieu quand l'animal est couché. Dans la station quadrupède les viscères aux parties déclives et laissent ainsi un vide, ce qui expliquerait la pression négative qui existe dans ces conditions.

M. Dastre et **Floresco** font une communication sur l'antagonisme entre la gélatine et la peptone dans leur action sur la coagulabilité du sang.

M. Chemin (de Bordeaux) envoie une note sur une disposition nouvelle des synoviales du pied.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 27 Février 1896.

Présidence de M. E. Besnier.

Traitement de la syphilis par les injections de mercure.

M. Portalier. — Je passerai successivement en revue les trois points suivants :

1° *Technique opératoire.* — Instrumentation. J'emploie la seringue du Dr Feulard soumise à l'ébullition dans l'eau distillée avant chaque injection avec l'aiguille en platine iridien, d'une longueur de 5 à 6 centimètres suivant l'état d'embonpoint des sujets.

Formule du liquide injectable :

Calomel à la vapeur	5 centigrammes	
Cocaïne pure	1	—
Huile d'olives q. s. pour former	1 cent. cube.	

Le calomel est finement porphyrisé et lavé à l'alcool. L'huile d'olives est lavée à l'alcool et stérilisée. On triture le calomel en ajoutant peu à peu l'huile cocaïnée. Enfin ce mélange (préparé aussi près que possible du moment de l'injection) est versé dans un tube stérilisé au four Pasteur, puis est encore stérilisé à l'autoclave.

On lave la peau avec de la liqueur de Van Swieten, ou de l'alcool, on enfonce l'aiguille, préalablement flambée, dans toute sa longueur au point choisi comme lieu d'élection, soit dans la fossette rétrotrochantérienne, soit dans la région fessière supérieure, indifféremment. Le point de la piqûre est recouvert ensuite de collodion. Faire l'injection lentement et injecter la totalité du mélange renfermé dans la seringue.

2° *Résultats locaux et effets de réaction générale des injections.*

A. — Gonflement de la région injectée avec, parfois, rougeur et chaleur de la peau. — Sur 400 cas : 10 fois : énorme, diffus; 57 fois : assez considérable; 162 fois : moyen; 152 fois : léger; 19 fois : nul.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'injection qu'apparaît ce gonflement, cet empâtement, toujours plus ou moins dur et sensible à la pression, de la région injectée.

A partir du 4e jour il commence à se résoudre, et, vers le 6e ou 7e jour, il ne subsiste plus qu'une nodosité très variable comme volume (volume d'un petit œuf, d'une noix, d'une noisette) tantôt profonde, tantôt superficielle, et faisant corps avec les téguments.

Ces nodi consécutifs s'effacent en moyenne du 10e au 12e jour mais ils persistent parfois pendant des semaines et même des mois. Quelquefois il reste à l'endroit même de la piqûre des stigmates tels qu'une tâche tantôt rougeâtre, tantôt violacée ou brunâtre de la peau.

B. — Douleur. — Sur 400 cas : 12 fois : insupportable; 72 fois : très vive ou vive; 155 fois : moyenne, tolérable; 149 fois : légère; 12 fois : nulle.

Six malades sur 65 ont été tellement éprouvés par la douleur qu'ils se sont refusés à toute tentative nouvelle d'injection.

Quelquefois le soir même de la piqûre, plus souvent le lendemain ou le surlendemain, le malade ressent, à l'occasion des mouvements, une douleur plus ou moins forte, limitée d'ordinaire à la région injectée, mais qui peut irradier vers la cuisse et la jambe ou même vers la région lombaire. Les malades comparent cette douleur soit à une névralgie, soit à du rhumatisme, soit plus communément à celle que déterminerait un fort coup de bâton (sensation de meurtrissure, de contusion).

D'autres fois la douleur est à ce point légère que les sujets peuvent aller et venir comme de coutume, voire monter à cheval ou à bicyclette presque aussitôt.

Dans les 12 cas où la douleur fut insupportable, les malades durent garder le lit pendant plusieurs jours.

C. — Fièvre. — Six fois il y eut fièvre vive avec embarras gastrique pendant une semaine, et 102 fois léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature et d'insomnie pendant les 2 ou 3 jours qui suivirent l'injection.

D. — Abcès. — Quatre fois (c'est-à-dire 1 fois sur 100), chez 4 malades différents, il survint un abcès vraisemblablement aseptique, vers le 10e ou le 12e jour après l'injection. Ces abcès furent peu douloureux. 4 à 5 jours plus tard il n'y paraissait plus.

E. — Cinq fois seulement salivation légère durant 2 ou 3 jours, et toujours chez des sujets en état de gingivite antérieure.

F. — Six fois diarrhée légère durant 2 jours.

La dose de calomel employée a, pour ainsi dire, toujours été de 5 centigrammes par injection. Elle a pu être portée à 7, 8 et 9 centigrammes sans le moindre inconvénient.

Les injections ont été pratiquées par séries, chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, 4 à 6 injections, très rarement davantage, qui ont été faites une tous les 8 ou 10 jours. Ces séries ont toujours été séparées d'un intervalle minimum de 5 semaines.

3° *Résultats thérapeutiques*. — Dans les accidents syphilitiques vrais, ces injections ont donné souvent les résultats les plus remarquables.

Mais elles ont échoué contre les accidents para-syphilitiques, tels entre autres que le tabès et la paralysie générale.

Parmi les accidents contre lesquels particulièrement elles ont bien agi, il faut signaler : les glossites tertiaires surtout, plusieurs cas d'artérite cérébrale et de syphilis maligne précoce, et un cas douteux où elles agirent comme médicament d'épreuve, et décidèrent de la nature syphilitique de la lésion qu'elles guérirent.

En terminant, je déclare que les injections de calomel ne me paraissent répondre qu'à des indications spéciales et limitées, non seulement en raison de leurs inconvénients, mais parce qu'elles sont parfois infidèles et ne préservent pas à coup sûr des récidives et des atteintes nouvelles de la maladie.

Au total donc, je concluerai qu'il faut prendre les injections de calomel pour ce qu'elles sont, comme un moyen puissant d'action dans certains cas que l'expérience journalière contribuera à préciser; — comme un nouveau remplaçant précieux de la médication interne devant l'intolérance des voies digestives; — comme le meilleur moyen d'épreuve peut-être, lorsque le diagnostic hésite sur la nature spécifique d'une lésion; — mais, au total, comme une méthode thérapeutique en voie d'essai, qui compte des intolérants absolus parmi les malades, et dont il n'est surtout permis de rien préjuger encore quant à ses résultats définitifs, quant à son efficacité sur les accidents à venir de la syphilis, en un mot, et, d'une façon générale, quant à la nature et à la qualité du coup qu'elle porte à la vérole.

M. Morel-Lavallée, tout en reconnaissant les avantages des injections de calomel, signale ses inconvénients, qui sont :

1° La douleur consécutive à l'injection, quelquefois insignifiante, souvent très forte, parfois intolérable;

2° Des phénomènes généraux assez fréquents, douleurs diffuses, courbature, malaise général, fièvre même plus ou moins accusée;

3° Des nodosités plus ou moins pénibles, gênantes au point de l'injection, parfois même suivies d'abcès;

4° L'impuissance des précautions les mieux comprises pour mettre le malade à l'abri de ces complications, d'où la nécessité de prévenir celui-ci, de l'obliger même à un repos absolu pendant plusieurs jours.

M. Fournier fait observer que les injections de calomel, à en juger par sa pratique personnelle, réussissent dans les cas suivants :

1° Dans certains certains chancres énormes de la langue;

2° Dans les syphilis malignes précoces;

3° Dans les glossites tertiaires à forme scléreuse souvent considérées comme étant de l'épithélioma;

4° Dans les laryngites syphilitiques graves;

5° Dans certaines syphilis linguales de forme secondaire, qui survivent longtemps à la période secondaire, chez les fumeurs en particulier.

Par contre, cette même méthode a paru ne présenter aucun avantage contre les syphilides cutanées secondaires, les plaques muqueuses, les adénopathies, les affections osseuses, les manifestations cérébrales, l'albuminurie d'origine syphilitique; elles ne font absolument rien dans l'atrophie papillaire et la paralysie générale.

Un autre point sur lequel M. Fournier insiste, c'est que des injections de calomel constituent un excellent remède dans un bon nombre de cas, mais sans action contre les récidives, sans action préventive abortive ou jugulante.

M. Abadie recommandait, il y a déjà dix ans, dans les manifestations oculaires graves de la syphilis, de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé de préférence à tout autre traitement. Aujourd'hui, la majorité des ophthalmologistes a recours aux injections dont l'efficacité est incontestable. Si l'emploi des injections tarde encore à se diffuser, cela tient aux difficultés, à l'incommodité du traitement qui oblige le malade à rester longtemps sous la surveillance du médecin et aux complications qui peuvent survenir. C'est là le véritable obstacle jusqu'ici à la vulgarisation de la méthode.

On peut éviter ces difficultés qui tiennent à la nature de la solution mercurielle injectée, à l'outillage employé. Ainsi M. Abadie est contre les injections massives destinées à mettre à la disposition de l'organisme une certaine quantité de mercure de réserve. Il préfère répéter les injections tous les 2 jours et de les faire à dose moindre, et employer en outre comme véhicule, au lieu de corps gras, l'eau dont la résorption se fait bien plus facilement; enfin, en mélangeant à la solution une proportion déterminée de cocaïne, la douleur locale est presque complètement annihilée.

M. Abadie emploie habituellement la solution suivante :

Cyanure d'hydrargyre	0gr50
Chlorhydrate de cocaïne	0gr50
Eau distillée	50 gr.

Il commence par une demi-seringue pour tâter la susceptibilité du malade, les premières injections étant toujours plus mal supportées que les suivantes. Il injecte la solution simplement sous la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané et fait ensuite un léger massage. La douleur est moins vive et la résorption plus rapide que dans les injections profondes intra-musculaires.

Enfin il faut apporter grand soin à l'outillage; l'aiguille-canule doit être en platine iridien, flambée chaque fois; précaution capitale, sinon on s'expose à avoir des abcès qui découragent rapidement les malades.

En tous cas, le point capital sur lequel tout le monde semble être d'accord, c'est que dans les formes malignes ou lorsque la lésion frappe un organe des sens ou le tissu cérébro-spinal, les injections sont supérieures à tous les autres modes de traitement.

En terminant, M. Abadie rapporte 2 observations où il eut recours aux injections intra-veineuses.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 12 ans, guéri auparavant d'une kératite parenchymateuse spécifique héréditaire et atteint de surdité quelques mois après, surdité ordinairement incurable. C'est sans grande conviction et sur les pressantes instances de la mère émerveillée du résultat obtenu pour les yeux que M. Abadie avait essayé de faire, non plus des injections sous-cutanées, mais des injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Ces injections furent d'une exécution difficile.

A la 12e injection, le petit malade commença à entendre et,

au bout de 20 injections, l'ouïe était en grande partie revenue.

Actuellement M. Abadie soigne, un peu malgré moi comme on va le voir, un homme âgé de 35 ans, syphilitique depuis 12 ans. 6 ans auparavant il a été guéri, par des injections sous-cutanées, d'une irido-spécifique grave, lorsqu'il y a 2 ans il fut pris de douleurs dans les membres inférieurs avec parésie, impuissance génitale absolue. L'iodure de potassium à haute dose et les frictions mercurielles conseillés par plusieurs médecins n'eurent aucun succès. C'est alors que le malade pria M. Abadie de lui faire des injections sous-cutanées qui lui avaient si bien réussi pour son affection oculaire. Les injections sous-cutanées l'améliorèrent un peu mais sans le guérir. M. Abadie fit alors des injections intra-veineuses qui seules ont fait disparaître l'impuissance génitale et les troubles sensitifs et moteurs des membres inférieurs.

Les injections intra-veineuses sont encore le traitement de choix de la syphilis contractée à un âge avancée, qui est toujours très grave et se laisse modifier fort peu par les pilules et les frictions, l'iodure de potassium, etc.

M. de Lavarenne a, depuis 1892, pratiqué 1325 injections sur 76 malades, soumis en même temps à une cure thermale sulfurée, soit une moyenne de 18 injections par malade. Ces injections étaient faites avec de l'huile de bi-iodure de mercure dosée à 4 milligrammes par centimètre cube. En injectant 2 centimètres cubes chaque fois, il n'a jamais observé d'accidents d'intoxication ni d'intolérance.

L'injection doit être faite le plus profondément possible, dans la masse musculaire de l'une ou l'autre région fessière et poussée avec une grande lenteur; dans ces conditions, l'asepsie des instruments étant d'autre part rigoureuse, on n'a pas d'abcès. Les nodi se produisent dans certains cas, ne se produisent pas dans d'autres, sans doute qu'alors l'injection est poussée en plein tissu musculaire. La douleur provoquée par l'injection elle-même peut, en allant très doucement, être évitée; celle qui suit l'injection varie suivant les sujets, elle varie aussi suivant les cas sur un même sujet; elle est, en tout cas, légère, sorte d'engourdissement, constituant plutôt une gêne qu'une véritable douleur; le plus souvent, en somme, elle est insignifiante.

Ces injections, si elles ont contre elles de nécessiter l'intervention fréquente du médecin, présentent l'avantage d'être absolument exemptes de danger.

En outre, ces injections comportent un dosage facile et exact du médicament, une garantie d'absorption, une rapidité et sûreté d'action thérapeutique.

M. Verchère partage l'avis de M. Portalier : la stomatite n'est pas plus fréquente avec les injections d'huile grise qu'avec les autres modes de traitement. Ainsi, du 1er mars 1894, on a fait dans le service de M. Verchère 217 traitements mercuriels ainsi répartis :

Traitement par les pilules de proto-iodure et les pilules de sublimé, 153 ayant donné lieu à 9 stomatites; traitement par injections de calomel, 64 ayant donné lieu à 8 stomatites.

MM. A. Rey et **L. Julien** (d'Alger) ont continué, pendant l'année l'emploi exclusif des injections interstitielles de sels mercuriaux insolubles chez les femmes atteintes d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tardifs, graves ou légers.

Pour 61 malades ils ont fait 170 injections d'oxyde jaune, 79 de calomel, soit 249. Comme accidents ils ont observé une légère poussée ptyalique et un abcès à pus chocolat; presque jamais de douleurs; en quittant l'hôpital la plupart des malades demandent à être autorisées par faveur à venir se faire piquer à jour fixe.

Ils ont vu des poussées cutanées sévères résister à l'oxyde jaune et progresser même, pour disparaître dès la substitution du calomel, et s'arrêter sur place par un nivellement rapide des désordres cutanés. Ils pensent donc qu'il n'y a pas lieu de recourir à l'oxyde jaune et que l'emploi du calomel s'impose.

Comme excipient, ils préfèrent l'eau gommeuse pure. La quantité de sel injecté a dépassé rarement 5 à 7 centigrammes tous les 2 septenaires.

M. Hallopeau. — Les injections hypodermiques de sels solubles doivent être définitivement abandonnées car elles sont trop douloureuses pour que l'on puisse les pratiquer à doses suffisantes; il serait dangereux d'employer la cocaïne pour atténuer cette douleur; les injections hypodermiques d'huile grise sont peu dangereuses si l'on s'en tient à des doses modérées; on peut leur reprocher de ne pas permettre de graduer journellement la dose du médicament; elles doivent être réservées aux services hospitaliers dans lesquels il est nécessaire d'assurer l'administration du médicament et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux; les injections de calomel ont le grave inconvénient d'être souvent très douloureuses; ce fait doit suffire à les faire rejeter de la pratique courante; elles doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention énergique et immédiate est indiquée, ainsi qu'aux manifestations rebelles de la syphilis. Elles peuvent être alors efficaces, alors que les autres moyens ont échoué; la réciproque est vraie; on devra essayer de les remplacer par les frictions sus-pubiennes qui sont particulièrement actives; ces injections, alors même qu'elles sont pratiquées avec les précautions les plus minutieuses, peuvent donner lieu à des abcès; les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la maladie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Février 1896.

Déformation congénitale rare.

M. Marfan présente une fillette de cinq ans et demi, atteinte d'une déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, et caractérisée par un allongement des os, avec un certain degré d'amincissement. La déformation est surtout caractéristique aux mains; toutes les phalanges et les métacarpiens sont notablement allongés; les muscles sont émaciés, mais non paralysés, et leurs réactions électriques sont normales. La main est très mince et très allongée et ressemble à une « patte d'araignée ».

Appendicite familiale.

M. Faisans a observé un certain nombre de cas d'appendicite familiale analogues à celui que M. Brun a récemment présenté à la Société de chirurgie. A cette occasion, plusieurs chirurgiens ont cité de nouveaux exemples d'appendicite héréditaire ou familiale. Ces faits sont donc assez nombreux pour qu'on ne les considère plus comme des hasards de séries. Il est évident que certaines familles présentent une véritable prédisposition à l'appendicite; cette prédisposition s'explique à merveille si, comme l'a montré M. le professeur Dieulafoy, il s'agit, dans ces cas, d'une véritable lithiase appendiculaire relevant, comme les lithiases hépatique ou rénale, de la goutte constitutionnelle et héréditaire.

Dans le plus grand nombre des cas étudiés par M. Faisans, l'appendicite familiale se présente sous la forme récidivante, aboutissant à la perforation, avec péritonite septique promptement mortelle. Il en tire cette conclusion que l'ablation de l'appendice s'impose dans tous les cas, même dans les plus bénins, à titre de traitement préventif.

M. Talamon rapporte un nouveau cas qui paraît offrir quelque intérêt, en raison d'une particularité déjà signalée dans un de ses trois premiers cas et sur laquelle il désire attirer l'attention.

Le 2 février, il était appelé à voir un petit garçon de neuf ans qui, depuis le mois de novembre dernier, s'était plaint à plusieurs reprises de douleurs dans la fosse iliaque droite. Deux médecins consultés n'avaient point paru attacher grande importance à cette douleur. Mais la mère, qui avait perdu quatre ans auparavant un premier enfant, âgé de dix ans, d'une appendicite perforante, n'était pas rassurée, et voulut avoir son avis sur l'opportunité d'une opération préventive.

Quand M. Talamon vit le petit garçon, il venait d'avoir une petite crise, très légère, de colique appendiculaire. C'était la cinquième depuis le mois de novembre. La dernière datait du 5 janvier. Une seule, la première, avait déterminé un ou deux vomissements. Les autres s'étaient bornées à une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, qui cessait au bout de 3 à 4 jours, avec un ballonnement du ventre. Cette fois, on constatait à la

pression profonde un point douloureux un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, à la partie inférieure et externe de la fosse iliaque droite. Le ventre était légèrement météorisé; mais il n'y avait pas d'empâtement, ni de tuméfaction appréciable au niveau de l'appendice. Il n'existait pas de fièvre, mais la langue était un peu saburrale; 3 jours après, du reste, la pression ne révélait plus de douleur dans la fosse iliaque.

Le diagnostic paraissait certain. Il devait exister dans l'appendice une scybale dont les déplacements provoquaient les crises douloureuses présentées par le petit malade. M. Talamon approuva absolument l'idée d'une opération radicale à froid, et cela d'autant plus que chez le premier enfant les accidents avaient débuté de la même façon, la perforation ne s'était faite qu'après une série de crises peu graves, répétées pendant plusieurs mois.

M. Jalaguier, qui voulut bien venir voir l'enfant, conclut de même à l'excision de l'appendice. Après une vingtaine de jours de repos absolu au lit, l'opération fut faite par M. Jalaguier, le 20 février. L'appendice, d'une longueur anormale, mesurait 10 à 12 centimètres de long. Il avait le volume d'une grosse plume de corbeau, et n'était pas dilaté. Il ne paraissait pas enflammé à l'œil nu extérieurement. Des adhérences filamenteuses l'unissaient dans son tiers supérieur au cæcum. En le palpant, on sentait, à 2 centimètres de son extrémité inférieure, un petit corps étranger dur, qui se déplaçait sous le doigt. La lumière du canal était libre, et la muqueuse était recouverte d'une petite quantité de liquide brun jaunâtre. Le corps étranger, arrêté vers le bout inférieur de l'appendice, était une petite concrétion dure, de forme ovalaire, ayant à peu près les dimensions et l'aspect d'un pépin de raisin.

Les suites de l'opération furent parfaites. L'enfant eut, pendant deux jours, des vomissements chloroformiques : mais, à aucun moment: sa température ne dépassa 37°8. On peut le considérer aujourd'hui comme guéri.

Ce fait paraît démontrer :

1° Que dans certains cas l'appendicite à rechutes peut être due au déplacement d'une scybale dans l'appendice;

2° Qu'en présence d'antécédents appendiculaires familiaux, il faut tenir grand compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite, et que, si ces douleurs se répètent à courts intervalles, il faut craindre l'engagement ou la formation d'une scybale dans l'appendice, même si la palpation ne donne pas nettement la sensation d'une tuméfaction locale;

3° Que le seul moyen de prévenir les accidents plus graves ultérieurs, accidents qui probablement ne sauraient manquer de se produire, c'est l'ablation de l'appendice dans un moment de calme.

Au point de vue pathogénique M. Talamon appelle l'attention sur le détail suivant :

Des faits déjà nombreux rapportés à la Société de chirurgie, et surtout de la statistique de Roux, de Lausanne, qui, sur 300 observations personnelles d'appendicite, a relevé 40 fois p. 100 l'influence héréditaire, il ressort que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite.

Mais comment comprendre ce rôle de l'hérédité? M. Faisans se déclare partisan de l'hypothèse émise par M. Dieulafoy, de la diathèse arthritique favorisant le développement d'une véritable lithiase appendiculaire à la manière de la lithiase biliaire ou urinaire. Mais l'arthritisme est un état si vaguement compréhensif qu'il est devenu, on peut le dire, le facteur commun de toutes les affections des classes moyennes de la société, de façon qu'en dehors de la classe ouvrière on serait embarrassé de trouver un sujet atteint d'une maladie quelconque, qui ne rentrât pas dans la catégorie des arthritiques.

M. Talamon inclinerait plutôt à admettre la transmission ou la coexistence héréditaire, dans une même famille, de quelque disposition, malformation, ou vice de développement congénital portant sur l'appendice, qui n'est en réalité lui-même qu'un vestige d'organe incomplètement développé.

La coïncidence de quelque autre malformation chez le malade, ou parmi les membres de sa famille serait un argument en faveur de cette hypothèse.

Or, dans un cas qu'il a observé, cette coïncidence existait. Chez un jeune homme de 17 ans, dont le frère était mort à 16 ans d'une appendicite perforante, et qui lui-même, depuis l'âge de 12 ans, avait eu 8 crises d'appendicite à rechutes, de gravité variable, on constatait que la descente du testicule droit avait été très tardive, qu'elle ne s'était faite qu'à 14 ans avec hernie d'une anse intestinale.

D'autre part, pour le petit malade dont M. Talamon vient de rapporter l'histoire, la malformation congénitale avait existé non seulement chez lui, mais aussi chez son frère mort antérieurement d'appendicite. Tous deux avaient présenté des *adhérences préputiales* assez prononcées pour nécessiter une opération, qui a été pratiquée il y a quelques années par M. Marchand.

Cette coïncidence de vices de développement avec l'appendicite familiale, constatée dans les deux cas où il l'a cherchée, semble à noter et à rechercher à l'avenir, car elle rendrait très vraisemblable l'hypothèse de quelque malformation analogue du côté de l'appendice.

Maintenant, quelle est cette malformation appendiculaire qui crée la prédisposition à l'appendicite héréditaire?

M. Talamon serait porté à rapprocher des adhérences préputiales, notées chez les deux frères de son observation, les adhérences filamenteuses qui reliaient le tiers supérieur de l'appendice excisé au cæcum. Comme les adhérences préputiales, les adhérences appendiculaires peuvent très rationnellement être regardées comme congénitales, l'appendice ne présentant aucune apparence d'inflammation et le malade n'ayant eu que des douleurs très atténuées qui ne sauraient guère être rapportées à des poussées de péritonite.

Mais ce n'est là qu'un rapprochement. Il est probable que les adhérences ne sont pas la seule cause prédisposante de l'appendicite et que les malformations congénitales de l'appendice doivent être variables.

C'est aux chirurgiens à nous renseigner à ce sujet, comme ils nous ont éclairés sur la véritable nature des accidents de l'appendicite.

M. Rendu a observé des appendicites à répétition chez plusieurs membres de 5 familles différentes sans pouvoir incriminer d'une façon certaine le terrain arthritique.

M. Hayem se demande si la gastrite parenchymateuse ne peut aboutir à l'appendicite. Il a rencontré les lésions caractéristiques de la gastrite parenchymateuse dans tous les cas d'appendicite qu'il a observés ces dernières années.

Quant au rôle de l'arthritisme dans l'étiologie de l'appendicite familiale, M. Hayem pense que ce rôle est assez difficile à préciser.

M. Le Gendre pense que l'étiologie de l'appendicite relève de causes multiples, et l'a observé aussi bien chez les arthritiques que chez les scrofuleux, et M. Hayem vient de la signaler chez les dyspeptiques.

On peut se demander s'il n'existe pas dans l'appendice, si riche en tissu lymphoïde, des poussées inflammatoires analogues à celles que l'on observe dans les amygdales.

M. Mathieu cite à propos de la lithiase appendiculaire signalée par M. Dieulafoy un cas de lithiase intestinale qu'il a actuellement en traitement.

Il s'agit d'une femme atteinte d'entérite muco-membraneuse. Depuis plusieurs années elle rend presque chaque jour une plus ou moins grande quantité de sable constitué par du phosphate ammoniaco-magnésien et des sels de chaux, sans trace de cholestérine ni de pigments biliaires. Un fait semblable a été présenté à la dernière séance de la Société de biologie. De plus, on a vu des concrétions de composition semblable se faire dans le gros intestin, au-dessous d'un anus contre nature.

Il y a donc lieu d'étudier la lithiase intestinale parallèlement aux autres lithiases.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Février 1896.

Présidence de M. Weber.

Le régime lacté et l'hyperchlorhydrie.

M. Mathieu revient à la communication de MM. Huchard et Bovet qui ont rapporté l'histoire d'un malade, tabétique, chez

lequel on constata successivement de l'hypo- et de l'hyperchlorhydrie.

Un fait analogue a été rapporté par M. Sollier au Congrès de Lyon. Il s'agissait dans cette observation d'une hystérique chez laquelle on pouvait à volonté, grâce à la suggestion, modifier les processus chimiques de l'estomac. Ces faits montrent qu'il faut séparer l'état anatomique et l'état physiologique de cet organe et qu'il n'y a pas corrélation obligatoire entre l'état de l'organe et l'état de la fonction.

Ce qui a frappé M. Mathieu dans l'observation de MM. Huchard et Bovet, c'est l'intolérance du malade pour le régime lacté. C'est un fait rare, que l'on peut éviter en se conformant aux règles suivantes. Le lait doit être :

1° mélangé à 100 gramme d'eau de chaux par litre;

2° pris par 1/2 litre, à intervalle de 3 heures.

3° Chaque prise de lait doit se faire par gorgées et durer de 15 à 20 minutes.

L'eau de chaux agit comme alcalin, car à lui seul le lait n'est pas un alcalin et n'agit pas comme tel; s'il diminue les douleurs des hyperchlorhydriques, c'est tout simplement qu'il dilue, comme l'eau, les liquides acides de l'estomac.

On peut encore joindre au lait les alcalins qu'il faut dans ces cas donner toujours à haute dose. Si le malade est constipé on donnera :

Magnésie calcinée.	5	grammes.
Bicarbonate de soude	20	—

a de la diarrhée, on prescrira :

Craie préparée.	5	grammes.
Bicarbonate de soude	20	—

Par ce procédé on arrive à diminuer notablement les douleurs, si le malade prend sa poudre au moment où il va souffrir, et la prend en quantité telle que les douleurs disparaissent.

En somme, ce que M. Mathieu préconise, c'est moins le régime lacté que le mode d'administration de ce régime : avec lui plus de dégoût, plus de troubles digestifs.

Dangers de la médication antipyrétique, pratiquée avec les médicaments aromatiques.

M. Bardet considère le désir d'abaisser la température des malades par l'emploi des aromatiques comme une pratique détestable, contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Dès le début de la méthode, Dujardin-Beaumetz a pu poser en principe que l'abaissement de la température par ces moyens toxiques était toujours obtenue au détriment du malade.

Les travaux de l'école moderne ont élucidé en partie l'étiologie du processus fébrile et indiqué la voie à suivre. Malgré cela on voit tous les jours préconiser de nouvelles substances qui auraient le pouvoir de faire baisser la température sans causer en même temps les phénomènes toxiques attribués à l'antipyrine et à ses synergiques.

Cette opinion laisse supposer que les antipyriques sont seulement dangereux par une action toxique accessoire. Or c'est la méthode elle-même qui est dangereuse car il sera toujours dangereux pour l'organisme d'employer des médicaments capables d'entraver les oxydations. L'élévation thermique, est le moins important des phénomènes dans le plus grand nombre des cas, bien moins important que les phénomènes d'intoxication dus aux leucocytes toxiniques qui encombrent les tissus et qui sont la véritable cause de l'état infectieux du sujet.

Or la véritable indication thérapeutique est de favoriser l'élimination de ces matières toxiques. Comme elles sont peu solubles, il est nécessaire de les rendre éliminables par transformation et pour cela il faut favoriser les oxydations, qui brûleront les produits toxiques en les transformant ainsi en substance soluble non dangereuse. Les antipyrétiques aromatiques ont justement pour effet d'entraver les oxydations et par conséquent d'arrêter un procédé de défense de l'organisme. En raison même de cette propriété, ces médicaments devront donc être toujours bannis de la thérapeutique rationnelle des affections fébriles. Le processus thermique est donc un phénomène favorable que, le plus souvent, on devra surveiller mais non pas entraver. Mais il est bien évident que, si la température s'élève au point de mettre la vie du malade en danger, il deviendra nécessaire d'aviser; il en sera de même quand la prolongation de la température pourra amener un état inquiétant de déchéance. C'est alors qu'on utilisera avec avantage les bains froids qui soustraient du calorique, tout en maintenant les phénomènes d'oxydation si nécessaires à l'évolution normale de l'accès infectieux.

En résumé, la thérapeutique doit rejeter absolument les aromatiques comme médicaments antipyrétiques, non parce qu'ils sont toxiques mais bien parce que le principe même de l'antipyrine est vicieux. Ces médicaments doivent être exclusivement réservés comme analgésiques.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 19 Février 1896.

Les cholagogues.

M. Stadelmann. — Les cholagogues ont été employés d'une façon particulière dans deux affections, dans la lithiase biliaire et l'ictère catarrhal, dans l'espoir de vaincre l'obstacle en élevant la pression dans les canaux biliaires. La valeur des substances employées, jugée différemment suivant la méthode employée dans les expériences, ne pouvait être dégagée des données cliniques dont l'interprétation est fort difficile.

Pour étudier à nouveau cette question, M. Stadelmann a fait une série d'expériences sur des chiens auxquels il avait pratiqué une fistule biliaire et qui étaient soumis à une bonne alimentation. Dans ces conditions, il a pu dès le début constater que les influences d'ordre psychique ou physique exerçaient une action notable sur l'écoulement de la bile.

En prenant en considération ces particularités, M. Stadelmann a trouvé que deux substances possédaient des propriétés réellement cholagogues : le salicylate de soude et les acides biliaires. Par contre les autres substances, préconisées comme cholagogues, tels les alcalins, les drastiques, l'huile d'olive, l'eau en grande quantité, se sont montrées sans effet sur l'élimination de la bile.

Le salicylate de soude provoque dans certains cas une exagération considérable de la sécrétion biliaire. L'action est encore plus manifeste avec les sels biliaires acides, indépendamment de la forme sous laquelle ils étaient administrés, bile en nature ou préparation chimique.

Au point de vue thérapeutique, l'effet cholagogue n'a d'importance que lorsque les calculs occupent les canaux biliaires. Encore faut-il savoir que l'élévation de la tension que l'on obtient par les cholagogues n'est pas très élevée.

M. Senator fait observer que dans les expériences qu'il a faites il y a une trentaine d'années sur des chiens, il a pu constater que sous l'influence de l'injection d'une grande quantité d'aliments, il survient une sécrétion abondante de bile. Chez des malades il a pu constater l'action cholagogue de l'huile d'olive et du salicylate de soude.

M. Ewald a aussi constaté les effets cholagogues de l'huile d'olive et du salicylate de soude.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 17 Février 1896.

Ictère chronique.

M. Renvers pense que l'ictère catarrhal ne doit plus, après les recherches modernes, être considéré comme un ictère par

stase sous l'influence mécanique du bouchon muqueux ou de la tuméfaction de la muqueuse, mais comme un ictère toxique, infectieux. L'ictère par stase existe, à la vérité; mais dans l'ictère catarrhal, la stase fait défaut, la vésicule est petite et la bile passe encore dans l'intestin, comme le prouve la coloration, en partie conservée, des matières fécales. Dans ces cas, il faut incriminer une intoxication d'origine intestinale, tellement rapide est l'apparition de l'ictère dès le début des accidents.

Dans un autre groupe de cas d'ictère catarrhal, il s'agit d'un ictère infectieux, comme le montrent la fièvre, la tuméfaction de la rate et la présence des bactéries dans les voies biliaires dans les cas où cet examen a pu être fait. C'est dans cette catégorie qu'on peut encore ranger la maladie de Weil. Le bouchon muqueux, qui peut exister, joue dans ces cas un rôle secondaire.

Quant à l'ictère chronique, M. Renvers ne l'envisage que dans la lithiase biliaire et les tumeurs.

L'ictère que l'on observe dans la lithiase biliaire n'est, d'après M. Renvers, un ictère par stase que dans des cas exceptionnels. Le plus souvent il s'agit alors d'un ictère inflammatoire par lésion des canaux biliaires avec, ultérieurement, lithiase biliaire secondaire à la lésion primitive. Même dans l'ictère de longue durée, on ne trouve jamais d'obstruction complète des canaux; le plus souvent, les canaux sont dilatés, et dilatés à tel point que l'enclavement d'un calcul ne peut avoir lieu que fort rarement. C'est justement ce fait qui rend le diagnostic si difficile. L'existence antérieure des coliques et de l'ictère n'est pas probante en l'espèce, car les deux peuvent exister sans qu'il y ait lithiase.

Ainsi M. Renvers a observé une femme qui est venue le consulter pour des coliques hépatiques très violentes. Auparavant, à la suite d'un traitement par l'huile d'olive, elle avait rendu des calculs avec ses selles. Il conseilla une opération, mais la laparotomie montra que le foie ne contenait pas de calculs.

La fièvre et les frissons ne sont pas non plus des signes diagnostiques certains. Le volume de la vésicule peut fournir certaines indications : elle est petite dans la lithiase, volumineuse dans le cancer.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN.

Séance du 10 Février 1896.

Traitement des hernies gangrénées.

M. Koerte a opéré 4 cas de hernies gangrénées qui peuvent se diviser en deux catégories suivant que l'intestin était gangréné et perforé ou bien simplement gangréné sans qu'on ait pu se prononcer d'une façon précise sur sa vitalité. Le premier groupe comprend 28 cas qui ont donné 19 morts et 9 guérisons, le second 12 cas avec 1 seul cas de mort par choc, peu de temps après l'opération. La plupart de ces malades avaient dépassé la quarantaine. Les hernies étaient 32 fois crurales, 7 fois inguinales, 1 fois ombilicale. L'anse étranglée était petite; le plus souvent c'était une anse d'intestin grêle; 2 fois on trouva le cæcum, 2 fois l'appendice vermiculaire. Le temps auquel remontait l'étranglement était très variable : 8 fois la gangrène était manifeste avant 24 heures, 1 fois au bout de 16 heures; sur ces 9 malades, 1 seul a guéri.

Ce qui importe, quand on fait la herniotomie, pour hernie étranglée, c'est de savoir s'il existe déjà ou non une péritonite. Sur 13 malades qui avaient déjà une péritonite au moment de l'opération, aucun n'a guéri, tandis que d'autres qui, au moment de l'opération avaient un phlegmon stercoral, ont tous guéri. On peut donc dire qu'au point de vue du pronostic la péritonite comporte un pronostic bien plus grave que le phlegmon.

Dans tous ces cas M. Koerte a fait soit la résection primitive de l'intestin gangréné, soit l'établissement d'un anus contre nature. Ce qui contre-indique la résection, que M. Koerte a faite trois fois, c'est l'existence d'une péritonite, la présence d'un liquide sale qui baigne l'anse étranglée, le météorisme. Dans 2 cas M. Koerte a fait la suture de la perforation : les 2 opérés ont succombé à la péritonite qui existait déjà avant l'intervention.

L'anus contre nature doit, d'après M. Koerte, être fait même dans les cas désespérés. Sur 23 opérés de cette façon, il y a eu 14 morts dont 9 avaient déjà la péritonite avant l'opération; 2 ont succombé au collapsus. Chez les malades de cette catégorie l'anus contre nature amène quelquefois la disparition rapide de tous les symptômes alarmants et une amélioration de l'état général; il faut alors attendre que la plaie soit bien nettoyée avant d'entreprendre la cure de la fistule.

Dans les cas douteux où la gangrène ne paraît pas certaine, M. Koerte procède différemment : tantôt il enveloppe l'anse de gaze iodoformée et la replace dans le ventre — sur 7 malades traités de cette façon, 1 seul a succombé — tantôt il fait une suture par-dessus le sillon : 6 cas opérés de cette façon ont donné 6 guérisons.

M. von Bergmann préfère la résection dans tous les cas où l'anse est perforé.

M. Koerte réplique que les malades qui avaient une perforation de l'intestin présentaient en même temps de la péritonite, de sorte que dans ces conditions la résection n'aurait servi à rien.

M. König a vu plusieurs fois l'enfouissement du sillon par une suture provoquer des phénomènes de sténose intestinale.

M. Lindner a fait la même constatation.

Cure radicale des hernies, d'après le procédé de Trendelenburg.

M. Borchardt a fait trois cures radicales de hernies d'après le procédé de Trendelenburg. Après réduction de l'intestin et résection du sac, il a taillé sur la branche horizontale du pubis un lambeau ostéo-périostique long de 3 cm. 1/2, large de 4 cm. 1/2, et dont l'épaisseur mesurait le tiers de l'épaisseur de la branche horizontale du périoste; et le lambeau a été ensuite rabattu contre le canal inguinal de façon que sa face recouverte de périoste regarde la cavité abdominale et sa face cruentée soit tournée contre les parties molles, la nutrition du lambeau était assurée par le pédicule qui le rattachait au pubis. Le résultat a été dans les trois cas des plus satisfaisants, et les malades, que leurs hernies très volumineuses mettaient dans l'impossibilité de travailler, ont pu reprendre leurs occupations. Quand les malades font des efforts, la hernie ne sort pas, et, par la palpation, il est facile de constater que le lambeau osseux n'est pas résorbé.

M. Wolff a eu recours au même procédé dans un cas; seulement, comme chez son opéré le lambeau ostéo-périostique a été complètement détaché du pubis, il a fini par se résorber.

M. Aschoff a eu récemment l'occasion d'intervenir pour une hernie rétro-péritonéale chez une femme qui était entrée à l'hôpital pour des accidents d'iléon. La laparotomie montra une anse de l'intestin grêle étranglée dans le diverticule péritonéal rétro-cæcal.

Bactériologie du liquide herniaire.

M. Brentano a fait l'examen bactériologique du liquide du sac dans 79 cas de hernies étranglées. Dans 49 cas, le liquide a été ensemencé sur agar glycériné; les résultats ont été positifs dans 9 cas, soit 18 3/4 p. 100 des cas.

Dans 30 cas, on a fait en même temps des cultures sur bouillon : le liquide a cultivé dans 20 cas, soit dans 66 2/3 p. 100 des cas.

On a pu constater que le liquide du sac renfermait des bactéries dans tous les cas où la hernie était gangrénée ou suspecte de gangrène. Jamais le liquide n'était stérile quand l'étranglement datait de plus de 36 heures. Enfin dans les cas où l'étranglement datait de moins de 24 heures et où le liquide renfermait des bactéries, l'étranglement était très serré.

Sur les 20 cas qui ont donné des résultats positifs, il s'agissait 17 fois de hernies crurales et 3 fois de hernies inguinales. Les bactéries trouvées ont été des coli-bacilles et des microcoques.

Rupture extra-péritonéale de la vessie.

M. Russel a rapporté l'observation d'un garçon de 17 ans qui, à la suite d'une chute où le ventre avait porté contre un coin, a été pris d'hématurie suivie de rétention d'urine. Le

malade entra à l'hôpital 44 heures après l'accident, et à l'examen on trouva entre l'ombilic et la symphyse une tumeur résistante, douloureuse, rappelant, par sa forme, la vessie distendue. Par la sonde introduite dans la vessie, il ne s'écoula que quelques gouttes d'une urine sanguinolente.

Bien que les signes de péritonite fissent défaut, on pratiqua la laparotomie, qui montra l'existence d'une déchirure de la paroi antérieure à travers laquelle l'urine avait passé dans l'espace prévésical. Suture de la vessie, drainage de l'espace prévésical et guérison au bout de 3 semaines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Estomac en sablier.

M. Merkel. — Il s'agit d'une femme de 37 ans, ordinairement bien portante et qui n'a jamais souffert de l'estomac. En octobre 1892 elle est prise brusquement d'abattement, de frissons, de brûlures dans la gorge et l'estomac, et est amenée à l'hôpital dans un état voisin du collapsus, avec une légère élévation de la température.

A l'examen on trouvait sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur douloureuse, mobile, des dimensions d'un œuf de poule. L'exploration de l'estomac permit de constater que la capacité de l'organe était notablement diminuée et que le contenu stomacal était un peu hyperchlorhydrique.

La malade ayant refusé une laparotomie exploratrice, on eut recours à un traitement médical sous l'influence duquel les phénomènes bruyants du début finirent par disparaître pour revenir, après une accalmie passagère, sous l'influence d'un écart de régime. La malade fut alors soumise à l'alimentation rectale, et au bout de quelque temps on constata que la tumeur qui existait au-dessus de l'ombilic avait complètement disparu.

La malade se rétablit et alla assez bien lorsque brusquement elle se mit à tousser et expectorer, au milieu des mucosités, des masses alimentaires. L'apparition de ce nouveau symptôme parut permettre un diagnostic fixe, qui fut celui d'ouverture dans le poumon d'un abcès consécutif à un ulcère de l'estomac.

Au bout de quelque temps, la toux cessa; la tumeur, qui a reparu quand on avait repris l'alimentation par la bouche, diminua de volume et se transforma en une sorte d'empâtement. les forces revinrent si bien qu'en février 1895 la malade, en apparence guérie, a pu quitter l'hôpital.

Elle revint au bout de huit mois avec tous les signes d'une phthisie déjà avancée à laquelle elle succomba au bout d'un mois. Les troubles gastriques pour lesquels elle était entrée un an auparavant n'ont plus reparu.

A l'autopsie on a pu tout d'abord constater qu'il n'y avait pas trace d'abcès, ni d'ulcère stomacal en communication avec les poumons.

Les masses alimentaires que la malade sembla rendre dans les efforts de toux venaient de l'œsophage, notablement dilaté au-dessus du cardia.

L'estomac présentait une ulcération allongée qui occupait le cardia et empiétait en partie sur l'œsophage, en partie sur l'estomac. Au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers droit, l'estomac était étranglé, divisé en deux compartiments par la cicatrice d'un ancien ulcère qui siégeait à la petite courbure et avait amené la soudure de l'estomac avec le lobe gauche du foie. Les deux compartiments communiquaient à l'aide d'un orifice qui admettait à peine le petit doigt.

Il s'agissait, en somme, d'un estomac en sablier qui aurait pu être guéri par une intervention chirurgicale, d'autant plus que les parois stomacales étaient absolument saines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRIBOURG

Rétrécissement acquis de l'orifice pulmonaire.

M. Baumler a observé un garçon de 16 ans ordinairement bien portant, mais qui, depuis un an, présentait des palpitations et de la dyspnée au moindre effort. La situation allait en s'aggravant, et lorsque le malade entra à l'hôpital, on trouva une série de phénomènes qui, dès le début, attirèrent l'attention sur le cœur. Le malade présentait notamment une cyanose des extrémités et de l'œdème malléolaire. A l'auscultation du cœur on entendait un souffle systolique de la base dont le maximum correspondait au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, dans le troisième espace intercostal, à droite du sternum. Le souffle, à timbre rude, paraissait se propager le long du sternum vers la base du cou et s'étendait dans les carotides. La matité du cœur paraissait très peu augmentée à droite; à gauche, par contre, elle dépassait la ligne mammaire. Le pouls était tendu, un peu dicrote. L'examen de l'urine montra l'existence d'une néphrite hémorrhagique sur l'origine et la date de laquelle le malade n'a pu donner aucun renseignement.

On s'arrêta tout d'abord au diagnostic de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Mais plus tard, quand on eut pris en considération l'hypertrophie du cœur gauche et l'apparition d'autres symptômes pouvant faire croire à des embolies, on diagnostiqua un rétrécissement de l'aorte.

En effet, au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, l'hématurie et l'œdème disparurent. En revanche le malade a présenté à plusieurs reprises des épistaxis, du purpura, puis une augmentation du volume de la rate coïncidant avec une poussée fébrile et une pleurésie gauche, ensemble de phénomènes attribués à des embolies.

Le malade ayant succombé à un érysipèle intercurrent; l'autopsie montra que la lésion valvulaire était en réalité un rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Ce rétrécissement tenait à une endocardite ancienne, tandis que, à quelques centimètres plus haut, on trouvait sur les parois de la veine des végétations récentes. Les orifices mitral et aortique étaient intacts; le cœur droit, comme le cœur gauche, dilaté et hypertrophié. Nulle part il n'y avait d'embolies. La plèvre gauche était couverte de tuberculoses miliaires. Les recherches faites pour trouver le foyer tuberuleux primitif sont restées sans résultat.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 25 Février 1896.

Des parasites de la malaria.

M. Thin. — J'ai fait l'examen histologique de pièces provenant d'un sujet mort à Sierra Leone de la forme pernicieuse de la malaria. Le malade n'avait passé que 4 jours à l'hôpital, il mourut le matin du 4e jour. Dès le début il avait présenté des troubles cérébraux et il mourut dans le coma. Les vaisseaux de la pie-mère étaient congestionnés et contenaient beaucoup de parasites de la malaria. Les gros vaisseaux n'en renfermaient que peu ou point, tandis que souvent les capillaires en étaient bourrés. Les parasites étaient dans les hématies, où ils se présentaient à tous les degrés de développement. Les plus nombreux étaient à un stade jeune et se montraient presque sous la forme d'un simple point au centre des hématies; d'autres avaient des dimensions plus grandes et occupaient une partie plus étendue des hématies. D'autres, beaucoup moins nombreux, avaient une masse de pigment centrale et remplissaient presque complètement les hématies. Les tissus n'étant pas en état de conservation parfaite, on ne put observer les structures plus fines des spores des parasites mûrs. Mais on put quelquefois trouver dans un même vaisseau tous les spores aux divers degrés de leur développement, depuis les formes les plus petites jusqu'à celles du pigment central. Quelques cellules endothéliales des vaisseaux contenaient du pigment. Toutes les coupes faites dans la rate furent trouvées contenir des leucocytes chargés de pigment. Ces cellules à pigment étaient surtout nombreuses dans la pulpe splénique. Beaucoup des gros leucocytes contenant de gros amas de pigment étaient en voie de dégénérescence évidente, leurs noyaux pouvant à peine fixer les matières colorantes.

Quelques leucocytes contenaient, outre des petites sphères de pigment, des hématies dans l'intérieur desquelles étaient des parasites. Les petites cellules lymphoïdes de la rate ne contenaient pas de pigment et ce dernier n'était qu'en très petite quantité dans les corpuscules de Malpighi. Les hématies de la rate renfermaient très peu de parasites, lesquels du reste étaient à un stade jeune. Dans les veines de la rate on trouva de gros leucocytes contenant du pigment. Dans quelques coupes de moelle osseuse on trouva des leucocytes contenant du pigment, mais ils étaient peu nombreux comparés à ceux de la rate. On ne trouva pas de parasites dans la moelle osseuse. La moelle observée était celle d'une côte. On ne trouva pas de parasites dans le foie, mais il y avait beaucoup de pigment, qui était contenu dans de gros leucocytes du réseau interlobulaire. Dans certaines régions les cellules hépatiques contenaient du pigment. Ce dépôt de pigmentures à part, le foie paraissait absolument normal. Les reins étaient normaux, sauf au niveau des tubes contournés.

Dans ces tubes l'épithélium était gonflé, granuleux; certaines cellules s'étaient fragmentées et dans celles qui étaient encore entières, on ne pouvait arriver à colorer le noyau. Dans les glomérules on ne put trouver que quelques cellules contenant du pigment. Il n'y avait pas trace de congestion interstitielle et toutes les lésions des reins se bornaient à l'existence d'un catarrhe aigu des tubes contaminés. On ne put trouver de parasites dans les tubes rénaux et on n'en put trouver que très peu dans les hématies contenues dans les vaisseaux des reins. Il semble donc que les produits toxiques de ces parasites ont été éliminés par les reins où ils ont eu pour effet de produire l'épithélium des tubes contournés. Toutes ces lésions sont les mêmes que celles qui ont été décrites par Marchiava et ses élèves dans les fièvres pernicieuses du sud de l'Italie.

M. Anderson. — Le parasite de la fièvre quarte se développe en 72 heures et celui de la fièvre tierce en 48 heures. Thayer et Hewetson, qui ont donné les chiffres précédents, ont reconnu que celui de la forme estivo-automnale se développe en une période dont la durée varie de 24 heures au moins à 48 heures et plus. Les fièvres produites par ce micro-organisme varient beaucoup dans leurs formes cliniques. Quelques auteurs pensent que la période d'incubation est courte. Laveran l'évalue à 6 ou 10 jours. A ce propos, il faut savoir que certaines attaques brusques dues uniquement à des apoplexies par coup de chaleur peuvent être avantageusement traitées par des injections hypodermiques de quinine. Le temps pendant lequel la fièvre peut rester à l'état latent varie extraordinairement. Dans un cas on a vu la malaria se réveiller chez un sujet qui n'en avait pas eu d'attaque depuis 19 ans. J'ai vu un officier ayant habité 5 ans Peshawar où il n'eut jamais de fièvre; après son retour en Angleterre, il fut pris de la forme de malaria qui règne à Peshawar. On ne peut dire qu'une fièvre n'est pas d'origine paludéenne parce qu'on ne trouve pas de parasite. Un homme qui a quitté la Chine il y a 23 ans et qui depuis n'a pas résidé dans un endroit où règne l'impaludisme, souffre de temps en temps de fièvre intermittente. Un autre, souffrant encore d'impaludisme, n'a pas été depuis 40 ans dans un pays à malaria. Dans certains cas on a vu la maladie se propager dans le sens du vent; la théorie de la transmission par l'eau peut se défendre: l'état sanitaire de Peshawar est meilleur depuis qu'on y possède une eau plus saine.

La théorie de la transmission par les insectes me paraît combattue par ce fait que, en général, les gens nouvellement arrivés dans l'Inde se plaignent surtout des morsures des moustiques, tandis que ceux qui ont séjourné un certain temps souffrent surtout de la malaria. Je crois à l'action prophylactique de la quinine et je recommande d'en prendre de petites doses quotidiennes. L'iode et l'arsenic rendent des services.

M. Cailey. — Toutes les différentes formes de microorganismes qu'on rencontre dans la malaria ne sont que des variétés d'un même parasite. De même toutes les formes de maladie ne sont que des modifications d'un même type morbide variant avec le climat, la température, le nombre des parasites qui ont pénétré dans le sujet, la virulence du parasite et la résistance du sujet. On doit donner la quinine dans le stade de transpiration et répéter les doses pendant les quelques heures qui suivent. Je crois à l'action préventive de petites doses de quinine prises quotidiennement.

M. Scriven. — En Inde, il est très difficile de faire le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la malaria; l'étude des microorganismes y aidera peut-être. Le changement d'air est très utile dans la malaria. Il est possible que la maladie se propage par l'eau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 24 Février 1896.

Douleur rénale sourde.

M. Ralfe. — Il y a certaines formes obscures de douleur rénales, dont les unes veulent un traitement médical. M'occupant surtout de ces dernières, je les répartirai en 4 groupes : 1° troubles nerveux réflexes donnant lieu à une douleur rénale, comme cela a lieu dans les maladies valvulaires du cœur, dans les anévrysmes thoraciques et surtout abdominaux; il y a aussi les douleurs rénales réflexes provoquées par des scybales, surtout quand ces dernières sont dans le colon descendant, lequel croise le rein gauche. 2° Certaines douleurs rénales sont dues à un rein flottant, mais ce trouble relève surtout de la chirurgie. D'autres douleurs sont dues à une contusion rénale très légère et elles peuvent s'aggraver beaucoup si on ne les soigne pas. J'ai vu une jeune femme qui portait un corset trop serré et se livrait à des exercices violents (jeu de paume, tennis, chasse); un jour elle fit un violent effort qui provoqua presque une syncope. Elle eut des douleurs rénales pendant quelque temps. L'excès d'azoturie peut provoquer des douleurs rénales très vives; il en est de même de l'hyperacidité de l'urine. 3° Il y a aussi des paroxysmes goutteux du rein. 4° Ces douleurs sont aussi dues quelquefois à l'occlusion de l'uretère, par un calcul par exemple. J'ai vu une femme de 27 ans se réveiller un matin et ne plus pouvoir uriner, elle ne ressentait qu'une douleur mal définie dans les hanches. Les choses en restèrent là pendant 4 jours sans aucun changement; le 4e jour le pouls devint intermittent. On explora un rein; on trouva dans le bassinet un dépôt de graviers et il y avait un calcul dans l'uretère. 15 jours après on explora l'autre rein qu'on trouva exactement dans le même état Un homme de 24 ans partit de chez lui en très bonne santé : arrivé à son bureau il fut pris de vives douleurs dans les lombes et d'un besoin impérieux d'uriner; il évacua alors une énorme quantité d'une urine sanglante. Il se trouva très soulagé, mais il n'urina pas de la journée et vint à l'hôpital. Pendant 2 jours pas de mictions; puis il y eut des émissions d'urine sanglante; plus tard l'urine redevint normale et le malade guérit. A chaque hématurie il s'était produit un peu d'œdème.

M. Fenwick. — On peut diviser en 3 groupes les calculs du rein non accompagnés de complications : 1° ceux qui sont mobiles dans le bassinet; 2° ceux qui sont, sous la capsule, dans l'écorce du rein; 3° ceux qui sont contenus dans le parenchyme rénal médullaire (colonnes de Bertin ou pyramides). Les calculs mobiles du bassinet provoquent des douleurs typiques : des coliques avec irradiations et souvent des symptômes vésicaux. Les calculs de la région corticale ne provoquent ni coliques, ni irradiations douloureuses, ni irritabilité vésicale, mais seulement une douleur fixe. Les calculs de la région médullaire peuvent présenter des symptômes des 2 groupes précédents, car les cavités qu'ils occupent communiquent souvent avec le bassinet par de fins canaux. Un caractère différentiel important entre les calculs corticaux et les calculs du bassinet est le suivant : il arrive souvent qu'un malade ayant la 1re variété de calculs ne peut dormir que couché sur le côté du rein calculeux et ne peut se retourner du côté sain sans éprouver des douleurs; souvent au contraire un malade porteur d'un calcul du bassinet se couche du côté sain. D'ordinaire, au bout d'un an ou deux, un calcul du bassinet s'accompagne de pus dans l'urine; cela n'arrive pas pour les calculs corticaux, même lorsqu'ils existent depuis plus de 20 ans.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax,

Le pneumothorax se présente sous des aspects cliniques absoluments différents. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il éclate brusquement, d'une façon brutale, avec des symptômes immédiatement menaçants. D'autres fois, le début est moins solennel; le pneumothorax semble alors procéder par poussées successives et se traduit par une dypsnée croissante. Enfin, chez un certain nombre de sujets, il n'y a pas de période d'intolérance; le pneumothorax s'est installé insidieusement et se comporte comme une affection latente. C'est ce que l'on observe chez les malades profondément atteints, dont l'excitabilité pleurale est émoussée, et lorsqu'une pleurésie ancienne, créant des fausses membranes et des adhérences, a favorisé la formation d'un pneumothorax partiel. De ces derniers malades, nous n'aurons pas à nous occuper, car il y a tout intérêt à ménager un pneumothorax qui ne se révèle par aucun signe inquiétant, et l'intervention serait ici au moins inutile.

Mais l'état des premiers réclame *l'urgence;* la mort est imminente, il faut intervenir. Or si, dans un certain nombre de cas, on a pu se rendre maître de la situation par des moyens médicaux, tels que la révulsion (ventouses sèches, sinapismes, marteau de Mayor), la saignée, la réfrigération locale, les inhalations d'oxygène, les injections de morphine, d'éther ou de caféine, il n'en est pas moins vrai que ces moyens ne peuvent être considérés en général que comme des adjuvants utiles; le vrai traitement d'urgence du pneumothorax, c'est la thoracentèse.

Mais cette intervention n'est pas toujours sans inconvénients ni même sans dangers, et ses indications doivent être discutées. Elles ont fait l'objet d'un travail récent du Dr Grésillon (1) que nous allons résumer.

Pneumothorax simple.

Indications générales. — On peut ériger en principe que *la thoracentèse est indiquée toutes les fois que la tension des gaz intra-pleuraux dépasse la pression atmosphérique,* qu'il y a ce qu'on appelle le *pneumothorax à soupape.*

Mais comment reconnaître cette variété?

Récemment, M. Meunier (2), reprenant chez l'homme les expériences faites sur le chien par M. Weil, a pu mesurer au manomètre la pression des gaz intra-pleuraux et reconnaître si elle était supérieure à la pression atmosphérique. Malheureusement, pour faire usage du manomètre, il faut que la thoracentèse soit chose accomplie, et c'est évidemment avant d'intervenir qu'il faudrait déterminer si l'opération est justifiée.

« On a parlé de certains signes : tympanisme atténué, suppression complète des vibrations vocales, immobilité absolue du côté malade; rien dans tout cela n'est suffisant pour renseigner sur l'excès de tension des gaz collectés dans la plèvre (3). » A l'exemple de M. Galliard, on puisera à deux sources les indications de la thoracentèse d'urgence : *a*) l'étude clinique de la dypsnée; *b*) l'examen méthodique du poumon du côté opposé au pneumothorax.

a) Lorsque le pneumothorax se déclare brusquement, le médecin n'a guère le temps de réfléchir; le point de côté et la dyspnée sont portés à leur maximum aussitôt après l'accident, et les phénomènes asphyxiques ont pu amener la mort, dans certains cas, au bout d'une heure.

Il faut alors soigneusement étudier la marche de la dyspnée; si elle va s'exagérant de plus en plus et ne permet pas d'espérer que la tolérance pourra s'établir spontanément, il faut pratiquer la thoracentèse. Le soulagement pourra n'être que passager, mais de nouvelles ponctions pourront aider le malade à franchir la période dangereuse.

Dans les cas où le pneumothorax se déclare d'une façon moins bruyante, et où la dypsnée n'arrive que progressivement et lentement à l'orthopnée, il est permis de temporiser. C'est dans ces cas que l'on a pu réussir avec des injections d'éther, de morphine, de caféine, aidées de la révulsion. Mais il ne faut pas s'attarder à ces moyens, et si malgré tout la respiration ne devient pas moins pénible, on doit pratiquer en hâte la thoracentèse.

b) « D'une façon générale, on peut dire que le pronostic immédiat du pneumothorax dépend de l'état du poumon du côté opposé (4). » En effet, lorsque le poumon du côté opposé est absolument sain; un seul poumon suffit à l'hématose, ou du moins permet à celle-ci de s'opérer dans des conditions suffisantes pour donner au patient le temps d'atteindre la période de tolérance.

Mais la thoracentèse devra être pratiquée d'autant plus vite que le poumon du côté opposé sera plus compromis. Encore l'intervention sera-t-elle le plus souvent inutile

1. A. Grésillon, Thèse de Paris, janvier 1896.
2. H. Meunier, *Arch. gén. de méd.*, mai 1895.
3. Galliard, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 2 mars 1894.
4. Galliard, Le Pneumothorax (biblioth. Charcot-Debove), p. 96.

lorsqu'il s'agira de pneumothorax double, auquel cas le pronostic est à peu près fatal, comme le montrent les observations de Récamier, de Bricheteau, de Duguet, etc.

Indications spéciales. — Certains auteurs ont pensé que le pronostic est beaucoup plus grave lorsque la lésion siège à gauche, à cause du refoulement du cœur. L'indication de la thoracentèse serait alors plus pressante.

Mais dans le pneumothorax droit, le cœur peut être également refoulé; d'ailleurs, M. Galliard a établi que l'asphyxie n'était pas moins à craindre dans le pneumothorax du côté droit, « qui réduit à l'inertie celui des deux poumons qui offre à l'hématose le champ le plus vaste ».

Sans tenir compte de la question de côté, il y a lieu d'envisager successivement les diverses circonstances dans lesquelles peut se présenter le pneumothorax.

Pneumothorax des tuberculeux.

C'est le plus important pour la fréquence. Si nous ajoutons que le pneumothorax des phthisiques présente une gravité particulière, nous comprendrons que ce soit chez eux surtout que l'on aura à discuter la nécessité de la thoracentèse d'urgence.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que le pneumothorax présente un pronostic aussi sombre chez tous les tuberculeux, et il convient à ce sujet d'établir chez ces derniers trois variétés de pneumothorax :

1° Celui qui tue rapidement;
2° Celui qui tue lentement (pneumothorax chronique);
3° Celui qui guérit (1).

Il faut bien connaître ces différentes variétés, il faut surtout bien savoir qu' « il y a chez les tuberculeux une variété de pneumothorax simple curable » (Galliard) pour ne pas contrarier la tendance naturelle de la maladie vers la guérison. Cependant, même dans ce cas, l'intervention peut être inévitable et, sur les sept observations empruntées par M. Galliard aux auteurs, un jeune homme de 18 ans observé par Ricker eut à subir la thoracentèse; il guérit. C'est là, il faut le reconnaître, une exception; le pneumothorax chronique et celui qui guérit doivent être traités par des moyens purement médicaux.

Mais dans la première variété de la division précédemment établie, dans le pneumothorax qui tue rapidement (pneumothorax à soupape), il faut se hâter de prévenir l'exagération de la tension intra-pleurale, et pour cela intervenir aussi rapidement que possible. C'est à cette intervention hâtive que Hamilton-Roë doit d'avoir obtenu 10 succès sur 19 thoracentèses (2).

Fraentzel ne se contente pas de pratiquer la ponction dans les cas d'urgence; il la préconise dans les cas où le poumon paraît simplement gêné par l'épanchement gazeux (3).

Pneumothorax des emphysémateux. — Il existe dans cette catégorie deux séries de malades : les « grands emphysémateux » (Galliard) et les « emphysémateux latents ».

Chez les *grands emphysémateux*, le pneumothorax présente une gravité extrême, puisque sur les 12 cas que M. Galliard a pu trouver dans la littérature médicale, il y a eu 8 décès. La mort est survenue au bout d'un temps qui a varié de quelques heures à quatre semaines. Parmi les 4 malades qui ont guéri, 2 ont subi l'opération de la thoracentèse et lui ont dû leur salut.

Le pneumothorax qui survient chez les sujets atteints d'*emphysème latent* a été appelé par M. Galliard *pneumothorax des conscrits*. Il survient, en effet, dans la grande majorité des cas, entre 18 et 25 ans.

Un de ses caractères les plus importants est sa bénignité relative, puisque sur 37 cas rapportés par M. Galliard, la mort ne s'est produite que trois fois. La guérison est survenue généralement en trois semaines. Cela nous montre que nous devrons toujours être très sobres d'intervention, et que là, plus que partout ailleurs, nous ne devrons pratiquer la thoracentèse que si nous avons la main forcée par l'asphyxie menaçante.

Cependant sur les 37 cas précédemment cités, l'opération a été faite quatre fois, toujours avec plein succès.

Il convient de remarquer que parmi les pneumothorax attribués aux emphysémateux (grands ou latents) et que la thoracentèse a guéris ou améliorés, il en était certainement de tuberculeux. En effet, Rilliet et Barthez, Steffen, Cornil, Pignol, Ewart, Dittrich ont trouvé à l'autopsie la déchirure d'une vésicule d'emphysème, soit dans le poumon tuberculeux, soit dans le poumon du côté opposé à la lésion.

Pneumothorax consécutif à la trachéotomie. — Le pneumothorax est très rare chez les enfants trachéotomisés et quand il existe, il est toujours accompagné d'emphysème sous-cutané. En effet, c'est l'air ayant pénétré dans le tissu cellulaire à la faveur de la plaie trachéale, et gagné le médiastin, qui arrive sous la plèvre et la déchire.

Nous verrons plus loin combien est grave le pronostic du pneumothorax compliqué d'emphysème sous-cutané; nous dirons alors que la thoracentèse ne suffit plus et qu'il faut pratiquer en hâte la thoracotomie. Cependant, dans un cas de J. Schwalbe, la thoracentèse a sauvé le malade (1).

Pneumothorax traumatique. — Le pneumothorax est fréquent à la suite des traumatismes; il peut être déterminé par une plaie pénétrante simple n'intéressant que la plèvre pariétale, ce qui est rare; par une plaie pénétrante avec blessure du poumon; par une fracture des côtes sans plaie de poitrine, par contusion du thorax sans fracture de côtes ni plaie de poitrine.

La thoracentèse peut provoquer un véritable pneumothorax traumatique lorsqu'une manœuvre maladroite a permis à l'air de pénétrer par le trocart au moment de l'inspiration, ou a refoulé de l'air dans la plèvre au moyen de l'appareil de Potain (c'est ce qui s'est produit dans les cas de Meunier, de Catrin, etc.), ou bien lorsque l'aiguille du trocart a piqué le poumon.

Cette variété de pneumothorax ne donne pas lieu à des signes immédiatement graves lorsque la plaie extérieure est largement perméable; mais si la plaie est étroite, le pneumothorax à soupape est facilement réalisé; la tension des gaz intra-pleuraux augmente rapidement et l'asphyxie menace les jours du malade.

Smith pensait que dans les plaies ouvertes, on pouvait vider l'air de la plèvre, et par conséquent conjurer le danger, et faisant une forte expiration suivie de l'occlusion rapide de la plaie pariétale, pendant l'inspiration. Mais il est peu de malades capables, à ce moment, d'une forte expiration, la manœuvre est difficile, elle est dangereuse, il ne faut pas l'employer.

En présence d'un pneumothorax simple traumatique, il faut, s'il y a lieu, ramener par une occlusion bien faite

1. Galliard, Le pneumothorax, p. 165.
2. Hamilton-Roe, *The Lancet*, 21 avril 1849.
3. Fraentzel, *Ziemssen's Handbuch*, t. IV, p. 474. — Bærensprung, Inaug. Dissert., Berlin, 1873.

1. J. Schwalbe, *Deutsche med. Woch.*, 1891.

le pneumothorax chirurgical aux conditions d'un pneumothorax médical, et si le malade asphyxie, agir comme dans ce dernier, c'est-à-dire faire la thoracentèse, qui a, en effet, été pratiquée nombre de fois avec succès.

La coïncidence du pneumothorax et de l'emphysème sous-cutané, que nous avons indiquée plus haut à propos de la trachéotomie, a été rencontrée surtout à la suite des traumatismes.

La mort est survenue toujours très peu de temps après l'accident. On n'est jamais intervenu, et il est permis de croire que si la thoracentèse, ou, mieux encore, une large incision de la poitrine avait été pratiquée en temps utile, quelques malades auraient pu avoir la vie sauve.

Manuel opératoire et dangers de la thoracentèse. — La thoracentèse pouvant donner naissance à des accidents assez graves pour entraîner la mort, il n'est pas indifférent d'étudier la manière dont il faut pratiquer cette opération.

Et d'abord, les précautions antiseptiques devront être prises minutieusement aussi bien du côté de l'opérateur que de celui de l'opéré afin d'éviter à ce dernier toutes les causes d'infection. Puis, le malade étant assis sur son lit, les deux bras tendus en avant, on pratiquera la ponction dans le 6e, le 7e ou le 8e espace intercostal. A vrai dire le choix de l'espace n'a pas une grande importance, l'hypertension des gaz intra-pleuraux favorisant la sortie de ces gaz par l'orifice qui leur est ouvert en un point quelconque de la poitrine. S'il s'agissait d'un pneumothorax partiel, on pratiquerait la ponction à l'endroit où les signes seraient perçus; mais il est rare, exceptionnel même, que cette forme de pneumothorax donne naissance à des phénomènes d'asphyxie assez prononcés pour nécessiter l'intervention.

On a employé dans la thoracentèse d'urgence appliquée au traitement du pneumothorax toute la série des trocarts, depuis la fine aiguille de l'aspirateur jusqu'au trocart à hydrocèle. Les instruments de fort calibre, comme ce dernier, ne sont pas recommandables; ils débarrassent trop rapidement la plèvre de son contenu et obligent le poumon refoulé à une expansion trop subite. Il faut vider la cavité pleurale lentement, et pour cela se servir de l'aiguille n° 2 de Dieulafoy ou de Potain, ou d'un trocart de fin diamètre. On évite ainsi un certain nombre d'accidents (toux, douleurs intra-thoraciques avec sensation de déchirement intérieur, expectoration albumineuse) qui pour n'être pas très graves, sont cependant assez pénibles pour que nous cherchions à en préserver le patient.

Il est bon de mettre le trocart en communication avec l'aspirateur Potain ; on interdit ainsi l'accès de la plèvre à un air *non filtré* et aussi à un air *froid* qui pourrait exciter la toux. Or la toux pourrrait amener la rupture d'une cicatrice broncho-pleurale encore mal assurée.

Si toutefois l'on était obligé, à défaut d'aspirateur, d'avoir recours au trocart, il faudrait se rappeler qu'une précaution indispensable consiste à boucher l'orifice pendant les inspirations du malade.

Fraentzel se sert d'un trocart dont l'extrémité est munie d'une valvule et qui plonge dans l'eau. Cette membrane joue le rôle de soupape et empêche l'aspiration de l'air et de l'eau ; l'auteur laisse la canule en place tant que la toux n'est pas calmée, car selon lui, la toux chasse l'air de la plèvre dans la plaie et crée ainsi des conditions favorables à la production de l'emphysème sous-cutané.

Pour éviter le même accident, on pourrait, suivant le conseil de M. Albert Mathieu (1), enfoncer le trocart très obliquement à travers la paroi thoracique de façon à créer un trajet dont l'orifice serait ainsi, en vertu de cette obliquité même, disposé en valvule, et pourrait jusqu'à un certain point empêcher l'emphysème de se produire.

La thoracenthèse terminée, on voit le plus généralement les signes inquiétants diminuer; le malade respire plus librement, le point de côté et les douleurs intra-thoraciques s'atténuent; le cœur reprend sa place, le foie remonte; la voussure du côté malade s'affaisse. Une seule ponction peut alors suffire, comme dans les cas de Troisier et de Rendu.

Le soulagement cependant peut n'être que passager; si la fistule broncho-pleurale n'est pas obturée, la dyspnée ne tarde pas à reparaître, et de nouvelles ponctions sont nécessaires. Enfin la période de tolérance s'établit, ou bien la thoracentèse est impuissante à maintenir l'équilibre respiratoire; dans ce cas, le pronostic devient plus sombre; on est autorisé à faire la thoracotomie.

En dépit de toutes les précautions, la thoracentèse peut donner naissance à un certain nombre d'accidents.

Nous avons déja parlé de la *toux*.

L'expectoration albumineuse est exceptionnelle dans la ponction du pneumothorax (cas de Troisier).

L'épanchement de sérosité, qui transforme le pneumothorax simple en hydro-pneumothorax, ne paraît pas pouvoir être imputé à la ponction.

La suppuration de la plèvre, complication bien plus redoutable, survient souvent, il est vrai, après la thoracenthèse, mais non à cause d'elle, si l'on en excepte les cas, tout à fait rares aujourd'hui, où une antisepsie mal faite a pu être incriminée.

De tous les accidents de la thoracenthèse dans le traitement du pneumothorax simple, le plus dangereux est sans contredit l'*emphysème sous-cutané généralisé*.

Nous avons déjà vu que lorsque l'emphysème sous-cutané est venu compliquer un pneumothorax traumatique, la mort ne s'est pas fait longtemps attendre; quelques malades ont survécu plusieurs jours, la plupart ont succombé dans les quelques heures qui ont suivi l'accident. Mais à la suite de la thoracentèse, cette complication est rare; elle était peu connue avant l'observation présentée par M. Galliard à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (2 mars 1894).

L'emphysème sous-cutané est capable d'emporter les malades en quelques jours. Il faut donc mettre tout en œuvre pour l'éviter. Enfin, si, malgré les précautions prises, l'accident survient, il faudra pratiquer en hâte la *thoracotomie*.

Emploi de la canule à demeure. — La thoracentèse, tout en restant le procédé de choix dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple, n'est pas toujours efficace ; elle a ses échecs.

Elle peut n'apporter aucun soulagement ; dans ce cas, la perforation pulmonaire est généralement considérable, et la pression intra-thoracique ne peut pas être abaissée au-dessous de la pression atmosphérique : on comprend quelle est alors la gravité du pronostic.

Dans d'autres cas, aussitôt après la ponction, la dyspnée reparaît, la tension intra-pleurale s'élève de nouveau, une nouvelle ponction est nécessaire, puis une troisième, etc., et malgré ces tentatives réitérées, la période de tolérance refuse de s'établir.

Frappés de ces insuccès, un certain nombre d'auteurs ont songé à maintenir l'équilibre entre la tension inté-

1. Albert Mathieu, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 mars 1894.

rieure et la pression atmosphérique en laissant une ouverture permanente à la paroi, ménageant ainsi à l'air de la plèvre une porte de sortie que lui refuse la disposition anatomique de la rupture broncho-pleurale.

On a ainsi appliqué à demeure une canule à trachéotomie (Béhier), un trocart de Reybard (Legouest) (1), Thorowgood (2) et Bouveret (3) des canules particulières.

Jusqu'à ce jour, on n'a pas retiré de bien grands bénéfices de l'emploi de la canule à demeure.

Cependant il y a eu un soulagement momentané, le tuberculeux de Thorowgood a même pu, grâce à elle, atteindre la période de tolérance et guérir. Si la guérison n'est pas survenue plus souvent, c'est que la maladie primitive, qui avait causé la rupture de la plèvre, a elle-même emporté le malade.

On comprend d'ailleurs très bien l'idée qui a présidé à l'application de la canule à demeure, et théoriquement l'instrument devrait faire merveille. Il n'en est malheureusement pas ainsi dans la pratique où la méthode est passible de deux objections sérieuses :

1° *Il est très difficile de maintenir la canule en place*, en raison des mouvements respiratoires, du passage incessant de l'air dans la canule, de l'agitation des malades, de leurs changements d'attitude.

2° *Il faut redouter la suppuration de la plèvre*, qui, malgré l'application de pansements antiseptiques, ne tarde pas à se produire, l'air pénétrant dans la plaie thoracique n'étant jamais aussi bien débarrassé de ces germes que celui qui traverse le parenchyme pulmonaire.

En dépit de ces inconvénients et de ces dangers, lorsque la thoracentèse n'aura pas réussi à calmer le malade, il faudra se résoudre à employer la canule à demeure.

Ici une question se pose. Combien de temps faudra-t-il laisser la canule en place? Tant que la fistule qui fait communiquer les bronches avec la cavité pleurale ne sera pas oblitérée. Mais avons-nous les moyens de reconnaître qu'un pneumothorax à soupape s'est ainsi transformé en pneumothorax fermé?

Pour cela, il faudrait étudier :

1° La composition des gaz contenus dans la plèvre.

2° L'état de tension de ces gaz.

Lorsque la fistule est oblitérée, la proportion d'oxygène diminue, celle de l'azote et de l'acide carbonique s'élève; d'autre part, la tension des gaz s'abaisse au-dessous de la pression atmosphérique.

Mais ces moyens de reconnaître si un pneumothorax est ouvert ou fermé sont difficiles à employer en clinique. Le plus souvent il faudra tâtonner pour savoir à quel moment on devra retirer la canule à demeure, et étudier la marche de la dyspnée. Si celle-ci reparaît aussitôt après l'ablation de l'instrument, on se hâtera de le replacer; on le retirera définitivement dans le cas contraire. En général, il doit être laissé en place pendant plusieurs semaines.

Hydro-pneumothorax.

En dehors des cas où l'affection survient chez un emphysémateux, il est rare que le pneumothorax reste simple. Chez les tuberculeux, notamment, on voit le plus souvent, au bout de quelques heures ou de quelques jours, un épanchement liquide s'ajouter à l'épanchement gazeux, ce que l'on reconnaît à deux nouveaux signes : *la matité dans la partie inférieure de la poitrine et le bruit de succussion*. Lorsque le liquide n'est pas purulent, il y a hydro-pneumothorax.

Dans ce cas, que faut-il faire?

Beaucoup d'auteurs considèrent encore l'hydro-pneumothorax comme un *noli me tangere;* pour eux la protion de l'épanchement liquide est un événement favorable et il faut savoir le respecter.

La thoracentèse, en retirant le liquide, empêcherait la production des dépôts fibrineux qui se forment lorsqu'il y a un épanchement, et qui recouvrent la fistule pleuro-bronchique, ou ferait disparaître les adhérences protectrices en diminuant la pression intra-pleurale. D'autre part, si l'on n'intervient pas, l'hydro-pneumothorax, abandonné à lui-même, sera susceptible de guérison spontanée (1). Quelques auteurs, notamment M. Hérard, vont plus loin encore et pensent que la compression exercée sur le poumon par le liquide et les gaz, suffit souvent à enrayer la marche de la tuberculose. Et c'est pour cette raison que Bernheim (2) a proposé d'injecter de l'eau dans la plèvre pendant la ponction afin de ne pas modifier sensiblement la tension pleurale.

Mais s'il est vrai que l'hydro-pneumothorax, tuberculeux ou non, puisse guérir spontanément, il est difficile d'admettre que l'épanchement soit la cause de cette guérison, puisque, dans le pneumothorax simple, la fistule broncho-pleurale se cicatrise quelquefois en 24 heures. Aussi l'apparition du liquide, très loin de constituer une heureuse complication, doit-elle être considérée comme une aggravation de l'affection première. Dans quels cas réclame-t elle l'intervention?

Si l'épanchement est peu considérable, la ponction est absolument inutile; il y a même avantage à attendre que le liquide se soit accumulé en quantité suffisante pour se substituer complètement à l'air épanché. Cette transformation de l'hydro-pneumothorax en hydrothorax a pu se produire quelquefois, et elle est favorable, car il suffit alors de pratiquer la thoracentèse pour amener une guérison rapide.

Lorsque le liquide se sera accumulé en grande quantité et rapidement, c'est-à-dire peu de jours après la perforation, il ne faudra intervenir que si une dyspnée pressante, des phénomènes asphyxiques inquiétants commandent l'urgence.

Dans le cas contraire, il faudra attendre le plus possible et pratiquer la thoracentèse aussitôt que l'on aura la certitude ou que l'on sera autorisé à penser que la fistule est oblitérée, et que le poumon, désormais bridé et atélectasié par des fausses membranes, ne se dilatera plus complètement.

Pouvons-nous reconnaître le moment où se fait l'oblitération?

Nous avons ici un point de repère qui nous manquait dans le pneumothorax simple, c'est la *succussion hippocratique*. Lorsqu'elle aura disparu, nous serons autorisés à admettre qu'il n'y a plus de gaz dans la plèvre, et par conséquent plus de fistule. Mais la fistule peut ne plus exister et les bruits métalliques persister cependant. Si donc nous avons une indication précise d'intervenir dans le premier cas, nous sommes très embarrassés dans le second.

Les signes physiques ne permettant pas de savoir quand s'est faite la cicatrisation, Pernet a proposé de pratiquer la thoracentèse lorsque sera réalisée l'une des conditions suivantes :

1. Legouest, *Traité de chirurgie d'armée*.
2. Thorowgood, *British med. Journ.*, 1880, t. II.
3. Bouveret, *Lyon méd.*, 1888.

1. Woillez (*Arch. gén. de méd.*, 1863) en cite plusieurs cas.
2. Bernheim, *Revue méd. de l'Est*, 1875.

1° « Quand à un épanchement gazeux considérable succède un épanchement liquide dont le niveau ira montant peu à peu jusqu'à disparition complète des bruits hydro-aériques;

2° « Quand les signes du pneumothorax ont diminué d'intensité;

3° « Quand la dyspnée est forte (1). »

Les auteurs sont loin d'être d'accord en ce qui concerne le moment de l'oblitération de la fistule; tandis que Weil pense qu'elle arrive seulement après 5 ou 6 semaines, d'autres auteurs admettent une cicatrisation en 8 ou 15 jours. Il est probable que ce moment est extrêmement variable suivant les sujets, et surtout suivant la nature, la forme, les dimensions de la perforation, ce qu'il est impossible de reconnaître en clinique.

La thoracentèse décidée, il faudra la pratiquer avec les plus grandes précautions. Il faudra vider la plèvre avec lenteur afin que le poumon ne revienne pas trop brusquement sur lui-même et ne provoque pas ainsi une nouvelle perforation. Il sera même prudent de ne jamais évacuer complètement le liquide pour éviter de trop grandes différences de pression, et de pratiquer des ponctions partielles et répétées. C'est seulement dans les cas où l'on aurait acquis la certitude que le pneumothorax est bien *fermé* que l'on pourrait être plus hardi et évacuer largement et complètement le liquide. En vue de maintenir la tension intra-pleurale au même niveau que la pression atmosphérique, M. Potain (2), luttant en même temps contre les accidents septiques consécutifs au pneumothorax a injecté dans la plèvre de l'*air stérilisé* et a réussi deux fois sur trois.

Pratiquée dans ces conditions, la thoracentèse peut donner dans l'hydro-pneumothorax d'excellents résultats, comme en témoignent les observations de Chalmers, Viguier, Desnos, etc.

Malgré ces observations favorables, quelques auteurs ont essayé, pour empêcher la transformation purulente du liquide, de faire suivre la ponction d'*injections intra-pleurales de substances antiseptiques* ou même de faire ces injections sans vider la plèvre.

Renaut (3) a pu, dans un hydro-pneumothorax déterminé par la rupture de foyers tuberculeux ramollis et purulents, maintenir la limpidité du liquide pendant 20 jours au moyen d'*injections de liqueur de Van Swieten.*

Moizard (4) a injecté de la teinture d'iode iodurée chez 2 malades atteints de pneumothorax, et dans 1 cas, il a eu un succès complet.

Ces injections pourront être pratiquées surtout chez les tuberculeux où la transformation purulente est la règle au bout de peu de temps. La marche de la tuberculose a même paru être enrayée chez le premier malade de M. Moizard.

Si l'on se décide aux injections, il faudra, de préférence, attendre que la fistule broncho-pleurale soit cicatrisée; on se mettra peut-être ainsi plus sûrement à l'abri des intoxications qui sont le réel danger de la méthode; toutefois, ces accidents toxiques peuvent apparaître alors même qu'il n'y a pas de fistule (cas d'iodisme rapporté par Pinault) (5).

Mais de nouvelles tentatives sont nécessaires pour fixer la valeur de cette méthode.

1. Pernet, Thèse de Paris, 1878.
2. Potain, *Acad. de méd.*, 1888.
3. Renaut, *Lyon méd.*, 1888.
4. Moizard, *Soc. méd. des hôp.*, 1888.
5. Pinault, Thèse de Paris, 1853.

Pyo-pneumothorax.

Malgré tous les efforts faits pour maintenir séreux le liquide de la plèvre, il arrive fréquemment que ce dernier se transforme en un liquide purulent.

Dans certains cas le pyo-pneumothorax s'établit d'emblée, c'est-à-dire que l'air et le pus pénètrent dans la plèvre en même temps. C'est ce qui arrive à la suite de la rupture, dans la cavité pleurale et dans le poumon à la fois, des abcès hématiques et rénaux, du phlegmon périnéphrétique, des péritonites enkystées, des abcès osseux, costaux ou sternaux. Exceptionnellement, un abcès péripleural, un ganglion bronchique ramolli, la rupture de l'œsophage cancéreux, spontanément ou à la suite d'un cathétérisme malheureux, ont pu aussi produire un pyo-pneumothorax d'emblée.

Enfin, il peut arriver que le pyo-pneumothorax soit consécutif à une pleurésie purulente; le pus existe alors dans la cavité pleurale avant les gaz, c'est ce qui se produit à la suite de l'opération de l'empyème.

La production du pus constitue une complication très grave; si l'on n'intervient pas, elle conduit toujours à la mort, et la terminaison fatale survient encore trop souvent malgré une intervention appropriée.

La thoracentèse a été et est encore très employée dans le traitement du pyo-pneumothorax; néanmoins elle doit souvent céder la place à la thoracotomie. D'ailleurs, les indications opératoires sont variables suivant les cas, et doivent être étudiées successivement dans le pyo-pneumothorax *par vomiques, par gangrène* et *par tuberculose pulmonaire.*

1° *Pneumothorax par vomiques.* — Nous ne nous occuperons que des vomiques purulentes, laissant de côté les vomiques séreuses, qui sont d'ailleurs beaucoup plus rares et qui donnent naissance à un épanchement à la fois séreux et gazeux, en face duquel la conduite à tenir est la même que dans l'hydro-pneumothorax.

La vomique survient le plus souvent à la troisième ou à la quatrième semaine d'une pleurésie purulente totale. Mais on la rencontre surtout comme terminaison d'une pleurésie enkystée dont on ignorait la présence. Lorsqu'on examine le malade après le rejet du pus, on trouve alors les signes du pneumothorax. Le diagnostic en est facile si le pneumothorax est total; mais s'il est partiel, il peut être extrêmement difficile à dépister, et être pris, suivant son siège, pour les abcès sous-phréniques, les kystes hydatiques suppurés ouverts dans les bronches, les abcès du foie, les grandes cavernes des tuberculeux avancés.

Cependant, il faut savoir qu'une vomique, si abondante soit-elle, ne donne pas fatalement naissance au pneumothorax. La production de ce dernier dans ces cas n'est même pas la règle; le plus souvent il existe une disposition anatomique spéciale de la fistule pleuro-bronchique qui permet la sortie du pus et empêche l'accès de l'air des bronches dans la plèvre. Ainsi que le fait remarquer M. Galliard, « cette disposition doit être exactement l'inverse de celle qui, dans le pneumothorax à soupape, permet l'entrée de l'air inspiré dans la plèvre et s'oppose à la sortie de l'air pendant les mouvements expiratoires. »

Quoi qu'il en soit, le pyo-pneumothorax à la suite des vomiques est une complication extrêmement grave dans tous les cas; il faut chercher à l'éviter lorsqu'il menace de se produire, et l'attaquer vigoureusement lorsqu'il est constitué, à moins de contre-indications tirées de l'état général du malade.

Il est en effet des cas où l'on peut prévenir par une intervention l'évacuation bronchique de la vomique. C'est

lorsqu'il s'agit d'une pleurésie enkystée, interlobaire ou médiastine, dont on aura fait le diagnostic et que l'on pourra atteindre. Le diagnostic est toujours fort délicat, et nous savons que souvent la vomique constitue le symptôme révélateur de la collection purulente; de plus celle-ci reconnue, ce n'est pas chose facile que de diriger un trocart à l'endroit précis de son siège pour en pratiquer l'évacuation. Toutefois lorsque ces deux conditions seront remplies, la *thoracentèse* sera la meilleure prophylaxie du pyo-pneumothorax.

Ce dernier une fois constitué, que faudra-t-il faire?

Si le pus n'est pas fétide, et qu'il n'y ait pas de phénomènes d'infection, on pourra temporiser, car il existe des observations, peu nombreuses à la vérité, montrant que la guérison spontanée est possible.

On suivra le malade, on l'examinera attentivement, et si l'appétit devient mauvais, la langue saburrale, si la température s'élève, il faudra évacuer la collection par la thoracentèse. Il y aura aussi avantage à faire des lavages de la plèvre (Laënnec, Bacqua, Jaymes, Robin).

Si au contraire le pus est fétide, aucune hésitation n'est permise, l'indication est formelle; il faut abandonner la thoracentèse et pratiquer en hâte la thoracotomie.

2° *Pneumothorax par gangrène.* — Sur 130 cas de pyo-pneumothorax relevés par Saussier, on trouve la gangrène pulmonaire incriminée 7 fois, et 65 fois sur 918 cas dans le relevé de Biach. C'est donc une cause relativement assez fréquente.

Le siège initial du foyer de gangrène peut être profondément situé dans le parenchyme pulmonaire ou, au contraire, exister en un point de la superficie de l'organe. Dans le premier cas, la plèvre est envahie tardivement, tandis que dans le second le processus intéresse simultanément le poumon et son enveloppe.

Que l'envahissement de la séreuse se fasse primitivement ou secondairment, si des adhérences protectrices ont eu le temps de s'établir sous l'influence du processus inflammatoire, le malade échappe au pneumothorax et à ses dangers. Une fistule se crée alors qui fait communiquer, comme dans le cas rapporté par Bouillaud en 1824, le poumon avec les espaces sous-pleuraux, et même avec le tissu cellulaire sous-cutané. Mais s'il n'y a pas d'adhérences, la cavité pleurale est envahie par le foyer gangréneux, le pyo-pneumothorax est constitué.

La thoracentèse, ici, est absolument contre-indiquée, parce qu'elle est inutile. Pratiquer la thoracentèse, c'est en effet perdre un temps précieux; car il est urgent d'ouvrir au plus tôt une voie large et permanente pour l'écoulement des liquides infectieux et pour l'introduction de liquides antiseptiques destinés au lavage de la plèvre. Il faut donc pratiquer sans hésitation la thoracotomie.

3° *Pneumothorax par tuberculose pulmonaire.* — C'est chez le tuberculeux que l'on rencontre certainement le plus souvent le pyo-pneumothorax. Cela ne veut pas dire toutefois que la présence du pus dans la plèvre soit chez ces malades plus fréquente que l'épanchement séreux ou séro-purulent. En effet, contrairement à l'opinion autrefois généralement admise, et encore aujourd'hui accréditée, Vieulle (1), Senator (2) affirment que l'hydro-pneumothorax est la forme que l'on rencontre le plus communément. On a pris quelquefois un liquide louche, séro-purulent pour du véritable pus; or, la bactériologie nous démontre qu'il y a entre ces deux épanchements une différence considérable.

1. Vieulle, Du pneumothorax et de la possibilité du pneumothorax sans suppuration de la plèvre (th. de Paris, 1876).
2. Senator, *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1880.

Le premier, d'après les recherches de Netter (1), contient toujours mais contient seulement des bacilles de Koch. L'épanchement purulent montre au contraire que le bacille de Koch est accompagné de microbes pyogènes et saprogènes qui ont transformé l'hydro-pneumothorax en pyo-pneumothorax. Mais cette transformation est relativement rare, parce que l'un des offices des bronches est « d'arrêter les particules de poussière inhalées et de les empêcher d'entrer dans les vésicules pulmonaires » (Lister).

Il suffit donc, pour que la transformation purulente du pneumothorax ne s'effectue pas, que la cavité pleurale ne communique pas avec une bronche de trop gros volume ou avec une caverne. D'ailleurs, lorsqu'une communication semblable s'est établie, il se produit le plus souvent un pyo-pneumothorax d'emblée, le pus faisant irruption dans la plèvre, en même temps que l'air.

La conduite à tenir en face d'un pyo-pneumothorax tuberculeux est quelquefois très embarrassante. On sait en effet que là, comme dans le pneumothorax simple, comme aussi dans l'hydro-pneumothorax, la guérison spontanée est possible par oblitération de la fistule pleuro-bronchique; mais si l'hydrothorax qui survit à la collection gazeuse peut être tari complètement par l'absorption aidée de la thoracentèse, la terminaison favorable est bien plus discutable quand il s'agit d'un pyothorax.

Aussi, dans la grande majorité des cas, convient-il d'évacuer le liquide, et, pour ce faire, deux opérations sont en présence : la thoracentèse et la thoracotomie.

La *thoracentèse* devra toujours être employée quand une dyspnée menaçante ou un épanchement purulent considérable commanderont l'urgence. Catrin (2), dans un cas, a pu par ce moyen sauver momentanément la vie à un malade.

Indépendamment des indications qui commandent l'urgence, la thoracentèse a, comme traitement méthodique du pyo-pneumothorax, de nombreux partisans. Beaucoup de médecins s'accordent, en effet, à temporiser et pratiquent des ponctions successives suivies d'injections de liquides antiseptiques; un certain nombre d'observations justifient cette manière de faire.

La substance qui a été le plus employée pour ces lavages antiseptiques est la teinture d'iode en solution iodurée; on peut aussi se servir du sublimé ou mieux de la solution faible d'acide phénique, ou bien de l'huile iodoformée et gaïacolée.

Le danger de l'évacuation de la plèvre est ici, comme dans les deux formes précédemment étudiées de la maladie, la rupture de la cicatrice broncho-pleurale encore mal assurée et qui ramène tous les signes disparus du pneumothorax.

C'est ce qui est arrivé à un malade de M. Galliard dont l'observation est rapportée par M. Grésillon.

Dans ce fait, la thoracentèse, en décomprimant le poumon refoulé contre la colonne vertébrale, a ramené, à deux reprises différentes, le souffle amphorique et le bruit de succussion, qui avaient disparu en raison de l'obstruction de la fistule par des fausses membranes. Cette observation montre aussi un fait fréquent, à savoir que les ponctions répétées et les lavages antiseptiques nombreux et variés ne suffisent pas, et qu'il faut en arriver à la pleurotomie.

Cette dernière opération doit être pratiquée dans le pyo-pneumothorax tuberculeux toutes les fois que le pus

1. Netter, *Soc. méd. des hôp.*, décembre 1891.
2. Catrin, *Soc. méd. des hôp.*, 9 mars 1894.

retiré par la ponction est *fétide* et aussi, suivant Merklen, quand le pneumothorax est *récent*, lors même que le pus ne dégage aucune fétidité.

On pratiquera soit l'empyème simple, soit l'opération de Létiévant-Estlander ou thoracotomie avec résection costale. Cette intervention, qui a pour but de diminuer le périmètre de la cage thoracique de façon à la mettre en rapport plus facilement avec le poumon refoulé, et rendre ainsi possible la symphyse nécessaire à une guérison, compte plusieurs succès obtenus par Leyden, Guttmann, Merklen, Richardière.

Mais, avant de pratiquer la thoracotomie, il faudra toujours s'assurer de l'état des poumons, et si la tuberculose est à une période trop avancée, rejeter l'opération. Un malade affaibli, débilité, dont l'état général inspire quelque inquiétude, ne saurait faire les frais d'une suppuration prolongée et active. Il est alors préférable de s'en tenir à la thoracentèse.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en janvier et février 1896.

M. Lebon. *Contribution à l'étude des myélites infectieuses expérimentales.* N° 105.

M. Ripault. *L'hérédo-syphilis infantile, manifestations pharyngo-nasales et laryngées.* N° 122.

M. Ed. Chrétien. *Essai clinique et expérimental sur la fièvre des tuberculeux (toxicité des crachats, toxicité des urines).*

M. Mangin-Bocquet (Georges). *De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique.* N° 173.

Dans cet intéressant travail, M. Lebon, après avoir exposé l'histoire des myélites infectieuses et des expérimentations faites sur ce sujet, apporte le résultat de ses recherches personnelles.

Il a pu parvenir à déterminer des myélites à pneumonocoques chez le cobaye et le lapin, des myélites à staphylocoques et des myélites à bacille typhique. L'auteur consigne en même temps la méthode suivie par lui et le résultat des examens histologiques de la moelle des animaux sur lesquels il a expérimenté.

Ce travail est terminé par les conclusions suivantes ;

L'inoculation intra-veineuse ou sous-cutanée de cultures virulentes ou de toxines détermine souvent chez les animaux, et en particulier chez le lapin, l'apparition de phénomènes paralytiques.

La paralysie paraît être plus tardive et moins grave lorsqu'on inocule le résidu bacillaire de filtration après l'avoir lavé de façon à entraîner sa toxine.

Les phénomènes paralytiques s'observent tantôt après l'inoculation de microbes banals tels que le staphylocoque, le bacterium coli, le streptocoque, tantôt mais plus rarement à la suite de l'inoculation de microbes spécifiques, bacille de Lœffler, pneumocoque, etc.

Le micro-organisme inoculé peut dès les premières heures se fixer sur la moelle. On a constaté des lésions des cellules de la substance grise quinze heures seulement après l'inoculation. Ce fait n'est pas constant.

Lorsque l'animal résiste à l'inoculation, la guérison peut être définitive ou passagère.

Lorsque la guérison n'est que passagère, le temps qui s'écoule entre l'inoculation et l'apparition des premiers troubles moteurs peut varier de deux jours à six mois.

La paralysie reste généralement localisée aux membres postérieurs, mais peut s'étendre aux membres antérieurs et au cou.

Cette paralysie s'accompagne d'une cachexie très prononcée, de diarrhée et presque toujours de rétention d'urine.

Aucune indication ne peut être tirée de l'époque de l'apparition de la paralysie relativement à l'avenir et à la marche de cette paralysie.

A l'autopsie, on ne constate généralement aucune lésion ni des méninges ni de la moelle, mais il n'est pas impossible de trouver de petits foyers de ramollissement myélitique.

Les cellules nerveuses de la substance grise et en particulier les grandes cellules des cornes antérieures présentent des lésions très marquées.

Les vaisseaux sont remplis de globules sanguins. On trouve sur leur trajet de nombreux foyers hémorrhagiques souvent assez étendus. Cette congestion de la substance grise peut être même la lésion principale. Elle n'est cependant pas constante. Parfois, les vaisseaux sont moins apparents qu'à l'état normal.

L'intégrité des parois vasculaires est la règle.

Les lésions de la substance sont toujours faibles.

La présence dans la moelle de corps granuleux est exceptionnelle.

Les racines sont presque toujours saines, et presque toujours aussi les ganglions rachidiens et les méninges rachidiennes.

Les nerfs périphériques ne présentent généralement pas d'altérations. Lorsqu'on rencontre des lésions, ces lésions paraissent être secondaires aux lésions médullaires.

La lésion nerveuse retentit toujours sur les muscles qui s'atrophient.

Lorsque la paralysie ne termine pas la guérison, on ne retrouve plus aucune lésion médullaire en sacrifiant les animaux.

Les bandes ventriculaires, épaissies, végétantes, peuvent masquer les cordes vocales qui restent normales ou sont échancrées par des ulcérations. La périchondrite compromet souvent la motilité de ces cordes vocales.

L'indolence est parfaite et l'état général nullement modifié. Les troubles vocaux peuvent faire défaut; mais cependant on a noté chez l'enfant la raucité du cri et sa bitonalité; mais les troubles respiratoires sont exceptionnels tant est grande la tolérance du larynx pour la syphilis; toutefois ils peuvent exister et revêtir l'aspect du croup, surtout chez les très jeunes sujets.

La cicatrisation de ces ulcérations pourra ultérieurement entraîner des rétrécissements et des déformations diverses : larynx infundibuliforme, etc.

Chaque manifestation entraîne des indications locales particulières; mais il faut avant tout instituer le traitement général qui est le même que partout ailleurs. On remarquera cependant que les enfants supportent très bien l'iodure et le mercure, même à doses relativement élevées.

Ce traitement spécifique doit être administré longtemps en plusieurs cures après la guérison, à cause des récidives fréquentes.

Les toniques, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, une alimentation convenable et le grand air seront d'excellents adjuvants qui favorisent les bons effets du traitement curateur, et modifient le terrain, question capitale quand il s'agit d'une affection diathésique.

Le diagnostic de syphilis héréditaire infantile s'appuie d'ordinaire sur la triade d'Hutchinson : malformations dentaires, kératite interstitielle, surdité bilatérale sans lésions manifestes. Mais ces signes sont inconstants et n'ont une valeur réelle que quand ils sont réunis. M. Ripault dans sa thèse montre que l'on peut aussi s'appuyer pour ce diagnostic sur des lésions de la gorge, du nez et du larynx qui sont fréquentes, caractéristiques, mais trop rarement recherchées.

I. *Manifestations nasales.* — Dès le jeune âge, dès la naissance même, on observe du rhume de cerveau banal en apparence, mais qui n'a pourtant pas l'allure du rhume simple. Il débute insidieusement et s'accompagne d'obstruction plus ou moins complète des fosses nasales avec ses conséquences ordinaires, gêne respiratoire, gêne de la succion, alimentation irrégulière et cachexie.

L'écoulement nasal, séreux, muqueux puis purulent, entretient l'irritation des téguments, et la muqueuse est hypertrophiée surtout sur les cornets inférieurs; elle peut s'ulcérer et on aura ensuite des adhérences. L'auteur rattache aussi à la syphilis la productions de tumeurs adénoïdes accompagnant ce coryza particulier. Consécutivement on peut voir encore des ostéo-péri-

stites, des nécroses, de la périchondrite de la cloison, des lésions du sac lacrymal, voire même des accidents cérébraux (Weber).

A un âge un peu plus avancé, apparaissent les rhinites chroniques hypertrophiques, ou l'ozène avec lésions atrophiques pures de la muqueuse et des parties sous-jacentes, ou encore des synéchies nasales.

Enfin les gommes de l'aile ou du lobule du nez, de la sous-cloison, l'ostéo-périostite gommeuse de la racine du dos du nez avec douleurs névralgiques s'observent aussi assez souvent.

De toutes ces lésions résultent les déformations du nez que Fournier divise en 4 types : 1° effondrement au niveau des os propres du nez, et rétraction cicatricielle faisant basculer le lobule en avant; 2° effondrement du segment nasal inférieur qui rentre dans le supérieur par luxation en arrière du cartilage quadrangulaire sur le vomer : nez en lorgnette; 3° aplatissement de la portion cartilagineuse, le cartilage se luxe en bas et en avant, la pointe du nez touche la lèvre supérieure; 4° effondrement total supprimant le relief de l'organe.

En somme les lésions diffèrent fort peu de celles de la syphilis acquise et les altérations osseuses en particulier pourront trancher les doutes avec la scrofule ou le lupus.

II. *Manifestations pharyngées.* — Celles-ci sont rarement isolées. C'est ici que viennent prendre place les perforations spécifiques de la voûte palatine et du voile, dont la cicatrice pourra ultérieurement permettre un diagnostic rétrospectif. La luette est souvent intéressée, même détruite; le bords libres des piliers peuvent présenter des ulcérations en même temps. C'est alors que la cicatrisation pourra entraîner ces adhérences vélo-pharyngées partielles ou totales, qui sont si rebelles à tout traitement.

Enfin on peut voir aussi des ulcérations et des rétrécissements consécutifs portant sur l'extrémité inférieure du pharynx et même sur l'entrée de l'œsophage.

III. *Manifestations laryngées.* — Si elles ont été rarement signalées, c'est sans doute parce que l'on pratique peu souvent l'examen laryngé chez l'enfant. Les lésions siègent au niveau de l'orifice supérieur du vestibule.

L'épiglotte est atteinte de périchondrite, ulcérée, bosselée, rouge sombre, absolument méconnaissable; elle peut contracter des adhérences avec les parties voisines et rétrécir l'orifice supérieur du larynx.

On a signalé dans la région aryténoïdienne l'apparition de grosses tumeurs végétantes et rouge vif.

Au point de vue de la pathologie générale, M. Chrétien pense qu'on doit considérer la *fièvre* non comme un symptôme, mais comme un ensemble symptomatique dans la pathogénie duquel interviennent des facteurs multiples, variables suivant les cas, mais dont l'action semble converger vers un même point : le système nerveux central.

Dans la tuberculose, à toutes les périodes de son évolution, la fièvre est fonction d'intoxication. A la première période, la tuberculose semble entrer seule en jeu; à la période d'hostilité, au contraire, il s'agit d'une intoxication complexe à laquelle prennent part : 1° les produits microbiens (intoxication exogène); 2° les matières extractives (intoxication endogène).

Les micro-organismes ne déterminent pas, par leur pénétration dans le courant sanguin, un état infectieux comparable à la septicémie streptococcique. Ils n'agissent que par l'intermédiaire de leurs toxines. Celles-ci, résorbées au niveau des excavations pulmonaires, jouissent entre autres propriétés d'un pouvoir pyrétogène démontré expérimentalement.

La diminution de la toxicité urinaire chez les phthisiques implique la non-élimination des matières extractives et des substances toxiques dont la fabrication est une des conséquences de leur état fébrile continu.

L'intoxication du malade par ces produits est un des éléments pathogéniques du consensus symptomatique : fièvre hectique.

Il faut enfin faire une large place aux troubles viscéraux fonctionnels et organiques qui empêchent le phthisique de résister à ces intoxications multiples.

D'après M. Mangin-Bocquet, la fièvre dans la tuberculose résulte d'infections multiples de l'organisme qui ne tiennent pas, semble-t-il, au passage direct des microbes dans le sang, mais aux toxines sécrétées par ces microbes. Cette fièvre n'est pas une septicémie : examen du sang négatif, culture négative, examen des organes négatifs. Il est vrai que l'on peut trouver le streptocoque et le staphylocoque dans les crachats, mais il n'y a pas qu'eux, et alors pourquoi incriminer plutôt ces microbes que les autres, et pourquoi passeraient-ils plutôt dans le sang que d'autres microbes? Il semble que si ces microbes agissent, ce soit plutôt par leurs toxines, et dans ce cas-là, la température serait plutôt à grandes oscillations; au contraire, la fièvre des tuberculeux, qui résulterait de la tuberculine, serait plutôt à rémissions très légères.

Donc, les différents microbes des cavernes agissent plutôt par leurs toxines que par eux-mêmes, et il n'en peut être autrement, si l'on se rappelle l'organisation des parois d'une caverne : pourtour granulo-graisseux, séparé par un certain espace des vaisseaux fonctionnels oblitérés par thrombose; par conséquent pas de solution de continuité et gêne pour le passage des microbes, qui, parfois peut se faire cependant, par une solution de continuité ou par des infections résultant d'autres organes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tumeur de l'aqueduc de Sylvius (Tumor of the aqueduct of Sylvius), par Collins (extracted from the *American Journal of the medical sciences*, octobre 1895). — L'aqueduc de Sylvius est peut-être une des plus rares localisations des tumeurs cérébrales. C'est pourquoi les symptômes que de telles tumeurs produisent sont peu connus. L'auteur a eu l'occasion d'étudier un cas de ce genre avec autopsie. Il s'agit d'un ouvrier âgé de 28 ans, entré à l'hôpital le 6 octobre 1894. Pas d'antécédents héréditaires importants. Aucune maladie grave pendant l'enfance. A l'école, il n'était pas considéré comme un enfant borné. Il y a 2 ans, il a commencé à éprouver de la faiblesse, de l'apathie, du dégoût pour le travail. De temps en temps il avait des vertiges, de la céphalalgie. Jamais de perte de connaissance. La céphalalgie augmenta de plus en plus. Le traitement par le bromure de potassium resta sans effet. Plus tard il perdit ses urines sans s'en apercevoir, la marche devint titubante. Etat actuel : la figure du malade est couverte d'acné, éruption d'origine bromurée. Il est indifférent à ce qui se passe autour de lui et reste immobile dans son lit. Il comprend parfaitement ce qu'on lui dit, et répond d'une façon intelligente, mais très lentement. La mémoire est bornée. La marche est incoordonnée et ressemble à celle d'un homme ivre. Il trébuche, mais ne tombe pas car il se retient à temps. Au début, en marchant il avait la tête penchée à gauche, puis il la pencha des deux côtés indifféremment. La station est chancelante. Les réflexe patellaires son normaux. Pas de troubles sensitifs, pas de troubles sensoriels, la pupille réagit à la lumière et à l'accommodation. Pas de troubles des muscles oculaires.

Les extrémités sont froides et bleuâtres, la température au-dessous de la normale. Pas de convulsions. Assez souvent le malade pisse au lit ou dans son pantalon, mais l'auteur admet que cela dépend non d'une paralysie du sphincter, mais de l'état d'apathie et d'indifférence du malade.

Neuf jours après son entrée à l'hôpital, l'état mental et les troubles de la marche s'aggravent, mais avec des rémissions notables; le 1er novembre on l'a trouvé mort dans son lit.

Après avoir enlevé la calotte crânienne, on constate que la dure-mère est normale. A la pression du cerveau on sent une légère fluctuation. En enlevant le cerveau il s'écoule une quantité assez considérable de liquide provenant du 3e ventricule. Pas d'inflammation méningée, par d'athérome des artères, pas d'hémorrhagie, l'espace interpédonculaire postérieur semble ramolli, la corne antérieure et inférieure du ventricule latéral est très distendue. En faisant une section transversale de la protubérance on trouve une masse translucide remplissant l'aqueduc de Sylvius, qui se dirige en avant jusqu'à la commissure postérieure.

Les parois du 3e ventricule sont à peu près détruites, de sorte qu'il communique avec le ventricule latéral. En bas la tumeur descend jusqu'à l'extrémité supérieure du 4e ventricule. Les

cultures pratiquées avec des fragments de la tumeur ont donné des résultats négatifs. L'examen histologique prouve qu'il s'agit d'un sarcome avec des cellules rondes.

L'auteur admet que l'incoordination et les autres phénomènes présentés par le malade relèvent de la distension de l'aqueduc, Betscherew a montré que des lésions au voisinage du 3e ventricule déterminent des troubles moteurs analogues à ceux que produisent la section des canaux demi-circulaires et du cervelet. L'abaissement de température et les troubles circulatoires seraient dus à la distension du 4e ventricule.

Imbécillité prononcée probablement congénitale, spasmes musculaires et coprolalie, par Bourneville et Boyer (*Archives de neurologie*, décembre 1895). — Il s'agit d'une petite fille née le 16 octobre 1879 et entrée à l'Institut médicopédagogique le 11 février 1893.

Comme antécédents héréditaires, on note comme faits intéressants de la débilité mentale chez un grand'oncle et une grand'tante paternels, absence de tare héréditaire directe, prédominance du tempérament nerveux du coté maternel.

L'imbécillité prononcée de l'enfant est d'origine congénitale, elle semble devoir être rattachée à une vive émotion éprouvée par la mère au cinquième mois de la grossesse. Jamais on n'a remarqué de convulsions.

Dès la première année la petite fille était en retard par rapport à ses sœurs, mais c'est seulement vers 4 ou 5 ans que les parents se rendirent compte de l'arriération intellectuelle de l'enfant.

Mise en pension, elle fut le souffre-douleur de ses compagnes, son état s'aggrava. Son irritabilité alla sans cesse croissant. Les spasmes musculaires, les tics variés firent leur apparition. A cette époque fut institué le traitement dont les résultats, un instant compromis par le développement de la puberté ont été de plus en plus sensibles : douches et bains, gymnastique, exercice à l'aiguille, travaux scolaires, élixir polybromuré d'Yvon.

Sous cette influence, les spasmes musculaires furent remplacés par des spasmes que l'on pourrait appeler psychiques (coprolalie, impulsions) et qui, à leur tour, s'espacèrent et cessèrent définitivement à partir de décembre 1894. L'intelligence se développe, l'enfant apprend à lire, à écrire, à faire les opérations élémentaires d'arithmétique, elle est capable de rédiger des lettres, s'occupe avec plaisir des occupations de ménage. Cette amélioration croissante de l'état général suit depuis cette époque une marche régulière.

Théorie des neurones. Application au processus de dégénérescence et d'atrophie dans le système nerveux, par Marinesco (*Presse médicale*, 28 décembre 1895). — L'auteur s'appuie sur les conceptions nouvelles des neurones et montre qu'à la lumière de cette féconde théorie un grand nombre de processus pathologiques jusque-là obscurs se trouvent facilement expliqués.

M. Marinesco étudie d'abord les phénomènes qui se passent dans les neurones après la section du prolongement cylindre-axile ; il montre que non seulement le bord périphérique dégénère (loi de Waller) mais que le bout central et la cellule elle-même présentent des altérations très nettes. Puis l'auteur met en évidence le retentissement des lésions d'un neurone sur les autres neurones de la chaîne neurale totale, que la lésion primitive siège dans un neurone périphérique ou dans un neurone cortical. Toutes ces considérations, tous ces faits nouveaux sont d'ailleurs résumés dans les conclusions suivantes : 1° Il y a solidarité étroite entre les diverses parties du neurone, toutes jouent un rôle trophique les unes par rapport aux autres. La loi de Waller n'est donc pas absolue puisqu'elle concentre dans le corps cellulaire toute l'activité trophique du neurone. 2° Il y a solidarité étroite entre les différents neurones. A une atrophie ou dégénérescence neurale primaire succède l'atrophie ou la dégénérescence du deuxième et même du troisième neurone, 3° On ne peut admettre que l'influence trophique naisse en quelque sorte spontanément dans la cellule nerveuse. La vie du neurone est subordonnée aux excitations afférentes (cellulipètes) et efférentes (cellulifuges) qui se transmettent d'un neurone au neurone suivant. L'intégrité fonctionnelle et anatomique du neurone dépend donc à la fois de l'intégrité de toutes ses parties constituantes et des neurones qui lui apportent ses excitations fonctionnelles. Le neurone vit de sa fonction.

MÉDECINE

Endocardite gonorrhéique (Beitrag zur Biologie der Gonococcus und zur pathologischen Anatomie der gonorrhoischen Processes), par Finger, Ghon et Schlagenhaufer (*Arch. f. Dermatol. und. Syphil.*, 1895, vol. XXXIII, p. 323). — L'étude publiée par les auteurs aboutit aux conclusions suivantes :

1° Il existe une forme d'endocardite maligne survenant comme complication de la gonorrhée aiguë et produite par le gonocoque.

2° La constatation de la présence du gonocoque dans les végétations de l'endocarde, par les procédés de culture, échoue par le fait de la fièvre élevée qui existe dans ces cas ce qui porte atteinte à la vitalité du micro-organisme spécifique.

3° Son diagnostic ne peut donc être fait que par l'examen microscopique des coupes sur lesquelles il se présente avec des caractères qui permettent d'éviter toute confusion.

4° Les complications métastatiques de la gonorrhée se produisent par la voie sanguine.

Formation et diminution de l'ammoniaque dans l'organisme (Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Bildung und Ausscheidung von Ammoniak), par Rumpf (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIII, p. 1). — L'auteur a constaté que l'urine des individus atteints de maladies infectieuses (pneumonie, fièvre typhoïde, influenza, choléra, etc.), renferme une proportion considérable d'ammoniaque ; que l'élimination exagérée d'ammoniaque par l'urine se continue encore pendant la convalescence, après la chute de la fièvre ; et que l'augmentation de l'élimination de l'azote total n'est pas parallèle à celle de l'ammoniaque, mais reste inférieure à cette dernière. L'étude de ces cas a encore montré à l'auteur que l'élimination exagérée de l'ammoniaque n'était due ni à la fièvre, ni au changement du régime alimentaire.

Pour voir si ce phénomène, la surproduction et l'élimination exagérée d'ammoniaque, ne tenait pas à l'activité biologique du micro-organisme pathogène, l'auteur ensemença sur divers milieux un grand nombre de micro-organismes pathogènes et trouva qu'à part le vibrion cholérique, le streptocoque et le staphylocoque, aucun ne formait d'ammoniaque. Il en conclut que la surproduction d'ammoniaque dans les maladies infectieuses tient non pas aux micro-organismes, mais aux modifications intimes que la maladie imprime aux tissus.

Traitement de la cirrhose du foie par l'urée (Zur Behandlung der Lebercirrhose ; Harnstoff als Diureticum), par Klemperer (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 1, p. 6). — L'auteur n'est pas partisan de la ponction dans l'ascite récente, surtout depuis qu'il a vu cette petite opération amener la mort soit par ischémie bulbaire, soit par hémorrhagie gastro-intestinale. Il pense donc qu'il vaut mieux parer aux inconvénients de l'accumulation de liquide dans la cavité abdominale par l'administration des diurétiques qui, dans certains cas, arrivent à faire disparaître l'ascite.

Comme diurétique, l'auteur a longtemps employé soit le calomel, soit la digitale, soit les deux à la fois. Mais comme cette médication trouve des contre-indications dans certains cas, l'auteur recommande pour ces cas l'urée, qui lui a constamment rendu de grands services dans la lithiase rénale.

Dans l'ascite, la dose journalière d'urée doit être de 10 à 25 grammes, dissous dans 200 grammes d'eau. La potion doit être continuée pendant 15 jours au moins. Dans les deux cas d'ascite où il employa l'urée comme diurétique, la quantité d'urine monta de 250 grammes à 4 200 grammes dans un cas, de 600 grammes à 5 100 dans l'autre.

DERMATOLOGIE

Injections de sublimé dans la syphilis (Contributo allo studio delle iniezioni di sublimato ad alte dosi nella cura della sifilide), par Sprecher et Allgeyer (*Riforma medica*, 7 septembre 1895, p. 699). — Les auteurs ont fait chez 126 syphilitiques des injections intra-musculaires de sublimé (2, puis 4 ou 5 centigrammes) dans un centimètre cube d'eau

salée répétées 3 à 12 fois chez chaque malade. Chez 79 malades, il n'y a eu aucun phénomène d'intoxication ; chez 42, il y a eu des phénomènes de mercurialisme léger : céphalée, nausées ou épistaxis après la première injection, stomatite légère, coliques et diarrhée ; chez les femmes (les femmes supportent moins bien ce traitement que les hommes) des accidents de mercurialisme grave ; stomatite ulcéreuse avec fièvre, légère albuminurie ou érythème scarlatiniforme. A l'exception de 2 cas d'ecthyma ulcéré serpigineux qui ont résisté au traitement, toutes les manifestations syphilitiques ont disparu, la roséole après 3 ou 4 injections, les plaques muqueuses buccopharyngées après 5 ou 6, les syphilides papuleuses de la peau après 6 ou 7, les gommes après 9 ou 10.

Dermatitis repens (Notes of a case of dermatitis repens), par Stowers (*British Journal of Dermatology*, janvier 1896, p. 1). — Sous ce nom, dû à R. Crocker, l'auteur décrit une affection caractérisée par des lésions d'apparence eczémateuse, avec exsudation séreuse, disposées en foyers plus ou moins larges, qui persistent tout en s'étendant à des parties de plus en plus larges et peuvent finir par occuper tout un membre ou même toute la surface du corps. Dans le cas qu'il rapporte, les lésions avaient débuté par des groupes de pustules au pourtour des ongles qui étaient tombés, puis s'étaient étendues à de larges surfaces des mains, et des pieds.

Éruption bulleuse d'origine urémique (A case of uræmic bullous dermatitis), par A. Barrs (*British Journal of Dermatology*, janvier 1896, p. 9). — Femme de 19 ans, entrée à l'hôpital dans le coma ; œdème des membres inférieurs ; sur la plante des pieds et sur les orteils, larges bulles douloureuses, remplies de sérosité purulente d'odeur fétide ; bulles plus petites sur le dos des pieds ; sur le reste du corps, groupes de vésicules dures, reposant sur une base érythémateuse ; albuminurie ; l'éruption datait de 3 semaines ; et avait débuté par les pieds ; mort au bout de quelques jours. A l'autopsie, lésions de néphrite parenchymateuse chronique.

Ladrerie chez l'homme (Cysticercus cellulosæ dei muscoli superficiali), par R. Bovero (*Giorn. d. Accad. di medic. di Torino*, novembre 1895, p. 656). — Chez un homme de 28 ans, n'ayant pas et n'ayant jamais eu de ténia, tumeurs nombreuses (une centaine environ) du volume d'un pois à celui d'une petite noisette, occupant toutes les régions du corps à l'exception de la face et paraissant siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané ; l'extirpation de deux de ces tumeurs a montré qu'elles étaient situées sous l'aponévrose au milieu des fibres musculaires les plus superficielles et qu'elles étaient constituées par des cysticerques.

Cas remarquable de nævi (Un caso di nei), par S. Giovannini (*Giorn. d. Accad. di medic. di Torino*, décembre 1895, p. 676). — 3 espèces de nævi chez un même sujet : 1° verruqueux, non pigmentés, symétriques de la partie externe des doigts auriculaires des deux mains ; 2° nævus pigmentaire lisse en forme de zona sur le côté gauche du tronc ; 3° nævi pigmentaires verruqueux multiples sur le dos.

MÉDECINE PRATIQUE

Bronchite aiguë fébrile, sans expectoration abondante.

1° Repos absolu au lit ; comme alimentation : lait, laitage, potages légers.

2° Appliquer sur le dos et la poitrine le plus grand nombre possible de ventouses sèches. Renouveler cette application tous les 2 ou 3 jours.

3° Prendre toutes les 2 heures dans l'intervalle des petits repas une cuillerée à soupe du looch suivant et aussitôt après une tasse à thé d'infusion pectorale chaude, légèrement alcoolisée et sucrée à l'aide d'une cuillerée à soupe du sirop marqué ensuite :

Kermès minéral	0gr20
Looch blanc	150 gr.

Extrait de racine d'aconit	āā 0gr05
Extrait thébaïque	
Sirop de polygala	150 gr.

4° Après 2 ou 3 jours cesser le looch et le sirop pour prendre toutes les 2 ou 3 heures ou bien un des cachets suivants :

Benzoate de soude	1 gr.
Poudre d'opium brut	0gr005

Ou bien une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Benzoate de soude du benjoin	15 gr.
Sirop de polygala	50 gr.
Eau distillée de laitue	100 gr.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Apocodéine, apomorphine, aponarcéine.

Définition. Solubilité. — Ces substances ont pour caractère commun d'être le produit de déshydratation des alcaloïdes dont elles portent le nom. Elles sont peu solubles dans l'eau et, pour cette raison, leurs sels, et en particulier, leurs chlorhydrates sont seuls employés en hypodermie.

Les solutions doivent être stérilisées avec précaution et à basse température à cause de la faible stabilité de ces produits.

Propriétés thérapeutiques. — A doses élevées, ce sont des vomitifs énergiques et dangereux, dont l'usage doit être réservé pour les cas où le malade ne peut rien absorber par la voie buccale et pour les empoisonnements.

A plus faibles doses, ce sont des contro-stimulants, et des expectorants, que l'on a employés avec des succès variables, en particulier chez les enfants coquelucheux, mais qui sont peu recommandables en pratique.

Enfin à plus faibles doses encore, elles auraient donné quelques résultats favorables dans le traitement de l'hystérie (Rosier) et de l'excitation des aliénés (Toy).

L'apocodéine et l'aponarcéine sont d'un maniement plus facile que l'apomorphine. Cette dernière substance ne sera donc indiquée que lorsqu'il sera nécessaire d'obtenir un effet immédiat et énergique (empoisonnement) : le vomissement est en effet suivi d'une période de dépression quelquefois inquiétante, pendant laquelle la respiration est ralentie et diminuée. L'apocodéine et l'aponarcéine au contraire, l'action nauséeuse épuisée, sont hypnotiques et calmants.

L'injection de morphine fait fréquemment vomir les malades auxquels elle est pratiquée : il ne s'agit pas le plus souvent d'une réaction individuelle, mais seulement d'une altération de l'alcaloïde en solution, dont une partie s'est transformée en apomorphine. Une solution de morphine, faite extemporanément ne provoque pour ainsi dire jamais le vomissement. Le praticien avisé devra donc autant que possible ne se servir que de solutions de morphine récemment préparées.

DOSE USUELLE.

a) **Apomorphine.** — *Chez l'enfant* de 0 à 1 an, inusitée ; de 1 à 7 ans, 1/2 à 3 milligrammes ; de 7 à 15 ans, 3 à 6 milligrammes. — Après 15 ans et *chez l'adulte*, jusqu'à 1 centigramme.

Ces doses sont celles nécessaires pour provoquer le vomissement : il faut les réduire à la moitié, ou même au quart, lors-

qu'on veut simplement utiliser les propriétés sédatives du médicament, qui, à ce titre, est proscrit de la thérapeutique infantile.

b) **Apocodéine et aponarcéine.** — *Chez l'enfant :* comme vomitif : inusité; comme expectorant dans la coqueluche : de 1 an à 5 ans, 5 milligrammes; de 5 à 10 ans, 1 centigramme à 15 milligrammes; de 10 à 15 ans, jusqu'à 25 milligrammes; de 15 à 20 ans, jusqu'à 3 et même 4 centigrammes. — *Chez l'adulte :* comme vomitif, 5 centigrammes; comme calmant, 2 centigrammes.

EFFETS DE L'INJECTION.

a) Immédiats : l'injection est peu douloureuse et ne s'accompagne d'aucune réaction locale.

b) Eloignés : Le vomissement se produit vers la fin du premier quart d'heure. Avec l'apomorphine, on observe dans les 3 premières heures, de la tendance au collapsus et à la syncope. Avec l'apocodéine ou l'aponarcéine, l'effet calmant se produit généralement au bout de 2 heures.

FORMULES

Chlorhydrate d'apomorphine. 0gr01
Eau distillée. . . . . 1 gr.

A injecter en une fois comme vomitif.

DAVID.

Chlorhydrate d'apomorphine 0gr05
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 centimètre cube, pour arrêter la grande crise d'hystérie et en prévenir le retour.

ROSIER.

Chlorhydrate d'apocodéine ou d'aponarcéine. 0gr30
Eau distillée. . . . . 20 gr.

1 à 3 centimètres cubes, comme vomitif.

DUJARDIN-BEAUMETZ.

Chlorhydrate d'apocodéine ou d'aponarcéine. 0gr20
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 centimètre cube, pour combattre l'excitation des aliénés.

Cette dose peut être répétée 3 fois en 24 heures, à intervalles égaux.

TOY.

G. MAURANGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et compagnies d'assurances.

Il y a quelques mois, je recevais la visite d'un médecin me demandant de soutenir le procès qu'il allait engager contre une compagnie d'assurances-accidents et de lui prêter l'appui de la *Gazette hebdomadaire* pour faire valoir ses griefs. Je le reçus avec courtoisie et lui demandai non un article de journal mais un dossier me permettant de juger les faits. Le Dr X... m'envoya quelques jours plus tard un long mémoire dans lequel il exposait qu'ayant eu à soigner son fils gravement malade et à lui ouvrir un abcès, il s'était par mégarde blessé avec son bistouri. Il ajoutait que cette blessure avait paru insignifiante au premier abord mais qu'au bout d'un mois environ il avait été atteint d'accidents pulmonaires d'origine infectieuse, qu'il était actuellement encore assez gravement malade et dans l'impossibilité absolue de continuer ses fonctions médicales. Suivait un long réquisitoire contre la compagnie qui refusait de lui payer une indemnité sous prétexte que plusieurs semaines s'étaient écoulées entre l'accident initial et la déclaration imposée par son contrat d'assurances au blessé qui réclamait une indemnité.

Après avoir lu ce mémoire je le renvoyai au Dr X... en lui répondant : 1° qu'aucun journal ne consentirait à publier, dans les termes où il avait été écrit, un article semblable; 2° qu'au point de vue du droit je croyais la réclamation adressée à la compagnie peu recevable, les termes du contrat d'assurances étant formels; 3° que d'autre part, au point de vue médico-chirurgical, il me paraissait difficile de *prouver* que la maladie du Dr X... était bien due à la blessure qu'il s'était faite accidentellement en soignant son fils. Je concluais en conseillant à notre confrère de ne pas entamer un procès qui me paraissait impossible à gagner.

La lettre que je reçus ensuite n'était pas précisément aimable. J'étais accusé de prendre parti pour les compagnies au détriment de mes confrères, etc., etc.

Je ne me préoccupai pas outre mesure de ces récriminations. J'attendais l'issue du procès. Celui-ci fut jugé d'abord par le Tribunal de commerce de la Seine puis, en appel, par la Cour de Paris.

Le Tribunal de commerce déclare :

Qu'il ressort de la déclaration faite par X... à la Compagnie, à la date du 16 mai 1894, que les accidents dont il prétend avoir été victime se seraient produits dans le courant des mois de mars et d'avril;

Attendu — ajoute le jugement — que des conditions sus-relatées de la police il appert que les déclarations d'accidents doivent être faites dans le délai maximum de 8 jours;

Qu'en raison de la profession de médecin qu'il exerce et aussi de la situation de médecin de Compagnie d'assurances qu'il a occupée pendant plusieurs années, X... ne pouvait ignorer la valeur des clauses de la police qu'il avait contractée, non plus que la nature et la gravité du mal dont il prétend avoir été atteint;

Qu'en avisant la Compagnie qu'à la date du 16 mai, soit un long temps après l'expiration des délais, il a non seulement manqué aux obligations qui lui incombaient, mais encore retiré à la Compagnie tout moyen de contrôler la réalité des accidents signalés par lui;

Que, dans ces conditions, il y a lieu de déclarer X... déchu de ses droits à l'encontre de la Compagnie et par suite de repousser sa demande comme non recevable.

Devant la Cour de Paris, l'avocat du Dr X... a invoqué en faveur de son client un arrêt de la Cour de Toulouse confirmant un jugement du tribunal de la même ville et affirmant que « l'obligation de déclarer un accident n'est faite à l'assuré que lorsqu'il est certain que cet accident pourra engager la Compagnie; que dès lors l'accident dont a été victime X... n'ayant pas tout d'abord présenté un caractère grave et n'ayant produit au contraire qu'une douleur momentanée vite dissipée, il n'était pas nécessaire de le dénoncer à la Compagnie alors que, dès le lendemain, X... était persuadé qu'il n'aurait pas de suite ».

Mais la Cour de Paris, contrairement à cette jurisprudence, a adopté les motifs du Tribunal de la Seine et, par l'arrêt suivant, déclaré le Dr X... non recevable :

La Cour,

Adoptant les motifs des premiers juges;

Considérant, en outre, que le délai de huitaine court du jour même de l'accident, c'est-à-dire du jour du coup, de la blessure, de la piqûre reçus par l'assuré, et non du jour où une complication inattendue vient aggraver le mal originaire;

Considérant, d'autre part, que si la Zurich a, aussitôt après l'avis transmis par X..., envoyé chez celui-ci son médecin et l'a

chargé de le visiter, elle ne l'a fait que pour constater l'état des blessures alléguées, et vérifier les déclarations de l'assuré; mais que cette simple démarche ne saurait être considérée comme une renonciation à invoquer la déchéance dont s'agit, et que la Compagnie la Zurich s'est prévalue de cette déchéance aussitôt qu'elle a connu exactement la date des piqûres dont se plaignait X... ;

Considérant, enfin, que la déchéance étant admise il n'y a lieu d'ordonner une expertise pour rechercher l'état de l'appelant;

Par ces motifs confirme.

Le Dr Helme, qui commente ces jugements dans la *Médecine moderne* (p. 123), les trouve sagement rendus.

Il en résulte, dit-il, qu'un médecin assuré à une Compagnie contre les accidents dans les termes généraux de police est assuré contre les accidents professionnels de blessures anatomiques et leurs conséquences sur sa santé générale; mais il en résulte aussi que ces accidents doivent être déclarés dans les délais prévus par la police, sans attendre leurs conséquences. L'accident qui paraît d'abord le plus bénin peut s'aggraver et il est toujours prudent de le déclarer quelle qu'en soit l'importance.

Nous nous associons à ces réflexions et nous ajouterons que les tribunaux français sont, en général, très favorablement disposés à l'égard de ceux qui, ayant payé durant de longues années une prime à une compagnie, réclament, pour peu qu'ils y aient quelques droits, une indemnité ou une pension viagère. Il y a quelques années, alors que j'étais le médecin d'une compagnie d'assurance contre les accidents j'ai vu un serrurier atteint de pleurésie tuberculeuse obtenir gain de cause en soutenant que cette pleurésie avait été occasionnée par une chute survenue trois mois auparavant. Il avait obtenu une indemnité pour les quelques jours d'incapacité de travail que lui avait occasionnés sa chute; il eut une pension viagère pour la pleurésie diathésique dont il devait mourir. Encore faut-il que la compagnie puisse connaître les causes de l'accident que l'on invoque; quelle puisse en faire constater les débuts et en suivre l'évolution ultérieure. Il importe donc que tous les médecins assurés aux compagnies contre les accidents se persuadent de la nécessité de toujours déclarer les blessures dont ils sont atteints et de faire cette déclaration en temps utile. On ne sait pas ce qui peut arriver.

L. Lereboullet.

CORRESPONDANCE

A propos de l'appendicite.

2 mars 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Puisque M. Dieulafoy, au lieu de me répondre, comme il le pouvait, à la tribune de la *Société des hôpitaux*, préfère recourir à la voie de la presse, permettez-moi de répondre à mon tour en quelques mots à la lettre insérée dans votre dernier numéro.

M. Dieulafoy trouve que je me suis trop pressé de revendiquer mon bien et que j'aurais dû attendre la publication de ses *leçons*. Je ne puis comprendre en quoi cette publication modifiera le sens des conclusions qu'il a formulées à la *Société des hôpitaux*.

M. Dieulafoy a dit qu'il avait édifié d'après ses recherches la théorie de l'appendicite par cavité close. J'ai affirmé et j'ai prouvé que M. Dieulafoy n'avait pas le droit de dire cela. Que M. Dieulafoy essaie de démontrer le contraire. Mais c'est une défaite trop facile que d'invoquer pour se tirer d'embarras un prétendu manque de courtoisie. M. Dieulafoy voulait-il donc que je lui fisse des compliments? La première règle de la courtoisie scientifique me paraît être de rendre à chacun ce qui lui appartient et de ne pas donner comme siennes les idées d'autrui.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Ch. Talamon.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis, par Ch. Mauriac. Paris, 1896. G. Masson, éditeur. — 1 vol. in-8 de 831 pages.

M. Mauriac avait publié sur la syphilis des différentes phases deux volumineux traités dont nous avons rendu compte à leur apparition. Il donne aujourd'hui, sous le titre de *Traitement de la syphilis*, le complément et le couronnement de cette série, remarquable à tous égards. Son expérience, une des plus vastes qu'un médecin ait acquise sur les maladies vénériennes, son talent éminent de clinicien et de critique, ses qualités d'écrivain suffiraient à faire penser que ce livre est, suivant une expression trop souvent répétée un livre vécu : il serait plus juste de dire que c'est un livre vivant.

L'auteur y expose non seulement le traitement de la syphilis, mais aussi surtout le traitement des syphilitiques.

Montrant que l'action curative des deux grands médicaments antisyphilitiques est de beaucoup supérieure à leur action préventive, M. Mauriac insiste sur ce fait que le temps est par lui-même un facteur important dans le processus de la guérison. On n'a aucune base pour déterminer la durée et les doses de la médication préventive; chacun les fixe suivant son tempérament, ses idées préconçues, ou des règles imaginaires, que M. Mauriac qualifie de fantaisistes; la meilleure manière d'exercer l'action préventive des spécifiques, c'est de pousser aussi loin que possible leur action curative, chaque fois qu'un accident se montre; en les prescrivant dans l'intervalle des poussées, on en émousse à la longue les propriétés curatives.

M. Mauriac étudie ensuite longuement les divers modes d'emploi du traitement mercuriel. Les frictions sont pour lui la méthode la plus active, impérieusement indiquée toutes les fois qu'il faut frapper un coup vigoureux pour arrêter les graves déterminations de la syphilis. Les injections sont une méthode exceptionnelle. La méthode stomacale est la meilleure, la plus générale, la plus facile à suivre, et il y a rarement des troubles digestifs y mettant obstacle.

L'iodure est supérieur au mercure dans les accidents tardifs et viscéraux : il est indiqué toutes les fois où les manifestations secondaires ne restent pas exclusivement localisés sur la peau et sur les muqueuses.

Nous ne pouvons donner au lecteur une idée même sommaire des pages — elles constituent la moitié du volume — dans lesquelles M. Mauriac expose le traitement des diverses manifestations de la syphilis à toutes les périodes de son processus : contentons-nous de dire qu'il y trouvera tous les éléments, d'une prescription appropriée à chaque cas clinique.

Un important chapitre sur la prophylaxie de la syphilis clôt le volume. Pour M. Mauriac, l'homme et la femme, égaux dans la dissémination de la syphilis, doivent trouver l'égalité dans la responsabilité; la police des mœurs doit céder la place à des comités d'hygiénistes et de médecins; les dispensaires et les hôpitaux spéciaux plus nombreux, la distribution large de médicaments et de soins devraient remplacer les mesures coercitives et les emprisonnements plus ou moins déguisés. Dans cette voie, qui sera peut-être celle de l'avenir, l'auteur est guidé par un sentiment de justice auquel ses contradicteurs eux-mêmes ne manqueront pas d'accorder le respect.

Georges Thibierge.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel,

Par L. Galliard,

Médecin de l'hôpital Tenon.

On rencontre souvent des personnes qui se plaignent d'un perpétuel mal de tête.

Ce mal de tête ne doit pas être confondu avec la migraine. Il est continu; s'il a ses recrudescences et ses exacerbations paroxystiques, c'est sans vertiges, sans nausées, sans vomissements. Il se localise généralement au front, rarement aux tempes, au vertex, à l'occiput; pas de point douloureux au niveau de l'émergence des nerfs crâniens. Il ne trouble pas le sommeil de la nuit; c'est un des caractères qui le distinguent de la céphalée syphilitique.

Lorsqu'on en recherche la cause, on s'aperçoit qu'il ne saurait se rattacher à aucune lésion nettement déterminée. S'il a coïncidé avec des désordres viscéraux, avec des troubles circulatoires, avec des intoxications ou des infections, on le voit survivre aux maladies qui pourraient être accusées de lui avoir donné naissance.

Plus fréquent chez la femme que chez l'homme, il est généralement en relation avec la neurasthénie.

Mais, à côté de ce qu'il faut appeler la *céphalée persistante des neurasthéniques*, je place une série de céphalées qui sont indépendantes de la neurasthénie, dont les relations pathogéniques demeurent inconnues et qui se caractérisent, comme la première variété, par deux choses :

1° La continuité;

2° La résistance aux médicaments dits analgésiques et, d'une façon générale, aux médications usitées.

En attendant le jour où nous pourrons opposer à chacune de ces céphalées provisoirement innommées son traitement spécifique, il faut bien avoir recours à l'empirisme. J'ai réussi à les combattre avantageusement chez un certain nombre de malades par le calomel. Je prescris pour 6 jours 6 doses de 10 centigrammes de calomel. Les malades adultes prennent le matin, à jeun, une de ces doses. Ils sont prévenus de la survenance éventuelle des coliques et de la stomatite. Ils savent donc qu'ils auront à se brosser soigneusement les dents deux fois par jour, à éviter les écarts de régime, les refroidissements, la fatigue, pendant la durée de la cure. La surveillance médicale est de rigueur. La diarrhée ne survient guère avant le 3e jour, souvent plus tard; elle ne doit pas causer l'interruption du traitement. Aux malades peu dociles il faut imposer le repos au lit pendant la cure.

Chez les fillettes de 10 à 12 ans que j'ai soignées à l'aide du calomel, la dose a été réduite à 6 centigrammes.

Souvent les douleurs de tête s'atténuent à partir du 3e ou 4e jour; dans certain cas elles ne cèdent que le 5e ou le 6e jour.

Lorsqu'à la suite d'une première cure de 6 jours le résultat ne paraît pas suffisant, je conseille une seconde cure analogue à celle-là, après quelques semaines d'intervalle. Si cette seconde cure échoue, inutile d'insister davantage.

Le succès n'est pas constant. J'ai eu des insuccès partiels ou complets à côté des cas heureux. Parmi ces derniers, je citerai seulement 5 observations.

Observation I. — Mme B..., 35 ans, vient me consulter, au mois d'octobre 1893, pour un mal de tête qui persiste, dit-elle, depuis l'âge de 12 ans et dont personne n'a réussi à la débarrasser. Elle est lasse de souffrir et réclame un traitement énergique. L'étude des antécédents révèle de la névropathie et même de l'hystérie (aphonie durant 4 mois); pas de migraines; de grands chagrins depuis plusieurs années; pas de syphilis. La cure de 6 jours (en tout 60 centigrammes de calomel), commencée le 31 octobre, ne détermine qu'une atténuation de la céphalée. Seconde cure de 6 jours à partir du 11 janvier 1894. Cette fois le résultat est excellent. Les douleurs de tête cessent complètement. Mme B... me déclare, au bout de quelques semaines, que, grâce à mon remède, son existence est absolument transformée. Je l'ai revue souvent depuis cette époque : elle n'a jamais eu que des douleurs très légères et peu durables.

Obs. II. — Alphonsine P..., 22 ans, mère de 2 enfants, ayant souvent eu des maux de tête, souffre depuis trois mois de douleurs lancinantes au front, aux tempes, à l'occiput. Ces douleurs s'exaspèrent parfois, sans cause connue, pendant une semaine. Depuis le 1er décembre 1895, malgré le sulfate de quinine prescrit par un médecin, elles sont absolument intolérables; pas de sommeil. Admise dans mon service à l'hôpital Tenon le 7 décembre, la malade prend d'abord de l'antipyrine puis de l'aconitine sans aucun résultat. Le 10 décembre, je commence le traitement par le calomel, en ajoutant, pour le soir, 1 gramme de phénacétine. Le 12, légère amélioration qui s'accentue le 13. Le 14, je porte la dose de calomel à 20 centigrammes. Le 15 et le 16, pas de calomel; il n'y a plus qu'une légère douleur derrière l'oreille gauche. Les doses de 20 centigrammes sont reprises le 17 et le 18. Au bout de quelques jours, la malade, complètement guérie, quitte l'hôpital. J'ai recherché en vain, chez cette

femme, l'hystérie, les désordres viscéraux, la syphilis, etc. La cause de la céphalalgie est demeurée inconnue.

Obs. III. — Alphonsine V..., 18 ans, neurasthénique, non syphilitique, convalescente d'une angine pultacée, traitée dans mon service de l'hôpital Tenon, se plaint de violents maux de tête, de courbature et de douleurs articulaires sans gonflement. Elle déclare d'ailleurs qu'elle souffre continuellement de la tête depuis des années. Je prescris 10 centigrammes de calomel à partir du 16 janvier 1896; à partir du 3e jour diarrhée, légère salivation. Dès le 4e jour, atténuation notable de la céphalalgie. Le 21, dernière prise de calomel. Le 25, il n'y a plus qu'un peu de céphalalgie frontale. Les maux de tête ont complètement disparu lorsque la malade quitte mon service, le 10 février.

Obs. IV. — Adèle S..., 61 ans, dyspeptique, rhumatisante et neurasthénique, avec des signes d'insuffisance mitrale, est traitée pendant 1 mois dans mon service de l'hôpital Tenon, par le salicylate de soude, le salophène, l'antipyrine, la phénacétine. Les douleurs articulaires et musculaires étant calmées, la malade continue à se plaindre d'une céphalée qu'elle dit très ancienne. Du 17 au 21 janvier, cinq doses de calomel de 0gr10. Disparition complète du mal de tête. Départ pour le Vésinet, en convalescence, le 2 février. Cette malade n'est pas syphilitique.

Obs. V. — Julie S..., 43 ans, mère de 6 enfants, admise, le 10 novembre 1895, à l'hôpital Tenon, est dans un état de dépression cérébrale si accentué que je redoute une méningo-encéphalite ou un ramollissement. Je la traite par les purgatifs répétés et l'iodure de potassium; puis, l'entendant se plaindre de mal de tête, je lui prescris de l'antipyrine à la dose de 1 ou de 2 grammes. Cependant la céphalalgie devient absolument intolérable; la malade pleure et se lamente. Je me demande s'il n'existe pas chez elle une tumeur du cerveau; je l'examine à ce point de vue et recherche encore, sans résultat, les traces de la syphilis.

Le 20 décembre, je commence le traitement par le calomel à la dose de 0gr10. Le soir, vomissements. Le 24 décembre, diarrhée; les douleurs commencent à s'atténuer. La malade, qui ne dormait pas pendant les dernières semaines, a retrouvé le sommeil; sa physionomie révèle une notable amélioration de l'état cérébral.

Le 26, dernière prise de calomel. Les douleurs ont disparu.

Le 28, on est frappé de la transformation surprenante qui s'est opérée dans l'état de la malade. Au lieu de rester immobile dans son lit sans parler à personne, elle s'assied, elle s'entretient avec ses voisines, elle demande à manger. Elle me dit qu'elle ne souffre plus de la tête.

Le 30 décembre, la malade se lève; elle est gaie; elle parle volontiers; elle n'a pas de céphalalgie.

Le 3 janvier, un peu de mal de tête. Je prescris pour le 4 et 5 janvier 2 doses de 0gr10 de calomel. Le 6, les douleurs ont cessé. Dès lors la malade peut-être considérée comme guérie; elle part bientôt pour l'asile de convalescence du Vésinet.

On pensera peut-être que, si mes malades ont guéri, c'est qu'elles étaient des syphilitiques ignorés. Or je n'ai fait allusion, dans ce travail, qu'à des sujets chez qui la recherche clinique de la syphilis était restée vaine; personne ne me reprochera d'avoir omis les démonstrations expérimentales.

Comment expliquer, dans ces observations un peu disparates, l'efficacité du calomel? Le remède a-t-il agi simplement comme purgatif, ou comme altérant, ou comme antiseptique intestinal? Je ne puis répondre, pour le moment, à cette question.

Traitement de la goutte articulaire aiguë,

d'après le professeur Jaccoud (1).

Dans l'attaque de goutte aiguë franche, où les douleurs sont parfois si violentes et l'élévation de température si marquée, M. Jaccoud se contente le plus souvent de conformer sa conduite à la doctrine hippocratique transmise sans modifications aucunes à travers les siècles. Convient-il de traiter l'attaque de goutte franche aiguë? Hippocrate dit non; tel est aussi l'avis de Sydenham, de Trousseau.

M. Jaccoud est donc partisan de la doctrine qui commande l'abstention dans l'attaque de goutte franche, tout au moins dès le début. Il a pour habitude de ne rien tenter durant les cinq premiers jours, si ce n'est de provoquer la diurèse par les procédés les plus innocents. Il ne donne même pas de lait, afin que les combustions provoquées par la fièvre s'exercent uniquement sur les éléments organiques et contribuent à décharger la machine goutteuse. Mais comme les malades sont très altérés, et qu'il importe d'entretenir la diurèse, on leur fait prendre par jour 1 litre ou 1 litre 1/2 d'eau d'Evian ou de Vittel avec 0gr50 à 0gr60 de benzoate de lithine. Si pour une raison quelconque le résultat est négatif ou même insuffisant, M. Jaccoud conseille la décoction de chiendent additionnée de 100 grammes de sirop des cinq racines et de 2 grammes d'acétate de potasse par litre. Ce mélange constitue un excellent médicament, car il n'est pas seulement un diurétique aqueux, mais ausssi un diurétique excrémentitiel.

Pour avoir l'air de faire quelque chose sur les jointures, on peut conseiller sans aucun inconvénient des embrocations anodines, avec un mélange de baume tranquille et de laudanum à parties égales; la région est ensuite recouverte d'une épaisse couche d'ouate.

Quand le 5e jour arrive, si la fièvre a subi une détente notable, si les douleurs sont atténuées, la fin de la crise est imminente : il convient donc de n'avoir recours à aucun autre traitement; on donne alors toutefois du lait. Si, au contraire, les symptômes fébriles et douloureux persistent avec la même intensité, l'expectation doit faire place à une intervention active.

M. Jaccoud donne dans ces cas un mélange d'un sel de quinine et de poudre de digitale associés dans les proportions suivantes : 0gr10 de bibromhydrate de quinine et 0gr05 de poudre de digitale pour une pilule. Le malade en prend 4, 5, 6 par 24 heures, suivant l'intensité de la crise.

Il est bien rare que le 2e jour de ce traitement, on n'obtienne pas la détente cherchée. Mais si les douleurs présentent vers le 5e jour une acuité aussi grande qu'au début, M. Jaccoud n'ordonne pas les pilules précédentes, mais de préférence le salicylate de soude à petites doses, 2 grammes par jour et sans dépasser 3 grammes. Il est bon, avant de prescrire le salicylate de soude, de faire l'analyse des urines; il faudrait en effet s'abstenir si l'on constatait la présence de l'albumine. Lorsqu'on a donné deux doses du médicament, il faut rechercher au moyen du perchlorure de fer si l'élimination s'opère convenablement par les urines : si cette élimination n'a pas lieu, ou si elle est insuffisante, il faut supprimer la médication salicylée.

Dans l'attaque subaiguë, caractérisée surtout par sa longue durée, si avec le traitement indiqué plus haut on constate que, malgré la diminution des douleurs, la terminaison n'est pas près de se produire, il faut abandonner soit le salicylate de soude, soit les pilules de quinine et de digitale et recourir au colchique.

On peut donner ce médicament soit sous forme pilulaire, soit sous forme de teinture ou de vin de colchique.

Comme pilules on peut employer les pilules de Becquerel renfermant chacune 0gr15 de sulfate de quinine, 0gr02 d'extrait de digitale et 0gr05 de semences de colchique. On peut donner une, deux et tout au plus trois de ces pilules par 24 heures.

Il y a aussi les pilules de Debout, dont chacune renferme 0gr10 de sulfate de quinine, 0gr05 de poudre de digitale et 0gr10 d'extrait de semences de colchique. On n'en donnera

1. *Semaine méd.*, 15 janvier 1896.

qu'une par 24 heures. M. Jaccoud, lorsqu'il emploie ces dilules, les modifie quelque peu, en diminuant de moitié la dose d'extrait de semences de colchique. Il peut dès lors ne donner de ce dernier que 0gr05 au début, et manier ainsi plus convenablement ce médicament, contre lequel il faut toujours se tenir en défiance.

M. Jaccoud n'emploie pas les autres préparations de colchique. Cependant la teinture de colchique à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, le vin de bulbes de colchique à la dose de 10 à 20 grammes par 24 heures, lui paraissent d'assez bonnes préparations.

Pour l'attaque de goutte à reprises, M. Jaccoud conseille le même traitement que pour la crise subaiguë, à savoir le colchique associé à la quinine.

Il est un cas où l'on doit, d'après M. Jaccoud, se montrer un peu moins réservé : c'est lorsqu'il existe de la goutte viscérale sans phénomènes articulaires. C'est là une complication tardive qui n'apparaît guère qu'au bout de plusieurs années de goutte régulière. En pareille circonstance, M. Jaccoud conseille de patienter 24 heures et, si après ce laps de temps aucun phénomène articulaire n'est survenu, de donner d'emblée le colchique. On couvre en même temps les jointures qui sont habituellement le siège de la fluxion de révulsifs, et non de révulsifs anodins tels que la teinture d'iode ou le chloroforme, mais de vésicatoires, et si l'on ne peut employer le vésicatoire ordinaire, le vésicatoire à l'ammoniaque. Que ce traitement d'appel réussisse ou non, il convient d'y avoir recours.

Ch. B.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche.

(Luxations congénitales des auteurs.)

Communication faite à l'*Académie des Sciences*

Par M. Lannelongue.

Messieurs,

Les auteurs appellent *luxations congénitales de la hanche*, toutes les malformations de cette région du corps. C'est là une erreur qu'il importe de dissiper dès l'abord. Beaucoup de déformations congénitales de la jointure de la hanche ne sont pas caractérisées par un déplacement temporaire ou permanent de la tête fémorale sur l'os du bassin et par conséquent il n'y a pas, il n'y aura jamais de luxation. Dans d'autres circonstances au contraire, l'anomalie congénitale consiste dans un rapport anormal de la tête fémorale avec le cotyle, il y a véritablement déplacement c'est-à-dire luxation. Ce déplacement est congénital ou tardif suivant qu'il se montre à la naissance ou après la marche. Il est dans les deux cas le résultat d'une atrophie de la cavité cotyloïde et la diminution de volume de cette cavité peut aller jusqu'à sa disparition totale. Ainsi s'explique la luxation qui en somme n'est qu'un accident de la malformation.

Ces considérations expliquent en partie du moins pourquoi l'histoire de ces malformations au point de vue pathogénique est environnée de la plus entière obscurité.

C'est qu'en effet dans la plupart des théories on n'a envisagé que la luxation, fait saillant et apparent, en clinique, et laissé dans l'ombre la malformation qui est le fait primordial et essentiel en réalité. Cette malformation consiste primitivement dans une atrophie osseuse non seulement de la cavité cotyloïde dont le développement ne marche plus parallèlement à celui de la tête fémorale; mais aussi de la moitié de l'os iliaque du même côté. Les altérations osseuses initiales, et je ne parle que de celles-là (la luxation n'en étant elle-même qu'une conséquence immédiate ou plus tardive), comprennent donc autre chose que l'articulation puisqu'elles la dépassent pour s'étendre à une partie de l'os iliaque. Mais ce n'est là qu'un premier point; il en est un autre qui a plus de portée encore.

On avait signalé comme complication et sans y ajouter d'importance l'atrophie musculaire des muscles pelvi-trochantériens. L'atrophie musculaire n'atteint pas seulement les muscles précédents, elle frappe aussi les muscles de la cuisse, de la jambe, et on en juge très bien en comparant le volume de chaque mollet les muscles de tout le membre inférieur pour tout dire. Et cette atrophie n'est pas une complication, ni un accident, elle se voit dans tous les cas, elle constitue une *loi constante dans l'espèce*. On l'observe non seulement chez les sujets qui ont marché, mais avant la marche, et c'est même en ayant l'attention appelée sur elle chez des sujets n'ayant pas marché que j'ai été amené à explorer la hanche et à y découvrir une malformation que rien n'indiquait encore. Il va de soi que pour apprécier en clinique l'atrophie des muscles, il faut que la malformation soit unilatérale, sans cela le terme de comparaison échappe puisque l'atrophie est bilatérale.

J'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique des muscles atrophiés chez un nouveau-né à terme, atteint de malformation unilatérale, et nous avons constaté avec M. Achard que les fibrilles musculaires étaient intactes et que le tissu conjonctif interstitiel était lui aussi normal. Une seule chose était anormale, c'était le nombre des fibrilles musculaires; il y avait à la fois moins de fibres et moins de faisceaux musculaires. L'examen avec le côté sain était concluant et la diminution se faisait remarquer aussi bien sur les muscles du mollet que sur les muscles de la cuisse et de la fesse. En somme il n'y avait aucune dégénérescence des muscles plus ou moins comparable à celle de la paralysie infantile, le nombre des fibrilles était seul réduit. Une certaine quantité d'entre elles ne s'étaient pas formées, ce qui revient à dire qu'il y avait une atrophie vraie par défaut de formation et non par dégénérescence. Cette atrophie musculaire était du même ordre que l'atrophie du cotyle et de l'os iliaque.

On ne trouva aucune altération du cartilage en Y ni du cartilage permanent; le microscope révéla seulement une atrophie osseuse en rapport avec la diminution de capacité du cotyle. On trouvera tous les détails de ce fait dans ma communication au Congrès de Bordeaux, août 1895.

L'atrophie musculaire de tous les muscles du membre inférieur ne saurait dépendre en aucune manière chez les sujets qui n'ont pas marché de l'atrophie de la jointure. Elle est comme elle une lésion initiale et plus ou moins contemporaine de l'atrophie osseuse. Et toutes les deux, à mon sens, doivent relever d'une cause commune.

Je ne crois pas devoir donner ici, comme je l'ai fait à Bordeaux, les raisons qui m'ont fait rejeter, après discussion, les théories admises et accepter l'hypothèse que cette cause ne devait pas être placée dans le membre inférieur ou dans les deux membres lorsque la déformation est bilatérale, mais bien dans le système nerveux central. J'émis alors l'opinion que la moelle épinière principalement l'encéphale aussi parfois devait être le siège d'une altération qui, à son tour, amenait l'atrophie des membres. Je crus alors pouvoir dire que cette altération devait être minime, temporaire peut-être, mais suffisante en tout cas pour amener le résultat précédent. J'attribuai principalement à une hydropisie des méninges de l'encéphale ou de la moelle, à des épanchements séreux de l'épendyme dus à l'irritation des cellules de ce canal, à des infiltrations médullaires ou à des altérations plus considérables des centres nerveux la cause des troubles de développement.

L'observation clinique et le raisonnement étaient mes seuls guides pour justifier mon hypothèse alors. Je suis heureux de pouvoir l'appuyer aujourd'hui par une preuve décisive.

Il s'agit d'une petite fille de 9 ans atteinte de luxation congénitale double, variété en haut et en arrière, n'ayant marché qu'à 2 ans 1/2 et qui a succombé il y a 12 jours.

Je transcris textuellement la note de M. Baudet, l'interne qui a fait l'autopsie : « La moelle, à première vue, ne présente aucune altération, mais le renflement cervico-branchial est plus

volumineux qu'il ne l'est ordinairement; il est beaucoup plus gros qu'un pouce d'adulte et est très supérieur au renflement lombaire, qui nous paraît au contraire un peu rapetissé; il s'échappe une certaine quantité de liquide citrin, à tension assez élevée, puisqu'il nous éclabousse et se répand immédiatement en dehors. Nous n'avons pu le recueillir. Le canal épendymaire, qui dans cette région est ovalaire transversalement, paraît losangique, avec angles latéraux très écartés; la paroi qui le borde est épaissie et tranche sur le reste de la moelle. Les cordons sont diminués de volume, mais la substance grise est conservée dans les cornes antérieures et postérieures. »

A côté du fait précédent, véritable preuve anatomique en faveur de ma théorie, et où l'on doit remarquer encore l'épaississement de l'épendyme, je puis placer quelques exemples que me communique M. A. Broca, qui indiquent aussi par leur modalité clinique l'existence d'une lésion cérébrale.

1° Fillette atteinte d'hémiplégie spasmodique infantile à gauche, avec légère paralysie et contracture du membre inférieur droit. De la sorte atteinte de pied bot. A gauche, pied bot varus équin accentué et luxation de la hanche en arrière.

2° Garçon que j'ai opéré pour une luxation en arrière de la hanche droite. A été opéré peu après sa naissance de ténotomie pour pied bot à gauche avec excellent résultat. Des deux côtés, la rotule est absente. Le père est également privé de rotules; chez un frère, elles sont tout à fait rudimentaires. La grand-mère maternelle a eu une luxation congénitale de la hanche.

3° Fillette chez laquelle, du côté de la luxation de la hanche, le pied n'a que quatre orteils.

La théorie précédente n'explique certainement pas la beaucoup plus grande fréquence de la malformation de la hanche chez les enfants du sexe féminin. Jusqu'ici on n'a pu donner qu'un argument sérieux que j'accepte faute de mieux, celui de l'hérédité. Le fait ne saurait en aucune manière d'ailleurs diminuer la valeur des explications en faveur d'une cause première ayant son siège dans le système nerveux central.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Luxations congénitales de la hanche.

M. Broca. — Depuis 5 ans j'étudie le traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, et je crois être le chirurgien français qui en a la plus grande expérience, puisque je base mes appréciations sur 37 interventions. Ce traitement a été inauguré par Hoffa et perfectionné par Lorenz : le procédé que vient de décrire M. Calot, par incision externe passant entre le *fascia lata* et le moyen fessier, est exactement celui de Lorenz, et il était bon de le spécifier. Peut-être est-ce la méthode d'avenir et j'ai commencé à la mettre à l'étude, mais ce que j'affirme c'est qu'on a dénaturé la valeur exacte et les dangers du procédé que j'ai décrit au congrès de Bordeaux. Dans ce procédé, j'aborde la capsule par l'incision de Langenbeck, entre deux faisceaux du grand fessier, et après avoir relevé en un volet les muscles trochantériens avec ostéotomie temporaire du trochanter; je ne sectionne pas ces muscles, il n'y a pas d'hémorragie, il n'y a pas de choc. Et si au Congrès de Bordeaux ma statistique comprenait 3 décès sur 27 cas, actuellement elle reste à 3 décès sur 37 cas; et avec un aide toujours le même, M. Delanglade, j'ai opéré actuellement 31 cas de suite sans un seul décès. On peut porter le jugement qu'on voudra d'après des chiffres obtenus en réunissant des faits épars, dus à des chirurgiens différents, mais on n'a pas le droit de dire qu'il fallait une technique nouvelle pour rendre l'opération bénigne. En août 1895, j'ai publié 22 opérations de suite sans un décès, et j'ai affirmé que l'opération bien conduite était bénigne; et ce que j'ai observé depuis n'a fait que confirmer mon dire.

J'en arrive à la question des résultats : ici encore il ne faudrait pas croire que tout fût mauvais jusqu'à présent et, loin d'être découragé, je trouve au contraire les résultats satisfaisants et de plus en plus je suis porté à opérer. Il importe d'attendre, avant de juger, de revoir les malades à long intervalle et de les examiner à la fois au point de vue artistique et au point de vue fonctionnel, en tenant compte de la gravité des cas lors de l'opération : au point de vue artistique, constater où en est la claudiction et si elle est plus ou moins disgracieuse; au point de vue fonctionnel, constater si l'enfant peut faire de longues courses.

Si je défalque, ce qui est nécessaire, les malades décédés, perdus de vue, encore couchés ou encore soumis au traitement orthopédique post-opératoire, il reste 19 opérés assez anciens pour entrer en ligne de compte dans l'étude des résultats définitifs.

Sur ce nombre, je compte trois récidives : je crois que je les éviterai aujourd'hui.

Les 16 autres enfants ont, à un degré variable, bénéficié de l'intervention, et deux autopsies pratiquées tardivement, 4 à 16 mois après l'opération parfaitement guérie, m'ont démontré qu'il se constitue en effet une néarthrose solide. La tête est fixée, ne peut plus subir à chaque pas l'ascension à cause de laquelle la marche est très fatigante et la claudication particulièrement disgracieuse. Quelquefois la claudication devient nulle après l'opération, et j'en ai observé deux cas; je présente deux malades — dont un cas de luxation bilatérale — chez lesquelles elle est presque nulle, et j'aurais pu multiplier ces exemples; j'en présente une chez laquelle elle est nulle. Sauf quatre enfants en bas âge, je n'ai opéré que des sujets dont la luxation était grave, ne permettait pas la marche pendant plus de 10 minutes, et tous font aujourd'hui de longues courses sans fatigue. Chez une fillette j'ai employé l'incision demi circulaire de Jäger et, la hanche étant solide, il persiste une oscillation disgracieuse que j'attribue à la section des muscles de la fesse; aussi ai-je renoncé à cette technique défectueuse. Avec Lorenz, j'ai remplacé après l'opération l'extension continue par l'appareil plâtré; mais l'extension pré-opératoire rend d'immenses services pour la réduction de vieilles luxations, chez les enfants de 10 à 15 ans.

Appendicite.

M. Dieulafoy a lu une importante communication sur l'appendicite. Grâce à une étude serrée des observations récentes, grâce à des expériences qu'il a faites avec son interne, grâce à des recherches anatomiques et cliniques d'une rare précision, on peut aujourd'hui considérer la pathogénie de l'appendicite comme élucidée.

Tout d'abord, M. Dieulafoy démontre que la typhlite et la pérityphlite n'existent pas, que l'appendicite seule est en cause dans les opérations et dans les autopsies. L'appendice est toujours malade et le cæcum toujours sain.

Les causes qui président à l'infection de l'appendice sont identiques à celles qui déterminent les accidents péritonitiques et infectieux dans l'étranglement de l'intestin hernié.

Cliniquement et expérimentalement, les accidents éclatent lorsque le canal appendiculaire est obstrué en un point quelconque de son trajet par un obstacle qui transforme la partie du canal sous-jacente au dit obstacle en une cavité close.

Tantôt l'obstacle est une concrétion calculeuse — et jamais ou presque jamais un corps étranger. — Le calcul, dont le volume, la forme, la consistance varient, se développe sur place, là où il naît. Les stratifications qui le composent prouvent son accroissement lent et progressif. Elles ruinent l'hypothèse de Talamon qui admet que les calculs tout formés sont jetés dans l'appendice par les contractions du cæcum et qui croit que les douleurs sont dues à des coliques appendiculaires.

La formation lente des calculs est pour M. Dieulafoy le résultat d'une vraie lithiase qu'il nomme pour la première fois lithiase appendiculaire. Cette lithiase mérite d'autant mieux ce nom que, comme le démontre M. Dieulafoy, elle existe dans les familles où règne la goutte, le diabète, l'obésité, etc. On doit la placer à côté des lithiases biliaire et rénale.

Ce n'est pas la seule appendicite. A côté d'elle, à côté de la

forme calculeuse, M. Dieulafoy démontre qu'il existe une appendicite non calculeuse, mais due elle aussi, dans la genèse de ses accidents, à la production d'une cavité close, soit par l'accolement des parois de l'appendice enflammées et tuméfiées, soit par le rétrécissement fibreux de l'appendice.

Ainsi dans tous les cas processus variable, mécanisme identique. Le canal s'oblitère, la cavité close se forme; les microbes, normalement inoffensifs dans l'intestin libre de tout obstacle, deviennent virulents à l'excès et peuvent déterminer la péritonite, la septicémie péritonéale généralisée dès qu'ils sont emprisonnés dans l'appendice transformé en cavité close.

On assiste à des accidents identiques à ceux qui éclatent dans l'intestin étranglé et hernié; les travaux de Clado, de Klocki avaient démontré toute l'importance, dans la genèse des accidents infectieux consécutifs à l'étranglement, de l'existence d'un diverticule intestinal n'ayant aucun rapport avec le libre cours des matières.

MM. Roger et Josué ont apporté à M. Dieulafoy la confirmation expérimentale des faits qu'il avait déjà cliniquement et bactériologiquement démontrés.

C'est, en résumé, grâce à cette cavité close et sans que l'intestin ait besoin d'être perforé ou nécrosé que se produisent tous les accidents de l'appendice, toujours graves, souvent mortels.

M. Dieulafoy, après avoir exposé les différentes variétés cliniques de l'appendicite, qui toutes démontrent à l'évidence combien ses conceptions sont exactes, donne lecture à l'Académie des conclusions qui ont déjà été lues à la Société des hôpitaux. Il termine en déclarant avec une conviction entière que le traitement médical n'existe pas, que seul le traitement chirurgical pratiqué en temps opportun est indiqué. On ne saurait donc trop insister sur l'utilité pour le médecin à diagnostiquer l'appendicite dès qu'elle apparaît, le siège de la douleur, le point de Mac Burney, l'hyperesthésie de la région, la défense du muscle, autant de signes qui permettront d'intervenir. Il faut surtout oublier les vieilles théories de la typhlite, les coliques appendiculaires et autres fausses hypothèses qui empêchent le chirurgien d'opérer d'une façon précoce, c'est-à-dire utilement et sûrement.

Contagion professionnelle du cancer.

M. Guermonprez (de Lille) rappelle qu'on a cité des cas où l'ichor cancéreux aurait inoculé des malades jusque-là indemnes. Il rapporte à ce propos deux observations dont une concerne un confrère atteint d'un épithélioma temporal et chez lequel il est possible que des grattages faits sur une verrue par le malade lui-même, qui opérait parfois des cancéreux, aient amené l'inoculation. Le second cas est relatif à M. Guermonprez lui-même : après un léger trauma qu'il se fit en opérant un cancer lingual, il vit se développer sous son ongle un papillome rebelle dont il vint à bout par les caustiques. Il n'y eut pas dans ce cas d'examen histologique.

Rayons de Röntgen.

M. Pinard lit, au nom de MM. Varnier, Chappuis, Chauvel et Funck-Brentano, une note où les auteurs montrent qu'il est possible de photographier avec les rayons X un fœtus contenu dans un utérus conservé depuis longtemps dans l'alcool et doublé par la vessie, le placenta, le rectum. Sur cet utérus, où la grossesse en était à 3 mois 1/2, l'épaisseur maxima traversée était de 6 centimètres. On voit sur le cliché la silhouette du corps utérin avec les annexes, la paroi musculaire, et dans ce cadre sombre la cavité utérine où le fœtus, obscur, est collé contre la paroi en haut et à droite. Il est permis d'espérer que la paroi utérine fraîche se laissera de même traverser.

Traitement des épithéliomas buccaux par le chlorate de potasse.

M. Dumontpallier présente 3 malades dont les gencives et la langue étaient le siège de tumeurs dont l'aspect et la marche offraient une certaine gravité. Chez les 3 malades, que M. Dumontpallier croit atteints de cancroïdes, le traitement prolongé par le chlorate de potasse en applications locales et à l'intérieur à dose de 4 grammes par jour semble avoir amené la guérison.

M. Reclus, après ses maîtres Broca et Féréol, a essayé le traitement depuis longtemps et en a obtenu de bons résultats pour certains cancroïdes cutanés. Mais quand les muqueuses sont envahies la question change de face, et l'amélioration n'est que passagère, si le diagnostic est exact.

Prophylaxie du paludisme.

M. Laborde, après avoir rendu compte d'un travail de M. Maurel sur ce sujet, après avoir, dans une séance ultérieure, fait une communication générale sur diverses médications préventives, est arrivé à une étude complète de l'action préventive de la quinine dans le paludisme. Il résume les opinions favorables de Fonssagrives, de Lunel, de Thorel, de divers médecins coloniaux de divers pays, et s'appuie sur les données récentes solidement établies par Laveran d'après la biologie de la plasmodie spécifique. Il pense que l'action préventive, prophylactique de la quinine, dans le paludisme, ne saurait et ne doit pas plus être mise en doute, en principe, que celle des substances d'origine similaire, végétale ou minérale, que nous venons d'examiner. Elle est pourtant fort discutée.

Mais il fait remarquer qu'il est certain que l'infériorité de la dose préventive, dont la moyenne habituelle n'a guère dépassé 20 à 25 centigrammes de sel quinique, répétée, seulement, à plusieurs jours intercalaires, a dû constituer une des causes d'insuccès; et ce n'est pas assurément sur des faits de cette nature, quelque en soit le nombre, qu'il est permis d'asseoir une opinion ferme et véritablement autorisée, touchant la réalité de l'action préventive de la quinine.

Il insiste sur la valeur considérable du chlorhydro-sulfate de quinine.

M. L. Colin. — Il y a longtemps déjà que j'ai eu l'occasion de montrer, en me servant des documents publiés par le service de santé dans diverses armées européennes, combien l'emploi de la quinine avait, à titre préventif, donné de succès, pourvu qu'elle fût employé à doses suffisantes et à quelques jours d'intervalle. J'ai coopéré autrefois, d'autre part, à montrer que ces effets étaient surtout marqués avec le chlorhydrate de quinine, de préférence au sulfate de quinine. J'ignore, par contre, si les résultats seront, pour les nouveaux sels de quinine préconisés par MM. Laborde et Grimaux, aussi favorables que l'expérimentation permet de l'espérer.

Il importe enfin de ne pas oublier que les précautions hygiéniques ont ici une importance considérable, et qu'il convient, ainsi que la récente campagne de Madagascar en donne une nouvelle preuve, d'éloigner au plus vite les soldats du milieu fébrigène.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 Février 1896.

Le travail musculaire n'emprunte rien de l'énergie qu'il dépense aux matières albuminoïdes des humeurs et des éléments anatomiques de l'organisme.

M. A. Chauveau lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

En somme, le travail n'a exercé aucune influence directe sur le taux de l'azote oxydé qui est soustrait à l'organisme par la voie rénale, c'est-à-dire sur la combustion des albuminoïdes. Ce résultat négatif fait un contraste saisissant avec l'accroissement bien connu que subissent, du fait du travail musculaire, l'exhalaison d'acide carbonique et l'absorption d'oxygène par les voies respiratoires. Dans les conditions des expériences actuelles, cet accroissement eût été considérable et aurait constitué ainsi un témoin irrécusable de l'importance des combustions que le travail excite dans les éléments ternaires de l'organisme, surtout les hydrates de carbone préformés. De même, et en sens inverse,

l'état stationnaire de l'excrétion azotée démontre-t-il rigoureusement, avec une netteté quasi-schématique, que *les albuminoïdes ne sont pas au nombre des substances constituant le potentiel dans la combustion duquel les muscles puisent immédiatement l'énergie nécessaire à leur fonctionnement.*

Telle est la conclusion qui ressort des présentes expériences. *A fortiori,* s'impose-t-elle pour mes expériences de comparaison du travail positif et du travail négatif, dans lesquelles l'activité musculaire a eu une durée excessivement réduite.

La combustion des principes azotés qui composent les humeurs et les tissus de l'économie animale n'en joue pas moins un rôle de tout premier ordre, en présidant aux dislocations incessantes par lesquelles il est préludé à la réintégration de ces principes. Mais c'est là un autre point de vue, celui de la fonction rénovatrice de la matière, fonction préposée à l'entretien des propriétés physiologique des organes élémentaires. Nous aurons à examiner un jour la question de savoir dans quelle mesure le travail peut agir *secondairement* sur l'activité de cette fonction rénovatrice au sein des organes musculaires.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 14 et 21 Février 1896.

Endothéliome de la dure-mère rachidienne.

M. Dufour a trouvé à l'autopsie d'une femme jeune atteinte de tuberculose pulmonaire et de mal de Pott lombo-sacré, une tumeur de la dure-mère rachidienne, refoulant la moelle, dissociant les nerfs de la queue de cheval, sans cependant les englober complètement ni les comprimer. L'examen microscopique montra que l'on était en présence d'un endothéliome très comparable aux tumeurs connues sous le nom de sarcomes angiolithiques, et présentant, comme elles, de petits corps autour des vaisseaux ressemblant à des grains de matière amylacée.

Cœur dans un cas d'angine de poitrine.

M. Auscher a récemment fait l'autopsie d'un tuberculeux pulmonaire, ayant présenté, il y a quelques mois, des attaques d'angor pectoris. Le cœur examiné avec soin ne permit de constater aucune lésion de l'aorte, ni des artères coronaires. Le myocarde était rouge foncé. Le péricarde présentait des traces évidentes de péricardite au niveau des oreillettes et sur les ventricules. Il n'y avait pas de symphyse cardiaque.

Ictère grave secondaire.

M. Ramon rapporte l'observation d'un homme atteint d'ictère et d'ascite depuis le mois de mars 1895, symptomatiques d'une cirrhose. En janvier 1896, il contracte un érysipèle de la face, et présente, à la suite, les phénomènes de l'ictère grave secondaire : ictère, ascite, hémorrhagies, fièvre, etc., et, en outre, une pleurésie purulente à bacterium coli pur.

A l'autopsie, on trouve un foie cirrhotique, plus grand que normalement. La rate était considérable et présentait en outre des granulations de périsplénite. On trouvait dans le mésentère de gros ganglions. L'examen microscopique n'a pas encore été pratiqué.

Ostéomyélite prolongée du fémur et épithélioma secondaire de l'os.

M. Mermet a observé une femme de 32 ans, qui, vers l'âge de 10 ans, a présenté des accidents d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche, avec trajets fistuleux qui ont persisté avec diverses alternatives, en particulier avec une aggravation des accidents lors des deux premières grossesses de la malade.

En octobre dernier, la malade devient à nouveau enceinte, et, en même temps, les lésions osseuses éprouvent un véritable coup de fouet, puis, à la fin de janvier, survint une fracture spontanée du fémur au niveau de la lésion ostéomyélitique. L'amputation de cuisse fut faite. La malade guérit malgré la grossesse.

L'examen de la pièce montra un vaste cloaque intra-osseux, au niveau duquel aboutissent deux fistules. Les parois de celles-ci et de la cavité était recouvertes de végétations, de mamelons grisâtres, friables; le contenu était constitué par un magma sanieux, en partie sébacé, en partie purulent. Tout autour de ce cloaque, il existait une zone de tissu lardacé, inflammatoire, ancien. Les deux extrémités de l'os fracturé, également envahies, plongeaient dans cette cavité; en dehors des points dégénérés, elles montraient des lésions d'ostéite condensante ancienne, et des altérations régressives de la moelle.

Le microscope a fait voir les caractères typiques de l'épithélioma pavimenteux lobulé au niveau des points atteints.

Dégénérescence kystique des reins.

M. Bensaude rapporte l'histoire d'un malade qui a présenté tous les symptômes du mal de Bright et qui a succombé à une pneumonie apyrétique du lobe supérieur du poumon droit. A l'autopsie, on trouva, en dehors de la lésion pulmonaire, une dégénérescence kystique totale des deux reins et une hypertrophie du ventricule gauche.

Invagination intestinale.

M. Baudet montre une pièce d'invagination intestinale, survenue chez un enfant, qui mourut de péritonite généralisée. La portion invaginée comprenait la fin de l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, le colon ascendant. Le cylindre invaginant commençait à la partie moyenne du côlon transverse et allait jusqu'au rectum. Ce cylindre présentait deux perforations, une de 6 centimètres de longueur, une autre de 4 centimètres, à travers lesquelles venait faire hernie la portion invaginée. Cette dernière présentait sur toute sa longueur de nombreux points gangrénés et perforés. C'est à la péritonite consécutive à ces perforations qu'a succombé le malade.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 Mars 1896.

Présidence de M. Charrin.

Bile incolore.

M. Hanot a attiré l'attention, en 1884, sur ce fait que dans certains cas pathologiques la bile peut perdre son pigment et devenir incolore. Il désigna cet état sous le nom d'acholie pigmentaire.

Il vient d'observer deux nouveaux cas d'acholie pigmentaire chez un individu atteint de lithiase biliaire et chez un autre qui présentait une cirrhose du foie. Dans les 2 cas, l'examen chimique de la bile montra, outre l'absence de pigment, une diminution considérable d'acides biliaires dont on ne trouvait que des traces dans le liquide.

La nutrition et la thermogénèse comparées pendant le jeûne chez les animaux normaux et diabétiques.

M. Kaufmann. — En appliquant ma méthode de la détermination simultanée des échanges respiratoires, de l'excrétion azotée et de la thermogénèse à l'étude des transformations chimiques et énergétiques qui s'accomplissent comparativement dans l'organisme des animaux normaux et de ceux qui sont diabétiques, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° L'animal diabétique absorbe sensiblement la même quantité d'oxygène, élimine la même quantité d'acide carbonique et émet la même quantité de chaleur que l'animal normal.

2° Il se distingue de ce dernier en ce qu'il excrète non seulement du sucre, mais une plus forte proportion d'azote et qu'il détruit par conséquent une plus forte proportion d'albumine.

3° Comme conséquence de l'exagération de la destruction de l'albumine chez les diabétiques, on observe une modification du rapport entre la quantité totale d'oxygène absorbé par l'animal,

et la quantité de ce gaz qui est nécessaire à l'oxydation de l'albumine. Chez les animaux sains, il oscille entre 3,3 et 8; chez les diabétiques, il oscille entre 1,5 et 3. Il en est de même pour l'acide carbonique et la chaleur produits.

4° Il résulte de ces faits que dans *l'organisme des diabétiques la quantité de sucre formée aux dépens des albuminoïdes est augmentée, que celle formée aux dépens des graisses est diminuée, et que dans son ensemble la glycoformation est peu différente de celle de l'état normal. Quant à la consommation sucrée, elle est incontestablement diminuée puisque les diabétiques éliminent du sucre en nature par les urines.*

Cette conclusion nouvelle se concilie avec les faits établis antérieurement.

Des variations de la couleur des spores de l'aspergillus fumigatus.

M. Rénon. — La couleur des spores de l'*aspergillus fumigatus*, verdâtre sur les milieux acides, est d'aspect brun noirâtre sur les milieux alcalins : ces colorations ne sont pas modifiées par l'addition de faibles doses de nitrate d'argent, d'iode, d'iodure de potassium, de chlorure de sodium et d'acide tartrique.

Soumis, à l'abri de l'air, à une température de 37 degrés pendant 6 semaines, les spores prennent une couleur jaune, qu'ils perdent assez rapidement dès que les tubes sont ouverts, et qui n'altère en rien leur virulence.

Action du foie sur les toxines.

M. Lapicque a repris ces expériences de MM. Guinard et Teissier sur l'exaltation de la virulence des toxines par le foie. Ces auteurs ont notamment constaté dans leurs expériences avec la toxine diphthéritique et la pneumobacilline que si l'injection de toxines était faite dans la veine mésentérique les animaux succombaient plus rapidement qu'en cas d'injection de toxine dans une veine de l'oreille.

M. Lapicque a repris ses expériences avec la toxine diphthéritique. Il a constaté que si la toxine est injectée dans la veine mésentérique, les animaux succombent dans le même laps de temps que les animaux auxquels on injecte de l'eau salée dans la veine mésentérique et la toxine dans une veine de l'oreille. Il faut donc tenir compte de l'état de résistance moindre dans lequel les animaux se trouvent après la laparotomie.

M. Grimbert décrit quatre microbes, analogues au pneumocoque de Friedländer, qu'il a isolés dans l'eau minérale et l'eau de puits d'un village de Bretagne.

M. Contejean fait une communication sur l'influence du travail musculaire sur l'excrétion d'azote.

MM. Abelous et **Biarnès** envoient une note sur la hiérarchie des organes au point de vue du pouvoir oxydant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 Mars 1896.

Cystotomie sus-pubienne.

M. Picqué fait un rapport sur 3 observations de cystotomie sus-pubienne envoyées par M. Rollet (de Lyon).

Dans tous ces cas on trouva le péritoine adhérent à la vessie, de sorte que pour faire la fistule vésicale, il a fallu ouvrir la cavité péritonéale.

La première observation se rapporte à un vieux prostatique infecté; l'opéré a succombé à une broncho-pneumonie. Le 2e cas a trait à un calculeux infecté depuis 3 ans; la cystostomie a permis d'extraire un calcul pesant 75 grammes. Le 3e malade est un homme de 37 ans, atteint de rétention aiguë avec un rétrécissement infranchissable, et une fausse route pratiquée au cours de tentatives de cathétérisme. La taille sus-pubienne permit d'évacuer 1 litre d'urine fétide. Ces deux opérés ont guéri.

M. Rollet insiste sur l'existence des adhérences pour soutenir les dangers que peut offrir dans ces cas la ponction de la vessie.

M. Picqué fait observer que ces adhérences sont extrêmement rares et se demande s'il ne s'agit pas d'une disposition anormale du péritoine descendant très bas, tout près du pubis, sans qu'il y ait cependant d'adhérence,

Quant aux dangers de la ponction dans ces cas, M. Picqué a pu, dans les asiles d'aliénés, depuis de longues années, avoir recours à la ponction sans observer jamais un seul accident, même s'il y avait de l'infection vésicale.

Il croit donc que la ponction n'offre pas tous les dangers qu'on lui prête, si l'on ne se sert pas d'un gros trocart.

Relativement à la technique de la cystostomie, M. Rollet insiste sur l'inutilité du ballon de Petersen, M. Picqué regarde ce dernier comme un adjuvant utile bien qu'on puisse s'en passer.

M. Bazy pense aussi qu'il ne faut pas confondre les adhérences proprement dites avec la descente du péritoine. Si on va tout d'abord au ras de la symphyse, on peut relever le péritoine dans tous les cas.

M. Poirier a trouvé 2 fois sur le cadavre l'adhérence du cul-de-sac au pubis : dans les 2 cas, il y avait de l'inflammation chronique manifeste des voies urinaires.

Kyste hydatique du foie.

M. Picqué analyse une autre observation de M. Rollet ayant trait à un kyste hydatique du foie développé chez un enfant de 13 ans, contenant de 5 à 6 litres de liquide et traité par l'incision simple, qui suffit pour amener la guérison. Ce cas était intéressant, par deux particularités : l'existence d'un frémissement hydatique malgré l'absence de vésicules, l'existence à l'auscultation d'un véritable bruit musical analogue à celui que produit une grosse corde à violon vibrant près de la joue.

Relativement au succès obtenu, M. Picqué fait remarquer que ce kyste rentre dans la catégorie de ceux qui guérissent après une simple ponction. Pourtant M. Picqué préfère l'incision à la ponction. Deux fois il a eu recours à celle-ci ; chez son premier malade, la rétraction de la poche s'est faite lentement et la guérison est définitive; chez le second, il a dû pratiquer secondairement la laparotomie.

Luxation du nerf cubital.

M. Schwartz rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui eut le coude pris dans les mors d'un étau mécanique, si bien que la peau de la face antérieure du coude, tendue, se déchira longitudinalement. Il n'y eut pas d'autres lésions essentielles et la guérison se fit au bout d'un mois. Il n'y eut pas de paralysie.

Lorsque le malade, qui était forgeron, reprit son travail il constata qu'au moment de la flexion de l'avant-bras sur le bras il ressentait des élancements douloureux dans tout le bras, s'irradiant sur les deux derniers doigts de la main, en même temps qu'il avait la sensation d'une corde qui se déplaçait dans la région de l'épitrochlée. L'examen permit de constater que la gouttière rétro-épitrochléenne était vide, et qu'il existait, en avant de l'épitrochlée et en dehors d'elle, un cordon gros comme un crayon, s'amincissant en haut et en bas, très douloureux et se déplaçant latéralement.

Par l'extension du bras on pouvait réduire le cordon, qui n'était autre que le nerf cubital, dans la gouttière rétro-épitrochléenne, mais la réduction ne se maintenait pas. Il existait très peu d'atrophie; pas de zone d'anesthésie ni d'hyperesthésie ; pas de troubles trophiques.

M. Schwartz mit le cubital à nu et le trouva atteint de névrite. La gouttière rétro-épitrochléenne était vide. Il disséqua alors un lambeau aponévrotique et, ayant réduit le nerf, le sutura par-dessus celui-ci à l'aponévrose du triceps, au niveau de son insertion olécranienne. La plaie fut réunie et le bras immobilisé durant 10 jours.

Le résultat obtenu a été satisfaisant : le nerf est resté en place, les phénomènes douloureux ont diminué dans une proportion notable, mais n'ont pas encore disparu, ce qu'expliquent les lésions de névrite que présentait le nerf. Les mouvements sont possibles, mais le malade ne peut manier les objets un peu

lourds, ni fléchir complètement les deux derniers doigts de la main.

Les cas de luxation du cubital sont rares, et M. Schwartz n'en a trouvé dans la littérature que 9 observations analogues. En fait de mécanisme de ces luxations, il rappelle que, d'après Zuckerkandl, on doit considérer comme causes prédisposantes, les atrophies de l'épitrochlée et le développement du triceps et, en particulier, de son chef interne qui, en se contractant, tendrait à déplacer le nerf.

M. Quénu pense, comme M. Schwartz, que la névrite est un important facteur dans cette question. Il existe notamment des luxations congénitales qui ne se manifestent par aucun symptôme et ne comportent par conséquent aucune intervention.

M. Delorme considère les luxations du nerf cubital relativement fréquentes et d'une gravité légère, s'observant principalement dans les luxations du coude.

M. Poirier n'a vu qu'un seul cas de luxation du nerf cubital, d'origine congénitale. Quant au mécanisme, il croit qu'il faut incriminer non l'atrophie, mais la forme de l'épitrochlée sur laquelle tantôt il y a une gouttière pour recevoir le nerf cubital, tantôt un simple plan incliné sur lequel glisse le nerf. De plus le nerf est maintenu en place par des trousseaux fibreux qui peuvent être faibles et se laisser déchirer facilement, ce qui explique encore la luxation. Le rôle du muscle est secondaire.

M. Th. Anger a eu une luxation du coude et a conservé une subluxation du nerf cubital. Il ne pouvait ni fléchir ni étendre complètement l'avant-bras, sans éprouver aussitôt des douleurs avec des fourmillements dans les doigts. Enfin il lui est survenu un peu d'atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar. Quant au nerf il est déplacé et il le sent près de la pointe de l'épitrochlée.

Appendicite.

M. Reynier présente un appendice qu'il a enlevé au cours d'une seconde attaque d'appendicite survenue après une première intervention au cours de laquelle l'appendice a été laissé en place. L'appendice n'est pas perforé et contient deux boulettes fécales. M. Reynier pense que ce cas vient à l'appui de la théorie de l'appendicite par cavité close défendue par MM. Talamon et Dieulafoy. L'inflammation de voisinage s'était faite non par perforation de l'appendice, mais par suite de l'infiltration microbienne à travers les parois.

M. Quénu rappelle que le fait de l'inflammation périappendiculaire par simple lymphangite de voisinage est connu depuis longtemps et qu'il a présenté, il y a plusieurs années, à la *Société de chirurgie*, une observation très nette d'appendice atteint de lésions simplement microscopiques. Les lésions périappendiculaires peuvent survenir à la suite de simples lésions de la muqueuse, sans perforation de l'organe et sans oblitération de la lumière de ce dernier.

M. Brun pense que l'observation communiquée par M. Reynier ne paraît pas absolument suffisante pour confirmer les opinions de MM. Talamon et Dieulafoy sur le rôle des boulettes fécales dans la pathogénie de l'appendicite. Il a eu l'occasion d'intervenir 11 fois à froid et, sur les 11 appendices qu'il a eus entre les mains, 3 seulement renfermaient des boulettes fécales. Dans les 8 autres cas, les lésions intéressaient à des degrés divers les parois de l'appendice, mais surtout la muqueuse, et il n'y avait dans leur intestin aucune trace de corps étranger.

Sérothérapie dans le tétanos.

M. Broca cite le cas d'un enfant atteint de tétanos consécutivement à des brûlures étendues. Les injections de sérum n'ont pas dans ce cas empêché la mort de se produire.

M. Delorme cite également 2 cas de tétanos traités sans effet par les injections de sérum.

M. Schwartz présente une malade à laquelle il a réduit une luxation de l'épaule datant de 2 mois 1/2.

M. Berger présente un malade auquel il a fait l'arthrotomie pour une luxation de l'épaule compliquée de fracture du fémur.

M. Chevassus présente un malade atteint d'une luxation de l'extrémité supérieure du radius.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 Mars 1896.

Statistique du pneumothorax dans les hôpitaux de France.

M. L. Galliard. — Sur 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire, combien compte-t-on de pneumothorax?

Pour répondre à cette question, Biach a compulsé les registres de trois hôpitaux de Vienne, pendant 24 ans; il a trouvé 433 malades atteints de pneumothorax sur 58 741 phthisiques proportion : 0,737 p. 100.

J'ai voulu me mettre à l'abri des erreurs que peuvent faire naître les fréquentes migrations de tuberculeux dans les divers hôpitaux du même pays; j'ai donc adressé à 348 médecins de Paris et des principales villes de France une circulaire les priant de m'indiquer : 1° le nombre des malades atteints de tuberculose pulmonaire hospitalisés dans les services dont ils avaient la direction, le 22 janvier 1896, à 10 heures du matin; 2° le nombre des malades atteints de pneumothorax simple, d'hydro- ou de pyo-pneumothorax. J'ai reçu 282 réponses. J'adresse mes remerciements très sincères aux médecins qui en sont les auteurs.

Voici les chiffres : 3 415 phthisiques hospitalisés (2 253 hommes, 1 162 femmes); 35 pneumothorax unilatéraux (19 pneumothorax simples, 9 hydro-pneumothorax, 4 pyo-pneumothorax après vomique, 3 pneumothorax sans vomique); 1 pneumothorax bilatéral. Proportion : 1,054 p. 100.

Si j'envisage séparément les deux sexes, je trouve dans le sexe masculin une proportion de 1,11 p. 100; dans l'autre, 0,946 p. 100. Le sexe féminin n'a fourni qu'un seul hydropneumothorax et un seul pyo-pneumothorax, 7 pneumothorax sans liquide. Chez les jeunes enfants, le pneumothorax est fort rare. Sur 283 garçons (enfants et adolescents jusqu'à 18 ans); un seul cas, soit 0,353 p. 100.

Sur 192 militaires et marins, 2 cas, soit 1,043 p. 100.

La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895.

M. Comby a, du 1er janvier au 31 décembre, soigné, au pavillon d'isolement de l'hôpital Trousseau, 715 enfants atteints de rougeole; 115 seulement sont morts; soit une mortalité de 14,4 p. 100.

Cette faible mortalité s'explique d'après M. Comby par les raisons suivantes :

1° Bon aménagement et dimensions très suffisantes du pavillon d'isolement;

2° Antisepsie médicale systématique et très minutieuse des petits malades;

3° Isolement des enfants atteints de broncho-pneumonie et des cas associés à d'autres maladies infectieuses;

4° Réduction au minimum du séjour des enfants au pavillon, afin d'éviter l'encombrement;

5° Bonification, dans une certaine mesure, de la statistique de ces 715 rougeoles, par l'emploi de la sérumthérapie antidiphthérique, attendu que sur 15 rougeoles compliquées de diphthérie et traitées par le sérum, il y eut seulement 2 décès, résultats merveilleux comparativement aux statistiques du passé;

6° Unité de direction du service pendant une année entière, alors qu'antérieurement le titulaire du pavillon changeait tous les 3 mois;

7° Peut-être, dans une certaine mesure, quelque hasard heureux de série.

Sur les 715 rougeoles soignées, 635 venaient du dehors, 80 étaient des cas intérieurs.

La mortalité a été de 1,8 p. 100 pour 548 cas de rougeole simple; de 13,33 p. 100 pour 13 rougeoles avec diphtérie; de 31,25 p. 100 pour 16 rougeoles avec scarlatine; de 43,47 p. 100 pour 23 rougeoles avec coqueluche; de 81,89 p. 100 pour 86 rougeoles avec broncho-pneumonie (70 morts sur 86 cas).

Érythèmes d'origine érysipélateuse.

MM. Chantemesse et **Sainton**, pour juger la question des érythèmes observés au cours des maladies infectieuses et qu'on a une tendance à attribuer au sérum dans les cas où il a été employé, relatent les faits qu'il ont observés sur les érysipélateux.

Parmi les érysipélateux qu'ils ont soignés l'année dernière, 579 ont été soumis à la balnéothérapie froide à l'exception de toute autre médication. Sur ce nombre 28 ont présenté des érythèmes soit dans le cours, soit à la fin de la maladie.

Dans les cas d'érysipèle limité à la face, ces érythèmes ont été plus rares (555 malades, 22 érythèmes, soit 4 p. 100 environ). Les érysipèles des membres ont, au contraire, fourni une proportion d'érythèmes beaucoup plus forte (24 cas, 6 érythèmes), soit 25 p. 100.

La date d'apparition se monte du 2e au 9e jour, quelquefois, surtout dans les formes graves, du 11e au 12e jour.

Ces érythèmes ont affecté trois formes principales : simple, purpurique, polymorphe. La forme érythémateuse simple était d'ordinaire bénigne et apparaissait de bonne heure.

La forme purpurique, soit pure, soit associée à l'érythème simple ou à l'érythème polymorphe, était beaucoup plus grave et témoignait d'une infection profonde. Sur 6 cas, 3 se sont terminés par la mort, après avoir présenté pendant la vie de la fièvre, des phénomènes ataxo-adynamiques, de l'albuminurie, des douleurs polyarticulaires rappelant les pseudo-rhumatismes infectieux, quelquefois des entérorrhagies et des hématuries. Dans les cas où l'examen a été fait, on a trouvé du streptocoque dans le sang et dans l'urine, du vivant des malades, et, après la mort, la culture de tous les organes donnait le même microbe.

L'érythème polymorphe était plus rare. On trouvait alors des vésicules, des bulles remplies de liquide séro-purulent et parfois hémorrhagique, aussi bien sur la peau que sur les muqueuses, la bouche, le voile du palais, l'intestin (entérorrhagies). L'éruption est quelquefois si profuse que le malade ressemble à une personne atteinte de variole hémorrhagique secondaire. Le sang et l'urine albumineuse de ces malades renfermaient le streptocoque.

Pneumothorax simple chez une grande emphysémateuse. Guérison en six semaines.

MM. L. Galliard et **Barbe**. — Nous ne connaissons que 12 cas publiés de pneumothorax chez les grands emphysémateux : 8 décès et 4 guérisons. Un des malades est désigné comme sujet âgé (S. Wilks); parmi les 11 autres, aucun n'avait plus de 61 ans. Notre malade est une femme de 73 ans, soignée à l'âge de 48 ans pour une bronchite aiguë, toussant continuellement depuis 12 années, atteinte de suffocation, sans violent point de côté, le 19 juin 1895. Nous l'examinons le 30 juin : orthopnée, cyanose de la face et des extrémités, pouls rapide, douleur peu intense à gauche; de ce côté, signes de pneumothorax total, sans liquide : tympanisme, respiration amphorique, bruit d'airain, pas de bruit de succussion, déplacement du cœur avec retentissement métallique des bruits cardiaques.

Pas de thoracentèse; inhalations d'éther, morphine.

A partir du 15 juillet, la malade peut rester couchée; les signes du pneumothorax s'atténuent. Le 3 août, disparition complète de ces signes. Jusqu'à la fin d'août, nous avons tenu la malade en observation : emphysème, bronchite chronique, pas de tuberculose pulmonaire.

La malade a pu reprendre ses occupations.

Pathogénie des collatérales de la moelle épinière

M. G. Marinesco. — La découverte des collatérales, que nous devons aux travaux de Golgi, Ramon y Cajal, n'a pas seulement eu un retentissement considérable dans le domaine de l'histologie; elle est appelée à jouer un grand rôle dans la pathologie nerveuse. Ramon y Cajal divise les collatérales des racines postérieures, les seules dont nous nous occuperons aujourd'hui, en 5 groupes : 1° collatérales réflexes, qui traversent la corne postérieure, et vont se mettre en rapport de contiguïté avec les cellules motrices de la corne antérieure; 2° collatérales du centre de la corne postérieure formant un plexus enchevêtré au centre même de cette corne; 3° collatérales de la substance grise centrale et interne, qui vont aboutir au pourtour des cellules de la colonne de Clarke; 4° collatérales profondes de la substance de Rolando; 5° collatérales superficielles de cette même substance. Nous négligeons à dessein ces deux dernières espèces de collatérales, puisqu'elles sont invisibles par la méthode de Weigst. Ces données anatomiques étant établies, passons à l'application que l'on peut en faire à la pathologie des cordons postérieurs.

Il est bien évident que toute lésion des racines postérieures retentit sur l'intégrité des collatérales. Prenons par exemple le *tabès*. On constate dans cette maladie, outre la dégénérescence des racines et des cordons postérieurs, la diminution ou bien la disposition des collatérales réflexes (diminution ou abolition des réflexes tendineux), l'atrophie des collatérales des colonnes de Clarke (signe de Romberg?) et dans un stade un peu plus avancé, celle des collatérales du centre de la corne postérieure (troubles objectifs de sensibilité). Mais le problème se pose de savoir si le processus tabétique commence par les collatérales ou par les racines postérieures. Le fait que les collatérales sont prises dans un certain ordre chronologique, ce qui est en rapport avec l'évolution de la maladie, constitue une preuve en plus de la première hypothèse. Ce problème se pose également quand la lésion initiale siège dans le ganglion spinal, car, comme on le sait, c'est la partie terminale du neurone, dans l'espèce les collatérales, qui est la partie la plus vulnérable.

Il est fort probable que les collatérales sont affectées en première ligne.

Si cependant un doute pouvait subsister au sujet de la précocité des lésions des collatérales dans le tabès, il est impossible pour la *maladie de Friedreich*, où l'affection débute au niveau des collatérales.

En effet, dans cette maladie, comme nous l'avons constaté, ce sont les collatérales réflexes et celles qui s'en vont aux colonnes de Clarke, qui sont complètement disparues, tandis que les collatérales du centre de la corne postérieure et les racines postérieures sont intactes ou à peu près intactes, tout au moins dans les régions où la maladie est à son début, ce qui est le cas pour la région cervicale.

Il y a, à ce point de vue, un accord parfait entre la symptomatologie et les lésions de cette maladie.

Dans sa marche progressive, le processus destructif qui caractérise la syringomyélie, attaque successivement toutes les collatérales de la corne postérieure. Comme les collatérales de la base et du centre de la corne postérieure sont les premières en date qui sont affectées, il en résulte le symptôme connu sous le nom de dissociation syringomyélitique.

En effet, la douleur est un phénomène d'addition, de renforcement, c'est la sensation tactile qui est renforcée par son passage à travers les neurones situés à la base de la corne postérieure. Or, quand le contact utile entre ces neurones et les collatérales qui lui apportent l'impression tactile est interrompu, par suite de la destruction de ces organes, les impressions périphériques, conduites par la voie des cordons postérieurs, sont perçues sous forme de sensations tactiles.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 13 Février 1896.

Rupture utérine.

MM. Doléris et **Bonnus**. — Rupture utérine survenue spontanément au cours d'un travail régulier chez une femme cachectique, sujette à des manifestations purpuriques. Présentation du sommet. Col utérin très altéré, varicocèle pelvien. Absence des signes cataclysmiques habituels de la rupture. La malade a succombé le 4e jour aux progrès lents de l'hémorrhagie intra-péritonéale.

Insertion vélamenteuse du cordon.

M. Doléris lit une observation intitulée : *Grossesse gémellaire. Insertion vélamenteuse du cordon du premier jumeau. Hémorrhagie grave par rupture d'un gros vaisseau des membranes ovu-*

laires ayant amené la mort du deuxième jumeau. — Parmi les causes connues des hémorrhagies au cours du travail, il faut faire une place à celle qui consiste dans l'ouverture d'une grosse veine située sur le trajet de la ligne de rupture des membranes amnio-choriales, dans le cas d'insertion vélamenteuse du cordon ombilical.

Cette hémorrhagie est difficile sinon impossible à prévoir dans le cas de grossesse simple.

Dans l'observation, il s'agit d'une grossesse gémellaire. L'insertion vélamenteuse au cordon existait sur le premier œuf. La rupture de la poche dss eaux entraîna la rupture des vaisseaux funiculaires. L'écoulement abondant de sang a eu pour conséquence une anémie rapide du deuxième fœtus qui malheureusement a succombé. La communauté de circulation des deux jumeaux a, dans l'espèce, été fatale au deuxième enfant, ainsi que cela aurait pu arriver si l'on avait omis de lier le premier cordon.

Transmission de la tuberculose de la mère à l'enfant.

M. Bolognesi communique un travail dont nous avons déjà donné le résumé (voir p. 65).

M. Porak a examiné le poumon d'un enfant de mère tuberculeuse, mort quelques jours après sa naissance. Il présentait des lésions, qui en imposaient macroscopiquement pour des tubercules. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une dilatation bronchique avec sclérose périphérique. Il en conclut qu'on doit être très prudent avant d'affirmer l'existence de la tuberculose congénitale.

M. Charpentier fait remarquer que les enfants de tuberculeuses sont à la naissance très gros et très bien constitués; il ne croit pas à la contagion intra-utérine de la tuberculose.

Mort survenue pendant le travail chez les cardiaques.

M. Macé (service de M. Porak). — La première observation a trait à une femme qui à sa 4e grossesse présente des troubles asystoliques. Au cours du travail survient une syncope. L'accouchement est terminé par le forceps. Impossibilité de ranimer l'enfant. L'autopsie démontra l'existence d'un rétrécissement mitral avec myocardite accentuée.

Dans le 2e cas survint aussi une syncope, mais l'enfant put être ranimé et vécut 5 jours. Il existait aussi, dans ce cas, un rétrécissement mitral, mais la femme est morte de syncope survenue sous l'influence de l'œdème aigu des poumons avec double hydrothorax.

Altération du placenta et développement du fœtus.

M. Porak développe et commente une thèse soutenue par un de ses élèves, M. R. Martin : *De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les dix premiers jours qui suivent la naissance.* L'état lacunaire, la dégénérescence calcaire du placenta n'ont aucune mauvaise influence sur le développement du fœtus, ni sur la santé du nouveau-né.

M. Porak pense que souvent les syphilitiques héréditaires perdent beaucoup de leur poids initial.

D'après les recherches de Durante, au laboratoire de la Charité, les noyaux blancs du placenta résultent d'une lésion primitive de la villosité, occasionnant une thrombose. Le sang coagulé peut s'organiser et devenir ensuite le siège d'hémorrhagies. Ces lésions extrêmement communes, souvent liées à l'albuminurie, entravent le développement du fœtus et diminuent la vitalité du nouveau-né.

Le placenta marginé résulte d'une maladie de la caduque au moment où de pariétale elle devient réfléchie. Cette lésion est susceptible d'être arrêtée pendant son évolution tout à fait au début de la grossesse, tandis que dans d'autres cas elle persiste longtemps et même jusqu'à la fin de la grossesse. On conçoit qu'elle retentisse différemment sur le développement du fœtus et sur la vitalité du nouveau-né suivant sa durée. D'où deux ordres de résultats : les uns qui paraissent nuls sur la santé du produit; les autres qui paraissent tout à fait mauvais.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 3 Mars 1896.

Suture des paupières dans les affections septiques de la cornée.

M. Kalt. — Il y a une série de kératites infectieuses à marche torpide, caractérisées par de l'ulcération superficielle de la cornée, de l'irritation conjonctivale.

Le traitement antiseptique ordinaire n'agit que lentement; le bandeau occlusif finit par être mal supporté, détermine de la rougeur et de l'œdème du bord ciliaire, une sécrétion conjonctivale exagérée et une pullulation microbienne inquiétante.

Des ulcérations analogues se développent sur des cornées très superficiellement brûlées par la chaux, l'ammoniaque, les acides divers. L'anesthésie est presque constante et dure pendant de longs mois. D'autres fois cette anesthésie est due à des névrites périphériques sans les phénomènes habituels du zona. La terminaison ordinaire de ces ulcérations est une taie indélébile de la cornée.

Enfin, à la suite de plaies profondes du globe, il est nécessaire de tenir l'œil couvert pendant plusieurs semaines. Ici encore le port du bandeau est suivi d'une vive irritation conjonctivale.

Dans tous ces cas, je propose la suture des paupières atteignant presque toute la longueur du bord libre. L'avivement sera fait au bistouri et non pas avec les ciseaux. Quatre sutures suffiront et l'occlusion sera maintenue de un à plusieurs mois.

Les résultats d'une pratique étendue sont les suivants : dès le lendemain l'irritation oculaire a cessé; la sécrétion conjonctivale est presque nulle; la muqueuse n'étant plus irritée se débarrasse des nombreux microbes qui la couvraient.

Le malade peut reprendre de suite ses occupations. Enfin l'affection cornéenne guérit à coup sûr sans aucun traitement local.

Après désunion des paupières, il ne reste pas trace de l'opération.

M. Parent trouve qu'il est plus simple, si l'on juge opportun de fermer l'œil, de se servir du taffetas adhésif, collodionné, à l'aide duquel on couvre parfaitement l'œil.

M. Despagnet pense aussi que c'est aller trop loin que de faire la blépharorrhaphie pour un ulcère de la cornée; avec le taffetas, en laissant à ses deux extrémités un petit espace, on peut fort bien surveiller l'œil quand cela est nécessaire.

Imperméabilité des milieux de l'œil aux rayons Röntgen.

M. Darier a fait des expériences sur la cause de l'invisibilité des rayons de Röntgen; il a recherché quel peut être le degré de perméabilité des milieux transparents de l'œil par ces rayons et si ces milieux, parmi lesquels le cristallin est une véritable lentille dont l'indice est voisin de celui du verre, n'opposeraient pas comme lui une grande résistance au passage de ces rayons.

Wuillemonet.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Otite et athrepsie.

M. Simmonds a examiné les reins de 60 enfants athrepsiques qui pendant la vie n'avaient pas présenté de complications particulières, et a trouvé dans tous les cas les signes d'une dégéné-

rescence parenchymateuse diversement accusée. L'épithélium des canaux urinaires présentait soit du processus de nécrobiose ou de psalmolyse, soit de la dégénérescence graisseuse; par places on trouvait des exsudats capsulaires, la formation de cylindres. L'urine prise dans la vessie des cadavres contenait toujours de l'albumine.

D'après M. Simmonds, il est impossible d'admettre que la dégénérescence du parenchyme rénal soit le résultat du trouble général de la nutrition, car il n'y avait aucun parallélisme entre l'intensité de l'athrepsie et l'intensité des lésions rénales; d'un autre côté, chez les athrepsiques un peu âgés et fortement affaiblis par cette cachexie prolongée, les troubles rénaux de ce genre ne s'observent ordinairement pas.

Parmi les autres complications qui ont été constamment trouvées à l'autopsie de presque tous ces enfants, M. Simmonds cite l'otite moyenne. La fréquence de ces otites a encore été confirmé par ce fait que, sur 149 athrepsiques âgés de moins de 2 ans, cette otite a été trouvée 135 fois. L'examen bactériologique fait dans 60 cas a montré la pneumocoque de Fraenkel dans la moitié du cas; dans les autres cas on trouva des streptocoques, des staphylocoques.

Si l'on songe que l'exsudat contenant ces microbes se trouve dans une cavité tapissée d'une muqueuse et est soumis à une certaine pression, on est en devoir de se demander si l'existence constante de ce foyer d'infection n'est pas pour quelque chose dans l'ensemble des troubles généraux, qu'on désigne sous le nom d'athrepsie.

Pour démontrer la possibilité d'une infection généralisée par ce foyer, dans l'athrepsie, M. Simmonds a fait l'examen bactériologique complet des reins de ces enfants. Presque toujours les cultures faites avec le parenchyme rénal ont donné naissance à des pneumocoques et aux bacilles pyocyaniques. Du reste Kossel a déjà attiré l'intention sur les cas d'infection pyocyanique généralisée chez des enfants porteurs des otites, et sur les modifications des reins en cas de pneumonie, en premier lieu par Fraenkel et Reiche.

De tous ces faits M. Simmonds conclut que la néphrite qu'on trouve dans l'athrepsie est produite par l'action directe des micro-organismes qui, cantonnés dans l'oreille finissent par envahir toute l'économie.

M. Deycke, qui a fait 104 autopsies de nourrissons, a constaté l'existence d'une otite catarrhale dans 84, 6 p. 100 des cas; dans 80 p. 100 des cas, le catarrhe était double et avait un caractère purulent. Dans un petit nombre de cas l'exsudat était gélatineux. L'examen bactériologique de l'exsudat a donné des résultats variables. Tantôt on trouvait des pneumocoques, tantôt des staphylocoques ou des streptocoques, tantôt des bacilles pyocyaniques. Dans 10 cas il existait en outre une tuberculose généralisée.

Quant à la nature de l'athrepsie, M. Deycke la considère comme l'expression d'un processus septique à évolution chronique.

M. Pluder fait remarquer que chez les nourrissons les otites muqueuses amènent très rarement la perforation du tympan.

M. Fraenkel a constaté le même fait; en outre il fait remarquer que le pneumocoque se rencontre aussi bien dans les exsudats purulents que dans les exsudats gélatineux.

Quant à l'athrepsie, M. Fraenkel pense qu'on arrivera à trouver des modifications de la muqueuse stomacale. Dans les autopsies des nourrissons il examine toujours les sinus maxillaires et fréquemment il y a trouvé des exsudats renfermant des micro-organismes variables, pneumocoques, streptocoques, coli-bacilles.

M. Lenhartz ne partage pas l'opinion de M. Deycke d'après laquelle l'athrepsie serait le résultat d'un processus septique. Il considère l'athrepsie comme le résultat d'un épuisement amené par une série de gastro-entérites où les phénomènes d'auto-intoxication jouent un rôle prépondérant par la dégénérescence des organes qu'ils amènent. Les otites sont un phénomène secondaire et surviennent aux derniers jours, fait que confirment l'absence de perforation du tympan et l'absence des phénomènes méningitiques.

M. Pluder a observé que la paracentèse du tympan modifie quelquefois considérablement le tableau clinique et amène même la guérison.

M. Deycke n'a pas constaté ces effets de la paracentèse. Quant au rôle étiologique des gastro-entérites, soutenu par M. Lenhartz, M. Deycke fait observer que les lésions anatomiques manquent dans bon nombre de cas et que c'est pour ces cas qu'on peut se rattacher à l'idée d'un processus septique,

Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire.

M. Lenhartz, en s'appuyant tant sur des faits personnels que sur l'étude de la littérature de la question, soutient qu'au point de vue diagnostique la ponction lombaire donne des renseignements exacts sur la quantité et l'état de tension du liquide cérébro-spinal. Elle permet également de faire le diagnostic, soit d'après l'aspect seul, soit seulement après l'examen bactériologique du liquide, la soustraction d'un liquide purulent indiquant une méningite suppurée ou épidémique, et l'examen bactériologique, par la constatation des microorganismes (bacilles tuberculeux, diplocoques) indiquant la nature exacte de l'affection.

L'examen chimique du liquide peut encore fournir des renseignements précieux au point de vue diagnostique en ce sens que le liquide très albumineux indique ordinairement l'existence d'un processus inflammatoire franc.

L'effet thérapeutique de la ponction lombaire a été constaté dans la méningite séreuse aiguë ou chronique et dans la chlorose et les états qui en dépendent. Dans les cas du premier groupe on a noté après la ponction lombaire la disparition de la raideur de la nuque et du coma et le retour des réflexes pupillaires. Dans la chlorose les bons effets de la ponction lombaire sont dus à ce qu'en faisant disparaître l'œdème l'opérateur rend les capillaires perméables et la circulation cérébrale plus vive.

Un point intéressant à noter c'est que dans les cas où il existait des phénomènes cérébraux et où à l'examen ophthalmoscopique on trouvait une neuro-rétinite par étranglement (*Stauungspapille*) cette dernière persiste malgré les ponctions lombaires répétées qui ont pour effet de diminuer la pression intra-crânienne.

M. Deutsch soutient depuis 1887 que la neuro-rétinite par étranglement relève d'un processus inflammatoire. Cette hypothèse s'appuie sur l'observation clinique et l'expérience. Au point de vue clinique on sait qu'il n'existe pas une seule affection cérébrale où l'on ait observé cette neuro-rétinite en dehors d'un processus inflammatoire; qu'elle ne s'observe pas dans les hémorrhagies cérébrales même étendues et qu'enfin elle survient dans certaines méningites simples et dans la rétinite brightique où il n'existe pas d'augmentation de la pression intra-crânienne.

Les faits expérimentaux qui mènent à la même conclusion sont basés sur l'impossibilité de reproduire la neuro-rétinite par étranglement, en élevant simplement la pression intra-crânienne.

M. Aly a pratiqué plusieurs fois la ponction lombaire chez un enfant atteint d'hydrocéphalie inflammatoire. Les résultats obtenus ont été satisfaisants, mais de très courte durée.

M. du Mesnil a fait la ponction lombaire 21 fois chez 16 malades. Si le liquide ne s'écoule pas spontanément, il a recours à l'aspiration et retire 1 ou 2 centim. cubes de liquide.

Au point de vue diagnostique, il a pu sur 5 cas de méningite tuberculeuse trouver le bacille tuberculeux dans le liquide des trois malades. Dans la méningite cérébro-spinale épidémique on a constamment trouvé le diplocoque encapsulé de Fraenkel. Dans deux cas d'origine traumatique, le liquide cérébro-spinal était hémorrhagique.

Les effets thérapeutiques ont été dans tous ces cas très médiocres. Une amélioration notable n'a été constatée que dans un cas de méningite séreuse où l'on avait retiré 60 centim. cubes de liquide. Chez une chlorotique atteinte de céphalalgie violente, la soustraction de 3 centim. cubes a amené une amélioration subjective très appréciable.

M. Nonne a observé deux cas de chlorose grave compliqués de phénomènes cérébraux inquiétants. Ces faits, de même que ceux où l'on a fait la ponction lombaire, semblent montrer qu'il existe dans la chlorose une pléthore séreuse.

M. Lenhartz fait observer qu'en 1889 Proby a publié une série de cas de chlorose avec thromboses et phénomènes cérébraux graves. Les effets de la ponction lombaire sont dans les cas de ce genre tellement frappants qu'aucune hésitation au sujet de cette intervention n'est possible.

La ponction lombaire est encore indiquée dans les traumatismes cérébraux où l'hyperémie congestion aboutit à l'œdème du cerveau. C'est ainsi que M. Lenhartz a observé un malade amené à la clinique, après un traumatisme crânien, dans le coma, avec pupilles ne réagissant plus, etc. La soustraction de 18 centim. cubes de liquide cérébro-spinal a suffi pour faire disparaître les symptômes cérébraux, pour amener le retour de la connaissance et des réflexes pupillaires.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 26 Février 1896.

Tétanie hystérique.

M. Blazcek a présenté un malade qui, il y a cinq semaines, a été pris, au moment où il écrivait, de fourmillements dans les doigts, puis de crampes dans les muscles de la main. En très peu de temps, les crampes se transformèrent en une contracture de la main qui persista pendant six heures. Le lendemain, l'accès revint, accompagné cette fois d'une contracture douloureuse des muscles de la moitié gauche de la face, et de contracture des muscles des membres. Les jours suivants, les mêmes accès se compliquèrent de convulsions généralisées avec perte de connaissance.

On pensa tout d'abord à la tétanie. L'examen du malade a pourtant montré que le phénomène du facial faisait défaut. La compression des troncs nerveux des membres provoquait bien les accès de contracture, mais on pouvait les arrêter soit par la suggestion, soit en fléchissant fortement le pouce ou en mettant le gros orteil en flexion dorsale forcée. Ces faits plaidaient contre l'idée de tétanie. D'un autre côté, l'examen permit de constater l'existence d'un rétrécissement du champ visuel et d'une suggestibilité exagérée. Tout porte donc à croire que, dans ce cas, on a affaire à la tétanie hystérique.

M. Schlesinger fait observer que les cas de ce genre ne sont pas rares. Ce qui rend le diagnostic difficile, c'est que certains phénomènes, comme la surexcitabilité des muscles et des nerfs, considérés comme propres à la tétanie, se rencontrent également dans l'hystérie. Ce qui paraît tout à fait personnel à la tétanie, c'est l'exagération de l'excitabilité galvanique.

M. Weiss croit avoir remarqué que, dans la tétanie hystérique, la compression des troncs nerveux ne provoque pas d'accès.

Traitement thyroïdien dans l'obésité.

M. Schlesinger présente une femme atteinte d'obésité, traitée depuis six mois par des tablettes thyroïdiennes anglaises. Sous l'influence de ce traitement, la malade a perdu 32 kilogr., sans qu'il soit survenu des troubles généraux. Au commencement de cette année, on remplaça les glandes thyroïdes de mouton par celles de bœuf; on constata alors que la malade a commencé de nouveau à engraisser. Ce fait doit, d'après M. Schlesinger, être attribué à ce que la glande thyroïde de bœuf ne renferme pas la combinaison organique d'iode que l'on désigne ordinairement sous le nom de thyroïdine.

Le traitement thyroïdien a été essayé à la clinique de M. Schlesinger dans l'obésité, dans le goitre, dans la maladie de Basedow, dans l'acromégalie, dans la pseudo-leucémie et le lymphome malin. Dans tous ces cas, le seul effet obtenu a été l'amaigrissement, la diminution du poids des malades. Dans aucun de ces cas, il n'est survenu de phénomènes d'intoxication. D'une façon générale, M. Schlesinger considère l'albuminurie ou la glycosurie comme des contre-indications formelles du traitement thyroïdien.

M. Weiss fait observer que l'iode et les iodures produisent de très mauvais effets dans la maladie de Basedow.

M. Stekel est adversaire du traitement thyroïdien dans la maladie de Basedow par la raison que dans cette affection il existe une hypersécrétion de la glande thyroïdienne.

Pyohémie gonococcique.

M. Singer a observé 5 cas de métastase gonorrhéique dont un particulièrement intéressant chez une femme de 42 ans.

Cette femme souffrait depuis quelque temps de métrorrhagies, et dans l'espace des 4 dernières années on lui a fait 2 myomectomies par voie vaginale, la dernière en août 1895. Après cette intervention la malade a été prise de fièvre, de diarrhée, de tuméfaction douloureuse au bas-ventre, d'autres phénomènes encore dont l'ensemble a fait diagnostiquer une péritonite.

Après son entrée à l'hôpital la malade a eu à plusieurs reprises des frissons, et à la suite d'un de ces frissons elle présenta d'abord de la rougeur des téguments, puis tous les signes d'une arthrite du genou. L'examen de l'urine et du sang fait à ce moment a donné des résultats négatifs; mais l'examen de l'exsudat articulaire retiré par la ponction permit de constater la présence des gonocoques. Un second examen du liquide articulaire, fait à quelques jours d'intervalle a donné le même résultat.

Peu à peu le gonflement du genou diminua, mais il resta une ankylose. En octobre, il y eut une reprise des phénomènes d'irritation péritonéale qui céda à des infusions rectales. Un mois plus tard on nota l'apparition d'un décubitus à marche progressive, accompagné de fièvre, de frissons, et la malade finit par succomber avec des phénomènes de pyohémie. L'examen bactériologique du sang montra à ce moment la présence des staphylocoques; après la mort on trouva dans le sang des coli-bacilles à côté des staphylocoques.

L'autopsie confirma le diagnostic de pyohémie. La dissection du genou permit de constater une rétraction de la capsule, une destruction de l'appareil ligamentaire, l'usure dss surfaces cartilagineuses. Les cultures faites avec le péritoine et le liquide péritonéal restèrent stériles.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas c'est la constatation des gonocoques dans le liquide articulaire du genou, alors que toute source d'infection gonorrhéique faisait en apparence défaut. Le fait de la chute de la température après l'établissement de l'arthrite permet d'exclure avec beaucoup de probabilité la coexistence d'autres suppurations. Les particularités de cette observation viennent à l'appui de la longue durée pendant laquelle l'infection gonorrhéique peut rester latente. Il est probable que la malade avait depuis longtemps, dans sa muqueuse utérine, des gonocoques qui, à la suite de la dernière intervention ont envahi les vaisseaux et provoqué une pyohémie gonococcique.

Ordinairement la température n'est pas très élevée dans les infections gonorrhéiques, et c'est ainsi qu'on voit les symptômes locaux s'amender rapidement quand il survient une élévation considérable de la température, incompatible avec la vie des gonocoques.

M. Wertheim pense que tout l'intérêt de cette observation réside dans l'apparition d'une infection après l'intervention. Il ne croit pourtant pas que l'intervention soit la cause directe de l'infection. Ce qu'il faut incriminer c'est le traumatisme du tonus qui a été produit par l'opération et qui a favorisé l'invasion des gonocoques.

Quant à la fièvre dans l'infection gonorrhéique, M. Wertheim croit que les gonocoques supportent fort bien les températures de 40°.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Hôpital Saint-Antoine.

Le réflexe du fascia lata,

PAR M. BRISSAUD.

Leçon du 27 février 1895.

L'importance sémiologique des réflexes tendineux a fait oublier un peu les réflexes cutanés. Il n'est guère question de ces derniers que dans les observations de tabès, et lorsqu'on en parle ce n'est que pour signaler leur disparition ou leur retard, sans que ces données entraînent, d'ailleurs, une conclusion diagnostique de première valeur. Peut-être n'en sera-t-il pas toujours ainsi. Une communication toute récente faite par M. Babinski à la *Société de biologie* permet de supposer que les réflexes cutanés trouveront, à un moment donné, leur utilisation. M. Babinski a remarqué que « le mouvement réflexe consécutif à la piqûre de la plante du pied peut subir, dans les paralysies crurales reconnaissant pour cause une affection organique du système nerveux central, non seulement, comme on le sait, une modification dans son intensité, mais aussi une perturbation dans sa forme. »

La question d'intensité me semble devoir être réservée, jusqu'à plus ample informé, du moins pour ce qui a trait au réflexe plantaire. En effet, les différences d'intensité sont d'un sujet à un autre si considérables, qu'il est impossible de soutenir que le réflexe est diminué ou augmenté si l'on ignore les qualités de ce réflexe avant le premier examen. Je dis que les seules modifications dont on tire parti actuellement en clinique sont la disparition ou le retard de la contraction : je m'empresse d'ajouter que la « disparition » du réflexe plantaire, tout comme sa diminution d'intensité, n'a qu'une signification inconstante et trompeuse; car, chez beaucoup de gens, ledit réflexe *fait totalement défaut à l'état normal*. Mais je reviendrai tout à l'heure sur ce point.

Depuis longtemps les élèves de mon service ont pris l'habitude de relater soigneusement les caractères du réflexe plantaire, et je profiterai de l'intéressante communication de M. Babinski pour vous entretenir aujourd'hui de ce petit chapitre de sémiotique.

Tout d'abord je vous ferai remarquer que les désignations attribuées aux divers réflexes cutanés sont défectueuses. Par exemple, on appelle réflexe *plantaire* le mouvement de retrait du membre inférieur qui fait suite à l'excitation de la plante du pied; c'est donc le lieu de la partie excitée qui sert à définir le réflexe. Par contre on appelle réflexe *crémastérien* le soulèvement du testicule qui succède à l'excitation de la face interne et supérieure de la cuisse. Ce n'est plus ici la région excitée qui qualifie le réflexe : c'est le muscle qui entre en contraction. Il y a là une inconséquence de langage qui peut donner lieu à des méprises. Mais il ne m'appartient pas de la réformer.

La nature de l'excitation modifie très sensiblement la réaction musculaire qui est, suivant les cas, simple ou complexe. Attouchement, frôlement, piqûre, pincement déterminent peut-être autant de réflexes distincts? D'une manière générale on peut dire que l'intensité de l'acte réflexe est proportionnelle à celle de l'excitation. Il faut cependant considérer que certains actes musculaires provoqués par des excitations douloureuses sont, à n'en pas douter, très différents des réflexes proprement dits. Ainsi la piqûre un peu vive de la plante du pied donne lieu instantanément à une rétraction de la jambe qui n'est qu'un acte *automatique*, en d'autres termes un acte cérébral que la moelle a appris par cœur. Il est facile de s'en rendre compte : chez le nouveau-né la piqûre de la plante du pied ou toute excitation douloureuse suscite le plus souvent une agitation et des mouvements généralisés, et très rarement une contraction limitée aux muscles du membre excité. De même, chez les hémiplégiques privés du réflexe plantaire, dans les premiers jours qui suivent un grave ictus, l'excitation douloureuse de la voûte du pied a pour effet un soulèvement *des deux membres sains*. Lorsqu'on multiplie les excitations, les actes se compliquent et se combinent dans le but évident de repousser l'agent irritant. C'est là de l'automatisme au premier chef. Mais il n'y faut pas voir une manifestation d'ordre réflexe, seulement sous prétexte que la piqûre a été sentie.

Les vrais réflexes cutanés sont, en résumé, des actes beaucoup plus élémentaires, et le nombre en est très restreint. Ils résultent d'un simple attouchement; ils n'impliquent pas, ils excluent même toute sensation douloureuse perçue ou non perçue. Tel est le réflexe cornéen, tel est le réflexe crémastérien, tels sont les réflexes abdominaux, le réflexe anal, le réflexe auriculaire, le réflexe pharyngien, le réflexe plantaire. Je m'arrêterai à ce dernier.

Pour le produire, l'attouchement superficiel de l'épiderme plantaire suffit très souvent; mais plus souvent encore un léger frôlement est nécessaire. La région excitable est plus ou moins étendue. Tout dépend de la sensibilité individuelle. Chez les uns c'est la totalité de la

face plantaire, depuis le talon jusqu'à l'extrémité des orteils; tantôt c'est la voûte proprement dite; tantôt c'est la pulpe des orteils exclusivement, tantôt enfin, et le plus ordinairement, c'est une zone cutanée, oblique et longitudinale, correspondant à la limite commune des territoires du nerf plantaire interne et du plantaire externe.

Les explorations multipliées que nous avons faites à cet égard ne me permettent pas d'être plus précis. La première excitation provoque habituellement un réflexe plus vif que les excitations suivantes. Chez les sujets sains la sensation de contact ou de frôlement est toujours perçue, mais avec un caractère tout spécial — inconstant il est vrai — qui ne saurait être décrit et qui consiste dans le *chatouillement*. On est chatouilleux ou on ne l'est pas. Le nervosisme n'y est pour rien. Un malade de nos salles, névropathe autant qu'on peut l'être, perçoit toutes les excitations plantaires, et ne sait cependant pas ce que c'est que la sensation de chatouillement. Les frottements répétés sous la plante des pieds lui font le même effet — ni plus ni moins — que les mêmes frottements sur le front ou sur la poitrine: « Cela lui est absolument égal »; et notez cependant que le réflexe se produit chez lui sous la forme typique dont je vais vous parler dans un instant. Un de ses voisins, chez lequel toute trace de nervosisme fait complètement défaut, accuse une réflectivité plantaire poussée à l'extrême. Le moindre contact le fait bondir. Quelle modalité spéciale de « tempérament » s'affirme ainsi par une sensibilité exquise des neurones tactiles? Je ne vous le dirai pas. Il est, en tout cas, probable qu'il ne s'agit pas d'autre chose que d'une susceptibilité particulière des organes du tact mis en branle par une action mécanique, et indépendante de l'épaisseur de l'épiderme. Vous pouvez vous en assurer en constatant l'existence du même réflexe chez cet autre malade, nègre de la Martinique, habitué à marcher pieds nus, et dont l'épiderme plantaire est *au moins* aussi épais que de fortes semelles de cuir.

C'est à dessein que je vous engage à réduire au minimum les moyens de provoquer le réflexe plantaire : l'attouchement, le frôlement, le frottement; aucun de ces moyens n'entraîne de sensation douloureuse et par conséquent ne peut compliquer la réaction musculaire.

Quelle est donc la réaction la plus simple que l'excitation minima va produire?

Les traités de sémiologie sont muets sur ce point. Le petit manuel de Blocq et Onanoff (1) — qui est, je crois, le plus récent ouvrage de sémiologie nerveuse — est relativement explicite mais il souligne une erreur : « Il est facile de constater la contraction plus ou moins énergique de *tous* les muscles du membre inférieur à la suite de l'excitation plantaire ». Cela n'est vrai que pour les excitations fortes et prolongées. Encore arrive-t-il parfois que celles-ci semblent d'abord ne donner lieu à aucune réponse musculaire. Mais il faut y regarder de plus près, car si, après avoir découvert le sujet jusqu'aux hanches, vous excitez très légèrement l'épiderme plantaire, vous verrez presque toujours apparaître une contraction vive, instantanée et isolée du *tenseur du fascia lata*. Telle est la règle générale. Je dois ajouter que les exceptions paraissent obéir elles-mêmes à une règle : la moins rare consiste dans la contraction simultanée du *tenseur du fascia lata* et des *adducteurs cruraux*. La contraction isolée des adducteurs est, elle aussi, relativement commune; elle est accompagnée en général de celle du couturier. Enfin nous avons vu plusieurs fois le réflexe débuter par les adducteurs du côté opposé. Mais je répète, pour bien établir le fait, que la première contraction est, dans l'immense majorité des cas, localisée au *tenseur du fascia lata*.

1. *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, p. 429. Paris, Masson, 1892.

Si l'excitation est plus forte, si on la répète coup sur coup, l'effet de sommation se généralise, et le mouvement d'ensemble exécuté par le membre inférieur se décompose, comme l'a bien dit M. Babinski, en une série de flexions de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe et des orteils sur le métatarse. Il y a là un ordre de succession à peu près invariable, qui rappelle la loi de propagation des réflexes formulée par Pflüger, et dont le mécanisme intime n'est pas bien difficile à deviner.

Pour mieux affirmer encore ce qu'il y a de caractéristique dans cette contraction isolée du *tenseur du fascia lata* à la suite d'une excitation plantaire tout à fait superficielle, je vous renverrai à un de nos malades atteint de myélite aiguë centrale. Cet homme a une paraplégie flasque des deux membres inférieurs et des sphincters, avec des eschares et une diminution considérable de tous les modes de la sensibilité depuis la ceinture jusqu'aux orteils. Il perçoit encore les frottements à la plante des pieds, mais il n'éprouve plus comme autrefois la sensation de chatouillement. Or les frottements, les pincements, les piqûres ne provoquent chez lui qu'une seule contraction musculaire : celle du *tenseur du fascia lata*. Je ne m'attarderai pas à multiplier les exemples de ce genre. La constatation du fait en lui-même est des plus simples et il ne tient qu'à vous de le vérifier.

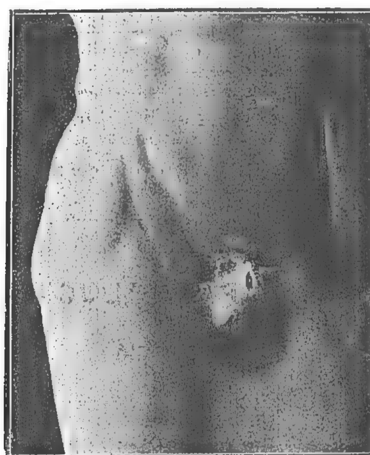


Fig. A.

Peut-être n'est-il donc pas inutile de vous dire comment se manifeste la contraction isolée du tenseur du *fascia lata*. Un détail d'anatomie morphologique que la statuaire grecque n'a jamais négligé mérite d'être signalé ici, d'autant que les dissections ne peuvent vous l'avoir appris — et pour cause. Le bord antérieur du muscle du *fascia lata* et le bord externe du couturier forment les deux côtés d'une dépression angulaire appelée *fossette fémorale* (1), dont le sommet est l'épine iliaque antéro-supérieure, et dont le fond est occupé par le tendon et les premières fibres du droit antérieur.

1. Richer, *Physiologie artistique de l'homme en mouvement*, p. 144 et 146. Paris, Doin, 1895.

On reconnaît la fossette fémorale chez les sujets bien musclés dans la station verticale; l'Hercule Farnèse vous en offre le meilleur spécimen, d'un schématisme outré. Mais elle est encore facile à distinguer sur le Faune en marbre rouge antique du Vatican, dont les formes sont moins athlétiques (*fig. A.*). Elle n'est jamais apparente dans le décubitus dorsal lorsque les muscles de la cuisse sont relâchés, à moins que le sujet ne soit d'une maigreur extrême; à plus forte raison ne peut-on la soupçonner sur le cadavre. Elle s'accuse franchement quand tous les muscles cruraux se contractent à la fois; alors en effet la proéminence du tenseur du *fascia lata* et du couturier rendent plus apparente l'excavation de l'interstice (*fig. B.*). Enfin, si le tenseur du *fascia lata* se contracte tout seul, le bord interne de ce muscle se rapproche du bord externe

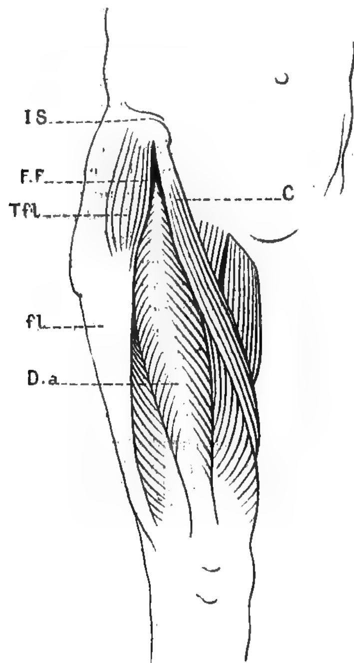


Fig. B.

IS. Epine iliaque antéro supérieure. — FF. Fossette fémorale. — TFl. Muscle tenseur du *fascia lata*. — D. a. Droit antérieur.

du couturier et fait saillir en dehors de ce dernier muscle un bourrelet linéaire qui vient recouvrir la fossette fémorale. C'est la soudaine apparition de ce bourrelet qui est la plus constante, la première et souvent l'unique riposte de la moelle motrice à l'excitation centripète des nerfs cutanés plantaires.

L'action physiologique du tenseur du *fascia lata* est parfaitement déterminée. Il fléchit la cuisse sur le bassin et il est rotateur en dedans. Mais il peut être aussi, comme son nom l'indique, exclusivement *tenseur* de l'aponévrose ilio-fémoro-tibiale. Dans ce dernier cas « il repousse en avant la masse du vaste externe ». De là il résulte que la cuisse, au moment de la contraction, devient plus cylindrique; les muscles affalés latéralement sont vivement ramenés au-devant du fémur, dans une attitude défensive. Le mouvement des adducteurs qui se dessine presque aussitôt après, modifie davantage encore la configuration du membre sans que les rapports des surfaces articulaires aient varié seulement d'une ligne. Chez la femme la forme de la cuisse est moins accidentée que chez l'homme, mais la secousse imprimée à tout le groupe musculaire antérieur par la brusque tension de l'aponévrose externe n'y est pas moins évidente.

Quelquefois, après une excitation simple, le tenseur du *fascia lata* reste en état de contraction tonique pendant cinq, six, dix secondes. La défiance de la moelle, éveillée par une première alerte, entretient même assez longtemps, chez quelques sujets particulièrement sensibles, une suractivité permanente du muscle — et exclusivement de ce muscle — qui se traduit par une série d'oscillations du tégument crural. Ce tremblement très significatif équivaut, dans l'ordre des actes réflexes, à ce que Broadbent appelle *expectant attention* dans l'ordre des phénomènes psychiques. On ignorerait cet éréthisme

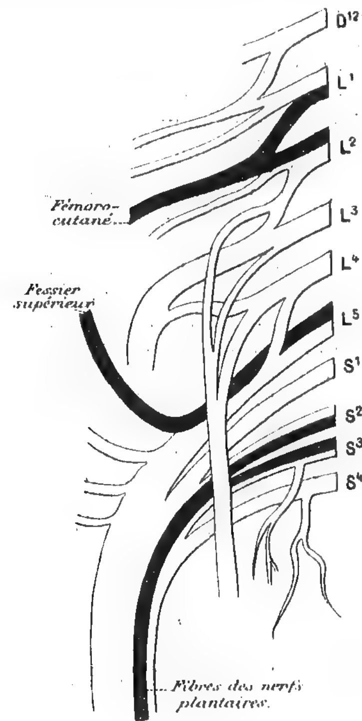


Fig. C.

Racines des plexus lombaire et sacré où sont indiquées en traits noirs les voies extra-spinales du réflexe du *fascia lata*.

prolongé de la fibre musculaire si l'on n'appréciait la valeur du réflexe plantaire que d'après les mouvements d'ensemble du membre.

Quelles voies nerveuses établissent une connexion entre les neurones plantaires et les noyaux moteurs du *fascia lata*? On sait que la plante du pied est innervée par trois nerfs : le saphène interne, le plantaire interne et le plantaire externe. Ces deux derniers, qui sont les plus importants, proviennent du tibial postérieur et sont, par conséquent, tributaires des deuxième et troisième racines sacrées. Le tenseur du *fascia lata* reçoit l'incitation motrice par la voie du fessier supérieur, nerf tributaire des quatrième et cinquième racines lombaires (*fig. C.*). Le trajet intraspinal de l'arc réflexe s'étend donc du niveau d'émergence des deuxième et troisième paires sacrées au niveau d'émergence des quatrième et cinquième paires lombaires, et ce détour ascendant des fibres centripètes prouve une fois de plus le défaut de concordance topographique des origines motrices et des origines sensitives des fibres radi-

culaires pour les réflexes les plus simples. Chez les vertébrés supérieurs, la métamérie n'est plus représentée, aux membres et à la tête, par des paires sensitivo-motrices destinées à des étages périphériquées superposés, comme cela existe chez l'amphioxus. Cette métamérie — je l'ai montré à l'occasion du zona du tronc — ne réalise que très approximativement le type primordial. On en retrouve cependant comme un lointain souvenir dans le réflexe abdominal. Le chatouillement de la peau sur le prolongement de la verticale mamelonnaire, à la hauteur de l'ombilic, au-dessus de l'ombilic, au-dessous de l'ombilic donne lieu à des réflexes des muscles abdominaux respectivement limités aux trois régions ainsi excitées. Au contraire, le tégument qui recouvre le tenseur du *fascia lata* est innervé par le musculo-cutané, branche des première et deuxième racines lombaires. Ici il n'y a plus superposition des départements nerveux sensisifs et moteurs puisque le tenseur du *fascia lata* est commandé par les quatrième et cinquième racines lombaires.

Je souhaite que ces remarques puissent servir un jour au diagnostic des localisations spinales; mais il faut au préalable accumuler les observations.

Les cas auxquels M. Babinski a fait allusion ne sont pas exceptionnels; vous constaterez chez un de nos malades, atteint de syringomyélie avec hémiparésie gauche, la coïncidence du réflexe du *fascia lata* avec le réflexe décrit par M. Babinski, c'est-à-dire le réflexe en extension des orteils sur le métatarse. Le mouvement des orteils a même ceci de particulier qu'il persiste pendant quelques instants comme une contracture. Chose curieuse, de ce même côté, le réflexe du *fascia lata* est retardé et moins accentué que du côté sain.

Il n'est pas encore question de tirer de là des conclusions. Mon intention n'était que de vous signaler l'existence du réflexe du *fascia lata*, sa constance, le moyen de le provoquer, et les voies probables qu'il parcourt de la périphérie au centre spinal et du centre spinal à la périphérie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Plaies de l'intestin traitées par le bouton anastomotique de Murphy,

Par M. le Dr Blanquinque (de Laon).

J'ai eu deux fois l'occasion d'employer le bouton de Murphy dans les circonstances suivantes :

Observation I. — *Anus contre nature; suture par l'anneau anastomotique de Murphy. Mort le 8e jour.* — H. Auguste, 39 ans, de Savy, entre à l'Hôtel-Dieu de Laon le 6 mai 1895, porteur d'un anus contre nature, siégeant dans l'aine gauche.

Opéré de hernie inguinale étranglée à l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, il avait été atteint de désordres cérébraux qui avaient empêché la réussite de l'opération primitive et des tentatives faites dans la suite pour oblitérer la plaie fistuleuse. Il arrachait le pansement, se levait, menaçait ses voisins de salle, et les manifestations délirantes devinrent telles qu'on dut l'interner à l'asile d'aliénés de Prémontré (4 octobre 1894). Là, sa situation s'améliora rapidement, et M. le directeur de cet établissement fit les démarches nécessaires pour que ce malheureux fût opéré de nouveau.

Je trouve dans l'aine une large plaie béante, à bords bourgeonnants, par laquelle s'écoulent les matières fécaloïdes; la peau avoisinante est enflammée, érythémateuse; en introduisant sonde, stylet ou doigt, il est impossible de sentir aucune trace d'éperon, et je me demande où est le bout inférieur de l'intestin.

Après avoir préparé le malade et m'être muni du bouton de Murphy, je pratiquai l'opération le 22 mai, avec l'aide de M. le Dr Lefebvre, mon collègue à l'Hôtel-Dieu, et de M. Blet, mon assistant ordinaire. Par une large incision, je fendis la paroi abdominale au-dessus de la fistule et j'isolai l'intestin dont la dissection fut très laborieuse.

Je trouvai un bout d'intestin presque aussi large que le cæcum, et, à 5 centimètres au-dessus de ce diverticulum, je découvris l'anse, aux dépens de la paroi libre de laquelle s'était fait l'anus contre nature.

Il ne s'agissait donc pas là de deux anses accolées en canon de fusil, mais d'une paroi d'intestin ulcérée, allongée par le retrait de l'iléon dans la cavité abdominale, ce dernier présentant une ouverture de 5 centimètres environ à la paroi opposée au mésentère. Après avoir ligaturé ce repli péritonéal, je réséquai 7 centimètres du viscère et j'appliquai le bouton de Murphy.

Lavage de la cavité péritonéale souillée par l'opération, désinfection de la plaie et suture de la paroi à 3 étages.

Le lendemain et le surlendemain, pas de fièvre, pas d'hyperthermie, pas de vomissements; mais le malade indocile ne garde pas l'immobilité dans son lit; il se lève même pour uriner le jour et la nuit.

Le 3e jour, selle liquide par l'anus, et jusqu'au 6e jour tout va bien, sans aucune complication. Le malade parle de rentrer chez lui, et je lui fais observer qu'il ne partira pas sans avoir rendu mon anneau. Dans la journée, il est pris de douleurs vives dans le ventre, le pouls devient misérable, la face se grippe, la région abdominale ballonnée devient très douloureuse au toucher. Température : 38°5. Enfin, vomissements fécaloïdes.

Le 29, je trouve le pouls filiforme, la peau froide, couverte de sueur visqueuse, légèrement cyanosée; on fait néanmoins une injection de morphine pour calmer les douleurs.

Le 30, même état; mort le soir.

A l'autopsie, nous constatons une péritonite généralisée produite par l'irruption des matières fécales dans la cavité péritonéale; les deux bouts d'intestin sont complètement séparés; il ne s'est fait aucune adhérence au moment de la chute de l'eschare et du bouton. Nous retrouvons celui-ci engagé dans le bout inférieur, à quelques centimètres de la section.

En dévissant les deux parties de ce bouton, nous voyons qu'il a été bien serré, mais que le but n'a pas été rempli puisque la production de l'eschare n'a pas amené d'inflammation adhésive de la séreuse intestinale.

Cela n'a rien d'antiphysiologique, car deux séreuses adossées ne contractent pas d'adhérences s'il n'y a pas d'inflammation. L'indocilité du malade a-t-elle causé une section trop vive de l'intestin et une chute trop rapide du bouton anastomotique?

C'est possible; je résolus néanmoins, si pareille occurrence se présentait, de renforcer le bouton anastomotique au moyen d'une suture en surjet.

Obs. II. — *Plaies de l'intestin. Suture par le bouton de Murphy. Mort le 27e jour.* — Le 29 novembre dernier, j'étais mandé en hâte près de M. R..., âgé de 47 ans, qui, dans un moment d'égarement, s'était ouvert le ventre avec son couteau. Ce blessé habite un faubourg de Laon; il a été trouvé dans un petit bois avoisinant sa maison, à genoux, soutenant dans ses mains ses entrailles sorties par la plaie. On le hisse dans une charrette et on le couche tout habillé dans son lit.

Je le trouve à 2 heures de l'après-midi — 3 heures après l'accident — couché sur le dos, sans souffrances, et refusant toute intervention opératoire.

Je le décide enfin à se laisser panser, et je constate une plaie de 15 centimètres de longueur, à droite de la ligne médiane, légèrement oblique de bas en haut, remontant un peu au-dessus du niveau de l'ombilic; ses bords, nettement tranchés, laissent échapper un paquet d'intestins gros comme le poing, que l'interne de l'hospice de Montreuil a enveloppé dans des compresses imbibées d'eau bouillie, en attendant mon arrivée. L'intestin grêle présente une section nette, complète jusqu'au mésentère; le bout supérieur porte deux petites plaies perforantes; le bout inférieur est déchiqueté, meurtri, et je dois en réséquer 2 centimètres.

Après avoir suturé les deux petites plaies, j'applique le bouton de Murphy sur les deux sections de l'intestin que j'abouche, et je fais un surjet au catgut sur tout le pourtour de l'anneau. Après avoir bien lavé l'intestin avec l'eau bouillie, je le rentre dans l'abdomen et je ferme les parois par une suture à 3 étages.

L'opération a été faite sans chloroforme; le blessé n'a fait aucun mouvement et n'a proféré aucune plainte.

Le 30 novembre, quelques hoquets; il n'y a pas eu de selles. R... ne souffre pas. A 10 heures du matin, il trompe la surveillance de son entourage et se jette par la fenêtre, de 5 mètres de hauteur. M. Blet le voit quelques heures après, fait une suture de la peau du front qui a été entamée dans une longueur de 7 centimètres et refait le pansement de la plaie abdominale (tous les jours on a dû le refaire à cause de l'indocilité persistante du blessé).

Dès le soir, vomissements fréquents de liquide jaunâtre, hoquets, mais pas de douleur. Pouls à 112. Champagne glacé coupé d'eau d'Alet; 2 injections de morphine et atropine.

Le 2, 3 et 4 décembre, les vomissements continuent; aucune évacuation par l'anus. Le ventre n'est pas ballonné, et il n'est sensible qu'au niveau de la plaie, dont les bords sont ecchymosés. Pilules d'opium et de calomel.

Le 5, un lavement purgatif a procuré une selle moulée sans coliques. Le blessé vomit moins; pouls à 90. Les injections hypodermiques sont supprimées; les pilules procurent un peu de sommeil.

Le 6, l'amélioration continue. On obtient de R... qu'il ne se lève plus pour uriner. On lui donne du lait coupé d'eau d'Alet.

Dans la nuit du 6 au 7, à 1 heure du matin, trompant encore une fois la surveillance de son entourage, il se lève, ouvre sa porte et fait 25 pas environ dans les champs jusqu'à ce qu'on le recouche dans son lit.

Malgré cette nouvelle incartade, je ne le trouve pas mal, son pouls est à 90, sa température à 36°5; 20 grammes de sulfate de soude nous amènent 5 ou 6 selles.

Le 9, j'enlève les fils de suture et je donne issue à deux cuillerées à café de pus.

Les jours suivants, un abcès pariétal se produit, un écoulement purulent se fait par deux ou trois points correspondant aux sutures, et le 17 j'aperçois des débris alimentaires qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fistule stercorale.

Le 19, l'écoulement diminue, les selles sont toujours régulières après lavement; je pense qu'après la migration du bouton de Murphy un point de la suture intestinale a dû céder, et j'espère que la fistule stercorale se guérira d'elle-même.

Les 21, 22 et 23, il s'écoule très peu de liquide, l'anneau après 24 jours n'a pas encore été rendu.

Le 23, le blessé accuse depuis 2 jours des douleurs vives dans un genou et dans le dos.

Depuis quelque temps, mes visites sont espacées, je ne le vois que tous les 2 jours; à ma dernière visite du 26 décembre j'arrivai pour constater son décès. Pendant ces deux derniers jours, il avait beaucoup souffert du ventre; le trajet s'était rouvert et l'écoulement avait repris; quelques hoquets, quelques vomissements avaient reparu, puis le malade s'était refroidi, et enfin, 27 jours après s'être frappé, il avait fini par succomber.

R... n'avait pas voulu qu'on me prévînt dans la crainte de prendre des médicaments désagréables, et son entourage n'avait pas insisté. J'aurais peut-être pu faire une nouvelle laparatomie et une seconde tentative de suture si j'avais été prévenu la veille ou l'avant-veille de sa mort.

J'attribuai ce dénouement à une péritonite par perforation, au moment où les fils de catgut avaient cessé de maintenir l'intestin.

On ne peut certainement pas tirer de conclusions fermes de deux faits observés dans des conditions aussi mauvaises : le premier opéré étant un aliéné et le second ayant tout fait pour faire échouer l'opération. On peut cependant en induire qu'il ne faut pas se fier entièrement au bouton de Murphy, et qu'il faut néanmoins faire une suture à points serrés et *avec du fil de soie*.

Lors de ma deuxième opération, je n'avais à ma disposition ni aiguilles convenables, ni fils de soie et j'ai employé le catgut pour faire mon surjet, espérant que les tuniques de l'intestin auraient contracté des adhérences suffisantes au moment de la résorption du catgut; il n'en a rien été, et si j'avais pu faire l'autopsie, j'aurais vraisemblablement constaté que la suture avait fini par céder sur une assez grande étendue.

Le bouton de Murphy est un excellent support pour faire une bonne suture rapide, comprenant toute la paroi de l'intestin, soutenant cet organe pour le cas où les adhérences ne seraient pas encore solides au moment de sa migration.

Il ne faut donc pas prendre à la lettre ce que dit M. le Dr Villard, prosecteur à la Faculté de Lyon, dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 23 mars 1895: « Lorsqu'on a fortement serré les deux moitiés du bouton, on doit s'assurer de l'adossement parfait des surfaces séreuses sur tout le pourtour, et dans le cas où un point serait douteux on pourrait placer là une suture de Lembert. Mais ceci ne doit pas se produire lorsque la fixation de l'intestin sur chacune des moitiés a été bien effectuée. Nous ne croyons pas utile de placer d'une façon systématique, comme on l'a voulu, une suture de renforcement : c'est prolonger l'acte opératoire dans une intervention dont le mérite principal est la rapidité. »

J'avais parfaitement serré les deux portions du bouton chez mes deux opérés, et la preuve c'est que les accidents n'ont apparu qu'après la section des tuniques de l'intestin, c'est-à-dire après le 6e jour, et, à l'autopsie, les deux portions de bouton gardaient encore une bague d'intestin avec les fils qui les avaient fixées. La mortification des parties serrées n'avait donc pas produit d'adhérences de la séreuse intestinale, et le bouton qui maintenait les deux portions d'intestin accolées ayant commencé sa migration, celles-ci s'étaient séparées.

Dans la seconde opération, si la mort n'est survenue que le 27e jour, c'est que le catgut a tenu bon pendant ce laps de temps.

J'ai cru de mon devoir de publier ces deux faits malheureux au moment où le bouton de Murphy, encore à l'étude, a déjà suscité de nombreux travaux et subi plusieurs modifications.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en janvier et février 1896.

M. Oudjian. *Des éruptions médicamenteuses d'origine interne (éruptions pathogénétiques de Bazin).* N° 101.

M. Redhou. *Les troubles cardiaques dans l'hystérie.* N° 117.

M. Guiard. *Étude de la glande thyroïde dans la série des vertébrés et en particulier chez les sélaciens.* N° 123.

M. Laboureur. *Étude sur l'énanthème de la varicelle.* N° 126.

Signalées par les auteurs depuis longtemps, ces éruptions furent bien étudiées par Bazin; depuis, nombre de travaux ont par ce sujet dont M. Oudjian rappelle l'histoire.

Envisageant non seulement les éruptions consécutives à l'absorption de médicaments mais aussi celles qui surviennent si fréquemment dans les inoculations de vaccins et après les injections sérothérapiques, l'auteur rappelle la classification de M. Gaucher et insiste sur ce fait qu'on a presque toujours affaire à une éruption polymorphe. De cette étude, M. Oudjian tire les conclusions qui suivent :

Tous les médicaments sont capables de produire des éruptions

médicamenteuses, non seulement les médicaments absorbés par la voie gastrique, mais encore les sérums, les anti-toxines et les vaccins, soit inoculés, soit injectés. Ce n'est pas le médicament qui fait l'éruption, c'est le malade, le même médicament pouvant produire des éruptions différentes; plusieurs médicaments pouvant donner lieu à la même éruption.

Il y a deux grands types d'éruption médicamenteuses : l'érythémateux et le bulleux. L'un se termine le plus souvent par desquamation, l'autre donne lieu à des croûtes, à des ulcérations, voire même à des gangrènes. A côté de ces deux grands types se placent les éruptions polymorphes, pétéchiales, pigmentaires, nodulaires. L'aspect clinique d'une éruption médicamenteuse ne peut entraîner le diagnostic de sa cause que si les conditions suivantes se réalisent : aspect spécifique dans quelques cas rares, début subit, symétrie, coïncidence de phénomènes d'intoxication, prise antérieure à l'éruption du médicament, amélioration rapide de l'éruption par suppression du médicament, recherche du médicament dans l'urine.

La pathogénie des éruptions médicamenteuses d'origine interne est complexe, elle est toute entière dans : 1° l'altération irritative, dynamique ou matérielle du tube gastro-intestinal; 2° l'irritation directe toxique ou réflexe vaso-motrice du système nerveux; 3° l'état du système glandulaire d'excrétion. Les éruptions médicamenteuses sont de véritables dermato-neuroses toxiques.

Leur traitement est : prophylactique, en supprimant ou évitant la cause; curatif, par le traitement général; éliminateur et antiseptique, par le traitement local avant tout calmant et émollient.

Dans son étude, inspirée par M. Talamon, M. Redhou aborde la question des troubles cardiaques et des cardiophathies dans la grande névrose.

Il étudie successivement :

1° Les précordialgies ou cardiodynies hystériques, troubles de la sensibilité analogues à ceux que l'on observe dans les autres régions du corps et se présentant avec les mêmes caractères : zones *hyperesthésiques*, zones *hystérogènes*.

2° La *crise cardio-hystérique*, équivalent d'une crise d'hystérie partielle, locale et se traduisant par *angine de poitrine, syncope, tachycardie, palpitations*.

3° L'hystérie *simulant une affection cardiaque*. Discussion des *bruits anormaux cardiaques* d'origine hystérique.

4° L'association de l'hystérie et des cardiopathies et leurs rapports. Cette étude conduit M. Redhon à conclure que :l'hystérie produit, dans la région cardiaque, des troubles de la sensibilité subjective ou objective (cardiodynie, angine de poitrine), et des troubles de la mobilité (syncope, tachycardie, palpitations).

Souvent ces divers accidents sont associés chez le même individu et les troubles de la mobilité sont souvent sous la dépendance des troubles de la sensibilité.

Ces symptômes fonctionnels éveillent très vite chez le malade l'idée d'une maladie de cœur. Le diagnostic peut même être difficile pour le médecin dans certains cas, surtout quand il y a des souffles extra-cardiaques surajoutés.

Ces bruits anormaux semblent assez fréquents dans l'hystérie; mais le mécanisme de leur production est le même que dans toutes les autres affections. La névrose ne fait que faciliter leur production par les troubles qu'elle détermine dans les contractions cardiaques.

La question du diagnostic est très importante, parce que le pronostic et le mode de traitement en découlent.

Quand l'hystérie et la cardiopathie sont réunies sur le même sujet, elles s'influencent réciproquement; l'hystérie aggrave les cardiaques; la cardiopathie exagère les phénomènes hystériques. Mais de même que l'hystérie ne crée pas la cardiopathie, la maladie de cœur ne crée pas d'emblée l'hystérie chez un individu non prédisposé.

M. Guiard termine son étude en la résumant ainsi :

La glande thyroïde existe chez tous les vertébrés.

Elle est morphologiquement homologue à la glande hypobranchiale de la larve des cyclostomes et à une partie de la gouttière hypobranchiale de l'amphioxus et des tuniciers.

Elle dérive de la paroi ventrale du pharynx par une double origine. L'ébauche impaire donne naissance à la glande principale; l'ébauche paire aux glandes accessoires. Celles-ci se rapprochent de plus en plus de la glande principale à mesure que l'on s'élève dans la série des vertébrés, et même, chez quelques mammifères, elles peuvent se fusionner avec elle.

Chez les vertébrés supérieurs, l'ébauche impaire se divise secondairement en deux lobes qui pourront même se séparer complètement; chez les vertébrés inférieurs, la division ne se fait pas.

La glande thyroïde doit être considérée comme une glande en grappe ayant perdu ses canaux excréteurs et dont les acini terminaux sont devenus de la sorte des vésicules closes.

L'épithélium de ces vésicules glandulaires sécrète la substance colloïde qui s'accumule dans leur cavité. Lorsque ces vésicules sont gorgées, elles se déchirent et déversent leur contenu dans les espaces lymphatiques environnants, d'où il arrive dans l'appareil circulatoire. Les vaisseaux lymphatiques constituent donc les nouveaux canaux excréteurs de l'organe.

Il semble que la glande thyroïde serve à extraire du sang une substance albumineuse phosphorée (thyro-nucléo-albumine) qu'elle neutraliserait par une sécrétion propre (thyro-antitoxine), la transformant en même temps en un nouveau corps qui, déversé dans l'appareil circulatoire, concourrait vraisemblablement à la nutrition et surtout au développement de l'animal.

A la suite de l'extirpation ou de l'atrophie de l'organe, la neutralisation ne se faisant plus, la thyro-nucléo-albumine s'accumule dans l'organisme et produit la tétanie ou le myxœdème. Le traitement rationnel consistera alors dans l'ingestion de lobes thyroïdiens qui restitueront ainsi à l'organisme la substance neutralisante.

Lorsqu'il y aura au contraire suractivité de l'organe, la thyro-antitoxine l'emportera sur la thyro-nucléo-albumine; elle deviendra toxique à son tour et donnera naissance aux accidents du goitre exophthalmique. Le traitement rationnel pourra être médical ou chirurgical. Le traitement médical consistera à fournir à l'organisme une plus grande quantité de poison à neutraliser (traitement de Gilbert Ballet et Enriquez). Le traitement chirurgical consistera dans l'extirpation partielle de l'organe pour diminuer ainsi la quantité de substance neutralisante.

La fonction de la glande thyroïde semble en rapport avec l'assimilation de certains produits phosphorés. Elle agirait par là sur la croissance et la reproduction.

Mais rien ne prouve que la glande thyroïde remplisse une fonction aussi importante dans la nutrition chez les vertébrés inférieurs. En effet, les échanges étant moins importants chez ceux-ci, il se pourrait que la glande jouât un rôle moins considérable.

Dans cette thèse, M. Laboureur étudie les éruptions de la varicelle sur les muqueuses, point sur lequel a déjà insisté M. le Dr Comby. Après avoir rappelé les divers caractères de l'éruption cutanée suivant les formes, l'auteur décrit les énanthèmes, qui ne sont pas absolument exceptionnels, mais cependant rares.

Dans la bouche et sur le pharynx les vésico-bulles se crèvent et laissent des petites ulcérations qui marchent vers la guérison rapide. Leur nombre peut quelquefois entraîner des phénomènes locaux et des troubles fonctionnels d'une certaine intensité.

A la vulve l'énanthème est toujours très bénin et évolue vite. Sur le gland et le prépuce il est très rare.

A l'œil, il peut siéger sur la conjonctive palpébrale et oculaire; parfois il envahit la cornée (1 cas) et peut alors laisser persister un leucome.

On a signalé aussi l'éruption sur la muqueuse laryngée; dans un cas cette complication fut constatée à l'autopsie; mais la mort pouvait être imputée à une broncho-pneumonie.

En somme, le pronostic n'est point assombri par l'énanthème, et le diagnostic est très simple. Quant au traitement, il ne comporte aucune indication spéciale autre que la propreté, l'hygiène et l'antisepsie.

L'auteur termine son travail en concluant ainsi :

La varicelle s'accompagne assez fréquemment d'éruptions sur

les muqueuses : bucco-pharyngiennes, laryngée, oculaires (conjonctive et cornée), génitale (vulve et gland).

Ces éruptions peuvent s'accompagner de phénomènes intenses et très douloureux, ou, au contraire, ne produire qu'une douleur légère et des troubles fonctionnels peu appréciables.

Sur la cornée elles peuvent laisser des opacités persistantes.

Elles n'aggravent pas, sauf dans cette dernière circonstance, le pronostic de la varicelle.

Leur traitement ne présente rien de spécial.

Le diagnostic se fait par la constatation, sur la surface cutanée, d'une éruption caractéristique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Myélite aiguë (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der acuten Myelitis), par Pfeiffer (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. VII, livraisons 3 et 4, p. 331). — Il s'agit d'un individu âgé de 43 ans et chez lequel la maladie a débuté au mois de juin 1893 par des douleurs dans le dos et des paresthésies dans les extrémités inférieures; il éprouvait, en outre, une sensation de fatigue qui apparaissait après tout effort corporel. On avait diagnostiqué un rhumatisme et prescrit un traitement en conséquence. Mais la maladie ne faisait que s'aggraver. Ainsi les douleurs allaient en augmentant; des douleurs en ceinture se développaient et la marche prenait un caractère spasmodique. Trois semaines après le début de la maladie, rétention d'urine et élévation de température; puis, au bout de peu de temps, paralysie motrice et sensible de toute la moitié inférieure du corps avec disparition des réflexes et eschares de décubitus au niveau du trochanter. La température commença à baisser et le malade avait de temps à autre du délire. Un mois et demi après, cystite purulente avec incontinence par regorgement et perte des matières. Le malade avoue avoir fait quelques excès éthyliques. Pas de syphilis.

Etat actuel. — La colonne vertébrale n'est pas douloureuse et ne présente pas de difformités. Paraplégie complète : paralysie des muscles du bassin et de l'abdomen et disparition de la sensibilité jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde. Abolition des réflexes. Paralysie des sphincters vésical et anal. Les extrémités supérieures ne sont pas prises; mais on y observe de temps à autre des contractions dans le domaine du cubital droit. Le malade a succombé le 5 août 1893. On a enlevé la moelle épinière deux heures après la mort. La dure-mère ne présente rien d'anormal. Sur des coupes, au-dessus du renflement cervical, il sort de la corne antérieure une masse de couleur jaunâtre et visqueuse. Ramollissement de la région dorsale. L'examen d'une petite portion de la région ramollie montre des corps granuleux en petit nombre et disposés en amas, des fragments de fibres nerveuses; mais il n'y a pas de pus. Le maximum de la lésion se trouve dans la région dorsale inférieure et dans la région lombaire. La configuration de la substance grise est difficilement reconnaissable. C'est à peine si on reconnaît le contour des cornes antérieures, car la surface de la coupe est parsemée d'îlots fortement colorés, ce qui donne à la sectioe un aspect marbré. A la coupe, la forme de la section est normale, ou bien une des moitiés est plus grande que l'autre. Certaines racines sont pâles. Au microscope on trouve un épaississement considérable de la pie-mère, constitué par la prolifération des cellules rondes. Çà et là il y a des corps granuleux. Autour des vaisseaux, des globules sanguins ou des cristaux d'hémosidérine. La lumière des artères est réduite à cause de l'hypertrophie de leurs parois; les petits vaisseaux sont presque oblitérés, les veines présentent les mêmes lésions et leur gaine externe est entourée quelquefois de cellules embryonnaires. L'aspect est variable et dépend de la part que prennent au processus les tuniques des vaisseaux.

La névroglie est parfois hyperplasiée autour des vaisseaux. Le cylindre-axe et la gaine de myéline sont gonflés. En certains points la myéline est fragmentée et le cylindre-axe a disparu. D'ailleurs on rencontre la plupart des lésions comme dans la myélite. Les cellules nerveuses sont altérées, disparition des prolongements; rétraction, vacuolisation des lésions qui aboutissent à l'atrophie de la cellule nerveuse. L'intensité de l'altération de la moelle épinière ne paraît pas être sous la dépendance des lésions de la pie-mère. On n'a pas trouvé de microbes. Au niveau du tiers moyen de la région dorsale, les lésions sont moins accentuées. Le contour de la substance grise est plus net, les lésions de la pie-mère et des vaisseaux diminuent également d'intensité. Il en est de même pour la substance blanche. Dans la région dorsale supérieure, des lésions ne se présentent plus sous forme de foyers isolés ou confluents. La substance grise du côté gauche est ramollie, quelquefois creusée de cavités. La substance blanche est à peu près normale. On trouve disséminés des cylindres-axes hypertrophiés aux parties périphériques de la moelle. Au niveau du renflement cervical l'altération est limitée dans la corne antérieure droite. La moelle allongée n'a pas été examinée.

Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales, par Ch. Féré (*Rev. de médecine*, février 1896, p. 115). — Etude sur les atrophies des membres dans l'hémiplégie spasmodique infantile. L'auteur donne plusieurs tableaux de mensuration comparatives; il insiste sur les atrophies de la main et du pied, et notamment sur l'oligodactylie cubitale et péronéale (atrophie des 2 derniers doigts et orteils).

MÉDECINE

Sur une cause de rechutes dans les oreillons et une complication possible de ces rechutes, par E. Albert (*Revue de médecine*, octobre 1895, p. 850). L'auteur a observé chez deux élèves trompettes d'un régiment des récidives d'oreillons (3 chez chacun d'eux) suivies d'une tuméfaction persistante de la glande parotide. Il pense que la profession de ses malades explique ces anomalies.

Tétanos rhumatismal (Sull'eziologia del tetano reumatico), par T. Carbone et E. Perrero (*Giorn. d. Accad. di medic. di Torino*, nov. 1895, p. 593). — Homme de 38 ans, pris de tétanos peu d'heures après avoir été exposé pendant plusieurs heures à une pluie torrentielle : dysphagie, trismus, opistothonos; mort en 6 jours. A l'autopsie, légère hyperémie des méninges, dilatation modérée des ventricules latéraux, hyperémie de la substance grise encéphalique et surtout du bulbe et de la moelle; bronchite modérément intense. Bacille de Nicolaïer dans le mucus bronchique. L'auteur tend à admettre que l'infection par le bacille en question s'était faite par les bronches.

Action du taurocholate de soude (Azione del taurocolato di soda tul cuore, sui vasi e sul sangue), par A. Sorrentino (*La medicina contemporanea*, janvier 1896, p. 18). — D'expériences sur les animaux, l'auteur conclut que le taurocholate de soude est un médicament cardiaque, qui doit être rangé parmi les neuro-cinétiques du cœur; son action sur le cœur se traduit par le ralentissement de ses battements et l'abaissement de la pression sanguine; à dose élevée, il diminue toujours la pression, mais produit une accélération plus ou moins notable des battements du cœur.

Le ralentissement du pouls est dû à l'excitation des ganglions modérateurs; l'accélération qui succède à l'emploi des doses toxiques est due à la paralysie de ces ganglions. La diminution de la pression est en rapport avec l'excitation de l'appareil modérateur du cœur et avec la dilatation vasculaire.

Les doses toxiques abaissent la pression, parce qu'elles paralysent le myocarde. La dilatation vasculaire est la conséquence d'une action périphérique du médicament. Un long usage du taurocholate de soude altère la crase sanguine en diminuant le nombre des globules rouges et la proportion d'hémoglobine.

Chorée (Corea in due cardiopatici), par R. Massalongo (*Riforma medica*, 4 et 5 décembre 1895, p. 651 et 663). — La

chorée mineure peut compliquer les affections cardiaques quand existent : 1° l'auto-intoxication habituelle aux cardiopathes (irritation chimique); 2° une artérite chronique troublant les conditions locales de la circulation cérébrale; 3° l'œdème histologique du cerveau; 4° une méningite chronique même partielle, mis localisée dans les points correspondant aux zones motrices corticales.

Endocardite ulcéreuse blennorrhagique, par Thayer et Blenner (*Arch. de médec. expériment*, novembre 1895, p. 701). — A l'autopsie d'une femme ayant succombé à des accidents septicémiques avec troubles cardiaques, la face supérieure de la valvule mitrale présentait des végétations dont la plupart se détachaient assez facilement et des thrombus assez mous, mais n'ayant pas subi le ramollissement puriforme. Au niveau de ces lésions, diplocoques offrant tous les caractères du gonocoque (décoloration par le Gram, absence de culture sur les milieux ordinaires de laboratoire).

CHIRURGIE

Lipome de la base de la langue, par M. L. Martel (*Revue de chir.*, 1896, n° 1, p. 52). — L'observation, intéressante par la rareté extrême et le siège peut-être unique de la tumeur, se rapporte à un homme de 67 ans opéré 35 ans auparavant d'une petite tumeur qui occupait la base de la langue.

Depuis 2 ans environ, le malade a éprouvé des symptômes analogues à ceux qu'il avait ressentis autrefois lorsqu'il était porteur de la petite tumeur : un peu de gêne de la déglutition et de la phonation. Actuellement la tumeur gêne de plus en plus la déglutition et cause un léger embarras de la parole.

Lorsqu'on fait ouvrir simplement la bouche au malade, on ne voit rien d'anormal dans la cavité buccale; mais le malade peut faire paraître la tumeur en soulevant son larynx et en resserrant le segment inférieur du pharynx. On peut aussi la faire apparaître en comprimant latéralement le pharynx : on exprime ainsi la tumeur de sa loge habituelle. On la voit alors située entre les piliers palatins, comblant presque en entier le vestibule bucco-pharyngien, atteignant en arrière la paroi postérieure du pharynx et en haut séparée à peine du bord inférieur du voile du palais. Sa surface est lisse, unie et brillante; la muqueuse qui la recouvre est d'une teinte rosée et parcourue par quelques rares et grêles arborisations vasculaires. La tumeur est molle, fluctuante et dépressible. En s'appuyant sur ces caractères, M. Ollier, dans le service duquel le malade était entré, fait le diagnostic de lipome de la langue.

L'opération a consisté en une simple incision transversale sur la partie saillante de la tumeur : immédiatement celle-ci a fait hernie à travers la boutonnière et se décortiqua presque spontanément de sa capsule. Une légère traction a suffi pour achever la décortication et pour briser le pédicule. Aucune hémorrhagie. Guérison en quelques jours.

L'examen microscopique confirma le diagnostic clinique de lipome.

Laparotomie avec extraction d'un enfant vivant dans un cas de grossesse extra-utérine à terme (Ein glücklich operirter Fall von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft mit lebender Frucht), par Reismann (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 1, p. 10). — L'observation se rapporte à une tripare amenée à la clinique pour des douleurs d'accouchement datant de 24 heures. L'examen ayant montré qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine avec enfant vivant, on fit la laparotomie et, après incision du kyste fœtal, l'extraction d'un enfant vivant. Le décollement du placenta a pu être fait assez bien, mais les membranes étaient tellement adhérentes aux viscères, et particulièrement à l'utérus, qu'on a été obligé d'en laisser une partie. Pour éviter la marsupialisation de la poche, l'auteur eut l'idée de faire l'hystérectomie — ce qui lui permit d'enlever une partie des membranes — et de drainer la poche par le vagin, après avoir fermé la plaie abdominale. Suites opératoires troublées par un mouvement fébrile et une thrombose de la veine crurale gauche. Guérison au bout de 3 semaines.

L'enfant est né avec le syndrome de l'hémiplégie spasmodique droite cérébrale, qui ne disparut pas dans la suite.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Aristol.

Définition. — L'aristol est un *thymol biiodé*, exactement *biiodure de dithymol*. C'est un produit très actif, dont les effets sont comparables à ceux de l'iodoforme. Il contient 46,02 p. 100 d'iode.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, l'aristol est au contraire très soluble dans les huiles grasses et la vaseline, et peut être ainsi utilisé en hypodermie.

Propriétés thérapeutiques. — Antiseptique énergique et non toxique. On pourrait théoriquement en injecter sans danger des doses relativement considérables : en pratique, la douleur qui accompagne l'injection et les effets excitants de ce médicament sur les muqueuses des voies respiratoires, ne permettent que des doses modérées.

Contrairement à l'opinion de Nadaud (de La Rochefoucauld), l'élimination de l'aristol ne se fait pas *principalement* par la respiration, mais plutôt par les urines où on le retrouve presque en totalité à l'état d'iodure alcalin et de thymol (Quinquaud).

L'aristol a été préconisé contre la tuberculose pulmonaire par Eischoff, Grouzdeff et surtout par Nadaud (de La Rochefoucauld). D'après ces auteurs, l'aristol agirait comme modificateur de la nutrition générale et amènerait la disparition rapide des sueurs nocturnes, la diminution des bacilles dans les crachats, une atténuation marquée de la toux.

Ces résultats ne semblent pas avoir été aussi constants pour tous les malades chez lesquels le traitement par l'aristol a été institué. Même en tenant compte des réserves consignées dans le premier mémoire de Nadaud, rapporté par Hérard, et qui limite les indicationsdu médicament aux lésions du 1er et du 2e degré, on s'exposerait à des mécomptes en l'appliquant sans distinction à tous les phthisiques compris dans cette catégorie. L'aristol ne paraît en effet avoir donné des succès que dans les cas de tuberculose à marche lente, à forme torpide, et sans élévations thermiques. L'action de l'aristol sur la température n'a été observée que chez 7 malades sur 25, et seulement après la première semaine de traitement (Grouzdeff). Inversement, on a noté une augmentation de l'expectoration, une tendance à la congestion pulmonaire et à la fièvre, chez des sujets présentant une évolution plus rapide de leur tuberculose.

En résumé, les applications de l'aristol, en hypodermie pratique, sont assez restreintes : mais en raison de sa moindre toxicité, on le substituera avec avantage à l'iodoforme dans toutes les formules dans la composition desquelles entre cette dernière substance (gaïacol-iodoformé, eucalyptol iodoformé, créosote et iodoforme). Nous reviendrons du reste sur ces associations, à propos de ces médicaments.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* inusité. — *Chez l'adulte :* 10 à 45 centigrammes par injection et par 24 heures.

Effets de l'injection.

a) Immédiats. — L'injection est très douloureuse, contrairement aux assertions de Nadaud. — Presque tous les malades se plaignent d'un vif sentiment de brûlure qui persiste pendant 3 heures au moins et s'accompagne d'une sensation gravative locale assez pénible et persistant 2 et 3 jours.

b) Eloignés. — Elimination assez rapide par les urines. Peu ou point de phénomènes d'iodisme. Généralement amélioration des crachats qui deviennent plus fluides et d'une élimination plus facile, sans diminuer notablement de quantité. Suppression assez fréquente des sueurs nocturnes.

FORMULES

Aristol	1 partie.
Huile d'amandes douces	10 parties.

1 centimètre cubes.

Eischoff.

Aristol.	1 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée.	100 cent. cubes.

1 à 3 centimètres cubes par jour.

Nadaud (de La Rochefoucauld).

(Cette dose, notablement insuffisante, doit être portée à 10 et même 15 centimètres cubes.)

Association. — En dehors des combinaisons dont il est parlé plus haut, on a tenté d'introduire de la cocaïne dans l'injection pour la rendre moins douloureuse. Si on obtient ce résultat dans la première 1/2 heure qui suit la piqûre, il n'en est pas de même après ce temps écoulé : les sensations pénibles semblent en être augmentées. Le praticien devra donc repousser cette association.

FORMULE

Aristol.	1 à 15 gr.
Oléate de cocaïne	1 gr.
Huile d'amandes douces. . .	100 cent. cubes.

1 à 3 centimètres cubes.

Grouzdeff.

G. Maurange.

Traitement des cystites chroniques douloureuses et en particulier des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'huile de gaïacol, d'huile de carbonate de gaïacol simples ou iodoformées,

Par le Dr Gabriel Colin.

M. J. Lucas-Championnière ayant préconisé le gaïacol comme anesthésique local dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 30 juillet 1895, nous eûmes l'idée d'en essayer l'emploi dans le traitement des cystites à forme particulièrement douloureuse. Nous pensions d'abord seulement utiliser le gaïacol au point de vue anesthésique; par la suite, nous avons constaté la puissance antiseptique et surtout antibacillaire de cet agent thérapeutique seul et surtout associé à l'iodoforme.

Je soignais précisément à cette époque deux malades atteints de cystite et chez lesquels je désespérais presque du succès, ayant tenté sans grand résultat les divers traitements préconisés; il restait comme ressource dernière l'ouverture hypogastrique de la vessie lorsque apparut la communication de mon maître et que me vint à l'esprit l'idée de tenter le traitement des cystites douloureuses par le gaïacol. Chez le premier malade, atteint d'une cystite blennorrhagique chronique, j'utilisai l'huile gaïacolée; chez le second, qui était bacillaire, je pensai qu'il serait bon de joindre au gaïacol l'iodoforme et je fis des injections intra-vésicales d'huile de gaïacol iodoformée. L'état de ces deux malades s'améliora très rapidement, et, encouragé par ces faits je continuai la série de mes expériences. Ayant eu bientôt l'occasion de me rendre compte que le gaïacol était plus irritant, et par suite plus douloureux que le carbonate de gaïacol, j'employai celui-ci en solution huileuse pure ou iodoformée et je n'eus qu'à me louer de ces essais. Les résultats que j'ai obtenus par ce traitement me semblent supérieurs à ceux que donnent le sublimé (1) et le formol (2), qui est très irritant et très douloureux.

J'ai pensé aussi qu'il pouvait, dans quelques cas, être utile d'associer au traitement par l'huile de gaïacol ou de carbonate de gaïacol, purs ou iodoformés, l'ancien traitement par le sublimé : l'expérience est encore trop récente pour qu'il me soit permis de me prononcer. Le traitement général devra aussi, surtout dans les cystites tuberculeuses, faire l'objet de tous nos soins.

Je n'ai donc pas la prétention de conclure avec quatre observations, bien qu'elles soient toutes en faveur du gaïacol. J'ai voulu seulement exposer le résultat de mes recherches premières sur cette question et ouvrir une voie qui sera peut-être bonne à suivre.

L'indication première de l'emploi du gaïacol dans la thérapeutique des cystites a été pour moi, comme je l'ai déjà dit, la disparition des phénomènes douloureux. A ce point de vue le carbonate de gaïacol me semble encore supérieur, car il est moins irritant et peut-être moins toxique encore : malheureusement sa solubilité est moins grande. C'était donc primitivement l'élément douleur que je pensais combattre, mais l'observation m'a prouvé que les effets salutaires du gaïacol s'exerçaient aussi bien sur les autres éléments de la cystite. Quant au gaïacol et au carbonate de gaïacol iodoformés, j'ai voulu les employer dans les cystites tuberculeuses, pensant qu'à côté de l'action antiseptique, bien connue depuis longtemps, de ces substances vis-à-vis des lésions tuberculeuses, il y avait lieu de rechercher en elles leur action anesthésique contre la douleur si souvent vive dans ces variétés de cystites. Moins pénible dans leur emploi que le nitrate, le sublimé, le formol — le gaïacol ou son carbonate me semblent agir plus efficacement sur les symptômes douleur et fréquence des mictions, et leur action antiseptique paraît aussi plus grande, surtout lorsqu'on leur associe l'iodoforme.

En résumé, si le gaïacol et le carbonate de gaïacol en solutions huileuses paraissent devoir donner de bons résultats dans le traitement des cystites en général, leur emploi semble surtout indiqué dans le traitement des cystites à forme particulièrement douloureuse et (de préférence avec association d'iodoforme) dans le traitement des cystites tuberculeuses.

L'action du gaïacol sur la vessie n'est pas douteuse. Dans toutes les observations elle s'est manifestée très nettement dès les premiers jours du traitement. C'est ainsi que, chez deux de mes malades, les heures les meilleures étant celles qui suivaient l'injection faite l'après-midi, la matinée et la nuit restant au contraire pénibles, j'ai vu ces douleurs disparaître dès que j'ai fait faire à mes malades une injection matin et soir; il est à remarquer que l'anesthésie ainsi obtenue se prolongeait assez longtemps pour que les douleurs ne réapparussent pas dans l'intervalle des injections et pour que le calme s'établît.

Le gaïacol et le carbonate de gaïacol m'ont paru avoir à peu près la même puissance anesthésique; celle du second serait cependant peut-être plus grande; il a en tout cas l'avantage d'être indolore au moment du passage dans l'urèthre postérieur et au col vésical, tandis que le gaïacol y provoque une sensation de brûlure, légère il est vrai et passagère.

Quant au gaïacol et au carbonate de gaïacol iodoformés, ils m'ont semblé avoir une action anesthésique un peu moins forte que les mêmes agents sans addition d'iodoforme; il n'y a toutefois pas grande différence et leur emploi me semble préférable en cas d'infections intenses, surtout de cystite tuberculeuse, car leur pouvoir antiseptique est plus considérable.

Les instruments nécessaires sont une seringue à instillation de M. le professeur Guyon et un instillateur à boule perforée, souple et d'un calibre moyen (n° 12 à 15). On fait uriner le malade avant l'opération. On charge la seringue de la solution à injecter, on introduit l'extrémité de la canule dans le pavillon de l'instillateur et on amorce celui-ci, afin de ne point faire pénétrer d'air dans la vessie. Donnant alors la seringue, ainsi adaptée à l'instillateur, à tenir au malade, et toutes les précautions antiseptiques prises, on introduit doucement l'instillateur jusqu'à ce que la boule qui le termine ait franchi la portion membraneuse. On pousse alors le piston de la seringue pour injecter la quantité que l'on veut; on a ainsi l'avantage de faire l'injection à travers l'urèthre postérieur qui participe toujours à l'inflammation vésicale.

Dans deux cas j'ai confié à mes malades le soin de faire eux-mêmes leurs injections, ce qui est très possible lorsque les

1. Gabriel Colin, Traitement des cystites par les instillations de sublimé. Steinheil, éditeur, 1894.

2. Lamarque, Emploi du formol dans la thérapeutique des voies urinaires (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, octobre 1895).

malades sont intelligents et dociles, ce qui est nécessaire lorsqu'ils doivent pendant longtemps être soumis régulièrement à deux injections quotidiennes, faites l'une le matin et l'autre le soir.

J'appelle à dessein cette manœuvre *injection* et non pas instillation, car il s'agit de l'introduction dans la vessie d'une quantité de liquide variant de 1 à 2 grammes, et même plus. On doit réserver le nom d'*instillation* à l'introduction de quelques gouttes seulement d'un agent thérapeutique; or, il me semble qu'on a quelque tendance à confondre ces deux termes.

Les solutions que j'ai employées sont : pour le gaïacol, la solution huileuse au 1/20, dont j'ai injecté une dose variant de 1 gramme à 2 grammes en une ou deux fois par jour; — pour le gaïacol iodoformé, j'ai employé la solution préconisée par M. Picot pour les injections hypodermiques, et dont la formule est la suivante :

Gaïacol	5 gr.
Iodoforme	1 gr.
Huile d'olive stérilisée.	100 gr.

Je préfère l'huile d'olive à l'huile de vaseline, parce que la première me semble mieux pénétrer les tissus. Il est pour cette préparation quelques précautions nécessaires : « il est bon de faire dissoudre l'iodoforme dans une certaine quantité d'éther; après évaporation, on mélange le résidu au gaïacol et à l'huile; l'iodoforme, ainsi précipité, se dissout d'une manière complète et l'on obtient par ce procédé un liquide absolument clair et limpide; chaque centimètre cube de la solution renferme 1 centigramme d'iodoforme et 5 centigrammes de gaïacol (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 août 1895; — Thèse de Dubourg, de Bordeaux : *Traitement de la bronchite chronique par le gaïacol iodoformé*). Les injections intra-vésicales de ces substances peuvent être faites une fois par jour, deux si c'est nécessaire; je n'ai pas observé le moindre accident et je le crois impossible avec de pareilles quantités d'une solution aussi faible : on injecte de semblables doses sous la peau, elles sont absorbées sans accident; à plus forte raison peut-on les injecter dans la vessie qui n'absorbe pas à l'état normal et n'absorbe que très peu à l'état pathologique.

Quant au carbonate de gaïacol, il a l'inconvénient d'être beaucoup moins soluble que le gaïacol lui-même; on ne peut guère l'employer qu'en solution huileuse au 1/100, soit simple, soit iodoformée. J'ai injecté chaque fois de 5 à 10 grammes de cette solution dans la vessie soit en une seule fois par 24 heures, soit en 2 fois, matin et soir. Il reste donc à trouver une formule plus pratique et j'étudie actuellement les conditions dans lesquelles on pourrait obtenir une solubilité plus grande du carbonate de gaïacol qui semble un anesthésique supérieur au gaïacol.

J'ajouterai qu'il peut être quelquefois utile de combiner les injections gaïacolées avec celles de sublimé, qu'il est de toute importance de veiller au traitement général; on ne peut sur tous ces points poser de règles fixes et mathématiques, car il faut agir suivant les circonstances et les indications, basant le traitement dans chaque cas particulier sur l'observation des faits et des résultats obtenus.

Il faut noter un résultat frappant dans ces 4 cas, c'est la disparition rapide de la douleur et de la fréquence des mictions; aussitôt après l'injection, j'ai toujours remarqué l'existence d'une période de bien-être témoignant de l'efficacité du gaïacol comme anesthésique.

Dans 2 cystites tuberculeuses dont j'ai relaté l'histoire, j'ai constaté la disparition des bacilles tuberculeux, mais ce sont 2 cas heureux qui ne permettent pas de conclure à la disparition des bacilles dans tous les cas, car ce serait alors la guérison de la tuberculose ; mais néanmoins nous devons être frappés de ce fait qui indique la puissance antiseptique des injections de gaïacol iodoformé. Dans une observation, cette disparition a été constatée à 3 reprises différentes et tout fait présumer qu'elle est définitive; je n'ai pas voulu être aussi affirmatif en ce qui concerne l'autre observation, car je n'ai constaté l'absence de bacilles qu'au dernier examen et une seule constatation de ce genre ne peut suffire à prononcer le mot de guérison, car on n'a le droit, surtout en fait de tuberculose, de se prononcer aussi catégoriquement qu'en présence de faits observés de longue date; mais, quoi qu'il en soit, on ne peut nier le résultat excellent qui a été obtenu chez ce malade dont la vessie était infectée par une quantité si prodigieuse de bacilles tuberculeux qui ont été en diminuant progressivement de nombre au fur et à mesure que le traitement avançait jusqu'à manquer dans le dernier examen.

L'action antiseptique du gaïacol ou du carbonate de gaïacol, seuls ou associés à l'iodoforme, est indiscutablement des plus puissantes, puisqu'elle s'est révélée dans tous les cas par la disparition ou tout au moins la diminution des micro-organismes pathogènes et la transformation des urines, de purulentes qu'elles étaient, en urines claires. L'action anesthésique de ces agents est non moins douteuse, ainsi qu'il résulte de mes observations; je me crois donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

La solution huileuse au 1/20 de gaïacol ou au 1/100 de carbonate de gaïacol jouit d'une action anesthésique puissante sur la vessie. Ces solutions possèdent aussi un pouvoir antiseptique très grand et qu'on peut encore augmenter par l'addition de 1 gramme d'iodoforme à 100 grammes de la solution. Les solutions gaïacolées nous semblent donc devoir être employées avec avantage contre les douleurs des cystites; ces solutions, iodoformées, sont plus particulièrement indiquées dans le traitement des cystites où, la douleur étant le symptôme capital, il y a purulence et infection microbienne intense, des cystites tuberculeuses notamment.

Souhaitons, en terminant, que le gaïacol, qui prend une place de plus en plus grande dans la thérapeutique, trouve celle qui semble lui être due dans le traitement des affections des organes génito-urinaires. Quelle est son action sur l'urèthre et la vessie à l'état normal ou à l'état pathologique, quelle est l'étendue de son pouvoir anesthésique dans ces cas et quels services pouvons-nous en attendre au point de vue de la suppression des douleurs et même de la modification des lésions? L'avenir nous le dira (1).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance privée en Angleterre.

Les sociétés de secours et les institutions charitables, fondées et maintenues par des souscriptions volontaires, sont légion dans cette grande métropole, et, par leur indépendance les unes des autres, par leurs rivalités dans la cause de la charité, par leur décentralisation en un mot, ces sociétés et ces institutions demandent chaque année pour leur entretien des sommes considérables, qui sont volontairement fournies par toutes les classes de la société et qui forment comme un impôt moral que les Anglais s'imposent en plus de l'impôt légal. On jugera de l'importance de cette somme par la multiplicité des asiles, des hôpitaux et des organisations de tous les genres dont nous allons essayer de donner une idée d'ensemble pour Londres et qui sont imitées par toutes les villes du Royaume-Uni.

Nous diviserons cette étude en trois parties : *secours aux malades; secours aux infirmes (aveugles, sourds-muets, estropiés, aliénés); secours aux malheureux.*

LES MALADES.

Les grands hôpitaux de Londres forment un des ornements dont la capitale peut être justement fière. Il y a seize hôpitaux généraux de première importance, dix hôpitaux affectés aux femmes et aux enfants, quatre maternités, deux hôpitaux pour les maladies infectieuses (en dehors des hôpitaux sous la direction du *Metropolitan Asylum Board*), cinq pour les poitrinaires, quatre pour

1. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 janvier 1896.

les maladies des yeux, plusieurs hôpitaux pour les maladies nerveuses, les maladies de la gorge, et un hôpital orthopédique. Nous n'avons compris dans cette énumération que les hôpitaux strictement charitables, c'est-à-dire où les malades sont reçus sans aucun paiement: mais il existe en outre une quantité considérable d'institutions plus petites et de dispensaires locaux où les pauvres sont reçus et soignés pour rien mais où ceux qui peuvent payer sont aussi admis moyennant une faible cotisation.

L'admission dans les hôpitaux se fait sur la recommandation par lettre d'un des gouverneurs, fondateurs ou souscripteurs annuels et ce sont ces lettres de recommandation qui constituent la différence entre ces hôpitaux et les infirmeries des paroisses dont nous avons parlé dans notre précédent article sur l'Assistance publique en Angleterre, la différence entre l'hôpital public où l'indigent est admis de droit et l'hôpital privé où il est admis par faveur. Il est juste de dire toutefois que ces lettres s'obtiennent très facilement, trop facilement même, car beaucoup de personnes dans une position aisée, qui n'ont aucun droit à la charité vont aujourd'hui grossir le nombre toujours croissant de ceux qui font un abus du système hospitalier de Londres. Nous ne saurions trop insister sur cet inconvénient d'une charité un peu aveugle, de laquelle l'indigent se trouve quelquefois exclu par le petit commerçant, qui n'a pas honte de solliciter de ses riches clients une faveur que ceux-ci devraient se faire une règle de lui refuser. Les autorités de chaque hôpital, pour faire face à la concurrence des autres institutions et pour pouvoir faire parade d'un nombre considérable de malades à la fin de l'année, ferment trop souvent les yeux et il est difficile de prévoir où l'abus s'arrêtera, si on ne trouve pas bientôt un moyen de mettre fin à cette exploitation illicite de la charité.

La plupart de ces hôpitaux sont de véritables monuments où rien n'est épargné pour entourer les malades de confort, on pourrait dire dans beaucoup de cas de luxe, et le corps médical, élu dans chaque cas par le comité de direction, est choisi par les sommités médicales de la capitale. Ce dernier point à son importance quand on se rappelle que, dans onze des hôpitaux généraux, il y a des écoles de médecine de médecine et que les médecins de l'hôpital sont les professeurs de l'école. Les écoles sont distinctes les unes des autres et n'ont aucun lien qui leur soit commun, de même que les institutions dont elles font partie.

L'hôpital est généralement dirigé par un comité élu parmi les personnes qui, par leurs souscriptions, ont obtenu le titre de gouverneurs. Comme nous l'avons déjà dit, ces institutions dépendent entièrement des souscriptions volontaires qu'elles peuvent récolter pendant l'année, sous forme de dons, de souscriptions annuelles, de legs, etc. Dans beaucoup de cas, certaines maladies ne sont pas admissibles, par exemple, la pthisie dans les derniers stades, les maladies infectieuses, les maladies vénériennes, le delirium tremens, la gale, les maladies incurables, les ulcères chroniques des jambes.

La plupart des hôpitaux n'ont pas de maternité proprement dite, mais les accouchements sont faits à domicile par les élèves; ce système est absurde au point de vue des malades comme au point de vue de l'enseignement. Quelques-uns des grands hôpitaux ont maintenant des salles de maternité.

Plusieurs hôpitaux ont des maisons de convalescence à la campagne ou au bord de la mer, mais le plus souvent ces institutions sont indépendantes et reçoivent les malades soit sur des lettres de recommandation de leurs souscripteurs, soit directement des hôpitaux, qui doivent dans ce cas devenir souscripteurs annuels de la maison de convalescence.

Le droit de recommander des malades aux hôpitaux s'obtient en devenant souscripteur; généralement deux guinées (50 francs) permettent au donateur de recommander 1 malade interne et 2 malades externes: c'est le cas de Middlesex Hospital; à Sainte-Marie, la même somme admet 2 malades internes et 12 malades externes.

Les principaux hôpitaux de Londres sont: l'hôpital Saint-Thomas, bâti en pavillons séparés sur les bords de la Tamise en face du Parlement: c'est certainement, au point de vue monumental, la plus belle institution charitable de la capitale; Guy's Hospital et l'hôpital Saint-Bartholomew, tous deux dans le quartier le plus populeux de la ville, le premier enclavé dans le marché le Borough et le second au centre de la Cité; l'hôpital de l'Université; le London Hospital, un des plus grands, est situé près du port de Londres; Saint-George dans le quartier aristocratique, en face du Parc, et Saint-Marie, à l'extrémité ouest de la ville.

Il y a à Londres deux hôpitaux pour les étrangers: l'Hôpital français, ouvert à tous les étrangers indigents parlant le français, trop connu en France pour qu'il me soit nécessaire d'en parler ici davantage, et l'Hôpital allemand.

Depuis 1873, il existe deux fonds qui viennent en aide aux hôpitaux, ce sont: *the Metropolitan Hospital Sunday Fund* et *the Hospital Saturday Fund*. Le premier a son siège au Mansion House et se trouve placé sous le patronage du Lord Mayor qui en est le trésorier. Un certain dimanche de l'année, on fait dans toutes les églises de Londres une collecte pour les hôpitaux; les produits de ces collectes sont envoyés au Mansion House et là divisés entre tous les hôpitaux au prorata. Pour le *Saturday Fund*, on fait une quête dans les rues et dans les ateliers, dont le produit est réparti de la même façon. Le *Sunday Fund* est de beaucoup le plus important; en 1883, la somme ainsi distribuée s'élevait à 34 000 livres sterling (850 000 francs) et atteint aujourd'hui un chiffre beaucoup plus élevé.

Plusieurs sociétés, soutenues toujours par des souscriptions volontaires, existent aussi pour distribuer des appareils de chirurgie aux pauvres, bandages herniaires, etc., parmi lesquels figurent la *City of London Trust Society*, la *Surgical Aid Society* et la *National Trust Society*.

LES INFIRMES.

Il existe à Londres plusieurs sociétés pour servir des pensions aux aveugles nécessiteux chez eux et de nombreuses institutions pour recevoir les vieillards ou pour instruire et employer ceux qui peuvent travailler. De même pour les sourds-muets et les estropiés. Pour les aliénés, il y a aussi plusieurs maisons charitables privées; mais les plus beaux établissements, à l'encontre des hôpitaux, sont sous l'égide des autorités. Le *Saint-Luke's Hospital*, quoique non entièrement affecté aux indigents, est soutenu en partie par des souscriptions volontaires. Dans presque tous ces établissements, l'admission se fait comme pour les hôpitaux, sur la recommandation des souscripteurs. Pour les asiles d'aliénés, l'application se fait généralement directement au Comité, qui exige un certificat signé par deux médecins. Il faut encore citer, dans la liste des institutions soutenues par des contributions volontaires, plusieurs asiles affectés aux incurables.

LES MALHEUREUX.

Il n'y aurait aucun intérêt à détailler au long les diverses institutions et sociétés de secours pour les vieillards et pour les enfants; la liste seule remplirait plusieurs pages, et elles sont organisées sur les mêmes bases et d'après le même système que les grands hôpitaux. Il y en a pour toutes les religions, on pourrait presque dire pour tous les métiers. Quelques-unes de ces fondations sont curieuses, Charlichouse, par exemple, qui date de l'année 1611, créé pour donner un home et une pension à 80 hommes « qui ont connu des jours meilleurs ». Morden College, fondé en 1695 pour donner un asile à des commerçants victimes de la mauvaise fortune « par suite d'avaries survenues ou autrement au cours de leurs opérations commerciales et qui sont de sobres et humbles membres de l'église d'Angleterre ». Chaque pensionnaire a un appartement composé de deux pièces et d'une cave; il reçoit 100 livres sterlings par an, 6 livres 10 shillings pour son blanchissage et 2 livres 2 shillings sous la rubrique « bougies ». Il a droit aussi à 28 sacs de charbon et, si nécessaire, à un ameublement d'une valeur de 25 livres. Il y a des domestiques pour nettoyer les appartements et il leur est absolument défendu de recevoir des gratuités. D'autres établissements sont fondés sur le système des petits ménages.

Parmi les institutions les plus méritoires de la capitale sont les *homes* pour les gamins, qui cirent les souliers dans les rues. Dans ces homes, les enfants laissent une petite cotisation sur leurs gains, pour laquelle ils sont nourris et logés. Des institutions de même genre existent pour les jeunes filles employées dans les magasins. Il y a aussi nombre d'écoles charitables de toutes dénominations religieuses, ainsi que des crèches.

A côté de ces secours, classés sous le nom de permanents, il y a tout un autre système de secours temporaires : cuisines libres où, avec un ticket fourni par un souscripteur, le pauvre peut aller à certaines heures obtenir un bol de soupe et un morceau de pain; asiles de nuit; homes temporaires; des associations pour visiter les pauvres et leur distribuer des secours d'argent et des effets; pour secourir les veuves, des sociétés pour faciliter l'émigration, etc. Il y a aussi des sociétés semblables pour les étrangers.

Dans un précédent article, nous avons présenté les grandes lignes de l'Assistance publique à Londres et nous faisions alors ressortir la différence bien nette qu'il y a en Angleterre entre la Charité et l'Assistance légale. Cette différence est toute à l'avantage de la Charité et prouve une fois de plus que le caractère anglais est plus porté à soutenir l'initiative privée que les organisations gouvernementales ou municipales. Ainsi qu'on l'a vu, la Charité ou ce que nous avons appelé l'Assistance privée, pour bien éliminer toute idée de charité particulière ou individuelle, a ses institutions, ses sociétés, ses organisations, moulées, il est vrai, sur les idées mises en pratique par l'Assistance publique, mais élaborées d'une façon beaucoup plus large, beaucoup plus dispendieuse, beaucoup plus humanitaire.

Comme toutes choses, l'Assistance privée en Angleterre a les défauts de ses qualités, et le premier défaut est dans le nombre même de ces œuvres, le second dans leur absolue indépendance les unes des autres. Les frais d'entretien, de bureau, d'employés dans toutes ces sociétés sont énorme et constituent une perte de capital considérable. Il y a quelques années, une société fut fondée sous le nom de *Charity organisation Society* pour essayer d'unifier l'action de toutes ces charités privées et d'enrayer les abus, mais malheureusement les frais énormes pour rendre une pareille organisation vraiment utile eussent dépassé de beaucoup le coulage qui existe à présent. Malgré ces quelques observations, il est certain que l'Assistance privée en Angleterre est une des institutions nationales qui font le plus d'honneur au peuple anglais.

Louis Vintras,
Médecin de l'hôpital français de Londres.

Exercice de la médecine. — Les diplômes étrangers. — Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient d'avoir à trancher une question des plus délicates. Un médecin étranger, le Dr R..., avait été autorisé à exercer la médecine en France. Cette autorisation était intervenue avant la mise en vigueur de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et, par conséquent, sous l'empire de la loi du 19 ventôse an XI, laquelle permettait au gouvernement de donner des autorisations de ce genre aux médecins gradués dans les universités étrangères.

Survint alors la loi du 30 novembre 1892. On sait qu'elle n'autorise les médecins diplômés à l'étranger à exercer leur profession en France qu'à la condition de produire un diplôme de doctorat français. Mais, par une disposition transitoire, l'article 28 porte que les médecins étrangers autorisés avant l'application de la loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Le 15 janvier 1894, le ministre de l'instruction publique rapporta la décision qui avait autorisé le Dr R... à exercer la médecine en France.

Le Dr R... a déféré dette décision au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir, alléguant que l'article 28 de la loi de 1892 avait eu pour effet de consacrer et de sanctionner les droits acquis par les autorisations antérieures qui, dès lors, ne pourraient plus être rapportées.

La haute assemblée avait donc à statuer sur une espèce qui intéresse un nombre considérable de médecins étrangers. La thèse du Dr R... n'a pas été accueillie. L'arrêt porte que les autorisations données sous le régime de la loi de ventôse an XI étaient précaires et révocables, et qu'aucune disposition n'a supprimé le droit du gouvernement de les retirer. Il en résulte que l'article 28 de la loi de 1892 a eu uniquement pour but de permettre au gouvernement de maintenir ces autorisations, tout en lui laissant la faculté d'en prononcer le retrait. En conséquence, le pourvoi du Dr R... a été rejeté.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La Grande Encyclopédie, tome XXI, 1895.
Paris, H. Lamirault et Cie.

Maintes fois déjà, nous avons signalé les volumes de cette œuvre considérable. Dès le début de sa publication nous avions fait pressentir qu'elle compterait un nombre de volumes infiniment plus grand que celui qui avait été prévu. Nous ne nous étions pas trompés et nous nous garderions de nous plaindre de l'étendue donnée à certains articles si la médecine et la chirurgie ne nous paraissaient pas de plus en plus sacrifiées au profit de la biographie, de l'histoire, de la géographie surtout. Sans doute une œuvre de ce genre ne saurait exposer avec tous les détails nécessaires les questions de pathologie pure. Et cependant, dans le volume que nous avons sous les yeux, si l'article *Larynx* est traité assez complètement, bien des mots médicaux et en particulier le mot *Kératite* ont été oubliés. Nous savons que les collaborateurs de *la Grande Encyclopédie*, qui sont chargés des articles de médecine et de chirurgie, se plaignent de la parcimonie avec laquelle la place leur est souvent mesurée. Et c'est parce que nous avons toujours rendu justice aux efforts des auteurs de cette remarquable publication que nous croyons devoir exprimer le vœu qu'une plus large part leur soit faite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire considéré comme manifestation d'hérédité tuberculeuse,

Par Victor Hanot,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire est habituellement envisagé comme cause de phthisie pulmonaire. Je viens d'en observer 3 cas qui me donnent à penser qu'on pourrait peut-être parfois lui appliquer une autre pathogénie.

Voici ces trois observations :

Observation I. — Del... Charles, âgé de 26 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 1er juin 1895, sorti le 25 juin 1895, salle Magendie, n° 21. Service du Dr Hanot. Son père et sa mère sont morts phtisiques, son père à 34 ans. sa mère à 46 ans.

Dès son enfance il souffrait, au moindre effort musculaire, d'essoufflements qui l'empêchaient de courir et de prendre part aux jeux de son âge. On avait remarqué qu'il présentait quelquefois alors une légère cyanose de la face.

Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, ni de fièvre éruptive.

A 18 ans, il a eu la fièvre typhoïde au cours de laquelle on aurait relevé une complication cardiaque. On lui appliqua un cautère au niveau du 2e espace intercostal gauche.

De 14 à 18 ans, il avait été employé chez un photographe; au sortir de l'hôpital, ayant perdu sa place, il est employé aux Halles à un travail qui n'exige pas de grands efforts. Comme depuis son enfance, il ne peut courir, monter vite un escalier sans être essoufflé et ressentir des palpitations.

Il n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs.

A 20 ans, il est réformé pour maladie de cœur. A 21 ans il contracte la syphilis et est soigné à l'hôpital Saint-Louis.

Il entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un durillon plantaire excorié qui a produit une adénite inguinale droite.

C'est un homme d'aspect assez vigoureux. Les fonctions digestives sont bonnes, les poumons intacts. Nulle trace actuelle d'infection syphilitique. Urines normales.

La région précordiale présente une légère voussure. La percussion décèle une matité de 9 centimètres dans le sens vertical et dans le sens transversal, de 13 centimètres dans le sens oblique. Le ventricule ne dépasse pas sensiblement le bord droit du sternum.

A la palpation, on perçoit un frémissement cataire, net à la base.

Au niveau de la pointe, qui bat à 2 centimètres au-dessous du mamelon, l'on ne perçoit rien d'anormal; par contre on entend dans le 2e espace intercostal gauche, surtout à 2 ou 3 centimètres du bord sternal, un bruit de souffle nettement systolique, rude, intense, se propageant vers la partie moyenne de la clavicule gauche. Le maximum est au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire; de là, il s'étend, en s'amoindrissant, le long du bord gauche du sternum et même à droite du sternum. Dans la région aortique, on n'en entend plus qu'un prolongement lointain, affaibli. Pas de bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Pouls régulier.

La plaie du pied est pansée avec l'eau phéniquée. Elle ne tarde pas à guérir et Del... quitte l'hôpital le 25 juin pour reprendre ses occupations.

Obs. II. — Plav..., âgée de 26 ans, corsetière, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 7 janvier 1896, salle Grisolle, n° 21 bis, service du Dr Hanot.

Son père est mort phthisique a 51 ans. Sa mère, âgée de 56 ans, se porte bien. Une sœur est morte à 22 ans d'une maladie de cœur qui aurait été consécutive à un rhumatisme articulaire aigu.

Elle a eu à 6 mois la rougeole, à 4 ans la coqueluche, à 10 ans des adénites cervicales suppurées qui ont laissé des cicatrices assez étendues encore très visibles aujourd'hui.

Dès l'âge de 10 ans, elle a commencé à souffrir de palpitations et d'essoufflement, quand elle marchait vite, courait ou montait les escaliers.

Réglée à 15 ans, bien réglée d'abord, elle l'est irrégulièrement depuis 2 ans.

A 20 ans, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré 2 mois; à 22 ans, une attaque plus légère; en 1895, une pneumonie.

Elle entre à l'hôpital parce qu'elle tousse depuis quelques jours et qu'elle est plus essoufflée qu'à l'ordinaire. C'est une femme fortement musclée, haute en couleur.

L'auscultation pulmonaire est négative. L'expectoration, composée de quelques crachats muqueux, sans suppuration, ne contient pas de bacilles de Koch.

A l'examen du cœur, on note un frémissement cataire systolique à la région de la base, et à l'auscultation un bruit de souffle systolique, dur, râpeux, intense, ayant nettement son maximum au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire et se propageant vers la clavicule gauche.

Pas de souffle à la pointe qui bat dans le 5e espace intercostal.

La matité T est de 10 cent., V 10 cent., O 14 cent.

Pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

Pouls petit, régulier.

Le foie dépasse de 2 travers de doigt le rebord costal. Les urines sont foncées, contiennent beaucoup d'urobiline, mais ni sucre, ni albumine.

Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, la malade accuse des palpitations et de l'essoufflement. Elle prend une potion contenant de l'iodure (1 gr.) et du bromure de potassium (2 gr.) et est mise au régime lacté.

Les jours suivants, les palpitations et l'essoufflement ont cessé; l'appétit qui avait diminué est redevenu bon.

Obs. III. — Cos..., âgée de 16 ans, fleuriste, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 21 janvier 1896, salle Grisolle, n° 9 bis, service du Dr Hanot.

Son père est mort phthisique à 36 ans. Sa mère, très souffrante, tousse depuis 16 ans.

Elle a perdu 3 frères et sœurs en bas âge, 2 de méningite tuberculeuse. Il lui reste 1 frère qui se porte bien et 2 sœurs dont la plus jeune est très chétive.

Dans son enfance elle a eu de la gourme, de la blépharite ciliaire; elle a eu et a encore des adénites cervicales.

Elle a eu à 5 ans la rougeole; elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu.

Dès son enfance, elle s'essouflait et souffrait de palpitations, dès qu'elle jouait avec ses camarades, et était obligée de s'arrêter quand elle montait un escalier,

Elle a été réglée à 15 ans : ses règles sont régulières, mais peu abondantes.

Dans ces dernières années, elle aurait à plusieurs reprises craché du sang noir, sans avoir jamais présenté des troubles gastriques importants.

Il y a 6 mois, elle est entrée pour une angine dans le service du professeur Hayem qui reconnait chez elle l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Elle entre dans le service pour une laryngite. M. Lermoyez, qui a examiné la malade, diagnostique une angine catarrhale simple.

C'est une fille rougeaude, d'aspect général assez satisfaisant, mais de physionomie infantile. Les poumons sont indemnes; les urines normales. Appétit bon. Pas de constipation ni de diarrhée.

Dans le 2e espace intercostal gauche, au niveau de l'orifice pulmonaire, frémissement cataire et bruit de souffle systolique, dur, intense, se propageant vers la clavicule gauche. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

Matité précordiale : V. 11 cent., T. 10 cent., O. 14 cent. 1/2.

Pouls faible, petit, lent, à 68 pulsations.

Jamais d'œdème des membres inférieurs.

Le foie et la rate ne semblent pas augmentés de volume.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'enrouement a presque complètement disparu. C... mange bien et dort bien.

Elle se prépare à quitter l'hôpital.

On le voit, ces 3 malades sont issus de parents tuberculeux.

Dans un cas, le père seul était tuberculeux; dans les 2 autres, le père et la mère étaient morts phthisiques. Ces 3 malades présentent les signes certains d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, sans indice d'aucune autre lésion valvulaire.

Sur ces 3 malades, l'une a eu à 20 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu; mais elle avait accusé dès son enfance, comme les deux autres, de l'essouflement et des palpitations au moindre effort. D'ailleurs, le rétrécissement de l'artère pulmonaire consécutive au rhumatisme articulaire aigu est absolument exceptionnel, et si, dans l'obs. II on imputait la lésion de l'artère pulmonaire au rhumatisme, on pourrait encore se demander si cette manifestation rhumatismale exceptionnelle ne pourrait pas s'expliquer ici par une lésion antérieure de l'artère pulmonaire. Souvent, on le sait, les lésions anciennes congénitales ou acquises appellent et fixent le processus infectieux.

Sur ces 3 malades, 2 ont eu dans leur enfance des accidents scrofuleux; mais aucun n'a présenté jusqu'aujourd'hui le moindre trouble de l'appareil respiratoire.

L'aspect général est celui de la santé, plutôt celui de la vigueur.

Je me suis demandé, en présence de ces 3 malades, si parfois le rétrécissement de l'artère pulmonaire ne pourrait pas être assimilé au rétrécissement aortique congénital de la chlorose, s'il ne peut pas être lui aussi une manifestation d'hérédité tuberculeuse hétéromorphe.

Voici ce que j'entends par hérédité hétéromorphe (1).

« Si l'hérédité suscite chez l'enfant une altération identique à celui du parent, si la tare acquise semble être le prolongement pur et simple de la tache familiale, je dis que l'hérédité est homœomorphe. Un goutteux avec arthropathie uratique procrée un enfant qui présente la même estampille articulaire : voilà une hérédité homœomorphe.

« Si l'héritage peut être comparé à une greffe insérée sur une tige qui lui donne la sève, mais non la forme, l'hérédité peut être appelée hétéromorphe. Un goutteux avec arthropathies spécifiques, procrée un simple migraineux, un pur asthmatique; voilà une hérédité hétéromorphe.

« D'ailleurs cette hérédité hétéromorphe se présente sous divers aspects.

« Tantôt la forme de l'organisme procréateur ne peut qu'irradier pour ainsi dire jusqu'à l'organe procréé, sans rien perturber autour d'elle; tantôt l'ébranlement se propage plus ou moins loin, plus ou moins profondément dans les parties qui entourent le dépôt spécifique, y amoindrit ou y enraye le travail de nutrition. Ainsi, un choc qui brise une lame de verre laisse autour de la brisure des traces en rayons, des modifications moléculaires subies par le verre qui ne s'est pas rompu; ainsi un corps étranger entrave et désoriente toute cristallisation.

« La tare spécifique héréditaire s'accompagne souvent, en effet, d'hypertrophies pures et simples, d'arrêts de développement proprement dits.

« L'hérédité est alors à la fois homœomorphe et hétéromorphe. Par exemple, un goutteux seulement arthropathique peut engendrer un goutteux arthropathique et migraineux. Enfin il semble parfois que l'altération héréditaire et spécifique s'atténue et se résout pendant la vie embryonnaire elle-même, tandis que les altérations à contre-coup persistent indéfiniment et se localisent en certains points suivant des lois de sélections encore inconnues. L'hérédité est alors strictement hétéromorphe.

« Par exemple, un goutteux arthropathique procrée un goutteux simplement asthmatique. »

Les exemples d'hérédité hétéromorphe dans la tuberculose sont communs. On a signalé les doigts hippocratiques, les malformations thoraciques (2), la diminution du volume pulmonaire avec diminution de l'air inspiré mesuré au spiromètre (Schneevogt), l'emphysème, l'hypotrophie cardiaque (Brœhmer, Beneke), l'aplasie artérielle rénale (Lancereaux, Besançon), le foie lobulé (Hanot), (3) la dilatation de l'œsophage (Letulle, Faure) (4), tous états morbides se manifestant dès les premiers temps de la maladie ou plus ou moins longtemps avant le développement de la tuberculose pulmonaire, chez des individus qui deviennent phthisiques; tous états congénitaux qui peuvent être notés chez des individus qui ne deviennent pas phthisiques.

Je considère comme manifestation d'hérédité tuberculeuse strictement hétéromorphe le rétrécissement aortique congénital des chlorotiques (*aorte chlorotique* de

1. V. Hanot, Hérédité hétéromorphe dans la tuberculose (*Revue de la tuberculose*, 1894).

2. Hirtz : « Chez les phthisiques, le sommet de la poitrine subit un rétrécissement se montrant dès le début de la maladie, et quelquefois même avant qu'elle se déclare. » (Thèse de Strasbourg, 1894.)

3. V. Hanot, Foie lobulé des tuberculeux (Congrès de la tuberculose, août 1893).

4. F. Faure, De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage (Thèse de Paris 1894).

Virchow), puisque, avec Trousseau, Potain, etc., j'admets que la chlorose est fonction d'hérédité tuberculeuse.

Je me demande donc s'il n'est pas légitime de supposer que, dans certains cas, le rétrécissement de l'artère pulmonaire est assimilable à ce point de vue à l'aorte chlorotique et résume la totalité ou la plus grande part de l'hérédité tuberculeuse. Il ne serait plus alors présomption de phthisie, mais d'immunité contre la phthisie.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Rome.

Le sérum des femmes enceintes.

M. Azzurrini. — Le coefficient toxique du sérum est de 9 à 10 o/o chez les femmes enceintes bien portantes, de 6 à 7 o/o chez celles qui sont atteintes de néphrite, de 2 à 6 o/o chez les éclamptiques. Dans le sérum des femmes bien portantes les substances albuminoïdes du sang prédominent sur les éléments figurés, tandis que chez les femmes atteintes de néphrite ou d'éclampsie ce sont les éléments figurés du sang qui prédominent.

Le sérum d'une femme enceinte bien portante, tout en étant toxique, n'est pas plus toxique que le sérum d'un individu normal; cette toxicité augmente avec la gravité de l'éclampsie. Si l'on injecte à des animaux le sérum des femmes enceintes bien portantes, ils présentent des convulsions, tandis que les mêmes animaux sont pris de coma lorsqu'on leur injecte le sérum des femmes enceintes éclamptiques ou atteintes de néphrite. Chez ces animaux on trouve à l'autopsie une tuméfaction trouble de l'épithélium des glomérules et du courant urinaire, pouvant aller jusqu'à la néphrite comme les autres accidents que l'on observe après l'injection de sérum sont dus aux substances qui se trouvent dans le sérum injecté.

L'antisepsie et l'asepsie dans les accouchements.

M. Acconei. — Le vagin renferme des germes pathogènes qui se trouvent ordinairement à l'état de virulence atténuée, mais qui, sous l'influence de certaines conditions, telles par exemple que l'affaiblissement de l'organisme, peuvent à chaque moment récupérer toute leur virulence et provoquer des accidents par auto-infection.

Il en est tout autrement lorsque les germes pathogènes, les streptocoques, sont transportés dans le vagin par l'accoucheur ou par les instruments dont il sert. Les expériences montrent par exemple que les streptocoques transportés dans le vagin d'une lapine pleine restent inoffensifs jusqu'au moment de l'accouchement et tuent ensuite l'animal par pyohémie. Ces faits montrent encore que les sécrétions vaginales du lapin ne possèdent pas de propriétés bactéricides.

Toutefois, si les injections antiseptiques sont d'une utilité incontestable dans les accouchements pathologiques, elles sont plutôt nuisibles dans les accouchements normaux.

M. Miranda est partisan de l'asepsie, car d'après lui le vagin d'une femme non touchée ne renferme pas de germes pathogènes. Il n'admet les injections vaginales avec une solution d'acide lactique à 1 o/o qu'en cas de suppuration. Pour lui l'auto-infection puerpérale n'existe pas.

M. Rossi-Dosi, en s'appuyant sur les recherches sur les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales, se déclare partisan de l'asepsie en obstétrique. Les antiseptiques ont l'inconvénient de rendre le vagin rugueux et de le traumatiser en quelque sorte.

Il serait désirable de disposer d'une substance qui aurait la propriété de rendre les voies génitales humides, de faciliter l'expulsion des caillots et des restes de membranes. Le seigle ergoté n'a que la propriété de s'opposer à l'accumulation des caillots dans l'utérus.

L'auto-infection existe, mais l'organisme se défend contre elle : 1° par les sécrétions vaginales et cervicales; 2° par l'intégrité de l'épithélium ; 3° par la dilatabiité des cellules des parois du canal génital; 4° par les propriétés antitoxiques des sucs des tissus ; 5° par l'intégrité des fonctions de neutralisations (foie, capsules surrénales) et d'éliminatien (reins, intestin) des poisons en circulation dans le sang.

Grossesse extra-utérine.

MM. Rocchi et **Pasquali** rapportent l'observation d'une femme de 29 ans chez laquelle ils ont dès le début diagnostiqué une grossesse tubaire. Au huitième mois il survint une rupture du sac suivi d'hémorrhagie. Les accidents se calmèrent, et plus tard les auteurs sont intervenus par colpotomie postérieure pour une hématocèle suppurée. Après l'évacuation du foyer, on a pu extraire le fœtus.

Grossesse cervicale.

M. Trottà rapporte l'observation d'une femme à laquelle il a fait une hystérectomie abdominale pour fibrome. Un mois avant, la malade a fait une fausse couche.

L'examen de la pièce montre que l'utérus était divisé en deux loges : l'une supérieure, présentant la structure normale, l'autre inférieure composée de trois couches : 1) une couche musculaire avec fibres élastiques et conjonctives; 2) une couche de villosités avec des îlots de cellules déciduales; 3) une couche composée d'amnios.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une grossesse ayant évolué dans la cavité cervicale.

Influence de la castration sur les échanges interstitiels.

M. Curatolo conclut de ses recherches que la castration donne lieu à une diminution de l'oxydation du tissu adipeux et à son accumulation dans l'organisme. Il admet pour les ovaires l'existence d'une sécrétion qui favorise l'oxydation des graisses et des combinaisons phosphoriques de l'organisme.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le président annonce le décès de M. le Dr Sappey, ancien président, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 Mars 1896.

L'hérédité de l'immunité.

M. Duclert. — Les circonstances m'ont permis de constater, au cours d'une épidémie de clavelée, que les agneaux issus de mâles ou de femelles immunisés offraient une résistance marquée au virus.

Non seulement, à l'exemple de MM. Charrin et Gley, j'ai reconnu la réalité de cette transmission de l'état réfractaire, mais, à l'exemple de ces auteurs, j'ai vu que cet état réfractaire était passager, peu intense; il y a concordance entre mes travaux et les leurs; cependant, il faut remarquer que le virus diffère; à cet égard, mes recherches tendent à généraliser la loi.

Les températures viscérales.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — On sait, depuis les travaux de Charrin et Rüffer, que les sécrétions microbiennes

injectées sous la peau ou dans le sang élèvent la température, provoquent des accès de fièvre.

A l'aide d'un dispositif tout spécial, nécessitant l'emploi d'un galvanomètre, d'aiguilles thermo-électriques, etc., nous avons pu, chez des animaux rendus fébricitants par l'introduction de la tuberculine, de la toxine diphthéritique ou pyocyanique, mesurer le degré thermique de différents viscères ou tissus.

Le thermomètre marquant de 41°1 à 41°4 dans le rectum, nous avons constaté dans le foie, le chiffre de 42°. La rate, le cœur, le rein, la moelle des os, le cerveau, le poumon, les masses musculaires, la peau, par ordre décroissant, ont paru s'éloigner de plus en plus de cette température hépatique.

Les tissus cérébral, pulmonaire, musculaire, cutané, ont pu se montrer moins chauds que le centre du gros intestin, près de sa terminaison; le rein a parfois le degré du liquide sanguin de l'aorte.

Ces données, on le voit, concordent en partie avec les résultats de la normale; toutefois, les différences sont plus accentuées : l'état pathologique apparaît comme l'exagération de l'état physiologique. Il y a plus : les données révèlent l'intensité des processus, pendant la fièvre, l'activité des phénomènes conséquences de la lutte de l'organisme contre les agents pathogènes; elles mettent en relief le rôle de certains viscères ou tissus, plus importants à cette période que durant le fonctionnement normal.

A côté des analogies il existe quelques différences.

Tic du cou avec hallucinations unilatérales.

M. Féré rapporte l'observation d'une femme dans les antécédants de laquelle on ne relève qu'une frayeur vive occasionnée par un mendiant estropié dont la vue se grava tellement dans son esprit qu'elle le voyait souvent dans ses rêves. Quelques années après cet accident elle a été prise d'un tic du cou, dont les secousses à partir d'un certain moment sont devenues conglomérées et s'accompagnaient au moment de l'accès d'hallucinations de la vue, unilatérales, du côté on siégait le spasme. Un fait analogue, tic du cou avec hallucinations auditives a été signalé par Osler.

Puissance toxique et puissance tératogène de l'alcool.

M. Féré, en poursuivant ses recherches sur l'influence tératogène des alcools sur l'embryon des poules a constaté que les alcools de la série supérieure étaient beaucoup plus tératogènes que les alcools inférieurs.

M. Laborde fait remarquer à ce sujet que la falsification des liqueurs alcooliques est poussée actuellement à tel point que les accidents convulsifs et épileptiques qu'auparavant on ne pouvait provoquer chez les animaux que par les essences, obtiennent actuellement avec les liqueurs achetées dans le commerce.

Injections de glycose dans les veines.

M. Butte a montré antérieurement que lorsqu'on injecte dans les veines d'un animal une certaine quantité de glycose, cette substance est rapidement éliminée avec l'urine.

Dans une nouvelle série d'expériences faites sur des chiens, il a étudié ce que la glycose injectée dans les veines devient dans le sang et les muscles. Ces recherches lui ont montré que le sucre ne se fixe que momentanément dans le sang et les muscles d'où il disparaît ensuite regulièrement et progressivement si bien qu'au bout de quelques heures on n'en trouve plus de traces.

Tuberculose inoculée par un moineau.

M. Durante rapporte l'observation d'une femme de 71 ans piqué au doigt par son moineau qui, depuis quelque temps, est devenu triste, méchant, a maigri et fini par mourir.

Un mois après la piqûre, la femme a vu se développer sur son pouce piqué un lupus des plus caractéristiques. L'examen microscopique des nodules extirpés a permis de constater le diagnostic de tuberculose, sans qu'on y ait trouvé des bacilles. Les nodules injectés à un cobaye et un pigeon ont amené la mort du cobaye. Le pigeon est resté en vie.

Formation et alimentation de sucre chez les animaux diabétiques.

M. Kauffmann, en continuant ses recherches sur les chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, a trouvé que chez les animaux diabétiques la quantité formée de sucre était normale, mais qu'il existait chez eux un ralentissement dans l'utilisation, dans la combustion du sucre formé. Le sucre qui passe avec l'urine semble provenir des substances albuminoïdes.

Chez les animaux la glycosurie ne marche pas de pair avec l'albuminurie.

Influence physiologique des champs magnétiques alternatifs.

M. d'Arsonval a constaté que les champs magnétiques alternatifs produisent des effets physiologiques qui, chez les animaux ou l'homme, se manifestent par un ralentissement très marqué de la circulation, par l'apparition des phosphènes synchrones aux battements du cœur, quelquefois par des vertiges allant jusqu'à la syncope.

Fréquence et innocuité du bacille de Löffler sur la plaie opératoire après l'amygdalotomie électro-thermique.

M. Lichtwitz (de Bordeaux). — L'eschare simulant parfois une fausse membrane, il était intéressant d'y chercher les bacilles diphthéritiques.

L'ensemencement a été pratiqué sur sérum dans 27 cas pris au hasard. On a trouvé 11 fois le bacille de Löffler, soit isolé (2 cas), soit associé (9 cas) à d'autres microbes tels que staphylocoque, streptocoque, leptothrix, etc. Dans les 16 autres cas, il n'existait que divers micro-organismes, tels que que staphylocoques, microcoques, diplocoques, etc.

L'état des malades chez lesquels on trouvait le bacille de Löffler ne différait en rien de celui des autres, tant au point de vue local que général.

Il n'a jamais été nécessaire de faire d'injection de sérum anti-diphthéritique, dans ces cas comme dans les autres ablations d'amygdale (au nombre de plus de 400, faites par le même procédé), qui jamais n'ont été suivies de complications quelconques.

Ces faits montrent que la présence du bacille de Löffler court, moyen ou long, même lorsqu'il est associé au streptocoque, ne commande pas toujours l'injection de sérum antidiphthéritique.

Hémorrhagies et sclérose du thymus chez le nouveau-né.

M. G. Durante présente le résultat de 3 autopsies qu'il a pratiquées dans le service du Dr Porak à la Charité.

Les 2 premières concernent des enfants venus au monde en parfait état de santé apparent, mais morts, l'un presque de suite, l'autre 3 jours après sans cause appréciable.

A l'autopsie, aucune lésion n'explique la mort. Le thymus pèse plus de 20 gr. A la coupe, cet organe est farci de foyers hémorrhagiques siégeant dans le centre des lobules. Tantôt il s'agit d'une simple diffusion sanguine, ayant dissocié les éléments, tantôt on se trouve en présence d'une nappe homogène de sang entourée d'une mince zone de tissu lymphoïde. Quelques foyers plus volumineux ont détruit plusieurs lobules adjacents, mais la plupart n'intéressent qu'un seul lobule. Chez le second enfant, qui a vécu quelques jours, on relève un foyer d'ancienne date ayant détruit complètement un lobule, et ne contenant plus que de la fibrine granuleuse limitée par des travées interlobulaires, sur le bord desquelles on trouve encore quelques cellules lymphoïdes. Les vaisseaux paraissent normaux, quoique congestionnés. Les corpuscules de Hassall très volumineux sont, par places, en dégénérescence colloïde.

La 3e observation est relative à un enfant également en parfait état à sa naissance, mais ayant succombé cachectique au

27° jour après des alternatives de garde-robes vertes et normales, quoique se nourrissant assez bien. Le *thymus* était très petit. A la coupe, il se montre atteint d'une véritable *cirrhose*. Les travées interlobaires sont extrêmement augmentées de volume, et les lobules très petits. Le parenchyme même des lobules est sclérosé par épaississement des trabécules, qui lui donne un aspect alvéolaire. Dans ces alvéoles limitées par une paroi très nette et très régulière, on trouve soit des corpuscules de Hassall très volumineux les remplissant entièrement, soit des corpuscules entourés d'une mince zone de cellules lymphoïdes.

Dans les 2 premières observations, il s'agit donc de thymus énormes farcis de foyers hémorrhagiques. On pourrait invoquer des phénomènes mécaniques de l'accouchement, mais il n'y a aucune hémorrhagie dans les autres organes. On ne saurait non plus penser à un état de régression qui ne se développe pas à cet âge.

La 3° observation est un exemple de *cirrhose* du thymus. Les symptômes gastro-intestinaux concomitants ne permettent pas de décider si cette cirrhose est sous l'influence des troubles dyspeptiques et de l'état cachectique qui en résulte, ou si les troubles digestifs un peu spéciaux qu'a présentés cet enfant dont l'appétit demeurait bon, relevaient au contraire de l'altération de la sécrétion interne du thymus. *Friedleben*, en effet, après extirpation de la rate et du thymus chez le chien, a vu cet animal mourir d'épuisement malgré un appétit vorace.

L'auteur se borne à signaler ces faits sans en tirer de conclusions, afin d'attirer l'attention sur l'anatomie pathologique du thymus du nouveau-né presque complètement délaissée jusqu'ici.

Recherches sur le fuseau neuro-musculaire.

MM. G. Weiss et **A. Dutil**. — Les faisceaux neuro-musculaires (*Nervenknaüel* de Kölliker, *Muskelspindel* de Külme, faisceaux neuro-musculaires de Babinski) ne sont pas des plaques motrices en voie de développement. Ces organes sont de nature sensitive et analogues aux terminaisons tendineuses de Golgi dont elles ont les fonctions. En effet, ce sont les mêmes fibres nerveuses qui se rendent à ces deux organes. On peut voir des tubes nerveux se diviser, et les branches résultant de cette division se rendre les unes à des terminaisons tendineuses, les autres à des fuseaux neuro-musculaires. Les fibres striées entrant dans la constitution des fuseaux sont susceptibles de se contracter, car elles sont pourvues de plaques motrices.

M. Binet fait une communication sur la signification de la forme du pouls capillaire.

M. Bernheim lit un travail sur la sérothérapie.

M. Fillon envoie une note sur l'influence des globules blancs sur la température.

M. Thomas fait une communication sur l'association anatomique et fonctionnelle entre les noyaux de la 3° et de la 6° paires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 Mars 1896.

Luxation du nerf cubital.

M. Jalaguier a observé un homme de 45 ans, qui, en se pendant contre un arbre, ressentit un craquement au niveau du coude suivi d'une douleur vive à ce niveau. Le lendemain, toute la région était engourdie, et le malade constata qu'il avait une sorte de corde à la partie interne du coude. Le malade consulta un médecin qui diagnostiqua une luxation de tendon et un autre qui porta le diagnostic de luxation du nerf cubital.

Lorsque M. Jalaguier vit le malade quelques jours après, il n'existait plus que des douleurs peu vives au niveau du coude, sans troubles de la motilité. Le nerf cubital, nettement déplacé, était régulier; son volume et sa conformation étaient normaux. Dans ces conditions, une intervention sanglante n'avait plus la raison d'être. M. Jalaguier conseilla donc le port d'un pansement compressif. C'était aussi l'avis du professeur Tillaux consulté par le malade.

Depuis cette époque, le malade a été revu à différentes reprises, et examiné il y a peu de jours encore. Le malade ne souffre pas et ne pense plus à sa luxation.

En 1893, M. Jalaguier a fait quelques dissections sur le cadavre pour se rendre compte du mécanisme de ces luxations du nerf cubital. Ces recherches lui ont montré que la luxation du nerf cubital n'est pas possible sans la déchirure de l'arcade fibreuse qui unit les 2 faisceaux d'insertion du muscle cubital antérieur. Ce mécanisme se trouve du reste réalisé dans la plupart des observations.

Laparotomie pour perforation de l'ulcère simple de l'estomac.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de M. Hartmann relative à un cas de laparotomie pour ulcère perforé de l'estomac.

Il s'agit d'un malade amené à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite par perforation ou d'étranglement interne. Il n'existait pas de vomissements, mais le faciès était péritonéal, les douleurs abdominales très vives. Les accidents aigus dataient de 3 jours et dans les antécédents, on relevait une hématémèse assez forte, il y a 6 ans.

M. Hartmann fit une laparotomie et trouva une péritonite généralisée avec fausses membranes et pus. En examinant l'estomac, il trouva entre l'estomac et le foie un vaste foyer contenant du liquide séro-purulent et du lait modifié, puis sur la face antérieure de l'estomac, près du cardia, une perforation d'où sortaient des liquides.

Après nettoyage du foyer péri-stomacal, et vu l'impossibilité d'amener l'estomac dans la plaie et de faire la suture de la perforation, M. Hartmann se contenta de tamponner la poche, en isolant ainsi la grande cavité péritonéale. Pendant 3 ou 4 jours, l'état général du malade resta grave, et un écoulement abondant se faisait par la plaie. Mais au bout de quelque temps, l'écoulement diminua, l'état général s'améliora et le malade sortit guéri.

Dans son rapport, M. Michaux envisage successivement la fréquence des perforations, la marche et le traitement de la péritonite qui en est la conséquence.

La fréquence de la perforation dans l'ulcère simple a été diversement évaluée par les auteurs, dont les chiffres vont de 3 à 25 p. 100.

Personnellement, M. Michaux a trouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique*, depuis 25 ans, 16 faits. M. Brouardel, sur 231 cas de mort subite, signale 4 perforations gastriques et 4 perforations duodénales. M. Letulle a observé 2 faits d'ulcères gastriques suivis de perforation; M. Cornil en a observé 8 cas. M. Jayle 2 cas. Brinton aurait observé 281 faits.

La perforation de l'estomac et la péritonite qui lui succède présentent toujours le même tableau clinique. Après un effort, une fatigue, un excès de table, le malade est pris brusquement d'une douleur vive, épigastrique, s'irradiant quelquefois vers le foie ou l'épaule; la paroi abdominale se rétracte; la constipation est vive; pas de gaz. La température s'élève légèrement. Puis rapidement, après ces signes de début, s'installent tous les phénomènes de la péritonite grave : constipation; arrêt des gaz; collapsus, hyper- ou hypothermie. Pas de vomissements. La marche de ces phénomènes est très rapide, et la mort arrive au bout de 24 à 36 heures. Les cas comme celui de M. Hartmann, où les accidents dataient de 3 jours, sont très rares.

Le traitement qu'il convient d'opposer à la péritonite est la laparotomie suivie de recherche de la perforation. Si la perforation est récente, on fait une incision abdominale médiane, on recherche la perforation, qui siège le plus souvent sur la face antérieure, en relevant le foie et la paroi costale. Si la perforation est facilement accessible, on suture les bords de la perforation ou en enterre celle-ci au fond d'un pli de la paroi stomacale. Il faut placer les fils loin de l'ulcère. Quelquefois on peut faire la gastro-entérostomie, ou la gastrostomie au niveau de l'ulcère.

Si la perforation est difficilement accessible, on peut l'enterrer au fond d'un pli large de la paroi stomacale et drainer; ou l'on peut aussi faire, comme M. Hartmann, un large tamponnement au niveau de l'estomac et drainer à ce niveau.

Sur 40 interventions de ce genre on a eu 12 ou 13 guérisons et des survies quelquefois très longues.

M. Routier a opéré un malade chez lequel on avait diagnostiqué, en médecine, une occlusion intestinale. La laparatomie montra l'existence d'un énorme foyer de péritonite siégeant sous le foie, devant l'estomac, fusant des deux côtés et contenant du pus et des matières alimentaires. Après nettoyage du foyer on trouva une perforation de l'estomac, consécutive à un cancer de l'estomac. Tout le pourtour de la perforation étant infiltré de tissus cancéreux il fut impossible de suturer la perforation, si bien que M. Routier bourra la cavité de gaze.

Le malade est mort d'inanition 8 jours après l'intervention.

Pyélonéphrite.

M. Routier rapporte 2 cas de néphrectomie pour pyélonéphrite, qui, dans un cas a présenté des particularités assez curieuses.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 37 ans, glacier, portant des hottes de glace sur le dos. Un jour il sentit le long de l'aine gauche une douleur violente partant du rein et, cette douleur augmentant, il a dû interrompre le travail.

A l'examen, on trouva une tuméfaction dans la région de l'hypochondre gauche, mal limitée, et présentant des battements isochrones aux battements du cœur. L'ensemble des signes présenté par ce malade fit porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

M. Routier fit une laparotomie et tomba sur une tumeur volumineuse qui était une tumeur liquide du rein et dont la ponction donna issue à un litre de pus.

L'état général du malade étant très mauvais, M. Routier incisa la tumeur et marsupialisa la poche. Le malade guérit mais conserva une fistule urinaire.

Six mois plus tard, la fistule n'ayant aucune tendance à se fermer, M. Routier pratiqua une néphrectomie abdominale, en se guidant sur la fistule et en libérant le trajet fistuleux. Le rein fut enlevé après ligature du pédicule au moyen d'un tube élastique. Le malade a très bien guéri.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme soignée en ville pour une albuminurie ancienne. M. Routier en examinant la malade n'eut pas de peine à faire le diagnostic d'une pyélonéphrite suppurée se vidant par intermittences.

Il intervint donc par la néphrectomie lombaire et tomba sur une vaste poche rénale qui par l'incision donna issue à une grande quantité de pus. Le tissu rénal étant réduit à peu de chose, il fit la néphrectomie immédiatement. La malade guérit dans d'excellentes conditions.

Luxation irréductible de la rotule.

M. Brun a présenté un enfant atteint, depuis 4 ans, d'une luxation irréductible de la rotule, d'origine traumatique. Au moment où M. Brun vit le malade, la rotule reposait sur la face externe du condyle fémoral, sa face antérieure regardant en dehors, son bord interne regardant en avant, et semblait solidement fixée par un trousseau fibreux épais, qui se tendait surtout dans les mouvements de flexion. M. Brun découvrit l'articulation à l'aide d'une incision courbe, sectionna la partie externe de la capsule fibreuse épaissie et rétractée, et réduisit la rotule après ouverture de l'articulation. Pour maintenir la réduction il excisa une partie de la capsule articulaire, en dedans de la rotule, et sutura les deux lèvres de cette excision. Les suites de l'opération furent des plus simples, et aujourd'hui, 8 mois après son intervention, le résultat est absolument parfait.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de faire la même opération dans une luxation permanente il a été obligé chez son malade de creuser une cavité dans le fémur pour y loger la rotule. La guérison s'est maintenue.

M. Kirmisson, dans un cas analogue à celui de M. Championnière, a dû également après la libération de la rotule creuser une loge dans le fémur pour recevoir la rotule. L'opération n'a pas été suivie de succès et ultérieurement il a fallu fixer la rotule au condyle interne au moyen d'un fil d'argent.

M. Berger présente un enfant atteint de gueule de loup et opéré avec succès.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 Mars 1896.

Scrofulo-tuberculose cutanée.

M. Feulard a présenté deux enfants atteints de scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples. Le premier est un garçon de 12 ans et demi qui, depuis une rougeole survenue à l'âge de 3 ans, a d'abord présenté des adénites du cou qui suppurèrent, s'abcédèrent, inoculèrent les parties voisines et les lésions ont fini par envahir les autres régions du corps. Actuellement tout autour du cou, sur les bras, le membre inférieur droit, le tronc, on trouve des lésions multiples : gommes ramollies, cicatrices, tubercules lupiformes, placards tuberculeux ulcéro-croûteux, etc. Le père et la mère et 3 autres enfants sont sains.

Le 2° malade est une fillette de 6 ans, traitée depuis 5 mois et qui n'a plus que les cicatrices des gommes cutanées qu'elle présentait quand elle a été vue pour la première fois en novembre dernier. Cette fillette et sa sœur, âgée de 11 mois seulement, ont été atteintes en même temps de varicelle en février 1895; dans le même logement vivait le père des deux enfants, tuberculeux déjà avancé et expectorant abondamment. En juillet suivant, la plus jeune des fillettes fut atteinte de tuberculose pulmonaire et méningée et succomba; c'est au même moment que l'aînée présenta ses premières manifestations cutanées. Il est donc certain que ces enfants ont été inoculées au moment de leur varicelle. Seulement chez l'une, la plus résistante, l'infection est restée cutanée; chez l'autre, plus débile, l'infection a été viscérale et a causé rapidement la mort.

Lésion simulant un chancre syphilitique.

M. du Castel montre un malade qui porte à la verge des lésions ressemblant à s'y méprendre à des chancres syphilitiques. Or ce malade avait déjà été soigné, il y a 6 ans, dans le service de M. Fournier qui fit le diagnostic de chancre spécifique. C'est en décembre dernier qu'il se produisit de l'œdème du prépuce, et il y a 3 semaines survinrent sur la même région deux boutons qui furent le point de la double lésion qu'on voit aujourd'hui. M. du Castel demande donc s'il s'agit d'un cas de réinfection syphilitique ou de syphilides chancriformes?

M. A. Fournier n'hésite pas à considérer le malade comme atteint d'une syphilide chancriforme. Du reste il suffit de laisser le malade en observation et attendre les accidents secondaires, pour avoir le diagnostic exact.

M. E. Besnier pense qu'on peut arriver au même résultat par l'épreuve du traitement ioduré à haute dose qui agit rapidement sur les accidents tertiaires. Il ajoute que pas plus que M. Fournier il n'a jamais observé un seul cas de réinfection syphilitique.

M. G. Baudoin a diagnostiqué, il y a quelques années, un un chancre syphilitique chez un malade de la ville qui affirma que 5 ans auparavant, le même diagnostic avait été fait déjà sur lui par un médecin très compétent. Chez ce malade on pratiqua l'expectation et aucun accident secondaire n'est survenu.

Zona ophthalmique simulant un érysipèle.

M. Danlos présente un malade atteint du zona ophthalmique ayant eu pendant plusieurs jours une étroite analogie avec un érysipèle léger de la face. Les symptômes simulant l'érysipèle étaient : 1° une adénopathie rétro-auriculaire douloureuse à la pression; 2° une grande irrégularité dans la forme et les dimensions des vésicules qui n'étaient ni disposées d'une manière évidente sur le trajet des nerfs ni groupées comme dans le zona; 3° un gonflement considérable de la *moitié droite* de la face et du cuir chevelu avec extension à la région de l'œil *gauche*.

Les symptômes généraux, le caractère des douleurs, l'examen du bord marginal laissaient le diagnostic incertain.

En faveur du zona on notait : 1° que la région vésiculeuse était strictement limitée par la ligne médiane du front; 2° que la vésiculation étendue à la totalité de la zone érythémateuse était hors de proportion avec la rougeur; 3° que certaines vésicules reposaient sur une base ecchymotique bien visible par

transparence; 4° que la moitié droite de la langue était un peu sensible et montrait une turgescence des papilles fongiformes, indice de la participation du nerf maxillaire inférieur; 5° que la zone vésiculeuse était parsemée de points d'anesthésie au niveau desquels la piqûre d'une épingle était à peine sentie.

Syphilis maligne d'origine infantile.

M. Danlos a présenté un enfant de 15 ans qui avait contracté la syphilis par allaitement à la fin de sa 1re année. Malgré l'absence de tout traitement, la maladie semble être restée latente pendant 12 années ou ne s'être manifestée que par un arrêt général du développement. Depuis 3 ans des lésions spécifiques se sont montrées et, comme leur nature a été méconnue, elles ont produit sur le visage d'affreuses mutilations. Un traitement spécifique énergique de 3 semaines a produit de grandes modifications notamment sur l'œil dont la cornée absolument indistincte s'est éclaircie; mais la réparation complète est impossible. Il se demande donc pourquoi la syphilis a pris dans le cas actuel ce caractère de malignité et pourquoi celle-ci ne s'est révélée qu'après 12 ans d'accalmie.

M. E. Besnier a constaté que dans presque tous les cas de syphilis mutilante la maladie a été méconnue ou non traitée.

M. A. Fournier fait observer que cette observation est particulièrement intéressante en ce sens que la dystrophie a été réalisée ici par la syphilis acquise comme l'aurait pu faire la syphylis hérédidaire.

M. du Castel attire l'attention sur ce fait que le malade de M. Danlos présente des déformations crâniennes comparables à celles que produit la syphilis héréditaire.

Deuxième note sur une dermatite suppurative.

MM. Hallopeau et **Prieur.** — Cette dermatose, constamment caractérisée par des soulèvements d'emblée purulents et se trouvant ainsi nettement différenciée des dermatites herpétiformes et autres pemphigus, a continué à être remarquable par la singularité de ses formes éruptives simulant tantôt différents signes de l'alphabet, tantôt des étoffes finement plissées; elle a envahi progressivement toute la surface tégumentaire ainsi que la muqueuse des premières voies; elle a fini par entraîner la mort, soit que la malade n'ait pu résister à l'énorme abondance de la suppuration et à la persistance de la fièvre, soit que la résorption secondaire du pus exécrété et envahi secondairement par les microbes septiques ait déterminé une intoxication; le trouble généralisé et persistant dans les fonctions de la peau a pu également contribuer à hâter la terminaison fatale.

Syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique.

MM. Hallopeau et **G. Bureau.** — Ce syphilome, affection des plus rares, amène une alopécie tout à fait distincte de l'alopécie en clairière que l'on observe souvent dans la syphilis secondaire; le cuir chevelu présente dans presque toute son étendue une coloration érythémateuse avec production de squames relativement larges et épaisses; l'alopécie consécutive est diffusée dans la totalité de la région; les cheveux peu abondants qui persistent sont grêles et atrophiés; ces altérations donnent l'idée d'un eczéma séborrhéique grave et invétéré : ce qui indique la nature syphilitique de cette éruption, c'est la présence à son pourtour de plaques muqueuses cutanées nombreuses et caractéristiques.

Érythème bulleux suraigu du dos des mains.

MM. Hallopeau et **André Jousset.** — Ce malade, diabétique, présente sur le dos des mains une éruption érythémateuse et purulente dont la disposition rappelle exactement celle d'une paire de mitaines. Son caractère d'acuité contraste avec la bénignité d'une éruption érythémateuse survenue concurremment dans la région cervicale; il ne s'agit pas de diabétides, il faut attribuer seulement à l'influence glycosurique un léger sphacèle linéaire limitant en haut l'éruption des mains.

Si, comme il est très vraisemblable, cette éruption est due à l'action des toxines, on ne s'explique pas comment ces agents donnent lieu simultanément à des manifestations si torpides du côté du cou et si aiguës du côté des mains, pas plus que l'on ne s'explique la reproduction constante *in situ* des éruptions provoquées par l'antipyrine et l'iodure de potassium.

Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.

MM. Hallopeau et **André Jousset.** — Le malade a présenté successivement les signes de ces deux dermatoses; cette transformation peut s'expliquer soit par un changement dans le mode de réaction du sujet, soit par une modification dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques; le pemphigus foliacé peut présenter dans son évolution des alternatives notables d'aggravation et de rémission.

M. E. Besnier n'admet qu'un des deux diagnostics de M. Hallopeau et pense que dans ce cas il s'agit de pemphigus.

Paraplégie syphilitique à forme spasmodique.

M. A. Fournier montre un malade qui présente : une impotence des membres inférieurs; une exagération notable des réflexes rotuliens; du clonus du pied; des troubles recto-vésicaux.

La puissance musculaire est intacte, il n'y a donc pas de paraplégie véritable : c'est ce qu'on trouve habituellement chez les malades atteints de syphilis médullaire.

M. Fournier considère cette forme comme particulièrement mauvaise, bien que cette opinion soit en opposition complète avec celle d'Erb et des autres auteurs qui se sont occupés de cette question et qui considèrent cette affection comme absolument curable. Chez ce malade on a essayé les traitements les plus énergiques sans résultat.

Applications des greffes dermo-épidermiques.

M. E. Terrien vient, au nom de M. Tenneson et au sien, présenter quelques malades traités par la méthode des greffes, et qui tous ont retiré de son application un bénéfice réel et rapide, tant dans le cas d'ulcère de jambe que dans celui de lupus tuberculeux.

Dans un grand nombre de cas d'ulcère de jambe, traités de cette façon, on n'a noté que deux échecs.

Dans le lupus tuberculeux il faut : 1° détruire les tissus malades et obtenir une ulcération simple; 2° greffer cette surface ainsi cruentée.

La *destruction* du lupus pourra être obtenue de plusieurs manières : c'est ainsi que l'on pourra employer la curette tranchante, ainsi et mieux encore qu'on pourra se servir de caustiques.

C'est le procédé que M. Tenneson a maintes fois employé avec succès dans son service. Au bout de 10 ou 15 jours, suivant les cas, l'eschare déterminée par le caustique se détache; la place occupée par le lupus se trouve transformée en une plaie vive qui va se cicatriser vite et spontanément.

Il est préférable cependant de ne pas attendre ce résultat; les *greffes* à grands ou à petits lambeaux formeront le complément de cette opération, pour plusieurs raisons :

1° La cicatrisation sera plus rapide et obtenue, dans la majorité des cas, en moins de 10 ou 15 jours;

2° On évitera les rétractions cicatricielles qui représentent un des plus sérieux inconvénients du traitement du lupus par les caustiques, surtout quand on l'applique à la face, puisqu'il en peut résulter de l'ectropion et le déplacement de la commissure labiale;

3° On aura ainsi substitué de l'épiderme sain à l'ancien tissu lupique.

Résultats. — Les premières semaines, la région greffée reste un peu irrégulière et inégale, de surface raboteuse. Mais bientôt l'aspect se modifie et les tissus s'assouplissent en se régularisent.

La guérison ainsi obtenue est-elle définitive?

Pas plus que d'autres, sans doute, ce traitement ne mettra à l'abri de toute récidive; il a du moins le mérite de donner des résultats rapides; et si un jour des nodules lupiques reparaissent

au sein même de l'épiderme greffé, ils le feront isolément et rien ne sera plus facile que de les détruire sur place avec l'aiguille rougie du galvano-cautère.

M. E. Besnier fait observer que les greffes présentent un grand inconvénient à savoir que des lésions peuvent se produire au point où elles sont prises. Il a vu des cas où, au niveau des points où avaient été prélevées des greffes, il se faisait une reproduction de lésions semblables à celles que l'on cherchait à guérir.

Dermatite herpétiforme de la grossesse.

MM. Fournier et **Canuet** présentent une malade de la clinique, âgée de 30 ans, atteinte de dermatite herpétiforme, qui récidive au cours d'une 8e grossesse. L'éruption s'est montrée au 2e mois de la grossesse, présentant, comme c'est la règle, le plus grand polymorphisme. Des 7 grossesses antérieures, les 4 premières évoluent sans manifestation cutanée; au cours des 5e, 6e et 7e grossesses, l'affection se montre variable d'intensité.

L'observation actuelle constitue la 4e récidive chez cette malade.

Chimisme gastrique dans le traitement mercuriel.

MM. Gastou et **Babon**. — Dans son livre sur le traitement de la syphilis, M. Fournier signale des cas où le mercure administré par ingestion et quelquefois même par injection a provoqué : soit des douleurs gastriques internes, soit une inappétence plus ou moins marquée, soit une intolérance absolue.

M. Babon, élève de M. Hayem, a étudié le chimisme gastrique des malades du service de M. Fournier; cette recherche a porté sur 3 séries de malades :

1° Sur ceux soumis au traitement par voie gastrique;

2° Sur les injectés;

3° Enfin sur l'état gastrique avant le début du traitement et après le traitement.

Je ne parlerai que des résultats obtenus pour la 1re série : sur 8 cas, M. Babon a trouvé 1 fois l'apepsie complète, 6 fois l'hypopepsie, 1 fois l'hyperpepsie. La plupart des malades ainsi examinés étaient des femmes, dont quelques-unes souffraient de troubles utérins, d'autres malades avaient présenté antérieurement des troubles cardiaques nerveux, éthyliques ou chlorotiques.

Chez ces malades, le type gastrique trouvé est à peu près constant; il est le résultat d'une véritable gastrite avec transformation muqueuse du revêtement épithélial de l'estomac. Il répond au type appelé par M. Hayem : gastrite muqueuse.

Comme conclusion pratique de cette étude, on peut dire que chez des sujets syphilitiques, prédisposés aux troubles gastriques, il est de toute utilité pour éviter « une gastropathie médicamenteuse » et ses conséquences d'éviter la voie d'absorption gastrique : ces malades bénificieront de la méthode des injections par le mercure et de l'absorption rectale par l'estomac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 Mars 1896.

Nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques.

MM. F. Widal et **F. Besançon**. — Le diagnostic d'angine à streptocoques est un des diagnostics bactériologiques que l'on porte le plus fréquemment en clinique. C'est un de ceux qui, cependant, nous paraît le plus sujet à revision. Dans un précédent travail, nous avons déjà signalé la présence constante du streptocoque dans la bouche de 49 malades, atteints des affections les plus diverses (angines diphthériques, angines pultacées, angines phlegmoneuses, angines pseudo-membraneuses non diphthériques, ulcérations tuberculeuses de la gorge, érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, phthisie pulmonaire, bronchite pulmonaire, bronchite, purpura, infection puerpérale). D'autre part, la présence constamment décelée du streptocoque dans la bouche de 20 personnes saines, nous avait déjà permis d'avancer que ce microbe se trouve aussi fréquemment dans la bouche normale que le coli-bacille dans l'intestin. Des examens bactériologiques, récemment répétés, de bouches saines ou malades, nous ont toujours donné le même résultat.

Récemment, M. Lemoine, dans 165 cas d'angines aiguës de causes les plus diverses, a trouvé, comme nous, dans tous les cas, le streptocoque. Il a montré, de plus, qu'en pratiquant la ponction de l'amygdale, suivant le procédé de M. Vaillard, on peut isoler le plus souvent à l'état de pureté ce streptocoque de la profondeur même de l'amygdale. Bourges, qui a eu le mérite d'insister un des premiers avec Wurtz sur la présence du streptocoque dans l'exsudat de l'angine scarlatineuse, avait déjà figuré dans sa thèse une coupe d'amygdale scarlatineuse dont le tissu est profondément infiltré de streptocoques abondants. Ce streptocoque ne se retrouve pas, d'ailleurs, seulement dans la profondeur de l'amygdale malade; on peut le retirer également de l'amygdale de gens bien portants; chez 5 personnes saines, nous avons pratiqué la ponction de l'amygdale, suivant le procédé de M. Vaillard, et chaque fois, nous avons retiré le streptocoque.

Deux faits, que nous avons récemment observés, nous avaient déjà montré l'affinité du streptocoque pour la profondeur de l'amygdale; nous avons pratiqué, dans deux cas, l'examen bactériologique de ce smegma et y avons trouvé une véritable purée de streptocoques. Ce streptocoque peut donc pulluler, pendant des années, dans la profondeur de l'amygdale sans déterminer la moindre réaction inflammatoire.

Existe-t-il quelque caractère permettant de reconnaître un streptocoque inoffensif d'un streptocoque producteur d'angine? En ces dernières années, un grand nombre d'expérimentateurs ont essayé d'établir une classification parmi les microcoques qui se groupent en chaînettes. Nous-mêmes avons repris cette étude, et, pour juger la valeur de tous les signes différentiels proposés, avons comparé un à un les caractères morphologiquess ou biologiques de 122 échantillons de streptocoques isolés par nous.

De notre enquête, il est résulté que tous les prétendus caractères distinctifs des streptocoques de la bouche normale ou pathologique, n'ont qu'une apparence de réalité et que si l'on étudie un grand nombre d'échantillons de streptocoques de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale ou des suppurations, on retrouve entre ces mêmes microbes et souvent même dans les ensemencements successifs d'un même échantillon, des variations aussi grandes.

Les recherches que nous avons continuées dans ce sens n'ont fait que nous confirmer dans notre opinion sur l'instabilité de ces divers caractères. Récemment encore, pour ne prendre qu'un exemple, nous isolions d'une plaque de lymphangite un streptocoque qui donnait à la surface de la gélose de grosses colonies blanchâtres, crémeuses, ayant l'aspect des cultures du staphylocoque blanc. Ce n'était là qu'une propriété fugace. Après de nouveaux passages sur bouillon et gélose, ce microbe donna bientôt de petites colonies semblables à celles produites habituellement par le streptocoque.

Nos recherches récentes, qui viennent de porter sur 15 bouches normales, nous montrent que sur sérum, après un jour, tantôt les colonies de streptocoques sont déjà confluentes, tantôt à peine apparentes, sans que l'on puisse saisir la raison de ces différences. Ce critérium, pour le diagnostic des angines simples à streptocoques, ne sauraient donc être toujours tiré de la quantité plus ou moins grande des colonies que l'on observe sur les tubes de sérum.

Le streptocoque se retrouve toujours en même temps que le bacille de Löffler sur les tubes ensemencés avec les fausses membranes diphthéritiques; le fait a été signalé, il y a longtemps déjà, par MM. Roux et Yersin. Pour le mettre facilement en évidence, après 24 heures de culture, il suffit d'ensemencer des tubes de gélose, en même temps que des tubes de sérum. Sur gélose, les colonies de streptocoques poussent abondamment. Sur sérum, elles sont plus discrètes, dans la moitié des cas (c'est du moins ce que nous avons pu observer avec M. Levrey dans 25 faits récents); elles sont nettement visibles après 24 heures, alors même qu'il s'agit de diphthérie bénigne; dans l'autre moitié, elles sont à peine visibles après un jour; mais, si l'on ensemence les points douteux sur gélose, les colonies de streptocoques se développent en grand nombre.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la confluence très

marquée des colonies de streptocoques sur tubes de sérum est la seule indication possible d'une diphthérie associée à streptocoques cumme l'a bien montré M. Martin; encore est-il que souvent la limite qui caractérise cette confluence est souvent difficile à préciser.

Reste la question de virulence. Peut-on trouver un élément de différenciation entre les divers streptocoques, en recherchant le degré de virulence présenté par eux?

Pour juger de la virulence des nombreux échantillons de streptocoques isolés par nous depuis plusieurs années, nous avons l'habitude d'inoculer sous la peau de l'oreille du lapin, à la dose de 1 cent. 1/2, une culture de bouillon vieille de 2 à 3 jours et prélevée sur le tube de gélose primitif 24 heures après l'ensemencement. Cette inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané permet d'apprécier la gamme de virulence présentée par les streptocoques : simple plaque d'érythème, petite suppuration localisée en cas de faible virulence, plaque d'érysipèle en cas de virulence moyenne, mort par septicémie rapide en cas de virulence excessive. Ainsi, pour prendre comme terme de comparaison les streptocoques retirés des tumeurs ou des tissus d'individus frappés de diverses infections à streptocoques, nous avons pu nous assurer à nouveau, d'après une statistique récente, que les cultures isolées des organes d'individus morts de septicémie streptococcique déterminaient le plus souvent la mort par septicémie chez le lapin à la suite de l'inoculation sous-cutanée de l'oreille; les streptocoques isolés d'une plaque érysipélateuse humaine donnaient presque toujours un érysipèle expérimental et plus rarement une septicémie mortelle; les streptocoques de provenance puerpérale, recueillis dans le pus ou le sang dans des cas d'infection atténuée ou grave donnent en bloc 5 fois sur 10 un érysipèle grave au lapin; dans les autres cas, on observe au point d'inoculation une plaque d'érythème ou un petit abcès. Enfin, les streptocoques retirés de diverses suppurations localisées et d'apparence bénigne occasionnent le plus souvent l'érysipèle expérimental.

Au contraire, les streptocoques retirés de la bouche de personnes atteintes d'angines, ou de maladies les plus diverses, ne nous ont donné l'érysipèle que par exception, dans un cas d'angine scarlatineuse.

Les streptocoques retirés de la bouche de gens atteints d'érysipèle sont doués plus souvent de virulence, alors même que l'angine fait défaut. 3 fois sur 10, ces streptocoques occasionnent une septicémie mortelle ou un érysipèle.

Par inoculation de 17 échantillons de streptocoques associés provenant d'angines diphthériques de gravité moyenne, nous avons obtenu une fois un érysipèle bénin, une fois une paraplégie tardive, une fois un petit abcès fluctuant; dans un cas d'angine diphthéritique grave, le streptocoque détermina un érysipèle grave de l'oreille. Les streptocoques retirés de toutes ces gorges diphthéritiques n'avaient pas donné de colonies confluentes sur les tubes primitifs de sérum.

Enfin, les streptocoques retirés de la bouche normale n'ont jamais, dans nos expériences, donné à nos animaux ni septicémie, ni érysipèle. Ils sont cependant susceptibles d'acquérir la virulence, et nous avons montré que par passage dans le corps des animaux, avec association d'un coli-bacille virulent, ces streptocoques pouvaient acquérir la propriété de produire chez le lapin l'érysipèle ou la septicémie. Pour qu'un streptocoque exalte sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un malade, il faut en général qu'il pénètre l'économie. Ce que nous avons observé chez les varioleux est instructif à cet égard. Ces streptocoques isolés de leur bouche pendant la vie sont presque toujours dénués d'action pathogène, ceux retirés de leur sang et de leurs tissus sont doués d'une grande virulence.

Ce fait, que le streptocoque se retrouve toujours à la surface ou dans la profondeur de l'amygdale saine ou malade, nous montre que la présence de ce microbe sur les tubes de culture ne peut guère aider au diagnostic des angines; d'autre part, si les streptocoques isolés de la bouche des angineux ont quelquefois une certaine virulence, leur action pathogène n'est pas assez constante pour permettre d'établir rapidement, en vue du diagnostic clinique, leur distinction avec les streptocoques de la bouche normale. Ajoutons que des recherches récentes ont montré également à différents expérimentateurs, la fréquence des staphylocoques et du coli-bacille dans la bouche normale.

La bactériologie, qui nous a rendu le plus précieux des services, en nous permettant le diagnostic rapide et certain de l'angine diphthéritique, ne nous autorise pas, à l'heure actuelle, à nous baser sur la présence de streptocoques pour distinguer nosographiquement les angines aiguës. En prenant cette base de classification, on risquerait de ne plus distinguer que deux variétés d'angines aiguës, les diphthéritiques et les non diphthéritiques, et cette classification serait par trop simpliste. Il faut se souvenir que les infections d'une cavité ouverte constamment peuplée de germes, comme la bouche, sont plus difficiles à classer que les infections d'une cavité close normalement aseptique, comme la plèvre par exemple.

Les angines aiguës, érythémateuses ou pseudo-membraneuses, dans lesquelles on retrouve le streptocoque, ne sont donc pas suffisamment classées par la bactériologie. Sans nier le rôle que ce microbe doit souvent jouer dans leur genèse et, tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, nous avons voulu seulement montrer qu'à l'heure présente, les angines aiguës non diphthériques, doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution clinique.

M. Lemoine a constamment trouvé le streptocoque dans 224 cas, d'angines de nature diverse, qu'il a étudié. Il a également constaté la présence du streptocoque dans les amygdales normales, mais sur les 14 cas en question, il s'agissait 8 fois de malades convalescents d'angine.

Mort subite au cours de la chlorose, par embolie pulmonaire.

M. Hayem présente les pièces relatives à un cas de mort subite, par embolie pulmonaire, au cours de la chlorose, chez une malade âgée de 21 ans.

Dix jours après son entrée, à la suite d'une vive émotion, elle se dressa sur son lit, poussa un cri et mourut. La scène avait duré une minute à peine.

En 1894 la malade avait eu une phlegmatia de la jambe gauche qui laissa après elle des douleurs rapportées à une sciatique. En 1895 apparurent des battements de cœur, de la dyspnée, traités par le fer et la digitale.

A son entrée dans le service, la malade se plaignait de céphalalgie et palpitations, d'un point de côté sous le sein gauche. A l'auscultation on entendait les battements du cœur, violents et précipités, et un bruit ressemblant tantôt à un frottement, tantôt à un bruit de galop. Rien du côté des poumons.

A l'autopsie on trouva l'artère pulmonaire et ses branches complètement oblitérées par des coagulations sanguines, les unes anciennes, les autres récentes.

Le point de départ de ces coagulations était dans le cœur droit où l'on trouvait deux espèces de coagulations : les unes petites, sessiles, de petit volume, et un gros caillot en forme de battant de cloche, à grosse extrémité déchiquetée, à petite extrémité rattachée à la paroi par un mince pédicule fibreux incrusté de sels calcaires.

Il y a donc eu chez cette malade endocardite et développement dans le cœur d'un caillot ancien dont l'origine remonte probablement à l'époque de la phlegmatia.

L'oblitération de l'artère pulmonaire s'est faite en divers temps, à des époques très éloignées. Il n'y a jamais eu production d'infarctus. Les poumons sont atélectasiés et tout au plus infiltrés d'un peu de sang.

Souffle cardio-pulmonaire.

M. Huchard a observé récemment une malade de 30 ans atteinte de néphrite interstitielle avec hypertrophie du ventricule gauche, chez laquelle on avait diagnostiqué un rétrécissement avec insuffisance mitrale et une insuffisance aortique, en raison des signes stéthoscopiques qu'elle présentait.

L'autopsie de cette femme, qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, montra que les orifices du cœur étaient absolument normaux.

Il s'agissait donc ici de bruits extra-cardiaques, appelés cardio-pulmonaires par M. Potain.

Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde.

M. Galliard. — Un homme de trente ans, soigné dans mon service à l'hôpital Tenon pour une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, a présenté, à partir du 10e jour une belle éruption de taches rosées lenticulaires. Il a eu des hémorrhagies intestinales du 15e au 20e jour. Le 22e jour, j'ai constaté un piqueté rougeâtre aux poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités. Le 23e jour, les macules étaient nombreuses, larges, souvent confluentes dans ces régions; on en trouvait aussi aux aines, à l'abdomen, au thorax; les placards étaient symétriques. L'érythème ne fut visible que pendant trois jours. On ne put l'attribuer à aucun médicament, le malade ayant été traité seulement par les bains froids et n'ayant pris que deux ou trois doses de quinine au début. Vomissements, albuminurie, délire, adynamie, mort le 38e jour. Pas d'autopsie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 Mars 1896.

Albuminurie et urémie à la suite d'une application de vésicatoire.

M. Huchard rapporte l'observation d'une jeune femme entrée dans son service pour un embarras gastrique avec crises gastralgiques excessivement douloureuses, qu'on traite au moyen d'un vésicatoire appliqué pendant 12 heures sur la région épigastrique; 5 jours plus tard, la malade présenta une bouffissure de toute la face et fut prise de céphalalgie et de phénomènes d'urémie aiguë à forme gastrique et pulmonaire, avec oligurie touchant à l'anurie. L'examen des urines montra l'existence d'une albuminurie abondante, dont l'absence a été constatée lors de l'entrée de la malade dans le service et avant l'application du vésicatoire. Dans ces conditions, le diagnostic d'urémie et de néphrite cantharidienne était certain. Un traitement énergique (drastiques, saignées, ventouses scarifiées, théobromine, lavages de l'intestin) eut raison de ces accidents, et la malade finit par être radicalement débarrassée de son albuminurie.

M. Huchard insiste sur ce fait que cette observation montre une fois de plus les dangers de la vésication cantharidienne, qu'il est temps d'abandonner, comme on l'a déjà fait en Allemagne et en Angleterre.

M. Ferrand pense que le vésicatoire peut rendre de grands services quand il n'existe pas de contre-indications du côté du rein, par exemple au stade initial des maladies infectieuses aiguës, en cas d'artério-sclérose, quand on soupçonne une néphrite à l'état latent.

M. Bardet croit qu'il faut distinguer entre le vésicatoire cantharidien et la vésication en général, celui-ci étant d'une utilité incontestable dans bon nombre de cas.

M. Créquy pense, au contraire, que le vésicatoire restera un précieux moyen de révulsion, même en chirurgie, mais que tout dépend de la manière de s'en servir et de la durée de son application. C'est surtout chez les enfants qu'il faut se montrer circonspect à son égard.

M. de Crésantignes est un adversaire résolu du vésicatoire depuis qu'il a observé 2 cas de mort par néphrite cantharidienne.

M. Mathieu reproche au vésicatoire non seulement son action néfaste sur le filtre rénal, mais encore la production d'une plaie susceptible de servir de porte d'entrée à une foule d'inoculations microbiennes. Quant à son action sur les pneumonies et broncho-pneumonies, on peut lui substituer les enveloppements froids.

M. Capitan pense comme M. Mathieu : dans l'immense majorité des cas, le vésicatoire est un agent thérapeutique dont il faut se méfier; toutefois il est certain qu'il a une action efficace contre les vomissements incoercibles et contre les crises douloureuses des salpingites.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIETE DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 Mars 1896.

Ictère catarrhal.

M. A. Fraenkel revient sur la communication de M. Renvers (voir *Gazette hebdom.*, 1896, n° 19, p. 225) pour accepter la division de l'ictère catarrhal, quant à son étiologie, en infectieux et toxique. Il accepte donc la réalité de l'ictère infectieux dont l'étude a été faite par des médecins français, et pense que ce groupe comprend tous les cas où l'ictère débute par la fièvre et des frissons et s'accompagne d'une tuméfaction de la rate et, dans quelques cas, d'albuminurie, entre autres encore ces cas de maladie dite de Weil. Quant à l'ictère d'origine toxique, qui serait caractérisé par l'apyrexie et la prostration du malade, il existe aussi, mais, à eux deux, l'ictère infectieux et l'ictère toxique n'épuisent pas encore tous les cas d'ictère catarrhal, et un certain nombre de cas relève encore de l'ancienne pathogénie de l'ictère catarrhal, par catarrhe de la muqueuse des voies biliaires sans que toutefois le fameux bouchon muqueux occupe toujours l'orifice du cholédoque; l'obstacle à l'écoulement de la bile, la tuméfaction de la muqueuse, peut en effet réagir plus haut.

Quant aux dimensions de la vésicule biliaire qui est distendue dans les tumeurs et rapetissée dans la cholélithiase, M. Fraenkel l'explique par ce fait que l'occlusion du cholédoque n'est jamais complète dans la lithiase et que par contre son obstruction par une tumeur peut être totale. Du reste il n'est pas toujours facile de dire si la vésicule est distendue ou non, car la tuméfaction du lobe droit du foie peut fort bien simuler la distension de la vésicule. M. Fraenkel a plusieurs fois constaté ce fait chez des malades qu'il a fait opérer.

M. Mayer a observé dans la clientèle privée un grand nombre de cas d'ictères apyrétiques d'origine calculeuse qui, d'après M. Renvers, seraient des ictères inflammatoires. Or, chez ces malades où l'ictère, après avoir persisté pendant des mois et quelquefois pendant 2 ou 3 ans, disparaît après l'expulsion d'un calcul, c'est bien plutôt un ictère par rétention qu'un ictère inflammatoire. C'est ainsi encore que dans un cas publié par Rosenstein, chez un malade chez lequel on avait diagnostiqué une cirrhose du foie et qui depuis 2 ans était atteint d'ictère, l'autopsie montra la présence d'un calcul encore mobile dans le cholédoque. Ce malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques.

Dans certains cas, comme l'a dit M. Renvers, la cause de l'ictère ne réside pas dans le foie. Comme exemple, M. Mayer cite le cas d'une femme atteinte d'accidents de cholémie et chez laquelle on a diagnostiqué une lithiase biliaire. L'opération montra que les accidents étaient produits par un rein mobile.

Quant à la tuméfaction de la vésicule biliaire, elle n'est pas pathognomonique du cancer. Ainsi dans un cas d'ictère chronique avec accidents de cholélithiase, où à la palpation on trouvast la vésicule petite, l'opération montra l'existence d'un carcinome de l'intestin.

M. Litten insiste sur ce fait que l'infection du foie par la voie biliaire ne peut se faire qu'en cas d'obstacle à l'écoulement de la bile. Cet écoulement est, comme on le sait maintenant, continu, et les microorganismes de l'intestin qui pénètrent dans la bile sont expulsés avec le courant qui se fait vers l'intestin. Mais lorsque l'écoulement de la bile est gêné ou arrêté par le fait des calculs ou d'un processus catarrhal ou inflammatoire de la muqueuse des voies biliaires, l'infection de la bile et des voies biliaires se fait avec la plus grande facilité. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer la fièvre typhoïde bilieuse et le typhus récurrent. Pendant l'épidémie de fièvre récurrente de 1872-1873, M. Litten a fait une trentaine d'autopsies : il n'a jamais trouvé de bouchon muqueux, mais un catarrhe des capillaires biliaires qui entravait la sécrétion et l'écoulement de la bile et favorisait ainsi l'infection du foie.

M. Kohn cite l'observation d'un homme entré à l'hôpital

pour des coliques hépatiques et chez lequel on trouva une légère affection des poumons. Les accidents ss dissipèrent sous l'influence du traitement et au bout de quelque temps le malade quitta l'hôpital. Il revint 6 mois plus tard avec des phénomènes d'ulcère stomacal. Quelques jours après son entrée, il eut des hématémèses, puis il fut pris de frissons et l'on constata la formation d'un pyo-pneumothorax. Le malade finit par succomber avec des phénomènes de septicémie. A l'autopsie, on trouva une angiocholite suppurée, une induration des tissus avoisinant le hile du foie avec compression du cholédoque et de la veine porte. L'examen microscopique des tissus d'induration montra que les lésions étaient de nature tuberculeuse.

Dans ce cas l'ictère était donc produit par la compression des voies biliaires, était par conséquent un ictère par rétention.

M. Freyhan a observé un certain nombre d'ictères chez des individus sujets à l'intoxication par le plomb. Ces ictères toxiques évoluaient sans fièvre, ce qui viendrait à l'appui de la distinction établie par M. Renvers entre l'ictère infectieux et l'ictère toxique.

D'un autre côté, M. Freyhau a trouvé à l'autopsie des individus ayant succombé à la cirrhose hypertrophique avec ictère une obstruction du canal cholédoqne. Il pense donc que cette obstruction joue également un rôle dans certains cas d'ictère catarrhal.

M. Stadelmann ne pense pas que l'ictère qu'on observe dans la cirrhose hypertrophique soit provoqué par un catarrhe des voies biliaires. De même l'ictère que l'on observe dans la cholélithiase est plutôt un ictère par rétention que par inflammation secondaire des voies biliaires. Quant à l'ictère infectieux dont la pathogénie s'appuie sur la présence des microorganismes dans la bile, cette constatation faite après la mort n'a aucune valeur. Dans les cas où cette constatation a été faite pendant la vie, il n'est pas prouvé que ce soit ces microorganismes qui ont provoqué l'ictère infectieux.

M. Leyden ne saurait abandonner avec M. Renvers, la théorie hématique de l'ictère. Il existe des cas où le foie reste sain; et, d'un autre côté, l'on sait que toutes les substances qui détruisent le sang (chloroforme, éther, etc.) provoquent l'ictère.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 3 Mars 1896.

Tumeur maligne du cordon spermatique.

M. Morgan. — Un homme de 39 ans s'aperçut qu'il était porteur d'une tumeur du cordon spermatique à la suite d'un léger effort. Cette tumeur était irrégulière, nodulée; elle occupait le canal inguinal. On enleva cette tumeur après avoir lié le cordon plus haut, en un point qui parut sain; il n'y avait pas de ganglions malades, mais la tumeur adhérait au grand oblique. Le malade guérit rapidement. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un squirrhe né d'une paroi du canal inguinal et ayant envahi secondairement le cordon. L'épaississement du cordon tenait à une infiltration des lymphatiques par des cellules cancéreuses. Le testicule et l'épididyme étaient intacts. La tumeur était formée de cellules rondes occupant les mailles d'un réseau trabéculaire.

Maladie kystique diffuse des deux seins

M. Robinson. — Une femme de 49 ans, ayant eu 6 enfants et ne présentant aucun antécédent cancéreux dans sa famille, remarqua en mars 1894 qu'elle avait une petite grosseur dans le sein droit; il n'y avait ni douleur ni écoulement par le mamelon. Je constatai que tout le sein droit était hypertrophié et induré et présentait des kystes multiples. Pas de ganglions hypertrophiés dans l'aisselle. Le sein gauche était à peu près dans le même état. On fit l'amputation du sein droit le 20 août 1894. Des coupes montrèrent qu'il s'agissait d'une formation fibreuse générale criblée de kystes dont la taille variait depuis des dimensions microscopiques jusqu'à celles d'une noix; ces kystes contenaient le liquide muqueux brun verdâtre ordinaire; il n'y avait pas de formations intrakystiques. L'examen microscopique montra qu'il y avait des lésions qu'on pouvait rapporter à la matité chronique interstitielle; de plus il y avait des lésions carcinomateuses. Aussi conseilla-t-on à la malade de se laisser amputer le 2e sein, ce qu'on fit le 2 novembre 1894. Ce sein était criblé de kystes; on trouva au microscope des lésions de mastite chronique interstitielle; mais il n'y avait pas trace de cancer. Je crois que chaque kyste s'est développé sous l'influence d'une inflammation chronique. Je considère qu'il y a une relation de cause à effet entre la formation kystique et le cancer; aussi faut-il traiter radicalement ces kystes du sein.

M. Snow. — Ces kystes existent pendant des années sans provoquer de douleur; je ne les crois pas d'origine inflammatoire.

Concrétions graisseuses enkystées du sein.

M. Watkins-Pitchford. — Une femme de 46 ans entra à l'hôpital pour des grosseurs du sein. Mariée depuis 22 ans, elle avait eu 10 enfants qu'elle avait tous nourris. Un an auparavant, nourrissant encore son dernier enfant, elle remarqua que le lait venait avec difficulté du côté gauche et de plus que le sein de ce côté présentait quelques tuméfactions dures. Elle continua à nourrir son enfant pendant 6 mois; elle devint très anémiée et dyspeptique. Le sein gauche était douloureux; en le pressant on ne faisait sortir aucun liquide par le mamelon; dans la partie inférieure de la mamelle il y avait 2 ou 3 masses de tissu glandulaire induré en forme de coin. Dans ces masses il y avait 3 ou 4 nodules durs et arrondis. En imprimant à ces nodules une traction centrifuge on provoquait la rétraction du mamelon. La peau n'était pas adhérente. Dans l'aisselle gauche il y avait 1 ou 2 ganglions augmentés de volume, mais mous. Le sein droit présentait des signes de mastite chronique, mais n'avait pas de nodules. On amputa le sein gauche et on enleva les ganglions de l'aisselle. La femme va actuellement très bien. La partie malade du sein présentait les apparences de la mastite chronique, il y avait de nombreux petits kystes contenant du lait. Dans le tissu glandulaire il y avait de petits nodules de consistance crémeuse. Chaque nodule occupait une cavité tapissée par une membrane lisse et possédant une paroi dense et fibreuse. On isolait très facilement les nodules de leur paroi. On ne put déterminer si ces nodules graisseux s'étaient formés dans de petits canaux ou dans des alvéoles. Les ganglions axillaires hypertrophiés présentaient des lésions d'induration simple. Les nodules étaient composés de petites masses graisseuses amorphes.

Infection latente de la moelle osseuse dans le carcinome du sein.

M. Snow. — J'ai fait des coupes microscopiques dans un humérus et une vertèbre lombaire d'une femme morte d'un carcinome du sein droit, j'ai pu ainsi constater l'infection médullaire particulière qui se produit dans cette affection. En effet, la moelle osseuse devient, concurremment avec les ganglions lymphatiques de l'aisselle, le siège de dépôts cancéreux et cela dès le 3e mois qui suit le début de la maladie. L'humérus du coté malade est généralement le premier os infecté; puis c'est le sternum qui est pris. Dans les formes atrophiques, l'infection peut rester plusieurs années sans se produire. Le principal symptôme sternal consiste en une proéminence qui se développe lentement au point de jonction de la partie supérieure et de la partie moyenne de l'os; elle apparaît généralement pendant la 2e année; elle est indolore et ne forme une véritable tumeur que 1 ou 2 fois sur 100. On peut prendre pour cette tumeur un simple vice de conformation, aussi n'est-elle pathognomonique que lorsqu'elle s'accompagne de douleurs térébrantes dans le bras, les épaules et les lombes. A la suite d'une opération les dépôts médullaires peuvent rester 5 ou 6 ans sans amener de troubles; puis ils donnent lieu à des métastases et la malade succombe, emportée par une récidive dans les viscères. Ce n'est que dans 2, 4 p. 100 des cas que l'infection osseuse cesse d'être insidieuse et se traduit par une tumeur, une fracture ou une déviation rachidienne. Cette infection latente de la moelle des os explique la grande tendance aux récidives qu'a le cancer du sein; de plus on comprend ainsi que la moelle osseuse peut

former un véritable nid d'infection où peuvent rester cachés pendant longtemps, sans produire de symptômes, des microbes de la malaria et autres. Cette considération tend aussi à faire rejeter les opérations très étendues qu'on a quelquefois conseillées. Dans le cancer du sein il y a presque toujours des dépôts secondaires dans les vertèbres lombaires.

Appendicite.

M. Hunter. — Un garçon de 13 ans entra à l'hôpital se plaignant de malaise abdominal, de diarrhée, de fièvre intermittente, de sueurs. Puis le foie s'hypertrophia et devint douloureux; on entendit au niveau du cœur des souffles systoliques à caractère changeant. On trouva ensuite l'appendice épaissi, adhérent à la partie postérieure du cæcum; en un point de l'appendice il y avait une ulcération avec une inflammation limitée et une gangrène des tissus adjacents. Il n'y avait pas de péritonite généralisée; mais il y avait une pyléphlébite suppurée, la veine porte et ses branches de distribution dans le foie étant remplies de pus; il y avait de nombreux abcès pyohémiques dans le foie et un peu d'endocardite ulcéreuse récente de la valvule mitrale. Le 2e cas est celui d'une femme de 37 ans, qui entra à l'hôpital pour une péritonite généralisée aiguë. On l'opéra et on ouvrit la cavité d'un abcès stercoral contenant beaucoup de pus; cet abcès communiquait avec l'appendice. On réséqua plus de 3 cent. cubes de ce dernier, épaissi et enflammé; il y avait une concrétion fécale dans l'abcès. La malade mourut le lendemain. On trouva l'appendice très épaissi, englobé dans une masse de tissu comprenant aussi le bout inférieur du cæcum. L'appendice avait plus de 8 centimètres de longueur; très près du cæcum il présentait une ulcération entourée de tissus foncés et gangrénés dans lesquels avait séjourné la concrétion fécale. Cette ulcération correspondait à la paroi postérieure de l'abcès, qui communiquait ainsi librement avec la cavité de l'appendice. Il y avait de la péritonite suppurée étendue et on trouva des collections purulentes localisées dans l'hypochondre droit et entre l'intestin grêle et le côlon transverse. La 3e observation est celle d'un enfant de 6 ans qui se plaignait de douleurs abdominales; il y avait aussi de l'empâtement de l'abdomen au niveau de sa partie inférieure. L'enfant avait de la fièvre à type intermittent. On trouva une grosse collection purulente dans la partie inférieure de l'abdomen avec des collections secondaires dans les deux hypochondres. L'extrémité libre de l'appendice était attachée à une anse de l'intestin grêle au niveau du rebord du bassin. Son extrémité distale était ulcérée, de couleur foncée, presque complètement gangrénée et séparée du bout proximal, qui était sain. Dans ces 3 cas il y avait des ulcérations dues probablement à un enclavement de concrétion fécale dans l'appendice; cependant on ne put trouver la concrétion que chez un seul malade. Les effets de cet enclavement ont varié sous l'influence de 2 facteurs principaux qui sont : la situation de l'appendice, sur le rebord du bassin ou à la partie postérieure du cæcum. Dans un cas, en effet, l'ulcération faisait communiquer l'appendice avec la cavité péritonéale, entraînant ainsi une péritonite suppurée; dans l'autre, il se produisait une inflammation et un épaississement de l'appendice avec des lésions de pérityphlite, comme cela a eu lieu dans la 2e observation. Le 1er cas se rapporte aussi à la variété pérityphlique qu'on peut opposer à la variété péritonéale.

M. Moore. — J'ai dernièrement assisté à une autopsie au cours de laquelle on trouva l'appendice ouvert; on put suivre un trajet purulent allant jusqu'au mésentère; on trouva des abcès dans le foie, un d'eux s'était ouvert à sa partie supérieure, amenant ainsi la formation d'un abcès sous-diaphragmatique.

M. Drew. — Un malade qui avait été opéré pour des abcès hépatiques, dont un avait été drainé, mourut peu de jours après. A l'autopsie on trouva le lobe gauche du foie criblé de petits abcès; le lobe carré présentait les mêmes lésions. L'appendice était entouré d'adhérences, mais il n'y avait pas d'inflammation aiguë. La veine porte était thrombosée et on put suivre cette thrombose jusqu'à la région de l'appendice.

M. Pitt. — J'ai vu un petit enfant présentant un abcès sous-diaphragmatique ayant pour cause une pérityphlite.

M. Hawkins. — J'ai observé un cas d'abcès pelvien avec empyème du côté gauche et végétations récentes sur les valvules mitrales, le tout associé à une pérityphlite.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE VIENNE

Séance du 5 Février 1896.

Syphilis à la suite de la circoncision.

M. Popper a rapporté l'observation d'un nouveau-né chez lequel 3 semaines après la circoncision apparut sur le gland un chancre induré, suivi d'adénopathie inguinale et, 3 mois après d'une roséole qui disparaît sous l'influence d'un traitement par le calomel; 2 mois plus tard, c'est-à-dire quand l'enfant avait 5 mois, les ganglions des aines puis ceux du cou ont été atteints de suppuration.

Actuellement l'enfant est dans un mauvais état général. Sa peau est flasque; sur le pénis on voit un chancre ulcéré; le tronc, la face, les membres sont couverts de syphilides en état d'évolution, la paume des mains et la plante des pieds sont couvertes de psoriasis, l'épididyme gauche présente un noyau d'infiltration, la rate est augmentée de volume.

La mère de l'enfant affirme que le sacrificateur a infecté ainsi 2 autres enfants. Seulement il est difficile de savoir si l'infection tient à l'opérateur ou aux instruments dont il s'était servi.

M. Kaposi dit que les cas de ce genre s'observent le plus souvent d'une façon sériée. En 1870 on a observé une série de cas analogues et au prime abord on a considéré ces altérations comme étant de nature tuberculeuse. Ultérieurement il a été prescrit aux sacrificateurs de se servir d'instruments propres et de ne pas pratiquer la succion.

M. Grünfeld se souvient aussi de la série de 1870. On est arrivé, après enquête, à retrouver le sacrificateur et l'examen montra chez lui l'existence de plaques muqueuses des lèvres. Du reste, les ulcérations ne sont pas toujours syphilitiques; quelquefois il s'agit simplement de plaies infectées.

M. Lang fait observer qu'à l'occasion d'une épidémie de ce genre observé à Cracovie, Rust a retrouvé le sacrificateur et constaté qu'il était syphilitique.

M. Hock désirerait que la circoncision ne soit pratiquée que par des médecins.

M. Neumann fait observer que quelquefois le sacrificateur n'est pour rien dans cette syphilis. Il arrive notamment que l'on circoncise des syphilitiques héréditaires chez lesquels les manifestations de la syphilis ne surviennent que quelques semaines après la circoncision. Il arrive alors que la plaie de la circoncision prend un mauvais aspect.

Gommes de la vulve et du rectum.

M. Rille a montré une femme de 29 ans qui présente deux gommes du vagin. L'une, située dans la fosse naviculaire, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, se présente sous forme d'une ulcération aplatie, recouverte de granulations pâles, à bords décollés, et offrant au centre une perforation qui conduit dans le rectum. L'ulcération a de plus amené le décollement, sur une assez grande étendue, de la paroi postérieure du vagin. La seconde ulcération, des dimensions d'une pièce de 5 francs se trouve aux environs de l'urèthre. En outre, 2 ulcérations gommeuses se trouvent encore sur la muqueuse rectale, immédiatement au-dessus de l'anus.

La malade a été traité pour sa syphilis en mars 1894, à la clinique de Kaposi, par des injections de sozo-iodolate de mercure. Elle présente ceci de particulier que les accidents tertiaires ont paru chez elle de bonne heure.

M. Ehrmann fait observer que les ulcérations de ce genre sont quelquefois d'origine tuberculeuse, quelquefois produites par les gonocoques. Personnellement il a observé un cas analogue où l'examen histologique montra la nature tuberculeuse de la lésion.

M. Lang rappelle que les recherches de ces dernières années ont démontré l'origine gonorrhéique de certains rétrécissements du rectum considérés auparavant comme étant de nature syphilitique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la fièvre dans la tuberculose

Par G. Mangin-Bocquet (1).

De même que l'apparition de la fièvre marque une nouvelle étape dans l'évolution de la tuberculose, de même elle introduit dans la situation thérapeutique une modification constante, car cette fièvre doit être traitée, et cela constamment, imperturbablement.

La fièvre est par elle-même un processus de consomption; en délivrant le malade de la fièvre, vous le soustrayez à un travail de dénutrition rapide qui, abandonné à lui-même, va précipiter la consomption; de plus, vous diminuez la durée de l'interruption dans le traitement fondamental; enfin, vous sauvegardez les fonctions gastriques et vous prévenez, au moins dans la mesure du possible, le développement d'un état dyspeptique qui est trop souvent définitif. C'est une grande erreur d'attribuer toujours la même signification à la fièvre dans la tuberculose; ici plus que jamais, il faut recourir aux lumières de l'analyse pathogénique.

A un moment quelconque de la maladie, la fièvre peut être liée aux formations granuleuses primitives ou secondaires dont les poumons sont le siège; dans l'immense majorité des cas, elle est intermittente, quotidienne à accès vespéral dont les trois stades sont plus ou moins nettement accusés; le déclin a lieu dans la nuit bien avant le matin; exceptionnellement l'accès a lieu le matin de bonne heure, et c'est à l'exploration du soir qu'on trouve le minimum thermique de la période de 24 heures; c'est une variété du type inverse.

Cette forme peut être rémittente, c'est-à-dire subcontinue avec une forte rémission matinale, mais cela ne se voit guère que dans les formations granuleuses secondaires, à une époque avancée de la maladie.

C'est là la *fièvre de granulation* ou de *tuberculisation*.

A un moment quelconque de la maladie, la fièvre peut être liée au développement de foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques tuberculeux ou simples; cette fièvre est subcontinue à maximum vespéral; elle dure autant que l'inflammation intercurrente, elle ne s'éloigne guère par ses caractères de la fièvre symptomatique d'une broncho-pneumonie primitive.

C'est là la *fièvre d'inflammation*.

A partir de la période du ramollissement tuberculeux, deux autres éventualités pyrétogènes viennent s'ajouter aux précédentes.

La fièvre peut être liée au travail ulcératif plus ou moins rapide qui aboutit à la formation des cavernes; elle est subcontinue, à ascension vespérale comme la précédente, peut-être avec rémissions matinales moins accusées.

C'est là la *fièvre d'ulcération* ou *d'excavation*.

Enfin, du début de la phase de ramollissement jusqu'à la fin de la maladie, en passant par la période cavitaire, la fièvre peut être liée à la résorption des produits dont la nécrobiose, les sécrétions bronchiques et caverneuses encombrent le poumon; ces éléments sont pyrétogènes, la fièvre à laquelle ils donnent lieu est à la fois la plus fréquente et la plus redoutable de toutes par sa durée, car elle est indéfinie si elle n'est pas combattue; elle est intermittente à accès vespéral, ou intermittente à type double quotidien, le premier accès ayant lieu vers 11 heures ou midi; elle est le plus communément rémittente avec une chute matinale, qui ne ramène pas le chiffre thermométrique normal, mais qui est assez souvent marquée pour qu'il y ait un écart d'un degré et demi à deux degrés entre la température du matin et celle du soir.

Dans l'une et l'autre variété, intermittente et rémittente, il peut y avoir un frisson ou quelques frissonnements au début de l'ascension vespérale et la fin du paroxysme est ordinairement accompagnée de sueurs abondantes.

C'est là la *fièvre de résorption* ou *fièvre hectique* des auteurs.

Toute fièvre dans la tuberculose doit être combattue, qu'elle soit symptomatique ou non; il ne faut pas croire qu'il suffise de réserver les antithermiques pour la fièvre hectique et que les autres fièvres puissent être sans dommage abandonnées à l'influence dominante de l'altération locale qui les engendre, ce serait là une erreur grave; si nous avons peu de prise sur leur existence, nous en avons une constante, ou à peu près constante, sur leur intensité, et ce n'est pas un médiocre bénéfice que de restreindre, ne fût-ce que d'un faible degré, la consomption aiguë que représente tout mouvement fébrile.

Sans entrer dans des digressions à perte de vue sur tous les antithermiques qu'on a proposés pour la guérison de la fièvre des tuberculeux, nous nous en tiendrons seulement à ceux qu'une expérimentation longue nous a montré avoir quelque pouvoir contre la fièvre des tuberculeux; puis, nous finirons par une étude de l'hygiène que doivent suivre les tuberculeux avant de la fièvre.

Quinine. — Les fièvres symptomatiques du début peuvent être avantageusement combattues par la quinine; toutefois, lorsque la fièvre d'inflammation ou d'ulcération

1. Nous extrayons ce chapitre de la thèse récente de M. Mangin-Bocquet. Nous avons donné (p. 236) le résumé des opinions théoriques de l'auteur.

se développe chez un malade qui a déjà présenté la fièvre de résorption, il faut, de préférence, employer l'acide salicylique. Il faut également, au lieu de sulfate de quinine, se servir de bromhydrate de quinine, dont l'action irritante sur la muqueuse gastrique est beaucoup moins prononcée.

D'un autre côté, il est essentiel de concilier ces deux conditions : usage peu prolongé et effet réellement utile de la médication; dans ces cas, il faut agir d'après la méthode de mon excellent maître M. le professeur Jaccoud, dont le principe est le suivant : « Faire coïncider l'action complète de la dose, aussi totale que l'élimination le permet, avec l'heure qui précède l'exacerbation ou le développement de la fièvre : c'est en moyenne après un intervalle de 6 heures que la quinine produit la plénitude de ses effets antithermiques; donc il faut donner le médicament *7 heures avant le moment de l'accès* et avoir soin que la dose entière soit prise dans l'espace de 15 à 30 minutes au plus.

« Le premier jour, on administre à 10 minutes de distance 4 cachets contenant chacun 0gr50 de bromhydrate; donc, 2 grammes en 30 minutes.

« Si la chute vespérale n'atteint pas un degré, on donne encore 1gr50 le second jour de la même manière.

« Quel que soit le chiffre thermique le soir même, s'il ne dépasse pas celui du matin, il faut faire prendre 1 gramme en 2 fois à 10 minutes de distance. Le 3e jour, il faut laisser reposer le malade 3 jours, puis recommencer, si besoin est, suivant les mêmes règles. »

Cette médication réussit très bien dans la fièvre de tuberculisation, à moins qu'il n'y ait des formations granuleuses secondaires; il en est de même dans la fièvre dite d'inflammation; il n'en est plus de même dans la fièvre d'ulcération et surtout dans la fièvre de résorption.

Il y a encore un point important à noter, c'est qu'il ne faut pas administrer la quinine par la bouche à des malades qui ont déjà souffert antérieurement de phénomènes dyspeptiques ou chez lesquels le mauvais état de l'appétit et des fonctions digestives peut en faire redouter l'imminence; car cette médication, pour agir, doit être prolongée et il en résulterait des désordres graves pour l'estomac. Il faut employer, dans ces cas, les injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine; on dissout 1 gramme de bromhydrate dans 5 grammes d'eau; une seringue de Pravaz contient sensiblement 20 centigrammes de sel; cette quantité correspond à 50 centigrammes pris par la bouche; conséquemment, avec 2 injections, on a l'effet d'un gramme, avec 3 l'effet de 1gr1/2; ces injections sont faites au tronc ou aux membres supérieurs et n'entraînent aucun inconvénient, si ce n'est, parfois, des nodosités qui peuvent persister très longtemps.

La fièvre de résorption, celle de beaucoup la plus grave, doit être combattue avec une infatigable persévérance : on réussit ou l'on échoue, peu importe, il faut agir, agir énergiquement, agir toujours, on peut obtenir de l'insistance ce que l'on a pu obtenir de l'intervention initiale.

Plusieurs médicaments ont été préconisés contre cette fièvre : l'acide salicylique, la thalline, l'antipyrine, l'ergot de seigle et enfin les lotions froides.

L'*acide salicylique*, préconisé par M. le professeur Jaccoud, est un antithermique, et un antiseptique assez puissant (il semble ici que c'est grâce à cette propriété qu'il agit); il est, à tous les points de vue, meilleur que le salicylate de soude qui ne doit être employé que quand l'acide salicylique ne peut être supporté par l'estomac.

Lorsqu'il s'agit de faire tolérer pendant un certain temps l'ingestion quotidienne de l'acide salicylique, deux préoccupations principales doivent diriger le traitement : donner une dose vraiment active mais pas assez forte pour que les troubles cérébraux deviennent dès le 1er ou le 2e jour une impérieuse contre-indication; éviter autant que possible l'irritation de la muqueuse gastrique. La manière d'administrer l'acide salicylique doit être la suivante :

1° L'acide salicylique en nature est donné par cachets de 0gr50, espacés de manière que la dose totale soit prise dans un intervalle d'une heure s'il s'agit de 2 ou 3 grammes, d'une demi-heure si la dose est moindre.

2° L'administration doit être achevée 4 heures avant le moment de l'exacerbation.

3° Les doses doivent être, pour les personnes encore assez fortes, de 2 à 3 grammes; pour les personnes faibles, de 1 gr. à 1gr50.

4° Le premier jour, il faut donner 2 gr.
Le deuxième jour, — 1 gr. 50
Le troisième jour, — 1 gr.

5° Il faut maintenir le médicament à la dose tolérée jusqu'à la chute de la fièvre, ou du moins jusqu'à ce que l'on n'observe plus d'abaissement thermique d'un jour à l'autre.

Dès que cette première phase de la médication a produit la plénitude de ses effets, on s'arrête pour intervenir à nouveau de la même manière au premier indice du retour de la fièvre; toutefois, il faut laisser toujours au malade un repos de 3 jours pleins.

6° A chaque cachet, il faut faire prendre un grand verre d'eau aiguisée de 2 ou 3 cuillerées à café de cognac, et cela dans un double but : pour atténuer l'action topique de l'acide sur la muqueuse de l'estomac et pour maintenir la diurèse que cet agent restreint dans une proportion très notable.

Cela rend parfois impossible le rapprochement des doses dans le court espace de temps indiqué ci-dessus, le malade ne voulant ou ne pouvant boire coup sur coup une aussi grande quantité de liquide. Quand cette difficulté se présente, il faut répartir le médicament sur un plus grand nombre d'heures, en ayant toujours soin que l'administration soit terminée 4 heures avant le début de l'accès.

7° Quand on est obligé d'en venir à l'administration étendue en plusieurs heures, on peut user de la formule suivante :

Acide salicylique	2	grammes
Rhum	50	—
Vin cordial	120	—

Il faut toujours faire prendre un grand verre d'eau pure après chaque dose de la potion.

8° L'action de l'acide salicylique étant d'autant plus forte que l'individu est affaibli ou est parvenu à une période plus avancée de la maladie, il faut toujours donner de faibles doses dans ce cas pour éviter le collapsus et les phénomènes cérébraux.

9° Il faut encore être prévenu que l'acide salicylique n'a pas d'action chez les malades affectés d'alcoolisme.

10° Quand il arrive que le malade ne peut supporter l'acide salicylique et qu'il est pris de gastralgie et de vomissements, il faut employer le salicylate de soude de 4 à 6 grammes par jour en diminuant progressivement et d'après la même méthode que pour l'acide salicylique.

11° Si même dans ce cas le salicylate de soude ne peut être supporté, il faut employer les injections sous-cutanées de salicylate de soude à faible dose, 0gr75; cela agit lentement.

La solution à employer est la suivante :

Eau distillée. . . . . } āā 5 gr.
Salicylate de soude. . . . . . }

La quantité de solution contenue dans la seringue de Pravaz pèse 1gr50, par conséquent, chaque injection d'une seringue entière représente 0,75 de sel.

La *thalline* a été essayée dans le traitement de la fièvre des tuberculeux.

On emploie surtout le sulfate et le tartrate.

C'est un médicament qui doit être manié avec *beaucoup* de prudence : il entraîne facilement le collapsus même avec des doses moyennes; seulement, il restreint très fortement l'hyperthermie; il fait baisser la fièvre de 2° à 3° même avec de faibles doses.

Les doses que l'on doit employer sont les suivantes :

Chez les individus de corpulence moyenne et plutôt forte, la dose doit être de 0gr20 à 0gr30 par jour.

Chez les individus débiles, la dose doit être de 0g 10 à 0gr15.

Ces doses sont données de 1/2 heure en 1/2 heure dans du papier azyme, à partir de 11 heures du matin.

La chute de la température produite par ce médicament n'est pas durable.

Quant aux effets sur la maladie, ils sont absolument et littéralement nuls; non seulement la médication par la thalline ne produit aucune modification appréciable dans les symptômes et dans l'évolution de la maladie, mais les oscillations thermiques profondes qu'elle provoque ne peuvent même pas influencer la courbe générale ordinaire de la température ni dans ses détails ni dans son ensemble.

L'*antipyrine*, qui a été le médicament le plus essayé pour guérir la fièvre des tuberculeux, doit être un médicament bien incertain et bien variable puisque, suivant certains auteurs, ce médicament ne vaut rien, ou bien peu chose; suivant d'autres auteurs, c'est un médicament excellent; il en a été de même dans la manière de l'administrer.

M. le professeur Jaccoud donne l'antipyrine en nature de 1 à 2 grammes par doses de 0gr50 d'heure en heure, à partir de 11 heures du matin.

L'hyperthermie s'abaisse peu ou pas; il y a des accidents graves à noter : sueurs abondantes, sensation de frisson, sensation de malaise, de fatigue, enfin phénomènes de collapsus et exanthèmes. Ces accidents dépendent de l'individualité du malade et ils peuvent renaître après chaque administration. Enfin, les effets de l'antipyrine sur la maladie sont aussi nuls que ceux de la thalline; ces deux médicaments n'ont aucune action sur le processus fébrile lui-même, c'est-à-dire sur la production de la chaleur; tout leur effet semble borné à un changement dans la répartition de la chaleur produite, puisque la réfrigération périphérique jugée par le thermomètre cesse dès que le remède est supprimé.

« L'effet ne porte en somme que sur l'irradiation de la chaleur, et comme cette perturbation est une cause évidente de fatigue pour le malade, sans bénéfice durable, je me demande où est l'avantage d'une pareille agression thérapeutique; vous jouez avec la température périphérique du malade, c'est vrai, mais vous ne faites pas autre chose. » (Jaccoud.)

D'après Huchard, « des observations nombreuses démontrent que l'antipyrine constitue le plus puissant et jusqu'ici le seul moyen connu d'abaisser efficacement la température des tuberculeux. »

D'après le Dr Viepil l'antipyrine administrée à des phthisiques atteints de fièvre a toujours réussi à faire descendre à la normale la température et le pouls : en même temps, les sueurs nocturnes cessent de se produire, les malades éprouvent un sentiment de bien-être, leur appétit renaît et leurs forces se réparent.

M. le professeur Combal a étudié l'action de ce médicament précieux dans les fièvres tuberculeuses et quelques-uns des résultats sont consignés dans la thèse de Ballacey.

Le Dr Arduin déclare que l'antipyrine abaisse sûrement et presque mathématiquement la température et donne aux malades une sensation de bien-être tout à fait remarquable en calmant la dyspnée et l'insomnie; pour éviter les sueurs, il ne faut pas donner 1 gramme ou 1gr50 à la fois mais des doses fractionnées de 0gr50 et même 0gr25.

Coqulet dit dans sa thèse que l'antipyrine est un médicament très précieux pour le traitement de la tuberculose pulmonaire; il agit en effet sur la fièvre et fait cesser tous les troubles qui l'accompagnent; il met aussi le tuberculeux dans les conditions du phthisique sans fièvre; il en résulte que l'alimentation devient facile et que l'appétit est très souvent augmenté et parfois même exagéré; mais, il faut dans l'administration de l'antipyrine varier les doses et les proportionner à l'état du malade. Il résulte de cette dernière considération, qu'il ne faut pas administrer indifféremment les mêmes doses à un tuberculeux atteint de granulie à forme pulmonaire, à un phthisique à la première et à la deuxième ou à la troisième période.

Parmi ces dernières, il faut encore distinguer et se guider, pour les doses et la manière de les administrer, sur la résistance du malade; les doses fortes données d'un seul coup seront préférables dans certains cas et des doses faibles uniques ou répétées seront celles qui conviendront d'autres fois.

Le Dr Favre, de Lyon, administre l'antipyrine comme ceci : d'abord une première dose relativement forte, 1 gr. à 1gr50; puis, d'heure en heure ou toutes les 2 heures, suivant la tendance de la température à remonter plus ou moins vite, 3 ou 4 prises de 0gr50 sans dépasser la dose quotidienne de 3gr50; il ne faut pas donner l'antipyrine aux tuberculeux déjà très affaiblis, atteints de lésions cardiaques ou de néphrites.

Le Dr Holland donne 15 à 20 grains dans une dose répétée après 3 heures, plusieurs fois dans le jour.

Daremberg déclare qu'il faut faire prendre la température des malades toutes les heures ou au moins toutes les 2 heures pour donner le médicament utilement; pour éviter les sueurs, les vomissements, le collapsus, il ne faut pas donner l'antipyrine au moment de la fièvre; et surtout ne pas donner l'antipyrine pour abaisser la température, mais seulement pour l'empêcher de monter.

On a toujours cru qu'il fallait donner l'antipyrine au moment où la température atteint son summum ou commence à descendre.

Si l'on agit ainsi, on provoque des sueurs et une détente salutaire chez quelques-uns, mais souvent des phénomènes désastreux chez les phthisiques qui ne peuvent supporter de brusques dépressions. L'antipyrine peut être donnée par la voie buccale ou par la voie rectale.

Lorsque la fièvre débute à 2 heures de l'après-midi et cesse vers 7 heures du soir, il est très facile de la couper; si elle ne dépasse pas 38° de 5 à 7 heures, il suffit de donner 75 centigrammes d'antipyrine à 3 h. 1/2; si la température atteint 38° à 3 heures et 38°5 à 6 heures, il faut donner 75 centigrammes d'antipyrine une heure avant le déjeuner de midi et répéter cette dose à 3 heures.

Si la température atteint 38°5 à 4 heures et 39° à

6 heures, il faut porter les doses à 1 gramme; si la fièvre se prolonge jusque vers 9 heures du soir, il faut donner 1 gramme à 11 heures du matin et répéter la dose à 2 h. 1/2 et à 6 heures. On arrivera toujours avec une dose maxima de 3 grammes d'antipyrine à couper une fièvre qui ne commencera qu'après le grand déjeuner.

Mais si cette fièvre débute vers 10 heures du matin et se termine à une heure assez avancée dans la nuit, même avec 4 grammes d'antipyrine, on arrivera difficilement à la couper; il faudra quelquefois atteindre 5 grammes et donner la dernière dose vers 10 heures du soir si la température atteint encore 37°7; sinon la fièvre n'est que reculée; elle se produit pendant la nuit et le malade dort très mal ou transpire abondamment; quand la fièvre existe dès 8 heures du matin, atteint un maximum de 40° et n'a qu'une courte rémission nocturne, il est absolulument inutile de prescrire les antithermiques.

Dujardin-Beaumetz emploie l'antipyrine à la dose de 0gr50, répétée ou non; même dose de Pollet, Mollière, Clément; Mayet emploie l'antipyrine à hautes doses : 4 et 5 grammes.

Qu'il nous suffise de donner quelques mots des nouveaux antithermiques formulés.

M. Ed. Wells formule :

Hyposulfite de chaux	1 à 2 gr.
Sulfate de strychnine	30 centigr.
Acide arsénieux	9 centigr.
Orme pulvérisé.	Q. s.

M. S. et divisez en 60 cachets, 1 ou 2 cachets 3 fois par jour.

M. H. S. Stark formule ainsi son traitement contre la fièvre hectique :

Sulfate de strychnine	2 centigr.
Sulfate d'atropine	6 milligr.
Extrait de gentiane	Q. s.

F. S. A. 12 pilules, 3 pilules par jour, lorsque la sueur et la prostration sont les phénomènes principaux, tandis que l'hyperthermie est peu accusée.

Dans les cas où tous les symptômes hectiques, y compris la fièvre, sont accusés, il formule ceci :

Sulfate de strychnine.	2 centigr.
Sulfate d'atropine	6 milligr.
Acétanilide.	4 gr.

Mêlez et divisez en 12 cachets; à prendre 2 ou 3 cachets par jour.

Lorsqu'il existe de l'hyperthermie et de la prostration en l'absence de transpiration, il emploie les cachets suivants :

Sulfate de strychnine.	2 centigr.
Phénacétine.	8 gr.
Citrate de caféine	1 gr. 40

Mêlez et divisez en 12 cachets; à prendre 2 ou 3 cachets par jour.

M. A. Von Zekely emploie contre la fièvre hectique la potion suivante :

Seigle ergoté	10 gr.
Faites infuser dans :	
Eau.	180 gr.
Ajoutez :	
Salicylate de soude.	10 gr.

F. S. A. A prendre 4 cuillerées à bouche par jour.

Si l'on veut obtenir pour la nuit une cessation complète de la fièvre, on prescrit au malade de prendre 5 cuillerées à bouche de cette mixture en l'espace de 2 heures.

Moutard-Martin emploie la potion suivante :

Teinture de digitale.	XX gouttes
Kermès minéral	25 centigr.
Julep.	120 gr.

Par cuillerées à bouche.

Nous ne ferons que nommer la benzanilide (0gr10 à 0gr60 par jour); la buxine (0gr50 à 1gr50) en doses fractionnées; l'eucalyptol (3 ou 4 capsules de 0gr20 par jour); la fraxine (0gr50 à 1 gramme); le chlorhydrate de kairine (0gr50 à 2 grammes); le phénol en injections hypodermiques, acide phénique (1 gramme), glycérine pure (5 grammes), eau distillée (95 grammes): F. S. A., injecter 5 cent. cubes, en procédant lentement; le phénylméthane (0gr25 à 2 grammes), l'administrer dans du vin de Madère; le pipéronal (1 à 4 grammes par jour); la salipyrine (0gr50 à 2 grammes); le salol (0gr50 à 1 gramme).

Quatre médicaments auraient, paraît-il, des propriétés vraiment curatives de la fièvre; ce sont : l'hydronaphtol (à 0,50 p. 100) en injections hypodermiques (2 par jour), l'apolysine à la dose de 1 à 6 grammes, pas à jeun et surtout quand il n'y a pas d'hyperchlorydrie; l'éthylcarbonate de paracétamidophénol (0gr50 par jour); l'*anneslea febrifuga* à la dose de 15 grammes en 24 heures dans du sirop, ou 2 grammes toutes les heures.

L'hygiène que doivent suivre les tuberculeux fiévreux a été très bien formulée par M. le professeur Jaccoud.

Pour la fièvre de tuberculisation initiale, on restreint l'alimentation, on laisse le malade se promener (il est clair qu'on ne choisira pas les heures de l'accès pour les exercices d'aérothérapie); pour ce qui est de la médication, il faut la maintenir ou l'instituer entière dans toutes ses parties, ayant bien soin seulement de substituer la glycérine à l'huile de foie de morue pour peu que l'on ait quelques doutes touchant l'intégrité des fonctions de l'estomac.

Dans les phases fébriles liées aux poussées congestives et inflammatoires, le séjour à la chambre doit être absolu, le régime alimentaire doit être réduit proportionnellement à la tolérance individuelle; mais il ne faut jamais imposer une diète absolue; on donne du bouillon, des consommés, des potages, du jus, de la gelée de viande; si le malade faisait usage du koumys, il faut le supprimer. S'il y a peu de fièvre, le traitement général doit être continué avec le traitement antifébrile en plus; si les phénomènes thermiques sont notables, il faut supprimer tous les médicaments; il faut donner les antimoniaux ou l'émétique à doses fractionnées (5 à 10 centigr. dans julep, de 120 grammes dans les 24 heures par cuillerées à bouche); il faut cesser si la diarrhée survient et persiste longtemps; pas de traitement antithermique avec cela; quand le processus aigu est passé et que la fièvre survit, on peut alors donner la quinine.

Pour la fièvre d'inflammation, il faut supprimer la médication ordinaire et donner le bromhydrate de quinine et l'alcool (40 à 60 grammes dans un cordial); le régime doit être : lait, bouillon, viande crue si possible, et, s'il y a de la dypsnée, des ventouses sèches partout et de la révulsion par petits vésicatoires répétés.

Pour la fièvre d'excavation, tout en ne restreignant pas trop le régime, il faut donner la créosote ou la continuer, un cordial avec 40 grammes de rhum et surtout l'acide salicylique; en même temps, il faut faire inhaler quelques produits antiseptiques : acide phénique, thymique, etc.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Un cas complexe de hernie ombilicale embryonnaire avec exstrophie de la vessie, abouchement de l'intestin dans la cavité vésicale et spina bifida,

Par M. Lagoutte,

Professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'École de médecine de Dijon.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un fœtus monstrueux provenant de la clinique obstétricale de l'Ecole de médecine de Dijon. Les nombreuses malformations dont il était porteur nous engagent à en donner la description, sans vouloir du reste essayer de débrouiller les causes qui ont pu amener cette déviation embryologique.

Observation. — La mère est une femme âgée de 31 ans qui ne présente rien d'intéressant à signaler au point de vue de ses antécédents.

Elle a eu 3 grossesses antérieures. Les accouchements ont été normaux et les enfants ont vécu tous trois.

Les dernières règles sont venues le 15 juin 1895. Pourtant, le 25 juillet suivant, il y aurait eu une réapparition peu abondante des règles et pendant les 6 semaines suivantes la malade aurait encore un peu perdu. Pendant tout le temps de sa grossesse elle a souffert du ventre.

Le 23 janvier 1896, cette jeune femme entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Deroye. L'abdomen est très volumineux. On perçoit deux centres d'auscultation.

Le 25 janvier, les douleurs débutent. La malade est envoyée à la Maternité, et le 26, elle accouche, très facilement, du reste, de 2 enfants jumeaux morts.

Le premier est le fœtus malformé dont nous allons donner la description. Le second est une fille bien conformée.

Il existe un seul placenta, sur lequel viennent s'insérer les deux cordons. Les deux poches des eaux sont distinctes. L'insertion des deux cordons ne présente rien à signaler, sauf l'existence sur le placenta, à la base du cordon du fœtus monstrueux, d'une poche remplie de liquide clair du volume d'une grosse noix et comprise entre le placenta et la membrane d'enveloppe du cordon.

Description du fœtus malformé. — Longueur 28 centimètres.

On est frappé de suite par la présence hors de la cavité abdominale de la plus grande partie des viscères : foie, intestin grêle vessie. En outre, on remarque des déviations multiples du rachis, et dans la région sacrée un spina bifida du volume d'une mandarine.

La paroi abdominale antérieure existe normale à la partie supérieure, sur les côtés et à la partie inférieure.

Au centre existe un orifice, une sorte de goulot de 2 cent. 1/2 environ de diamètre, par où font hernie les différents viscères.

Le bord supérieur de l'orifice est éloigné de 2 cent. 1/2 au moins de l'appendice xyphoïde. Le bord inférieur est à 1 cent. au-dessus des pubis que l'on sent du reste sous la peau désunis, et écartés l'un de l'autre de 1/2 cent. environ. L'orifice n'est pas absolument symétrique par rapport à la ligne médiane. La paroi abdominale est en effet beaucoup mieux développée du côté droit que du côté gauche, surtout à la partie inférieure occupée par la vessie exstrophiée.

Dans toute la partie subsistante de la paroi, la peau est intacte et a son aspect normal. On se rend compte de suite que la masse des viscères herniés était contenue dans un sac d'origine amniotique et constitué par la base du cordon, sac qui a été déchiré pendant l'accouchement mais dont on retrouve les débris à peu près complets. Cette membrane mince et transparente se continue insensiblement avec la peau des bords de l'orifice.

Donc, en premier lieu, énorme hernie ombilicale embryonnaire, comprenant le foie et la totalité de l'intestin grêle.

Au-dessous et à gauche de cette masse viscérale herniée nous apercevons la vessie exstrophiée.

La muqueuse se continue avec le revêtement cutané dans la portion droite et inférieure de la circonférence et dans la partie supérieure et gauche avec le sac entourant les viscères herniés et dont nous avons parlé. Enfin, nous voyons la paroi postérieure de la vessie manquer dans la région médiane et supérieure et par l'orifice fait saillie la muqueuse intestinale avec un bouchon de méconium.

Donc : exstrophie vésicale avec abouchement anormal de l'intestin dans la vessie.

Voyons maintenant comment étaient distribués le cordon et ses éléments par rapport à la hernie ombilicale et à la vessie exstrophiée.

Le cordon ne renferme que la veine ombilicale, *une seule artère ombilicale* et un troisième conduit creux, probablement l'ouraque.

La veine aborde l'anneau ombilical *en haut et à gauche*. De là, elle va gagner le foie dans lequel elle pénètre par la face supérieure.

L'artère unique aborde l'orifice *en bas et à droite*. Elle chemine un peu sous la peau, puis plonge dans la cavité abdominale et va rejoindre l'aorte dont elle semble être pour ainsi dire la continuation.

Le troisième cordon s'insère entre les deux précédents, au niveau du bord supérieur de la surface vésicale exstrophiée. Mais en aucun point on n'aperçoit sur la muqueuse vésicale d'orifice conduisant dans la lumière de ce canal.

De sorte que les éléments du cordon se dissocient à partir d'une hauteur de 4 à 5 centimètres au-dessus de l'anneau ombilical, et viennent s'insérer suivant une ligne courbe concave en bas et à gauche et qui sépare la hernie ombilicale proprement dite de la vessie exstrophiée.

On voit que l'orifice ombilical a la forme d'un croissant, sur la concavité duquel viennent se disposer les éléments du cordon au-dessus de la vessie extrophiée. Si la hernie ombilicale n'existait pas, on se rend compte qu'il n'y aurait pas à proprement parler d'ombilic au-dessus de l'extrophie, mais que les éléments du cordon présenteraient une insertion vélamenteuse, suivant l'expression de M. le professeur Vialleton (1).

Voyons maintenant l'état des divers viscères contenus soit dans la hernie, soit dans l'abdomen.

1° *Organes urinaires.* — *a*) *Reins.* — Le rein gauche, normalement situé, est environ du volume d'une noisette. La substance corticale est transformée en une multitude de petits kystes dont le plus gros a le volume d'un petit pois, à parois minces et transparentes et renfermant un liquide clair. Le bassinet et les calices sont également dilatés.

Le rein droit est à peu près double du précédent comme volume. Sa situation est normale et, à la différence du précédent, sa structure ne semble pas altérée. Pourtant le bassinet et les calices semblent un peu dilatés, mais bien moins que du côté opposé.

b) *Uretères.* — A gauche, l'uretère a son volume normal à l'origine. Il est perméable. Il occupe sa situation habituelle, mais son calibre se rétrécit de plus en plus. Arrivé au niveau de la partie supérieure de la portion exstrophiée de la vessie, il est absolument filiforme et oblitéré. On le voit s'engager entre la face postérieure de la vessie et une petite masse saillante allongée située de chaque côté de la ligne médiane, de part et d'autre de l'abouchement anormal de l'intestin, masse qui ne nous paraît pouvoir être autre chose que la vésicule séminale. Du reste, le conduit urétéral aborde cette saillie au niveau de la partie supérieure de son bord externe, là précisément où normalement l'uretère s'engage entre la face postérieure de la vessie et la vésicule. Il est impossible de suivre plus loin le conduit ou plutôt le mince cordon fibreux qui le représente. Nulle part, du reste, on n'aperçoit d'orifice sur la portion gauche de la surface vésicale extrophiée. L'uretère gauche est donc développé, mais oblitéré à sa partie inférieure, ce qui explique bien l'état d'atrophie et de dégénérescence kystique du rein correspondant.

1. Vialleton, *Arch. prov. de chirurgie*, septembre 1892 ; Curtillet, *Arch. prov. de chirurgie*, juillet 1893 ; Durand, Thèse de doct., Lyon, 1894.

A droite, le conduit perméable a également son volume normal. On le suit comme le précédent jusqu'au bord externe de la vésicule correspondante. Il passe entre celle-ci et la vessie; *mais au lieu de venir s'aboucher et s'ouvrir au niveau de la muqueuse vésicale exstrophiée, il se continue en s'incurvant en haut, et un stylet introduit dans sa lumière pénètre dans l'ouraque.*

Le conduit reste perméable jusqu'au niveau du point où a été faite la section du cordon. Nous n'avons pas pu vérifier sur l'extrémité placentaire jusqu'où se prolongeait cet uretère anormal. Peut-être aboutissait-il dans cette petite poche que nous avions constatée à la base du cordon, entre la membrane amniotique et le placenta, alors que nous avions ce dernier entre les mains.

Ce fait de l'abouchement de l'uretère droit dans l'ouraque nous avait paru extrêmement bizarre. Aussi hésitions-nous à considérer le canal que nous avons constaté au milieu des éléments du cordon comme étant bien l'ouraque. Pourtant, comme nous le fait remarquer notre excellent maître le professeur Vialleton, à qui nous avons communiqué cette observation, il se peut très bien que ce soit lui. « En effet, les deux uretères viennent tous deux au sommet de la vessie extrophiée, ce qui indique que la partie supérieure de cette dernière manque et que ce qui forme dans le cas particulier le bord de l'extrophie correspond à la partie qui, normalement, aurait pu donner la région du trigone. Dès lors, rien d'étonnant à ce que l'un des orifices urétéraux débouche dans la partie du pédicule de l'allantoïde, très voisine de la paroi postérieure extrophiée, car le pédicule de l'allantoïde doit exister forcément, puisqu'il y avait une allantoïde (placenta). »

c) Vessie. — La vessie est exstrophiée, c'est-à-dire que l'on aperçoit sa paroi postérieure, la paroi abdominale et la paroi antérieure de l'organe faisant défaut. D'après ce que nous avons dit précédemment, on voit que non seulement la paroi antérieure manque, mais encore le sommet et une partie de la paroi postérieure.

La portion exstrophiée semble constituée uniquement par la région du trigone.

La muqueuse se continue avec la peau de l'abdomen en bas et à gauche, en haut et à droite, avec la membrane mince entourant les organes herniés.

Au niveau de la partie inférieure, sur la ligne médiane, on voit une saillie arrondie, du volume d'un petit pois, et en arrière d'elle se trouve un orifice extrêmement ténu, par où on peut introduire un fin stylet.

Sur la paroi postérieure, de chaque côté de la ligne médiane et occupant toute la hauteur de cette paroi, on voit deux saillies oblongues, adjacentes par leur base et s'écartant l'une de l'autre à la partie supérieure. Entre elles deux vient s'ouvrir l'orifice anormal qui fait communiquer l'intestin et la vessie.

Au niveau de ces saillies, la muqueuse vésicale a son aspect normal; elle est simplement soulevée par des organes sous-jacents, qui, d'après leur situation et leur forme, ne nous semblent pas pouvoir être autre chose que les vésicules séminales.

d) Urèthre. — Le petit orifice, situé en arrière de la saillie S, conduit dans un véritable canal très fin, qui vient s'ouvrir après un trajet de 1 centimètre 1/2 entre les deux pubis. Ce canal étant ouvert, on voit qu'il est entouré par une couche de tissu spongieux. Son ouverture se fait au ras de la peau du périnée, où l'on n'observe du reste aucune saillie apparente.

Organes génitaux. — Nous n'avons pas trouvé de traces des organes génitaux internes, sauf les deux petites masses allongées situées à la face postérieure de la vessie et de chaque côté de l'orifice intestinal (vésicules).

Les organes génitaux externes sont également absents. Pourtant, à la face interne des cuisses, de chaque côté, au niveau du pli périnéo-crural, se trouvaient deux petits bourgeons cutanés. Peut-être s'agit-il là d'un double rudiment du pénis? N'est-ce pas, en effet, ce qu'on observe d'habitude chez la femme atteinte d'exstrophie de la vessie, où le clitoris est en général divisé?

Tube digestif. — La partie supérieure est normale (pharynx-œsophage). L'estomac et l'intestin grêle, sans malformations, sont en grande partie contenus dans la hernie.

Le gros intestin, au contraire, présente des vices de conformation considérables. Il est réduit à un cul-de-sac long de 3 centimètres environ, partant de l'orifice vésical et occupant la fosse iliaque droite. L'intestin grêle vient s'aboucher dans cet organe à sa partie supérieure gauche, tout près de l'embouchure vésicale.

Pas de colon ascendant, transverse et descendant. Pas d'S iliaque. Pas de rectum. Pas d'anus. Une légère dépression cutanée à peine marquée en indique seule la place.

Annexes du tube digestif. — Le foie est à peu près entièrement contenu dans la hernie.

Sur sa face supérieure, à l'union du 1/4 gauche avec les 3/4 droits, on voit un sillon antéro-postérieur, dans lequel vient s'engager la veine ombilicale.

A la face inférieure, on voit un hile transversal, mais les deux sillons antéro-postérieurs normaux font défaut. La vésicule biliaire est, du reste, également absente.

Le pancréas a sa forme et sa situation habituelles.

La rate, extrêmement mobile, a le volume et la forme d'un gros haricot.

Outre cette série de malformations portant sur la cavité abdominale et les viscères, notre fœtus présente encore des anomalies du côté du rachis.

La colonne vertébrale est incurvée anormalement dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur.

Il existe une forte courbure à convexité droite dans toute la portion thoracique. Au-dessus et au-dessous, courbure de compensation en sens inverse, et également comme conséquence, déformation considérable de la cavité thoracique. Thorax oblique ovalaire : côté droit très aplati, côté gauche élargi, évasé.

Dans le sens antéro-postérieur, on observe une courbure extrêmement prononcée, convexe en avant (lordose), portant sur les régions lombaire et sacrée. De ce fait, la cavité pelvienne est pour ainsi dire réduite à l'état virtuel.

La région sacrée est occupée par un spina-bifida du volume d'une mandarine. La poche est recouverte par la peau normale. Elle est peu tendue et remplie de liquide clair et transparent.

En procédant à sa dissection, on voit qu'il s'agit d'une myéloméningocèle. La paroi kystique est constituée par une dilatation des méninges rachidiennes, faisant issue par un trou existant à la face postérieure du sacrum.

L'orifice osseux occupe toute la hauteur du sacrum.

Les arcs postérieurs des vertèbres sacrées manquent en totalité.

A l'intérieur de la cavité, il n'existe pas de cordons nerveux; mais on aperçoit par l'orifice osseux dans le canal sacré une sorte de bouton formé par l'entrelacement de plusieurs cordons terminant en bas l'axe médullaire.

En procédant à une dissection plus minutieuse de la colonne, nous avons trouvé un nouvel orifice anormal, situé sur l'arc postérieur des vertèbres lombaires, *mais latéralement*. Il a une forme ovalaire à grand diamètre horizontal et est situé sur le côté gauche de la colonne, au niveau du point le plus concave de la courbure lombaire latérale. Du reste, la hernie des méninges par l'orifice est très peu accentuée.

A part ces déformations de la colonne, le squelette est normal. Signalons en particulier les pubis qui sont bien constitués, malgré le défaut de symphise.

Les autres organes sont également normaux. Le cœur, par exemple, ne présente aucun arrêt au vice de développement.

Il s'agit, en somme, d'un cas très complexe.

La hernie ombilicale, le spina bifida sacré se présentent ici comme dans tous les cas analogues.

Signalons pourtant la fissure latérale de la colonne lombaire, à cause de sa rareté relative.

Les points qui méritent le plus de fixer l'attention sont les vices de conformation du système génito-urinaire. Nous avons déjà insisté plus haut sur l'ouverture anormale d'un uretère dans l'ouraque.

Faisons encore remarquer :

1° Que l'extrophie n'est pas symétrique, la vessie remontant plus haut à gauche qu'à droite, et l'insertion inférieure du cordon formant une courbe à concavité inférieure.

2° Qu'elle ne s'accompagne pas d'épispadias ou plutôt qu'elle présente cette singularité d'offrir une sorte de canal de l'urèthre.

Dans la thèse récente de Durand, nous ne trouvons, en effet, que 4 observations d'exstrophie vésicale sans épispadias, et, dans 2 cas seulement, l'existence d'un urèthre distinct et conduisant de la peau à la vessie est nettement indiquée.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en janvier et février 1896.

M. Jean-G. Radovici. *Le climat des altitudes dans le traitement de la phthisie pulmonaire; action spéciale exercée sur l'hématapoïèse par l'air raréfié des altitudes.* N° 160.

M. Victor Bouju. *De l'extirpation des kystes de l'épididyme* (avantages et résultats immédiats).

M. Auguste Regnier. *Contribution à l'étude des manifestations rénales de la syphilis acquise.* N° 137.

M. Charles Bréchoteau. *Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac.* N° 146.

M. Alexandre Nasra. *Contribution à l'étude clinique des névroses post-infectieuses* (hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie). N° 149.

D'après M. Jean-G. Radovici, le climat des altitudes exerce sur l'organisme une série d'effets tous adéquats aux indications fondamentales du traitement de la phthisie, et doit être considéré comme un puissant auxiliaire du traitement hygiéno-diététique de la phthisie pulmonaire. Mais tous les phthisiques ne peuvent pas en bénéficier; il y a, à cet égard, une question de tolérance à laquelle s'opposent des contre-indications formelles tirées : de l'état général du phthisique, de son mode réactionnel et de l'étendue de ses lésions locales. Le traitement méthodique par la cure d'air au repos, dans un établissement spécial et sous la surveillance directe du médecin, atténue ou supprime une partie de ces contre-indications et rend facile au phthisique son acclimatement à l'altitude.

Le climat des altitudes exerce sur l'organisme des effets généraux qui résultent de l'action puissamment tonique de ce climat et des effets tout à fait spéciaux qui résultent directement de la raréfaction de l'air, c'est-à-dire de la diminution de la pression barométrique. Parmi les effets spéciaux de l'altitude, il faut tenir compte de l'action modificatrice exercée sur le sang par la diminution de la pression partielle de l'oxygène dans l'air raréfié des altitudes.

La tension de l'oxygène variant en même temps que l'altitude, l'action exercée sur le sang sera d'autant plus considérable que l'altitude sera plus grande. La modification du sang dans l'altitude consiste dans un accroissement numérique des globules rouges et une augmentation de l'hémoglobine. Cette réaction hématopoiétique est constante chez toutes les personnes saines ou malades qui sont transportées dans l'altitude. Il n'est pas de même du degré et des modalités de réaction hématopoiétique qui varient, pour une altitude donnée, suivant les individus. Il y a lieu de chercher si ces variations de la réaction hématopoiétique sont en rapport avec l'état clinique ou la capacité d'adaptation à l'altitude des malades examinés.

Les kystes de l'épididyme récidivent souvent après l'injection iodée; avec son maître Remy, M. Victor Bouju propose de les traiter par extirpation, en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses. L'extirpation permet de voir et d'enlever les petits kystes qui accompagnent souvent les grands kystes, et sont cause des récidives. Pour les kystes extra-vaginaux, l'opération est facile : les éléments du cordon et même la tunique vaginale demeurent intacts; la section du pédicule ne blesse qu'une partie peu étendue de l'épididyme et des voies séminifères qui le parcourent. Pour les kystes intra-vaginaux, l'extirpation sera précédée de l'incision de la vaginale.

D'après M. Auguste Regnier, les lésions syphilitiques des reins peuvent se montrer à toutes les périodes de la syphilis. Exception faite des gommes, les lésions anatomiques de la syphilis du rein sont identiques à celles que l'on observe dans les néphrites ayant une autre origine. La symptomatologie et l'évolution des néphrites d'origine syphilitique ne diffèrent pas non plus de celles des autres néphrites; aussi le diagnostic différentiel est-il toujours très difficile; cependant la coïncidence d'autres accidents syphilitiques, l'absence de néphrite antérieurement à la syphilis et la rapide amélioration par le traitement spécifique permettent presque d'affirmer le diagnostic de néphrite syphilitique. Grâce au traitement spécifique, les symptômes présentant la même gravité, les néphrites d'origine syphilitique sont d'un moins mauvais pronostic que les néphrites reconnaissant une autre origine. Sous l'influence du traitement mercuriel, il se produit quelquefois une irritation du rein, qui peut se traduire par de l'albuminurie, et surtout par des cylindres urinaires.

D'après M. Charles Bréchoteau, la formation d'un abcès péri-ombilical et d'une fistule gastro-cutanée consécutive est une complication rare du cancer de l'estomac. Cet abcès siège généralement au-dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique, et reconnaît pour cause un cancer de l'estomac situé le plus souvent au voisinage du pylore. Cette complication se rencontre surtout dans les formes molles du cancer stomacal. Ce phlegmon est dû à une infection locale qui s'est faite au niveau de l'ulcération carcinomateuse. La perforation de l'estomac n'est pas nécessaire pour le développement de l'abcès : le plus souvent, au contraire, l'abcès se développe primitivement, et c'est secondairement seulement, que se fait la perforation de la paroi antérieure de l'estomac. Les symptômes sont ceux de tous les phlegmons de la paroi abdominale antérieure, à marche subaiguë. L'écoulement des liquides alimentaires par la fistule, indique d'une façon évidente la communication avec l'estomac. Cette complication hâte l'évolution naturelle du cancer de l'estomac. Son apparition indique un dénouement fatal proche. Le diagnostic en est en général facile. La péritonite tuberculeuse localisée, avec abcès et fistule ombilicale, est la seule affection qui puisse vraiment prêter à confusion.

L'auteur rapporte une nouvelle observation inédite, due à MM. Thoinot et G. Brouardel. (Voir en outre le cas de Vilcoq et Lancry, *Gaz. hebdom.* du 9 février 1896, p. 137.)

D'après M. Alexandre Nasra, les infections aiguës ou chroniques, isolées ou associées, combinées parfois à d'autres causes, peuvent s'accompagner, à diverses périodes de leur évolution, de névroses telles que l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie ou la neurasthénie. Ces névroses peuvent préexister à l'infection qui alors les aggrave, ou dépendre directement de cette infection. Le tableau clinique des névroses post-infectieuses reste, à quelques variantes près, identique à celui des névroses héréditaires. Le pronostic éloigné des infections est aggravé par l'existence de ces névroses. Le pronostic des névroses post-infectieuses est toutefois moins grave que celui des névroses héréditaires. Ces données cliniques entraînent des conséquences prophylactiques et préventives qui peuvent avoir pour effet d'atténuer la gravité ou la fréquence de ces névroses.

Thèse de la Faculté de Nancy

Année 1895-1896

M. Thouvenin. *De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum (diacolpoproctectomie.* N° 9.

M. Kroum N. Kambosseff. *De l'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né.* N° 2.

M. L.-C. Humbert. *Contribution à l'étude de la lactophénine.* N° 3.

M. A. Saleur. *Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculisation aiguë.* N° 4.

M. Thouvenin reprend dans sa thèse les trois observations déjà publiées sur ce sujet par Campenon, Herzen et Desguins; il en ajoute une, inédite, due à son maître M. Vautrin. La malade a guéri et, opérée en mai 1895, se porte bien en janvier 1896.

Après avoir décrit les quelques particularités de manuel opératoire propres à M. Vautrin, M. Thouvenin conclut que la diacolpoproctectomie est une opération plutôt simple, sans gravité immédiate, et partant applicable à des cas même avancés. Elle offre les mêmes chances de guérison que les autres modes opératoires, ne laisse à sa suite aucun trouble sphinctérien et n'expose pas aux conséquences éloignées et persistantes de la voie osseuse. A part de rares exceptions, toutes les affections stricturantes du rectum, congénitales, inflammatoires, néoplasiques, sont justiciables de cette intervention. L'extension trop considérable des lésions doit seule lui faire préférer une autre méthode.

Dans sa thèse, M. Krom N. Kambosseff montre que l'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né est aussi fréquente que pendant la 2e enfance. Son étiologie est l'ophthalmie purulente. Elle est mono, plus souvent oligo-articulaire, frappe presque constamment le genou, respecte les petites articulations. La cause de l'infection est le gonocoque de Neisser, propagé par les voies circulatoires dans l'organisme et localisé dans les jointures. Elle présente une durée moyenne de 15-20 jours, se terminant par la résolution complète, sans aucun trouble consécutif. Le pronostic est bénin dans tous les cas observés. Le traitement est expectatif; la révulsion et la ponction peuvent quelquefois être indiquées.

D'après M. L.-C. Humbert, la lactophénine est un composé chimique nettement défini, peu soluble. Physiologiquement, elle agit surtout sur la température, le système nerveux (moelle, cerveau, bulbe) et sur la sensibilité principalement, elle n'a pas d'action manifeste sur le sang. Elle n'est pas antiseptique. Comme antithermique, elle agit comme les composés de la série aromatique analogues, la phénacétine en particulier, elle n'en présente pas tous les inconvénients; elle est mieux tolérée par l'estomac, ne produit jamais de cyanose ni de frissons. Agent anesthésique sérieux, elle se recommande surtout dans le rhumatisme et les névralgies; son effet est nul dans les cas où il y a des lésions dégénératives du système nerveux. Elle a un pouvoir hypnotique faible. Elle agit probablement dans l'organisme en se décomposant en amidophénol.

M. Saleur pense que le prétendu antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose n'existe pas, mais néanmoins la fièvre typhoïde est rare chez les tuberculeux, surtout chez ceux qui sont en pleine évolution bacillaire. De même la tuberculose aiguë est exceptionnelle chez les typhiques. Ce qui est plus rare encore, c'est l'évolution simultanée des deux maladies, ainsi que le témoigne la littérature médicale. On ne doit accepter comme authentiques que les cas contrôlés par l'autopsie. L'observation microscopique et bactériologique est une garantie précieuse de diagnostic. Lorsque la fièvre typhoïde éclate chez un tuberculeux, elle ne semble pas revêtir une forme spéciale. Quant à la tuberculose, si elle est localisée et torpide, elle demeure ce qu'elle était; ou bien si elle était en voie d'évolution, elle continue cette évolution sans affecter aucun rapport avec la fièvre typhoïde, ou bien enfin elle prend une marche aiguë. La tuberculose aiguë peut, dès le début de la convalescence de la fièvre typhoïde, simuler une rechute de cette dernière et l'auteur en cite un cas. Le diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme typhoïde avec la dothiénentérie est parfois fort difficile. Cependant, un certain nombre de signes cliniques permettent de le résoudre dans la majorité des cas. Mais quand les deux maladies sont combinées et évoluent simultanément, le diagnostic de l'association morbide est impossible, car d'une part, les symptômes pulmonaires de la tuberculose aiguë ressemblent trop à ceux que l'on voit souvent dans la fièvre typhoïde pour qu'il soit permis de leur accorder une valeur diagnostique suffisante; d'autre part, le tableau clinique de la fièvre typhoïde masque dans ces cas les signes habituels de la tuberculose aiguë. Le pronostic est fatal dans tous les cas d'infection typhotuberculeuse.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiformes, par MM. Lannois et Tournier (*Rev. de médecine,* janvier 1896, p. 56). — Observation de fracture du crâne de la région temporale, pour laquelle une trépanation fut pratiquée. Quelques mois après se développèrent des accès d'épilepsie jacksonnienne, avec paralysie et hémianesthésie du côté opposé à la lésion. Le malade était porteur de stigmates hystériques. Il présentait en outre de l'hémianopsie, fait rare dans l'hystérie.

Sur l'état des centres nerveux chez les chiens immunisés contre la rage (Ueber die Nervenzellen der gegen die Wuthkrankheit eingeimpften Hunde), par Nagy (*Neurologisches Centralblatt,* 15 janvier 1896). — Les recherches de certains histologistes, Golgi, Babès, Schaffer, ont montré que la rage détermine des lésions des centres nerveux. L'auteur a constaté également l'existence de lésions et a montré qu'il existe un certain rapport entre la durée de l'action du poison et l'existence de lésions du système nerveux. D'autre part l'auteur a examiné l'état des cellules nerveuses chez les animaux immunisés. Il a inoculé des chiens pendant 9 jours avec du virus fixe dilué. Un mois après il a inoculé du virus des rues dans l'humeur aqueuse de l'œil; 6 mois après il a pratiqué une nouvelle injection dans le globe oculaire. Cependant les animaux n'ont présenté aucun trouble. Par conséquent ils étaient immunisés. Après avoir tué les animaux et examiné la moelle épinière, le bulbe et le cerveau colorés au bleu de méthylène, il n'a pas trouvé de lésions. Il conclut par conséquent que les cellules nerveuses de ces centres chez les animaux immunisés sont intactes, et de ce fait relève l'immunité.

Dégénérescence secondaire de la moelle consécutive aux lésions de la queue de cheval (Zur Frage von den secundären Veränderungen der weissen Subztanz des Rückenmarks bei Erkrankung der Cauda equina), par Darkschewitsch (*Neurologisches Centralblatt,* 1er janvier 1896). — Pas d'observation clinique. Le cas rapporté par l'auteur n'a donc d'intérêt qu'au point de vue anatomo-pathologique. Dans la cavité pelvienne il existe un cancer qui envahit la face antérieure des 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires sans pénétrer dans le canal rachidien. La dure-mère présente au niveau de la partie moyenne de la queue de cheval des lésions de pachyméningite hypertrophique externe. La face interne présente une inflammation exsudative. Les racines de la queue de cheval étaient d'aspect anormal. Elles étaient atrophiées et translucides. Par la dissociation on constate qu'elles présentent de la dégénérescence parenchymateuse très avancée. A partir de la 12e racine dorsale la lésion disparaît. La moelle épinière durcie dans le bichromate a montré les lésions suivantes : dans la région sacrée et lombaire les fibres dégénérées occupent toute la surface des cordons postérieurs et la topographie ressemble à celle qui succède à la section de toutes les racines de la queue de cheval. A partir de la région dorsale inférieure le nombre des fibres dégénérées diminue progressivement à mesure que l'on monte, de sorte que dans la région cervicale des cordons de Goll sont seuls malades. On peut suivre la dégénérescence de ces fibres jusqu'au niveau des noyaux des cordons de Goll. Les cellules de la corne antérieure ne présentaient pas de lésions manifestes au niveau des racines malades. Elles avaient les dimensious et la configuration normales. Cependant on pouvait suivre la dégénérescence de ces fibres dans leur trajet intra-médullaire. L'auteur est porté à admettre qu'il s'agit là d'une dégénérescence ascendante analogue à celle que l'on constate après la section d'un nerf moteur. La conclusion de l'auteur est que les fibres de la queue de cheval se terminent en partie dans la substance grise de la moelle (colonne de Clarke) en partie dans les noyaux de Goll. Cette conclusion est d'accord avec les expériences de Zinger et Müntzer et avec des faits anatomiques constatés depuis. (On voit que ce cas présente la plus grande analogie avec celui que MM. Souques

et Marinesco ont publié dans *la Presse médicale*, 1895, au sujet de la dégénérescence ascendante).

Paralysie de Landry (Ein Fall von Landry'schen Paralyse mit Ausgang in Genesung), par Behrend (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 21 novembre 1895, p. 775). — On sait combien la question de la paralysie de Landry a occupé l'attention des neurologistes. Westphal et Remak avaient admis les conclusions de Landry, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'une paralysie à marche ascendante avec conservation de l'excitabilité électrique dans le membre paralysé se terminant par la mort, mais sans lésions du système nerveux. Duchenne, par contre, montra qu'il s'agissait d'une polyomyélite antérieure aiguë. Des cas récents ont modifié à plusieurs points de vue la description de Landry. Ainsi on a rapporté des cas où l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs n'était pas intacte. On a publié des faits anatomopathologiques témoignant l'altération du système nerveux. Ces lésions ont été trouvées tantôt dans les centres, tantôt dans les nerfs périphériques. Leyden admet l'existence de deux formes bulbaire et névritique. C'est un cas du premier genre que l'auteur croit pouvoir relater.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui a fait des excès alcooliques. Le 2 décembre 1894, il but une bouteille de rhum. Le 4, les premiers symptômes apparurent, attribués par le malade à un refroidissement. Le 1er jour, il y avait paralysie des membres inférieurs, et le lendemain, du tronc et des bras; peu après des troubles de la déglutition, de l'embarras de la parole apparurent. L'état du malade le 16 décembre est le suivant : homme bien conformé, température normale, intelligence conservée. Le malade est dans le décubitus dorsal sans pouvoir se lever; si on le fait asseoir sur son lit, il retombe inerte. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Il y a de la diplopie et une paralysie double du moteur oculaire externe. Pas d'autres troubles sensoriels. A la partie antérieure du cou, au-dessus de l'os thyroïde, il y a de l'anesthésie. Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression. Du côté de la motilité on constate les faits suivants : plis nasolabiaux effacés; le sifflement est impossible, les mouvements de mastication sont lents et difficiles. Quand le malade boit, la régurgitation des liquides par le nez se produit. Le voile du palais est parésié; les deux bras restent inertes le long du tronc, les mouvements des doigts sont possibles. Les mouvements du coude sont très limités. Le malade ne peut soulever les jambes, mais il peut fléchir le genou. Les réflexes patellaires sont abolis. L'excitabilité électrique des muscles est restée conservée pendant toute la durée de la maladie. Comme traitement, on ordonne un bain chaud quotidien et des injections souscutanées de strychnine. Le 26 décembre, légère amélioration; il peut s'asseoir et lever les jambes. Le 27 décembre, il est agité, anxieux et a de la difficulté pour respirer. Respiration 36, pouls 130. La figure est pâle, froide, en sueur, lèvres cyanosées, extrémités froides, par moment Cheyne-Stockes. Cet état a duré presque 2 heures. A partir de ce moment l'état s'améliore; le 1er février, l'état s'améliora et il put marcher avec un bâton. Le malade est encore un peu incertain. Il ne reste de l'état morbide que l'abolition des réflexes patellaires. L'auteur admet qu'il s'agit dans son cas de paralysie de Landry à forme bulbaire, parce que l'excitabilité électrique est intacte, ce qui exclut la possibilité d'une affection des nerfs périphériques.

MÉDECINE

Clinical notes on psoriasis with especial reference to its prognosis and treatment, par L. Duncan Bulkley (extrait des *Transactions of the medical* Society of the State of New-York, 1895). — Les urines sont modifiées dans le psoriasis, où elles sont acides, de haute densité, riches en urée et en sels organiques, laissent parfois déposer de l'acide urique, des urates, de l'oxalate de chaux; dans les cas où ces modifications sont très prononcées, l'éruption présente souvent le caractère congestif avec démangeaisons et brûlures. L'état général des malades peut être un indice précieux pour le traitement : chez les strumeux, on doit donner de l'huile de foie de morue, des phosphates, etc. Il n'y a pas de spécifique du psoriasis : l'arsenic ne peut servir à faire disparaître l'éruption ou à prévenir les récidives, mais il empêche les éléments nerveux d'être irrités par l'état acide du sang. Les alcalins sont très utiles et leur emploi doit être basé sur l'état de l'urine; les malades doivent en outre boire abondamment afin de diluer le sang et de modifier les échanges nutritifs, et, à ce titre les cures hydrominérales peuvent être utiles. L'hygiène générale a une grande importance dans le psoriasis.

Sténose du pylore adhérent à la vésicule calculeuse, par L. Bouveret (*Rev. de médecine*, janvier 1896, p. 1). — Deux observations de rétrécissement pylorique par adhérence à la vésicule calculeuse; le diagnostic a été posé pendant la vie et vérifié par l'opération et par l'autopsie, les 2 malades ayant succombé peu après l'intervention.

Le rétrécissement, dans ce cas, résulte de la rétraction des néo-membranes de péritonite plastique, du spasme pylorique provoqué par le processus inflammatoire voisin, de la flexion angulaire que subit le canal digestif au niveau du point fixé par les adhérences, surtout quand l'estomac se remplit, enfin de la compression exercée par un calcul volumineux.

Les symptômes, comme dans tous les rétrécissements pyloriques, consistent en : douleur épigastrique, vomissement copieux et répété plusieurs fois par semaine, rétention gastrique constante, dilatation de l'estomac, péristaltisme stomacal, diminution de la sécrétion urinaire. Le contenu gastrique renferme de l'acide chlorhydrique, et la rétention gastrique engendre l'hypersécrétion continue. Le repos, dans le décubitus horizontal, diminue notablement les effets de la sténose, en diminuant sans doute la flexion angulaire de la région pylorique. Les commémoratifs de lithiase biliaire ont une très grande importance pour établir le diagnostic. Dans les 2 cas, il n'y avait pas d'ictère.

CHIRURGIE

Symphyséotomie (Kasuistischer Beitrag zur Symphyseotomiefrage), par G. Woyer (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 4, p. 81). — L'observation fort curieuse de l'auteur se rapporte à une femme de 34 ans, tripare, dont le premier accouchement s'était terminé par le forceps : l'enfant a succombé peu de temps après la naissance; le second accouchement s'effectua spontanément par un enfant mort-né.

A son entrée à la clinique, elle était à terme, et l'exploration permit de faire le diagnostic de bassin rachitique plat, légèrement rétréci, avec présentation du sommet. Le travail se déclara dans la journée, mais la tête s'engageant mal, on fit au bout de 24 heures une application de forceps, qui, malgré des tractions vigoureuses, n'amena pas la tête dans l'excavation. Dans ces conditions, on n'hésita pas à faire la symphyséotomie, et l'enfant a été extrait avec la plus grande facilité. La tête était très volumineuse. Les suites opératoires furent des simples, et la malade sortit de l'hôpital au bout de 16 jours.

Deux ans plus tard, la malade revint à la clinique de nouveau enceinte de 6 mois. L'examen du bassin montra alors une transformation complète de sa configuration : le promontoire se trouvait à la hauteur normale, de même la partie inférieure du sacrum. Le bassin n'était plus rétréci. On décida de ne pas intervenir, et, trois mois plus tard, la femme accouchait avec la plus grande facilité d'un enfant vivant.

Pancréatite inflammatoire; son importance au point de vue chirurgical (Ueber entzündliche und ruckbildungsfähige Vergrösserungen der Pankreaskopfes), par Riedel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, nos 1 et 2). — L'auteur attire l'attention des chirurgiens sur une lésion inflammatoire de la tête du pancréas, simulant à s'y méprendre le cancer et tenant à la présence de calculs dans la vésicule ou les voies biliaires. Personnellement il en a observé trois cas, et c'est justement l'erreur pronostique commise au cours de l'opération dans le premier cas, qui a permis à l'auteur de reconnaître la nature exacte de la lésion dans les deux autres cas qu'il a opérés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 62 ans sujet à des accès de coliques hépatiques avec ictère passager, lequel ictère ne disparut pas après la dernière attaque. On fait la laparotomie avec le diagnostic d'obstruction calculeuse du canal cholédoque, et à l'exploration de la cavité abdominale on trouve

un calcul dans le cholédoque, plusieurs autres dans la vésicule, et, dans la tête du pancréas, une tumeur des dimensions d'une petite pomme, dure comme du bois et présentant tous les caractères d'un cancer. Dans ces conditions, l'auteur fit une cholécystentérostomie après cholédocotomie et ferma le ventre, dans l'idée que le malade devait succomber dans l'espace de quelques mois à son cancer. Il n'en a rien été : le malade se rétablit fort bien et sa guérison parfaite et absolue se maintient depuis bientôt 3 ans.

Le second cas est celui d'une femme de 50 ans, présentant également des accidents de cholélithiase et chez laquelle on trouvait sous le foie une tumeur arrondie, inégale, considérée comme la vésicule bourrée de calculs. Ici, à l'ouverture de la cavité abdominale on trouva la vésicule biliaire petite, rétractée et remplie de calculs, le cholédoque contenant également des calculs, et enfin la tête du pancréas occupée par une tumeur dure, inégale, des dimensions de deux poings d'adulte. C'est cette tumeur qui avait été prise, à l'exploration clinique, pour la vésicule. Dans ce cas l'auteur fit la cholédocotomie avec suture de la plaie et la cholécystectomie après extraction des calculs. La malade guérit assez rapidement et la tumeur, qui avait été laissée en place, disparut progressivement.

Dans le troisième cas enfin, opéré par l'assistant de l'auteur, la laparotomie montra que la vésicule et les voies biliaires ne renfermaient pas de calculs et que la tête du pancréas était occupée par une tumeur ayant les mêmes caractères que dans les cas précédents. Comme la malade était très épuisée, l'opération n'a pu être terminée. La malade succomba du reste quelques heures après cette laparotomie exploratrice. A l'autopsie, on trouva dans la vésicule des concrétions biliaires des dimensions d'une tête d'épingle. L'examen microscopique du pancréas montra que la tumeur était due à une inflammation intestinale, mais sans néoplasme proprement dit.

MÉDECINE PRATIQUE

Névralgies périphériques.

La douleur névralgique, liée à une cause diathésique, à l'impaludisme ou à la syphilis, ne peut être avantageusement combattue que par un traitement général approprié. Mais, alors que la condition étiologique d'une névralgie ne peut être immédiatement précisée, certaines applications locales sont parfois des plus utiles dans les névralgies intercostales, les névralgies trifaciales, les névralgies des membres, etc.

On se servira avec avantage des pommades suivantes :

Vératrine.	àà 0gr25
Chlorhydrate de morphine. . .	
Axonge.	30 gr.

ou encore :

Vératrine	0gr25
Chlorhydrate de quinine.	1 gr.
Axonge.	30 gr.

Les frictions avec ces pommades devront être faites assez longuement et renouvelées toutes les 3 ou 4 heures.

On pourra aussi employer dans les névralgies intercostales le collodion à la cocaïne en faisant au préalable sur la surface cutanée une friction alcoolique assez énergique puis en appliquant le collodion préparé comme il suit :

Chlorhydrate de cocaïne	0gr50
Collodion riciné	30 gr.

Les applications de petits vésicatoires volants saupoudrés à la morphine; les scarifications avec une lancette imprégnée d'une pâte un peu liquide de sulfate ou de chlorhydrate de quinine conviendront aussi de même que les mouches suivantes :

Solution d'ichtyocolle	30 gr.
Chlorhydrate de morphine. . . .	0gr05

Ce mélange sera déposé sur du taffetas noir et appliqué au point douloureux.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle, le stypage au chlorure de méthyle et les pulvérisations de chlorure d'éthyle, très fréquemment utilisées dans les névralgies des membres, conviennent surtout dans les sciatiques.

Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine et surtout les injections de chlorhydrate de cocaïne doivent être réservées aux cas rebelles et n'être prescrites que chez les sujets non albuminuriques.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Arséniate de soude, arsénite de potasse.

(Liqueur de Pearson, liqueur de Fowler.)

Propriétés thérapeutiques. — L'usage hypodermique des sels arsenicaux est de date récente. Et cependant il n'est guère de préparations réunissant plus de qualités pour être injectables sous la peau. Le praticien devra donc les utiliser fréquemment, dans les cas et sous les réserves ci-après indiqués.

L'anémie grave, la chloro-anémie, sont très rapidement améliorées par l'injection quotidienne de liqueur de Fowler. Les symptômes d'ordre nerveux sont amendés, la nutrition générale relevée, souvent dès la première semaine du traitement. Les doses doivent être progressivement croissantes, en commençant par la plus faible.

La liqueur de Fowler est encore un médicament héroïque dans la chorée chronique des enfants (Levis Smith, Borodulin). Lorsque la période aiguë de l'agitation choréique arrive à son déclin sous l'action des remèdes habituellement employés (antipyrine, salicylate de soude), on continuera avec succès le traitement par l'administration hypodermique de l'arsenic. On évitera ainsi à la fois le passage de la chorée à l'état chronique, et l'anémie consécutive, souvent plus redoutable que la maladie elle-même.

La cachexie paludéenne, l'hypertrophie de la rate d'origine malarique (Strizovère, Mosler), seront également traitées par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler. On n'aura pas ainsi à craindre, pour le médicament spécifique de l'intoxication palustre chronique, l'intolérance souvent observée dans l'administration par la voie gastrique (vomissements).

L'arsenic paraît être sans action directe sur la marche de la tuberculose pulmonaire chronique : employé hypodermiquement, à doses intensives, à l'exclusion de tout autre médicament, chez 17 malades à des périodes diverses, il n'a pas donné d'améliorations sensibles. Il ne jouit donc pas des propriétés antibacillaires que l'on s'est plu à lui attribuer, et doit être utilisé, chez les phthisiques, comme simple adjuvant et par la voie gastrique.

Dans la leucémie (Rumno), le lymphadénome, l'arsenic a donné des résultats inconstants. L'injection interstitielle de liqueur de Fowler (Karewski, Grumnach, Lewin, Servandowsky), dans les tumeurs ganglionnaires du lymphadénome (lymphome, lymphosarcome), et les rates leucocythémiques, est une pratique que l'on ne saurait trop sévèrement condamner. Il n'est pas en effet sans inconvénients de répéter des piqûres, si capillaires soient-elles, dans des tissus en voie d'évolution histologique. C'est donc *toujours* dans le tissu cellulaire et loin des néoplasmes, qu'il convient de pratiquer les injections, celles-ci n'agissant que par l'intermédiaire de la circulation générale et n'ayant *aucune* action locale.

Les arsenicaux ont encore été employés contre la paralysie

agitante (Bourneville), les affections herpétiques, et comme succédannés des mercuriaux dans le traitement de la syphilis. Dans ces cas, outre l'amélioration plus rapide de la nutrition, habituelle avec les injections, il ne semble pas qu'on ait grand avantage, sauf chez les sujets cachectiques, à employer la voie sous-cutanée.

Pharmacologie. — L'arséniate de soude et l'arsénite de potasse sont solubles dans l'eau. Les formules hypodermiques sont donc faciles à créer. Malgré cela, quelques médecins continuent à formuler : *liqueur de Pearson* ou *liqueur de Fowler*, pour leurs injections. Cette façon de faire est regrettable : car elle expose à injecter sous la peau des solutions dont l'innocuité n'est pas démontrée. Rien ne s'altère plus vite en effet que ces préparations, qui sont généralement livrées toutes faites aux pharmaciens par leurs droguistes. De plus la liqueur de Fowler renferme de l'alcool de mélisse, ce qui en rend l'injection douloureuse (Zacharine). Enfin, la liqueur de Fowler contenant un centième de son poids d'acide arsénieux, ne peut être administrée que par gouttes, ce qui oblige le praticien à une extrême attention et à un instrument plus précis que ne le sont les seringues d'usage courant. Pour toutes ces raisons le médecin doit formuler ses solutions arsenicales hypodermiques.

DOSE USUELLE.

Arséniate de soude : *Chez l'adulte* : 2 milligrammes à 1 et même 2 centigrammes par injection et par jour, à doses progressives. — Peu usité.

Arsénite de potasse, acide arsénieux : *Chez l'enfant* : de 0 à 3 ans, inusité; de 3 à 15 ans : de 5/10 de milligrammes à 5 milligrammes. Après 15 ans et *chez l'adulte* : de 1 milligramme à 1 centigramme, par injection et par jour, à doses lentement progressives.

Effets de l'injection. — L'injection s'accompagne d'une sensation de cuisson qui ne se prolonge pas au delà d'un quart d'heure. La douleur est, comme nous l'avons dit, plus vive lorsqu'on emploie la liqueur de Fowler pure ou simplement diluée.

FORMULES

Acide arsénieux	0gr10
Carbonate de potasse très pur	0gr10
Eau distillée	100 cent. cubes.

(Liqueur de Fowler pure diluée au dixième pour l'usage hypodermique) 1 à 10 centimètres cubes.

Maurange.

Liqueur de Fowler	10 gr.
Eau distillée	āā 5 gr.
Glycérine	

1 centimètre cube.

Bourneville.

Liqueur de Fowler	II gouttes.
En augmentant jusqu'à	XX —

2 fois par semaine en injections contre l'hyperthrophie du foie d'origine malarique.

Strizovère.

Liqueur de Fowler	1 partie.
Eau distillée	2 —

1 centimètre cube.

Eulenburg.

Associations. — La liqueur de Fowler a été associée à la cocaïne dans le but de rendre les injections moins douloureuses, et au fer pour augmenter son action tonique. Ces combinaisons sont sans intérêt pratique.

FORMULES

Solution arsenicale de Fowler	2 gr.
Eau distillée	10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0gr05

1/2 centimètre cube, puis 1 centimètre cube.

Ladendorf, De Saint-Andreasberg.

Liqueur de Fowler	āā 10 gr.
Teinture de fer pommé (malate de fer)	

De quelques gouttes à 1 centimètre cube. (*Form. Ag. des clin. de Vienne.*)

G. Maurange.

Traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale,

D'après le professeur Pinard (1).

Pour M. le professeur Pinard, le traitement de la plegmatia alba dolens puerpérale doit remplir trois conditions : 1) immobiliser le membre afin d'éviter toute fragmentation du caillot et, partant, la production d'une embolie; 2) atténuer la douleur le plus possible; 3) empêcher la progression de l'œdème.

Pour immobiliser le membre, on le place dans une gouttière bien garnie d'ouate, posée sur un plan incliné ou sur un coussin de balle d'avoine, de façon que le pied se trouve plus élevé que le genou et la hanche. Si on le met de préférence sur un coussin, il faudra veiller à ce que le talon n'y repose pas, afin qu'il ne se forme pas d'eschare à ce niveau. On recouvre ensuite le membre jusqu'au pli de l'aine avec des compresses de tarlatane trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque qui contient 250 à 300 grammes de sel par litre. Les compresses sont recouvertes elles-mêmes avec du taffetas gommé afin d'éviter l'évaporation. — On arrose ces compresses 2 ou 3 fois en 24 heures sans les retirer ni bouger le membre.

Le chlorhydrate d'ammoniaque ayant une action résolutive; et, par conséquent, une action dissolvante sur les cellules épithéliales, amène une sudation sans accélération du pouls.

Aussi la malade ne tarde pas, sous son action, à éprouver un soulagement notable malgré une légère cuisson. Au bout de 5 à 6 jours, apparaît un érythème accompagné d'une éruption de vésicules arrondies et remplies d'un liquide séro-purulent, tantôt disséminées, tantôt confluentes, surtout à la face postérieure de la cuisse et de la jambe.

Dès que cette éruption est généralisée sur le membre, on cesse les compresses et on le saupoudre avec de la poudre d'amidon en le recouvrant d'ouate.

On doit conserver ainsi le membre dans la gouttière et l'immobiliser complètement jusqu'à ce que l'œdème soit complètement disparu.

Sous l'influence de ce traitement local, la douleur, le gonflement et la tension des téguments diminuent dans un délai de 15 jours à 3 et 4 mois. A mesure que l'œdème disparaît, on voit apparaître un réseau bleuâtre à la partie superficielle de la peau, ce qui indique qu'une circulation collatérale s'est établie.

Si rapide que soit l'amélioration ou la guérison, il ne faut jamais permettre à la malade de se lever avant le 30e jour qui suit la dernière élévation de température, car l'embolie est à redouter tant que le caillot qui obstrue la veine n'est pas complètement résorbé.

Quand à l'état général, il réclame des indications spéciales suivant les cas, antipyrétiques, antiseptiques, etc. On devra soutenir la malade, lui donner des préparations de fer ou de quinquina. Si les douleurs restaient vives, même avec le traitement local et général employé, on pourrait pratiquer, par suite de souffrances trop vives, une injection sous-cutanée de morphine.

Quand l'œdème tarde à disparaître, quand il a pris des allures de chronicité, le massage méthodiquement et sagement pratiqué, la compression élastique par des bas élastiques rendront de grands services.

C'est seulement dans les variétés rares avec parésie ou atophie musculaire qu'on aura recours à quelques applications de courants électriques pour favoriser la nutrition des muscles et des nerfs altérés.

Ch. B.

1. Mme Lieuhmann, *Étude de la pathogénie et du traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale*, thèse de Paris, 1896.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les charlatans et la loi sur la vente des remèdes secrets.

Le premier, dans la presse médicale, j'ai signalé l'année dernière (*Gaz.*, p. 192), la mise en vente d'un remède « germicide et désinfectant » que l'on pretendait de nature à guérir toutes les maladies. Je demandais à la Société chimique de Paris et à l'Académie des sciences, dont se réclamait l'inventeur du *Tueur de microbes Radam*, si elles connaissaient et approuvaient les formules citées par le sieur Griffiths à l'appui de ses dires. Je demandais aussi qu'il fût possible de saisir ce fameux remède pour juger s'il s'agit en l'espèce d'une escroquerie ou d'une infractian à la loi de ventôse.

Depuis le mois de mars 1895 le conseil d'hygiène a plusieurs fois sollicité le Parquet d'intervenir et réclamé la fermeture de la boutique du boulevard Poissonnière. Grâce à son insistance et aussi aux poursuites exercées à à la requête du syndicat des pharmaciens de la Seine qui s'est porté partie civile, la 10e chambre dans son audience du 24 janvier dernier a rendu le jugement suivant :

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Hirschfeld et Bryant ont, depuis moins de 3 ans, ouvert à Paris, boulevard Poissonnière, n° 19, un magasin pour la vente d'une spécialité pharmaceutique, dite : *Le Tueur de microbes Radam*: que le liquide ainsi dénommé est une solution acide mixte dans l'eau, d'acide sulfurique et d'acide sulfureux; qu'une préparation de ce genre, étant un médicament actif, ne peut être vendue que par les pharmaciens et sur ordonnance de médecin; que Bryant et Hirschfeld, qui ne sont pas pharmaciens, l'ont cependant vendue directement à des clients; que si, quelquefois, ils ont pris la précaution de la faire livrer à domicile, avec facture portant le nom d'un pharmacien, le plus souvent ils l'ont remise eux-mêmes, soit contre paiement, soit gratuitement, aux personnes qui se présentaient dans leurs magasins du boulevard Poissonnière; que c'est là, d'ailleurs, qu'ils ont leur dépôt général, qu'ils reçoivent les commandes et font réellement la vente, au détail aussi bien qu'en gros; qu'ils ont, dès lors, commis le délit d'exercice illégral de la pharmacie; qu'il est constant, en outre, que, sans avoir de diplôme de médecin, ils ont, à plusieurs reprises, indiqué le mode d'emploi de leur produit et prescrit le traitement à suivre pour les différentes maladies qui leur étaient signalées : qu'à cet égard, les nombreuses pièces de correspondance saisies chez eux et portant, les unes, la signature d'Hirschfeld, les autres, celle de Bryant, ne peuvent laisser aucun doute au Tribunal, d'où il suit que le délit d'exercice illégal de la médecine doit être également retenu contre eux;

Attendu que Picard les a autorisés à faire usage de son nom et de son titre de pharmacien, mais qu'il ne devait pas préparer la spécialité, ni même en surveiller la préparation; qu'il n'était qu'un prête-nom intervenant seulement pour donner une apparence de régularité à la vente du tueur de microbes et devant recevoir pour cela une somme de 3 000 francs par an; qu'il s'est donc fait par aide et assistance le complice d'Hirschfeld et de Bryant dans l'exercice illégal de la pharmacie; que la même prévention est justifiée à l'encontre de Guillou; qu'il a, lui aussi, prêté son nom et son titre de pharmacien; qu'il ne préparait pas ni ne pouvait préparer le médicament; qu'il a son officine rue Condorcet, tandis que le laboratoire d'Hirschfeld et Bryant est rue Marcadet; qu'il importe peu que ce laboratoire ait été mis en son nom par une sous-location; que c'étaient en réalité Hirschfeld et Bryant qui payaient le loyer; que ceux-ci d'ailleurs, par leurs traités, s'étaient formellement réservé à eux seuls le surveillance de la préparation, Guillou n'apparaissant en tout que dans un but de forme et d'étiquette commerciales; que la complicité de ce dernier dans l'exercice illégal de la pharmacie est donc certaine;

Attendu enfin que Picard et Guillou ont vendu eux-mêmes, dans leur officine, le tueur de microbes, sans exiger la production d'une ordonnance; que cette spécialité ne peut cependant, à raison de sa composition, être livrée sans ordonnance; qu'ils ont, à ce point de vue encore, contrevenu aux lois sur la pharmacie;

En conséquence, déclare :

1° Hirschfeld et Bryant coupables d'avoir, à Paris, depuis août 1894, exercé illégalement la pharmacie, en préparant, vendant, débitant des médicaments, alors qu'ils n'étaient pas pharmaciens;

2° Picard et Guillou coupables de s'être, à Paris, depuis août 1894, rendus complices du délit ci-dessus spécifié, en aidant et assistant avec connaissance des auteurs dans les faits qui l'ont préparé et facilité et dans ceux qui l'ont consommé;

3° Picard et Guillou coupables d'avoir, à Paris, depuis août 1894, livré et débité des préparations médicinales sans justification d'ordonnance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé les prescrivant;

4° Hirschfeld et Bryant coupables d'avoir, à Paris, depuis août 1894, exercé illégalement la médecine en n'étant pas muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'étant dans aucune des autres conditions conditions prévues par la loi, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies, délits prévus et punis par les articles 25 et 32 de la loi du 21 germinal an XI, 6 de la déclaration du 25 avril 1777, par l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, et par les articles 16 § 1 et 18 de la loi du 22 novembre 1892;

Attendu que, par jugement contradictoire rendu par le tribunal correctionnel de la Seine, le 9 novembre 1894, devenu définitif à sa date, Picard a été condamné pour exercice illégal de la pharmacie et de la médecine; qu'il se trouve ainsi en état de récidive légale aux termes de l'article 50 § 2 du code pénal;

Vu l'article 365 du code d'instruction criminelle;

Faisant application des articles 6, 18 et 58 précités, dont lecture a été donnée par le Président;

Condamne Hirschfeld, Bryant, Guillou et Picard, chacun et solidairement à 500 francs d'amende et tous solidairement aux dépens;

Statuant sur les conclusions de la partie civile :

Attendu que, par suite des faits ci-dessus relatés, la Société de Prévoyance et la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation et pour l'appréciation de laquelle le tribunal a, dès à présent, les éléments suffisants;

Par ces motifs,

Condamne solidairement Hirschfeld, Bryant, Guillou et Picard par toutes voies de droit et même par corps : 1° à payer à la Chambre syndicale et Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine la somme de 1 000 francs à titre de dommages-intérêts; 2° à l'insertion du présent jugement dans deux journaux au choix de ladite Société, le coût de chaque insertion ne pouvant dépasser 200 francs;

Ordonne la fermeture du magasin, 17, boulevard Poissonnière, à peine de 10 francs par jour de retard, au profit du Syndicat des pharmaciens;

Dit que, passé un mois, et en cas de continuation de l'état contraventionnel, il sera statué de nouveau par le tribunal;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps;

Déclare la partie civile responsable des frais avancés par le Trésor, sauf son recours de droit contre la partie condamnée;

Et attendu que Guillou n'a jamais été condamné et qu'il n'est l'objet d'aucun mauvais renseignement; qu'il y a lieu de lui faire application des dispositions de l'article 1er de la loi du 26 mars 1891;

Par ces motifs,

Dit qu'il sera sursis à l'exécution de la peine d'amende ci-dessus prononcée contre Guillou.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie.

(*Diagnostic et statistique opératoire.*)

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. le Dr Tuffier.

Cette communication touchera deux points de l'histoire des calculs de la vésicule biliaire : le premier aura trait au diagnostic différentiel et le second à leur traitement. Ce dernier comprendra la statistique intégrale de toutes mes opérations pratiquées pour *lithiase de la vésicule biliaire.* Je laisserai de côté avec intention ce qui a trait à la chirurgie du canal cystique et du canal cholédoque, pour traiter exclusivement des calculs du cholécyste. La question ainsi limitée aura chance de permettre des conclusions plus fermes.

I

Le premier fait sur lequel je désire appeler votre attention est le diagnostic différentiel, quelquefois fort difficile, entre un kyste hydatique du foie et une hydropisie calculeuse avec *bile incolore* de la vésicule. Voici l'histoire d'une malade chez laquelle ce diagnostic a été particulièrement mouvementé. — En septembre 1894, j'eus à examiner une religieuse âgée de 40 ans, qui présentait une tumeur du flanc droit dont le point de départ était obscur : on hésitait entre une origine rénale ou hépatique. Cette femme, grande, maigre, autrefois chlorotique, souffrait depuis 7 à 8 ans de douleurs assez vives survenant par crises après le repas, occupant la région épigastrique. Ces crises gastralgiques ne s'accompagnaient jamais de vomissements, ni d'ictère; elles duraient quelques jours, à intervalles réguliers. Dans ces derniers temps, elles se sont rapprochées. C'est alors, en février 1894, qu'elle remarqua une tuméfaction douloureuse de l'hypochondre droit. On pensa alors à un rein mobile; une ceinture fut appliquée en vain et je fus appelé à l'examiner.

Il existe au niveau du flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus siégeant entre les fausses côtes et l'ombilic. Cette tumeur est ronde, lisse, mobile avec la respiration, régulière, ballottante, mais non réductible dans la fosse lombaire. Elle est mate à la percussion, et cette matité se continue en haut avec celle du foie. Je porte le diagnostic : tumeur liquide de la vésicule biliaire; et, comme aucun traitement n'avait été mis en pratique, la malade est soumise à la thérapeutique générale des affections hépatiques. Après 6 mois de médications diverses, je revois cette malade en avril 1895, et comme la tuméfaction a augmenté je l'opère le 3 avril avec l'aide de mes élèves Pascal, Huber et Bresset, et de mon confrère le Dr Pirodon.

Incision sur le bord externe du muscle grand droit, ouverture du péritoine; les anses intestinales écartées, je trouve une énorme tuméfaction occupant la face inférieure du foie, absolument lisse, à parois d'une minceur extrême et d'une transparence parfaite. Sa partie inférieure est libre et sa face supérieure est largement creusée dans le foie. — Je pense à un kyste hydatique de la face inférieure du foie, et ma conviction se change en certitude quand, enfonçant un trocart de Dieulafoy dans la tuméfaction, je retire près d'un litre d'un *liquide parfaitement transparent, clair et limpide comme de l'eau de roche.* Je fixe le kyste à la paroi abdominale par deux rangs de suture continues et j'ouvre le prétendu kyste. Je mets le doigt dans sa cavité, et je retire successivement 22 volumineux calculs biliaires, puis un 23e qui est enchatonné à la partie supérieure de la vésicule. Voici ces 23 calculs. Un drain est placé dans la vésicule et la paroi est suturée en étages. Pansement iodoformé et ouaté. Les suites opératoires sont très simples. La température reste toujours à 37°; il n'y a aucun écoulement de bile. Le drain est enlevé le 6e jour, et au 15e la cicatrisation est complète. J'ai examiné cette religieuse ces jours derniers, elle n'a eu aucun accident depuis son opération et il ne lui reste aucun empâtement de la région opérée.

Les *hydropisies transparentes* de la vésicule dans la lithiase biliaire sont relativement rares. Leur histoire se confond avec celle de la bile incolore et décolorée. Le cas que je viens de vous rapporter est remarquable par la transparence parfaite du contenu vésiculaire. J'en ai relevé quelques exemples, depuis le fait de Graaf en 1761, et ceux que Fabre (1835), Richard (1845), Corvisart (1848) ont consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique.* Il ne s'agit pas ici de ces cas si intéressants que M. Hanot vient d'étudier sous le nom d' « acholie pigmentaire », dans lesquels la bile est bien réellement *décolorée* par une lésion hépatique. Dans l'hydropisie de la vésicule, le

contenu incolore du cholécyste me paraît, comme le veut Frerichs, un produit des glandes muqueuses de la vésicule, qui a pris la place de la bile résorbée. Mon ancien élève Letienne m'a communiqué un fait d'autopsie où un kyste à contenu semblable existait à la naissance des canaux hépatiques. Dans les cas rapportés par tous les auteurs il y avait en général obstruction des voies biliaires.

Les calculs contenus dans la vésicule n'étaient point des concrétions phosphatiques : véritables *calculs pariétaux* (Letienne, *Médecine moderne*, 17 août 1895) dus à une précipitation des sels du liquide cholécystique, ils avaient la couleur, la forme, la structure, la composition *des calculs biliaires*. Il semble donc qu'ils aient précédé l'apparition du liquide limpide et clair, qu'ils appartiennent à une époque où la vésicule contenait de la vraie bile, et je dirai volontiers qu'ils ont été pour une part dans cette sécrétion exagérée du cholécyste, parce que leur extraction pure et simple a suffi à tarir la sécrétion de ce liquide. En somme les grosses hydropisies de la vésicule peuvent être constituées par un liquide transparent simulant un kyste hydatique et pouvant cependant contenir des calculs biliaires, le tout peut guérir par la simple extraction des calculs et le drainage de la vésicule.

II

Je voudrais maintenant vous rapporter l'histoire des 13 autres opérations que j'ai pratiquées de 1891 à 1895 pour lithiase exclusivement limitée à la vésicule biliaire. Ces faits n'ont d'autre intérêt que de représenter une statistique complète émanant d'un même chirurgien, et portant sur une seule opération, la cholécystostomie temporaire. Nous savons tous, depuis les travaux du professeur Terrier et de son école, la valeur des différents procédés opératoires destinés à remédier aux accidents lithiasiques de la vésicule et je ne m'attarderai pas à vous les décrire, ni à les discuter. La cholécystotomie avec suture immédiate de la vésicule, dite cholécystotomie idéale : la cholécystectomie, et enfin l'incision de la vésicule avec suture à la paroi abdominale et drainage plus ou moins prolongé de sa cavité, ou cholécystostomie temporaire, telles sont les méthodes actuelles qui se disputent la faveur des chirurgiens. Pour ma part, je n'ai eu l'occasion de pratiquer que la cholécystostomie, et ce procédé, qui est de beaucoup le plus simple, m'a toujours suffi à guérir mes opérés.

Le *manuel opératoire* suivi dans tous mes cas a été identique, c'est celui de la cholécystostomie avec sutures interstitielles du professeur Terrier et des Américains : incision sur le bord externe du muscle grand droit, ouverture de la cavité péritonéale ; et alors, de deux choses l'une, ou l'on tombe sur une série d'adhérences au milieu desquelles on va plus ou moins péniblement rechercher la vésicule petite et ratatinée, ou bien ces adhérences manquent et alors je ponctionne la vésicule, puis je la suture au péritoine pariétal de façon à fermer complètement la grande séreuse. Les adhérences ainsi établies, j'ouvre la vésicule dans l'espace compris entre mes sutures, j'extrais les calculs, et, suivant les dimensions du foyer, je draine ou je tamponne à la gaze iodoformée.

Voici le bilan de mes opérations. Mes 14 malades étaient 13 *femmes* et 1 homme, leur *âge* variait de 24 à 61 ans (4 de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40 ans, 2 de 40 à 50 ans, 1 de 61 ans). Les accidents pour lesquels je les ai opérés *dataient* d'une époque éloignée, ils étaient en général devenus aigus dans les derniers mois qui avaient précédé l'intervention. Je relève comme dates de début : 7 ans, 8 ans, 8 mois, 3 mois, 2 mois. La vésicule biliaire présentait un *aspect différent* suivant les cas : 3 fois elle est notée *très volumineuse*, 2 fois elle contenait un liquide clair et fluide plus ou moins visqueux ; dans le cas que j'ai rapporté plus haut, ce liquide était transparent. Chez tous mes autres malades, on sentait au-dessous du foie une masse volumineuse, mais elle était constituée par des adhérences. C'est là une cause d'erreur que M. Terrier et moi-même avons déjà signalée. La vésicule, dans ces cas, est ou petite et ratatinée, ou exactement moulée sur les calculs qu'elle contenait.

Le *nombre des calculs* extraits est extrêmement variable. Chez une malade opérée à la maison Dubois, mes élèves ont compté 500 calculs et plus. Je trouve ensuite, noté dans mes autres observations, 70 chez une malade opérée à Beaujon, 23, 19, 4, 2, et enfin, dans 2 cas, 1 calcul unique, très volumineux. Tous étaient des calculs biliaires, à facettes, à l'exception de celui d'une femme que j'opérai à Beaujon sur la demande de M. le Dr Guyot pour un phlegmon péricystique au cours d'une dothiénentérie. J'ai trouvé dans ce cas un calcul du volume d'une dragée, formé, au dire de mon collègue Gilbert, de cholestérine pure. Deux fois j'ai trouvé du sable biliaire au milieu d'une boue noire et de fausses membranes épaisses.

L'état *bactériologique* de la vésicule n'a pas été constaté dans tous les cas : 3 fois l'infection était coli-bacillaire ; dans 3 autres cas, les accidents s'accompagnaient de suppuration et je pus en conclure que la vésicule était infectée ; enfin, dans 3 cas, la vésicule, petite et sclérosée avec adhérences périphériques, me permit de croire à l'état septique du contenu.

Je voudrais pouvoir tirer de ces différentes constatations des *éléments de pronostic*. De mes 14 malades, 11 sont restées guéris, 2 ont succombé malgré mon intervention, dans des conditions dont l'opérateur ne peut être rendu responsable ; enfin une est morte de péritonite aiguë post-opératoire. De mes 2 premiers échecs, l'un est celui d'une malade opérée à Beaujon le 31 octobre 1893 pour des accidents aigus péricystiques, au cours d'une dothiénentérie ; elle a succombé 11 jours après aux suites de sa fièvre typhoïde, ainsi que l'autopsie l'a montré. Il n'existait pas la moindre réaction péritonéale. Le second a trait à une femme de 61 ans, atteinte depuis 4 mois d'un ictère chronique, et dont les accidents gastro-hépatiques remontaient à 8 ans. Je l'opérai le 8 octobre 1894 pour des accidents aigus de péricholécystite ; je pus extraire 19 calculs. La malade succomba 48 heures après l'opération, sans lésion péritonéale. En revanche, chez une femme que j'opérai à la maison Dubois le 4 juin 1895, et à laquelle je dus extraire au milieu d'une bouillie noirâtre plus de 500 calculs, la mort, survenue au 7e jour, était nettement due à une péritonite. Cet accident est, je crois, imputable au *manuel opératoire* que j'ai appliqué dans cet unique cas, aussi je tiens à vous le signaler. Chez tous mes opérés, je pratique l'ouverture de la vésicule après ponction, et fixation à la paroi par deux rangées de sutures qui ferment la paroi de la vésicule contre les deux rangées de suture. Chez cette dernière malade, la vésicule était si bien isolée, et je croyais avoir si bien garni mon champ opératoire que je commis l'imprudence d'ouvrir cette vésicule avant de l'avoir suturée. L'énorme quantité de calculs et la gangue noirâtre dans laquelle ils étaient contenus était remplis de coli-bacille, et je ne doute pas que, pendant l'extraction de cette masse, une inoculation quelconque, directe ou indirecte, se soit produite. L'exemple pourra servir à d'autres chirurgiens, c'est pourquoi je tiens à le relater ici.

Mes 11 autres malades ont guéri et je puis dire complètement et définitivement. Les *suites opératoires* ont été assez simples. Deux fois seulement, le jour même de l'opération, le pansement fut inondé de bile. En général, c'est du 2° ou 3° jour que l'écoulement est le plus abondant, et nécessite 2 pansements par jour. Vers le 6° ou 7° jour l'écoulement diminue et, dans toutes mes observations, au delà d'un mois, il était tari. Dans un seul cas il a persisté 7 semaines mais en si faible quantité que la malade n'en était aucunement incommodée. C'est dire que je n'ai pas rencontré l'accident qui, je crois, se présente dans un certain nombre de cas : la fistule biliaire persistante. Je n'ai pas davantage rencontré de récidive des calculs; il est vrai que mes opérations ne datent qu'au plus de 3 à 5 ans. Les suppurations péricystiques, toute cette masse inflammatoire qui entourait la vésicule semble avoir disparu puisqu'elle n'est plus perceptible chez mes malades et qu'aucun d'eux ne se plaint d'une douleur quelconque à ce niveau.

Ni la longue durée des accidents, ni le volume de la tumeur ne sont des éléments de pronostic. L'état antérieur du foie aurait une grosse importance s'il était possible de le déceler, malheureusement, nous sommes bien peu renseignés à cet égard. Il en est autrement de l'état bactériologique de la vésicule biliaire. Tous mes malades dont la vésicule paraissait aseptique au moment de l'opération ont guéri sans complication. Au contraire, tous les cas que j'ai perdus présentaient une infection cholécystique. Je serais porté à croire que les grosses vésicules infectées et contenant de très nombreux calculs (500 dans mon cas) comportent peut-être un pronostic plus grave.

Je n'ai pas la prétention, dans l'exposé de ces faits, de vouloir faire de la cholécystostomie l'opération unique contre la lithiase cholécystique, mais j'ai voulu montrer combien son champ d'action était étendu. Je la considère comme une excellente opération qui est facile et bénigne, et qui peut suffire à guérir nos malades quel que soient le nombre et le volume des calculs, quel que soit même l'état de la vésicule biliaire. Les deux gros reproches qu'on lui adresse, la persistance d'une fistule, la récidive des calculs et le développement d'accidents dus à des adhérences, sont incontestables dans certains cas, mais ces cas me paraissent rares et, je ne les ai jamais observés.

La cholécystectomie est certainement une opération plus radicale, peut-être est-elle plus difficile. Je ne sais si ses dangers ne sont pas plus considérables que ceux de la simple incision. Quant à la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire l'incision avec suture immédiate de la vésicule, je la considère comme une opération exclusivement réservée aux cas dans lesquels la vésicule est aseptique et la perméabilité des voies biliaires certaine; or la constatation de cette asepsie est bien délicate au cours d'une opération, la perméabilité des voies biliaires est au moins aussi aléatoire, et, de plus, cette perméabilité existant au moment de l'opération peut ne plus exister les jours suivants; je crois donc que cette opération idéale a des indications bien rares, en dehors desquelles elle est toujours téméraire.

L'écoulement biliaire qui succède à l'ouverture de la vésicule est certainement une cause d'infériorité, mais je ne l'ai jamais vu suffisant pour compromettre à lui seul l'existence des malades. Cet écoulement se tarit spontanément entre huit jours et deux mois, dans le plus grand nombre des cas. Je crois donc qu'à cet égard il ne faut pas faire d'opération précoce contre une fistule biliaire qui a la plus grande chance de ne pas devenir définitive. Quant aux procédés opératoires destinés à remédier à l'écoulement de la bile en faisant une boutonnière musculaire autour de l'ouverture de la vésicule (Delagenière), je ne les ai pas employés moi-même, mais je crois que la persistance d'une fistule est bien plutôt liée à un état infectieux amenant une sténose des voies biliaires qu'à la disposition de l'orifice fistuleux.

En somme, j'ai voulu vous montrer quels avantages présentait la cholécystostomie temporaire, et je serai très heureux si ces faits sont le point de départ de l'exposé statistique de mes collègues sur cette question.

Application des rayons X au diagnostic des maladies chirurgicales,

(Communication faite à l'*Académie des Sciences.*)

Par M. Lannelongue.

Dans les deux circonstances suivantes les rayons X ont rendu un véritable service en changeant en certitude un diagnostic extrêmement probable. Le premier cas a trait à une femme ayant dépassé cinquante-cinq ans et portant selon toutes les apparences un corps étranger enclavé entre les surfaces articulaires du genou droit. Ce corps n'avait jamais été perçu malgré de nombreux examens faits par le Dr Bourcy, médecin des hôpitaux, et en dernier lieu par moi en sa présence. Ce corps étranger empêchait l'extension de la jambe sur la cuisse, qui était absolument impossible; il donnait lieu à des douleurs spéciales et devait être de nature ostéo-cartilagineuse, comme le sont ces productions dans l'arthrite dite sèche.

La malade était d'ailleurs atteinte depuis longtemps de cette dernière maladie. Elle fut soumise aux rayons de Röntgen pendant une heure et demie. L'épreuve photographique a été mauvaise; néanmoins on a pu constater dans l'espace clair placé entre le fémur et le tibia, presque au centre de cet espace en allant d'avant en arrière, un corps opaque à contours mal limités, plus noir au centre qu'à la périphérie, assez volumineux. C'est le corps étranger soupçonné, osseux au centre et probablement cartilagineux vers l'extérieur.

Dans le second exemple, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui ressentit brusquement, il y a 6 ans, en jouant du piano, une douleur vive à la partie supérieure de l'avant-bras droit. Cette douleur ne tarda pas à diminuer; des massages furent faits sur sur le bras malade et semblèrent procurer quelque soulagement. Mais, quelques mois plus tard, la douleur augmenta d'intensité et les muscles du membre s'atrophièrent. Il en résulta une impotence très prononcée de ce membre, impotence qui a diminué un peu, au bout d'un ou deux ans, malgré la persistance de la douleur et de l'atrophie. Il existe une zone très douloureuse au niveau de la tête du radius, sur la face postéro-externe de l'avant-bras. Cette zone, large comme une pièce de 2 francs environ, se prolonge par une ligne verticale qui descend le long du radius, dans l'étendue de quelques centimètres et le long de laquelle la pression provoque une vive douleur. Dans toute l'étendue de la zone hyperesthésique, la pression, même légère et superficielle, est difficilement supportée par la malade. Les mouvements de pronation et de supination sont particulièrement douloureux et la malade ne les exécute qu'avec ménagement. Mais si l'on fait jouer l'articulation radio-cubitale supérieure, on ne sent ni craquements ni obstacle. C'est surtout dans la supination un peu prolongée que la douleur se manifeste.

D'ailleurs tout le membre se fatigue promptement dès qu'il cesse d'être soutenu ou que la malade essaye de porter dans la main droite un objet léger; la douleur se réveille aussitôt sous l'influence de la fatigue.

L'atrophie musculaire occupe surtout le deltoïde, le grand pectoral, les muscles extenseurs de l'avant-bras, l'éminence thénar et les interosseux.

L'exploration de l'avant-bras ne révèle aucune altération appréciable du squelette ni des parties molles.

Cette jeune fille a eu un très grand nombre d'avis différents; on lui a parlé entre autres choses de la présence d'une exostose nécessitant une opération. Je n'ai rien découvert qui puisse autoriser un pareil diagnostic et les phénomènes ressentis par la malade se rapportent d'après moi à l'hystérie. Il y a chez elle,

en un mot, des troubles douloureux et atrophiques produits par un traumatisme chez une hystérique.

Elle vient se soumettre aux rayons de Röntgen pour avoir la certitude que son squelette n'a rien, car elle en est très troublée.

De ce côté, c'est une cure morale à faire.

Elle a été soumise à l'action de ces rayons pendant une heure et quart. L'épreuve photographique, sans être très bonne, montre très manifestement l'intégrité des os; les extrémités supérieures du cubitus sont normales, l'interligne articulaire n'offre aucune particularité.

Cette jeune fille nous quitte absolument rassurée.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Ostéo-périostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde grave.

(Suppuration d'une seule de ces ostéo-périostites avec présence, dans le pus, d'un microbe ayant les caractères attribués au bacille d'Eberth.)

Par le Dr Catrin,

Médecin-major de 1re classe, Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Le nommé V... (Jean-Marie), ordonnance au 19e escadron du train des équipages, soldat depuis plus d'un an, mais à Paris depuis deux mois seulement, entre dans mon service (salle 26, n° 4), le 16 novembre 1895, pour une fièvre typhoïde bien caractérisée, dont la gravité se manifeste dès le début par des symptômes ataxo-adynamiques qui, à diverses reprises, font craindre une issue funeste.

Néanmoins, la maladie est relativement de courte durée et les bains froids semblent, en ce cas, avoir agi merveilleusement; le 10 décembre, la température descend à la normale, et dès le 14, le malade entre en convalescence.

Aucun incident ne se montre jusqu'au 26 décembre; mais le lendemain, le malade se plaint de frissons, malaise et la température s'élève à 40° le matin, descend à 38°8 le soir, puis à 38° le 28 au matin, enfin 37°2 le soir.

En même temps que ce malaise fébrile paraissait, V... se plaignait d'une vive douleur au niveau du cubitus droit près du coude et également au niveau de la face dorsale de la première phalange du médius droit.

A l'examen, on constatait une tuméfaction allongée, dure, siégeant sur le médius, il existait des douleurs spontanées assez vives s'exagérant à la pression; je fus ainsi incité à examiner le cubitus droit qui était douloureux et je pus là aussi trouver une tuméfaction osseuse superficielle ayant les mêmes caractères que celle du médius. Je porte le diagnostic d'ostéo-périostite eberthienne et fais appliquer des compresses de sublimé, explorant chaque jour les tumeurs, tout prêt à intervenir, dès que la fluctuation serait sensible.

Mais peu à peu tous les phénomènes inflammatoires et douloureux s'amendent et en l'espace de quelques jours, toute tuméfaction a cessé au niveau du médius. Actuellement il ne reste plus de trace de la lésion; mais l'ostéo-périostite du cubitus a laissé une petite tumeur osseuse qui est encore douloureuse aujourd'hui.

Concurremment le malade avait accusé des douleurs assez vives en un point limité de l'omoplate, sans que j'ai pu par la plus minutieuse investigation trouver trace de tuméfaction, ce qu'explique d'ailleurs la difficile exploration de cet os; il n'en avait pas été de même au niveau du bord postérieur de la clavicule où j'avais constaté une tuméfaction osseuse dont il persiste encore des traces.

Rien à signaler jusqu'au 11 janvier, et tout danger de suppuration semble conjuré au membre supérieur droit, mais le 11 janvier, de nouveau la fièvre s'allume, s'accompagnant de douleurs vives dans la jambe droite, puis bientôt on peut constater un gonflement notable de la face antérieure du tibia droit dans sa partie supérieure au voisinage de la tubérosité antérieure, la température s'élève dans les journées des 12, 13, 14, 15 avec maximum ce dernier jour et en même temps le malade signale une douleur intense dans la fosse temporale gauche, mais pas de gonflement apparent. Au niveau du gonflement du tibia la peau est rouge, chaude, il y a de l'œdème autour de ce gonflement et les douleurs vont s'exaspérant depuis leur début.

Tout le membre étant douloureux, je prescris un cataplasme et l'enveloppement ouaté de la cuisse et de la jambe.

État stationnaire jusqu'au 20 janvier; à cette date le malade ne se plaint plus de la jambe gauche mais il accuse une sensibilité extrême dans le tibia droit et nous constatons là encore les mêmes phénomènes que ceux constatés antérieurement sur les autres os.

Le 25 janvier, notable amendement à gauche, plus de rougeur, d'empâtement, mais il persiste encore un peu d'œdème qui disparaît consécutivement.

Le 30 janvier, à droite comme à gauche il y a diminution très nette de tous les phénomènes douloureux et inflammatoires au niveau des deux tibias; la température est revenue à la normale et, sauf un peu d'œdème des deux régions supérieures des tibias, il ne reste plus de trace des tuméfactions, que je nierais presque, si je ne les avais constatées moi-même et fait constater.

Mais le 7 février, cette fois sans fièvre (37°2 matin et soir) le malade accuse une douleur violente au niveau de l'union des tiers inférieur et moyen du tibia droit et on constate une tumeur osseuse dure du volume d'une petite noisette, recouverte d'une peau qui n'est ni rouge, ni chaude, ni œdématiée.

Presque symétriquement, même tumeur à gauche.

Cependant, tandis que la tumeur à droite suit une marche régressive, la tumeur périostique gauche augmente de volume, se ramollit, bientôt la fluctuation est perceptible et cette suppuration se produit sans fièvre aucune, ni grand malaise.

Le 14 février, j'incise l'abcès gauche qui donne issue à une très petite quantité (environ une cuiller à café) d'un pus blanc jaune, bien lié; l'incision permet de constater une dénudation de l'os.

Le pus ensemencé a présenté les caractères attribués au bacille d'Eberth; j'opérais, d'ailleurs, comparativement avec des échantillons de bacille typhique provenant de l'Institut Pasteur.

Le 21 février, la plaie a bon aspect, néanmoins le gonflement osseux persiste longtemps et il n'a cessé que ces jours derniers en même temps que la plaie se cicatrisait après 15 jours de suppuration.

Aujourd'hui 19 mars, la guérison est presque complète et je compte faire sortir le malade d'ici quelques jours, ne pensant pas qu'il y ait à craindre de trajet fistuleux, ni la production de séquestre, bien que la possibilité de ces accidents ait été signalée dans les observations de Keen, Mansel, etc.

Je ne veux point refaire l'historique de cette question des ostéo-périostites de la fièvre typhoïde et je n'aurais même pas cité cette observation, si la multiplicité des lésions, leur évolution très diverse ne m'avaient semblé dignes de votre attention.

Nous voyons, en effet, dans cette observation tous les accidents ostéo-périostiques de la fièvre typhoïde qui ont été classés par Hutinel : 1° périostite circonscrite bénigne à réparation complète, forme la plus fréquente de ces accidents; 2° ostéo-périostite aboutissant à l'abcès avec phénomènes locaux mais sans phénomènes généraux enfin on peut considérer les lésions du cubitus et celles de la clavicule comme la troisième forme, c'est-à-dire la périostose persistante.

Comme dans la plupart des cas ce sont les os longs qui ont été atteints, néanmoins les douleurs qui ont siégé à l'omoplate et au niveau du temporal peuvent être hardiment attribuées à une ostéo-périostite de ces deux os plats.

L'apparition de ces complications a été, selon la règle, assez tardive puisqu'elles se sont manifestées au 17e jour de la convalescence.

Ces ostéo-périostites ont été multiples, mais on a pu voir que si, aux membres inférieurs, elles ont observé la

loi de symétrie, il n'en a pas été de même au membre supérieur droit.

Nous avons vainement voulu trouver la cause de ces localisations. Notre malade est bien lymphatique, mais il était robuste et bien constitué; nous avons, comme M. Terrillon, cherché si quelque fracture antérieure n'avait pas pu attirer le germe au niveau des anciens foyers, mais nous n'avons rien constaté dans ce sens.

La constatation du germe pathogène vient s'ajouter à la liste déjà longue des constatations analogues faites antérieurement.

Enfin j'ai cru bon de prévenir le malade, si plus tard il avait quelque abcès au niveau des points qui ont été le siège des ostéo-périostites, d'avertir le médecin des accidents antérieurs. On sait qu'Orloff a rapporté une observation où ces accidents se montrèrent 8 mois après la guérison d'une fièvre typhoïde, et M. Chantemesse a cité, je crois, un cas où la maladie ne s'est déclarée que trois ans après la fièvre typhoïde.

Je me demande si chez ces malades il ne s'agissait point d'ostéo-périostites ayant passé inaperçues et ayant subi une régression incomplète laissant des germes latents qui, sous une influence ignorée, ont recouvré une virulence suffisante pour produire la suppuratiou périostique.

Ces faits de microbisme latent ne sont pas faits pour surprendre outre mesure.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 Mars 1896.

Absorption des médicaments par la peau saine.

MM. Linossier et **Lannois** ont entrepris des recherches qui ont trait au salicylate de méthyle, substance qui constitue les 9/10 de l'essence de Wintergreen et qui, prise à l'intérieur, possède, d'après Nothnagel et Roosbach, pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, toutes les propriétés du salicylate de soude. Elle se transforme d'ailleurs en salicylate de soude dans le sang.

Ce corps appliqué sur la peau est très facilement absorbé par elle. Après application de 4 grammes sur la cuisse d'un malade, on peut trouver dans l'urine des 24 heures jusqu'à 1gr3 d'acide salicylique. Il s'en élimine en même temps une assez grande quantité par l'intestin, ainsi que les auteurs ont pu le constater par l'analyse des matières fécales.

L'élimination urinaire quotidienne est régulière au cours d'un traitement prolongé. Il n'y a aucune altération de la peau.

La technique des applications cutanées de salicylate de méthyle est celle des badigeonnages de gaïacol. Le liquide est étalé au pinceau, ou uniformément répandu à l'aide d'un compte-gouttes sur un membre, habituellement sur la cuisse. Le badigeonnage est recouvert d'un tissu imperméable pour empêcher la diffusion des vapeurs, et enveloppé d'ouate pour maintenir une température favorable à la volatilisation.

Le tout est maintenu en place 24 heures. MM. Linossier et Lannois ont employé en général la dose de 4 grammes de salicylate de méthyle. Si l'on voulait employer une dose plus élevée, il faudrait, avant de répandre le liquide, enrouler autour du membre une bande de toile capable de le retenir par imbibition.

L'incorporation du médicament à l'axonge ou à la vaseline paraît diminuer l'absorption.

Les indications des badigeonnages de salicylate de méthyle sont celles du salicylate de soude. Ils ont l'avantage de ne fatiguer en rien les voies digestives et de pouvoir constituer, en même temps qu'une médication générale, une médication locale applicable *loco dolenti*.

D'autres substances que le gaïacol et le salicylate de méthyle pourraient être introduites dans l'organisme par la voie cutanée. Ce sont les substances qui, malgré un point d'ébullition élevé, possèdent à la température ordinaire un certain degré de volatilité.

Les corps non volatils ne sont pas absorbés du tout; les corps très volatils le sont mieux par le poumon que par la peau. Seuls les corps peu volatils, dont l'absorption par le poumon est à peu près nulle, trouvent dans la peau la voie d'absorption la plus utilisable. L'eucalyptol est de ce nombre. Etant donné que les voies digestives des tuberculeux doivent être ménagés avec un soin extrême, étant donné d'ailleurs que les injections sous-cutanées constituent un traitement difficile, quand il s'agit de faire pénétrer des doses un peu élevées de médicaments, n'y aurait-il pas intérêt à employer l'eucalyptol, comme le gaïacol, en badigeonnages?

Appendicite.

M. Le Dentu admet que les lésions du cæcum sont fort rares eu égard à celles de l'appendice. Il pense toutefois que l'on ne saurait nier leur existence : il en a deux observations, dont une il est vrai où l'anatomie pathologique n'est pas établie avec certitude. Il pense que les coprolithes sont rares, et, d'après quelques renflements appendiculaires qu'il a observés, il considère comme fort probable la théorie de la cavité close développée par M. Dieulafoy. Mais M. Dieulafoy a exagéré la nécessité de toujours opérer immédiatement. Il y a des cas qui tendent à la guérison spontanée, et parfois définitive. Mais une fois la crise passée, on est parfaitement en droit d'enlever à froid l'appendice, car il est une menace grave et l'opération est très bénigne, les adhérences de l'induration première se résorbant d'une manière remarquable. Dans les cas à réaction plus franche, avec péritonite, il faut encore différer, car il y a grand bénéfice à attendre qu'il se collecte un abcès, dont le siège domine alors le pronostic. M. Le Dentu pense, comme tous les chirurgiens, qu'il faut, en ouvrant les abcès, ménager avec très grande attention toutes les adhérences. Lorsqu'il y a péritonite généralisée d'emblée, on opérera sans tarder et on sauvera ainsi quelques malades.

Traitement de la bronchite diffuse.

M. Renaut (de Lyon). — Je n'hésite pas à déclarer qu'il existe un moyen thérapeutique simple et tout à fait inoffensif d'éviter la capillarisation redoutable de la bronchite diffuse de l'enfant : c'est *la balnéation chaude systématique*. Depuis 10 ans, sur plus de 100 cas, je n'ai jamais vu une bronchite prise au 2e jour de la fièvre passer à l'état de bronchite capillaire. Cette thérapeutique est indiquée quand on constate les signes physiques de la bronchite diffuse avec une température atteignant 39°.

On procède exactement comme pour la méthode de Brand : toutes les 3 heures, nuit et jour, on prend la température rectale, et dès qu'elle atteint 39° on donne un bain à 38°, durant de 7 à 8 minutes. La tête est entourée d'un mouchoir plié qu'on arrose d'un filet d'eau fraîche pour éviter la congestion. S'il s'agit d'un enfant de 2 à 3 ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de Champagne ou de vin d'Espagne, ou de cognac et d'eau. Puis on l'enlève et on le sèche rapidement. Parfois dès le 3e bain la fièvre tombe et ne remonte plus, et les signes physiques rétrogradent. Quelquefois, la lutte dure de 4 à 5 jours, mais toujours j'ai réussi, même dans les bronchites consécutives aux fièvres graves.

Il faut joindre à cela, toute bronchite diffuse étant une infection, une médication tonique et antiseptique : je préconise surtout le sulfate de quinine, comme pour toute infection principale. Quoi qu'en ait dit Dujardin-Beaumetz, c'est un excellent médicament contre les bronchites. Je l'administre en suppositoire, à dose de 15 centigram. matin et soir chez un enfant de 3 ans.

En général, ces moyens suffisent, sans vésicatoires ni badigeonnages d'iode. Si l'on est appelé lorsque la poitrine est déjà pleine de râles, on administre, selon le procédé d'usage usuel, du sirop d'ipéca, par cuillerée à café, de 10 en 10 minutes, jusqu'à vomissement. On débarrasse ainsi mécaniquement les voies aériennes.

Lorsqu'on est appelé seulement après le début de la capillarisation, on aura encore recours au bain systématique, mais appliqué d'une manière spéciale, en donnant un bain tiède de 32° à 35°, au commencement de chaque accès fébrile, et, après cela, on poursuit, pour ainsi dire, la fièvre d'heure en heure, en donnant chaque fois un bain.

S'il existe de la cyanose anoxémique, je conseille d'envoyer alors à la face du petit malade un courant d'oxygène continu et très lent, puis on donne un bain tiède, d'où l'enfant sort la plupart du temps transformé.

On voit que je ne donne pas un bain réfrigérant, et je crois que le bain chaud exerce surtout une action sur les centres nerveux.

M. Pinard lit une nouvelle note de MM. Varnier, Chappuis et Funck-Brentano relative à la photographie intra-utérine par les rayons X.

M. Mossé fait une communication sur la natalité, la mortalité et l'immigration dans la ville de Toulouse.

M. Lancereaux lit un rapport sur le travail de M. Lemaistre (de Limoges) relatif à la sclérose pulmonaire des porcelainiers.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Bucquoy on résume ainsi qu'il suit la liste de présentation pour les candidats correspondants étrangers, 2e division :

1° M. Leuckhart (Leipzig); 2° M. Coni (Buenos-Ayres); 3° M. W. Stiles (Washington); 4° M. Petrini (Galatz).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance des 13 et 20 Mars 1896.

Hernie inguinale étranglée.

M. Aimé Guinard rapporte l'observation d'un homme entré à l'hôpital avec les symptômes de l'étranglement herniaire datant de 4 jours. Le sac ouvert, on s'aperçut qu'il contenait l'appendice cæcal très long et sphacélé sur une étendue de 12 centimètres ; et une anse grêle étranglée et gangrénée sur une longueur de 3 centimètres. M. Guinard pratiqua l'invagination totale de l'anse herniée dans le bout inférieur suivant son procédé personnel, puis après avoir réséqué l'appendice au thermocautère, il réduisit le tout dans la cavité abdominale qu'il draina en raison des phénomènes de péritonite généralisée qui existaient déjà. Malgré des injections répétées de sérum sous la peau, l'opéré a succombé trente-six heures après l'intervention. Sur les pièces que présente M. Guinard on peut voir que la lésion se trouve à 20 centimètres du cæcum, sur la terminaison de l'iléon, que la suture est parfaite et toutes les parties malades sont absolument isolées à l'intérieur du canal intestinal, et que le cylindre invaginé n'obstrue pas l'intestinal. C'est la première fois que M. Guinard a l'occasion de faire l'autopsie d'un malade ayant subi cette opération; aussi, était-il intéressant de constater *de visu* l'état des parties. Cet examen ne peut que confirmer ce qu'il a déjà écrit : que son opération est à la fois simple et efficace pour rétablir le cours des matières.

Hydronéphrose avec double uretère prostatique.

MM. Meslay et **Veau** présentent les pièces d'un malade mort dans le service de M. Widal d'hémorrhagie cérébrale et chez qui on trouva une double hydronéphrose causée par l'abouchement bilatéral des urétères dans la prostate. Il existait aussi deux uretères sains normaux se terminant dans la vessie. Il n'y avait que deux reins; à leur partie supérieure atrophiée, ils sont en rapport avec la poche de l'hydronéphrose; leur partie inférieure est normale, et déversait son urine dans l'uretère sain.

Embolie du tronc artériel brachiocéphalique.

M. Chauvel présente le cœur d'un homme auquel M. Routier avait fait la lithotritie et qui, huit jours après, a succombé avec des phénomènes d'embolie pulmonaire et d'apoplexie cérébrale.

A l'autopsie, on trouva un cœur volumineux, atteint de dégénérescence graisseuse. L'embolie, à cheval sur l'éperon, séparait la carotide primitive gauche de la sous-clavière et se prolongeait dans ces vaisseaux.

Leucoplasie buccale.

MM. Pilliet et **Riche** montrent des préparations de leucoplasie buccale ayant subi la dégénérescence cancéreuse. Sur la tumeur extirpée on constate, sous le microscope, au niveau des crevasses, une infiltration embryonnaire du derme, et au-dessus, l'apparence d'un papillome caractéristique. La récidive se fit, et la langue présenta ensuite identiquement le même aspect qu'avant l'opération.

Ectromélie du pouce et du premier métacarpien.

MM. Picqué et **Poix** présentent la dissection d'un pouce flottant appartenant à une malade qui présentait une ectromélie du pouce et du premier métacarpien avec persistance du radius. Ce pouce était rattaché à la main par un petit pédicule cutané, de la grosseur d'une plume d'oie; son squelette est constitué par deux phalangettes rudimentaires, réunies par une articulation trochléenne. Le premier métacarpien était absent; le radius, au contraire, occupait la situation normale, au lieu de manquer, ce qui est la règle dans ces cas d'ectromélie longitudinale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 Mars 1896.

Le foie et l'exaltation des toxines.

MM. Guinard et **Tessier**, en réponse à la communication de MM. Charrin et Lapicque (voir *Gazette hebdom.*, n° 21, p. 247) disent que pour le lapin ces faits sont moins nets que pour le chien et que, d'autre part, ils ne tiennent pas d'une façon absolue à ce fait que le foie exerce une exaltation directe sur les toxines. Ils avaient émis cette théorie à titre d'hypothèse, comme s'accordant mieux avec l'opinion qui veut que les poisons soient produits par certains organes, le foie en particulier, sous l'influence des toxines.

Sérum des animaux immunisés contre la clavelée.

M. Charrin dépose une note de M. Duclert qui a trouvé que le sérum des animaux immunisés contre la clavelée jouit de propriétés préventives et curatives de la clavelée.

M. Charrin fait observer à ce sujet que ce qui domine ce sont les propriétés curatives du sérum, ces propriétés préventives étant d'une courte durée — phénomène inverse de celui que l'on observe avec les toxines.

Métrite parenchymateuse hémorrhagique.

MM. Pilliet et **Baraduc** communiquent l'observation d'une malade opérée d'hystérectomie vaginale par M. le professeur Tillaux dans des circonstances assez particulières. Il s'agit d'une jeune femme ayant subi 6 mois auparavant l'ablation des trompes et des ovaires pour une double salpingite suppurée. Elle continua à souffrir, à perdre du sang et à s'anémier, de telle sorte qu'on en vint à l'hystérectomie. L'utérus, un peu augmenté de volume, était tellement mou et friable qu'il se laissa percer

par le doigt de l'opérateur. L'examen histologique montra que l'on se trouvait en présence d'une forme rare de métrite parenchymateuse. L'utérus infecté par les trompes présente une distension considérable d'origine inflammatoire de ses vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il existe une observation récente tout à fait semblable due à M. Quénu et on trouve un dessin se rapportant à cette forme dans l'ouvrage de M. de Sinéty. On peut conclure de ces faits qui se multiplient au fur et à mesure que l'hystérectomie fera des progrès, qu'il existe une variété spéciale de métrite parenchymateuse avec gigantisme utérin, se traduisant par des douleurs vives et des pertes sanguines assez abondantes pour que l'on pense à un avortement ou à un fibrome utérin ; et que cette métrite est due à une infection venant de la muqueuse utérine mais surtout des trompes pleines de pus. En effet, dans un second cas observé par les auteurs, les lésions du corps utérin étaient les mêmes et la muqueuse était relativement saine. Il existait une salpingite suppurée.

Accumulation d'hydrate ferrique dans les organes parenchymateux.

MM. Lapicque et **Auscher** ont dans le temps rapporté un cas de diabète pigmentaire où ils ont constaté l'accumulation de pigment dans le foie. Leurs recherches leur ont montré que ce pigment était un hydrate ferrique.

Ils se sont demandé si cette accumulation de pigment était particulière au diabète bronzé et bientôt ils ont trouvé un autre cas où ils ont constaté l'existence d'hydrate ferrique dans le foie et autres organes parenchymateux. Ce cas se rapportait à un tuberculeux qui a eu des hémorrhagies internes.

Pour voir quel est le rapport entre les hémorrhagies et l'accumulation du pigment, ils ont injecté dans le péritoine d'un chien une certaine quantité de sang frais. En sacrifiant l'animal au bout de quelque temps, ils ont retrouvé de l'hydrate ferrique dans le foie, les ganglions lymphatiques, etc.

Ils proposent de désigner ce pigment, qui est un hydrate ferrique, sous le nom de rubigine.

M. Laborde en revenant sur la communication faite à la séance précédente par M. Thomas sur l'association anatomique et fonctionnelle entre les 3e et 6e paires, fait remarquer que contrairement à ce qu'avait dit M. Thomas, il n'a pas écrit que l'entrecroisement se faisait au niveau même des 3e et 6e paires, mais bien au-dessus de ces noyaux.

M. Boinet envoie un note relative à l'action antitoxique des capsules surrénales sur la neurine, basée sur une série d'expériences. Cette action existerait aussi envers la nicotine comme l'ont montré MM. Charrin et Langlois.

M. Féré rapporte un cas d'épilepsie procursive observée chez un chien.

MM. Mathias-Duval dépose au nom de **M. Petit** une note sur la structure des capsules surrénales chez l'anguille.

MM. Carvalho et **Athanassiu** relatent le résultat de leurs recherches sur l'action de la peptone sur les globules blancs du sang.

M. Linossier (de Vichy) fait une communication sur l'absorption de gaïacol et du salicylate de mercure par la peau (voir plus haut *Académie de médecine*, p. 293).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 Mars 1896.

Opération de bec-de-lièvre compliqué.

M. Kirmisson, en revenant sur le petit malade présenté par M. Berger à la dernière séance, soutient que le procédé dont s'était servi M. Berger (décollement de l'aile du nez) comporte de trop grandes incisions et peut par cela devenir grave chez les très jeunes nourrissons. Il préfère le procédé du lambeau à sommet supérieur avec décollement de la narine et de la lèvre auxquelles on imprime un mouvement de torsion pour reconstituer la narine.

M. Lucas-Championnière attribue une importance considérable dans l'opération du bec-de-lièvre compliqué au placement des sutures profondes, en arrière de la lèvre, dans la bouche. Pour avoir une cicatrice plus étoffée, il s'arrange de façon que les deux lignes de sutures ne se regardent pas, ne soient pas disposées sur le même plan.

M. Berger insiste encore une fois sur ce fait que l'originalité du procédé dont il s'est servi réside principalement dans le détachement complet de l'aile du nez d'avec la joue et la lèvre. L'aile du nez forme alors un lambeau dont le sommet est suturé à la sous-cloison du nez, et la torsion qu'on imprime au lambeau lui donne un relief physiologique.

Quant aux sutures profondes dont a parlé M. Championnière, M. Berger les a abandonnées à cause des difficultés qu'on éprouve pour les placer.

Appendicite.

M. Picqué fait un rapport sur quatre observations envoyées par **M. Chevassu** et dont deux ont trait à l'appendicite.

Le premier cas d'appendicite est celui d'un soldat qui, au cours de la convalescence d'une scarlatine est pris de fièvre, de nausées, de vomissements avec douleurs de l'abdomen particulièrement vives au niveau de la fosse iliaque droite où l'on sent un empâtement profond. On fait une incision latérale et à l'ouverture de la cavité abdominale on tombe sur un foyer de péritonite péri-appendiculaire. Évacuation du foyer qui permet de trouver l'appendice perforé qu'on résèque après ligature. Drainage du foyer et guérison sans complication. L'appendice renfermait un calcul stercoral ; l'examen bactériologique du pus a montré la présence des colibacilles et des streptocoques.

Dans le second cas le malade est entré dans le service avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile. Mais ici encore l'examen montra qu'il s'agissait d'une appendicite. Intervention comme dans le cas précédent, seulement l'appendice étant entouré d'adhérences inextricables, il fut laissé en place. Drainage du foyer où l'on trouva un coprolithe. Guérison.

M. Picqué approuve en tous points la conduite de M. Chevassu qui est intervenu de bonne heure et qui ne s'est pas acharné à la recherche de l'appendice dans le second cas.

La troisième observation de M. Chevassu a trait à une tumeur fibreuse du dos de la main. La tumeur, qui occupait les trois derniers espaces interosseux, s'était développée autour d'une épine et avait donné lieu à des troubles de sensibilité et de motilité du côté des doigts correspondants. L'ablation de la tumeur n'a présenté aucune difficulté ; son examen histologique n'a pas été fait.

La quatrième observation de M. Chevassu a trait à une suture de la portion bulbaire de l'urèthre, pour déchirure incomplète ayant rendu le cathétérisme impossible et amené une rétention d'urine. Le malade guérit dans d'excellentes conditions, sans rétrécissement. M. Picqué fait observer à ce sujet que dans les déchirures très étendues la suture n'est pas toujours possible et qu'on peut la remplacer alors, comme il l'a fait du reste dans un cas récent, par la suture para-uréthrale de M. Guyon.

M. Tuffier. — V. p. 289.

M. Hartmann présente un malade auquel il a fait une résection et une suture osseuse pour une fracture très oblique du tibia.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 Mars 1896.

La thrombose chez les chlorotiques.

M. Louis Guinon a observé 3 cas de thrombose des membres inférieurs chez des jeunes filles manifestement chlorotiques, comme le prouvaient le teint, les souffles cardio-vasculaires et, pour un cas, l'hypohématie.

L'une d'elles succomba à une embolie pulmonaire, les deux autres guérirent.

Dans les deux premiers cas, en effet, les seuls qu'il ait pu observer complètement, il y avait de la fièvre ; la température atteignait 38°5 et 39 degrés. De plus, la seconde malade avait

eu, deux mois avant, une fausse couche, et portait encore les traces d'une vaginite, probablement blennorrhagique; enfin, elle présentait quelques signes de tuberculose au début. Pour toutes ces raisons, M. Guinon pense que la thrombose des chlorotiques est infectieuse, comme les autres, et que la chlorose n'intervient que pour la favoriser.

M. Rendu soutient cette opinion depuis longtemps. Chaque fois que la chlorose se complique de thrombose veineuse, il faut rechercher un élément infectieux, cause directe.

Recherches sur la scarlatine.

M. Lemoine a fait une série de recherches relativement à la microbiologie de la scarlatine.

Il a tout d'abord examiné 52 échantillons du sang prélevés sur 35 malades différents atteints de scarlatine, dont 33 ayant présenté des formes normales et 2 une forme hémorrhagique terminée par la mort, l'une au bout de 48 heures, et l'autre après 5 jours.

Le sang de ces 35 malades a été prélevé dès le début des accidents. 17 fois il a renouvelé la prise du sang chez un certain nombre de ces mêmes malades à diverses périodes de l'évolution de la maladie. Chez 5 malades, on a pris du sang alors que toute trace d'éruption avait disparu.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Le sang des 35 scarlatineux au début de l'éruption n'a donné aucune culture. Il en a été de même pour les autres prises faites soit au cours de l'affection, soit après la disparition de l'exanthème.

Dans 2 cas seulement, on a obtenu une culture pure de streptocoque. Il s'agissait alors de 2 malades présentant de larges suffusions sanguines et la prise avait été faite au niveau des plaques hémorrhagiques.

Ces résultats nous semblent montrer que la présence du streptocoque dans le sang des scarlatineux est un fait accidentel lié aux complications de cette affection. A ce titre, la forme hémorrhagique de la scarlatine paraît devoir être considérée et comme le résultat du passage du streptocoque dans le sang et comme l'expression d'une infection secondaire entraînant une infection d'emblée de tout l'organisme.

Dans 2 cas de *pleurésie* survenue au cours de la scarlatine, le liquide obtenu par la ponction renfermait le streptocoque pur. Dans l'un, la pleurésie fut purement séro-fibrineuse; dans l'autre, l'épanchement, d'abord légèrement louche, devint purulent par la suite. Ces 2 malades guérirent.

Le streptocoque trouvé fut semblable à celui trouvé dans le sang. Le sang de ces 2 malades, analysé au début de l'éruption, fut trouvé amicrobien.

L'examen a encore porté sur 2 cas d'*arthrite* du genou chez des scarlatineux. Il s'agit ici de scarlatineux ayant présenté au moment de la convalescence, un rhumatisme monoarticulaire du genou analogue au rhumatisme blennhorragique et compliqué de douleurs généralisées à l'autre genou, aux articulations du pied, du coude et de l'épaule, sans que l'examen clinique révélât de ce côté aucune déformation appréciable. La gêne des mouvements était d'ailleurs peu accusée.

La culture de 2 centimètres cubes de liquide intra-articulaire ne révéla la présence du streptocoque que dans un cas, dans l'autre les bouillons ensemencés restèrent complètement stériles.

Enfin, dans 22 cas de néphrite scarlatineuse, sur les 22 urines albuminuriques, 22 fois on a décelé le streptocoque. 6 fois il s'agissait d'albuminurie survenue pendant la période du début (angine et éruption); 5 fois l'albuminurie était survenue au commencement de la desquamation générale, après la chute définitive de la température; 11 fois l'albuminurie était survenue en pleine convalescence, la desquamation existant encore.

Sur 11 urines normales, une fois seulement, on a eu des cultures de streptocoque.

De ces faits, il semble rationnel de conclure :

a) Que dans la scarlatine, les complications rénales sont d'ordre secondaire, et sont le résultat d'une infection streptococcienne;

b) Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat le plus souvent d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx;

c) Qu'à ce titre, ces complications peuvent devenir le point de départ d'accidents de même nature pouvant se propager par voie de contagion, et qu'elles peuvent être rapprochées avec vraisemblance des accidents analogues survenant du côté du poumon dans le cours de la rougeole.

M. Widal insiste sur ce fait que le streptocoque que l'on trouve dans la gorge des scarlatineux ou dans leur sang et leurs viscères après la mort, n'est nullement l'agent spécifique de la maladie mais, comme dans la variole, dans la rougeole, etc., un agent de complication, souvent le facteur de gravité et de mort. Dans le sang du vivant, M. Widal n'a jamais trouvé de streptocoques.

M. Rendu trouve que l'on oublie un peu la scarlatine elle-même. Pour lui le syndrome typique de la néphrite scarlatineuse est causé par le poison scarlatin lui-même.

M. Catrin. — Voir p. 292.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 3 et 11 Mars 1896.

Nouvelle indication de l'opération de Porro.

M. Abel a été dernièrement appelé auprès d'une secondipare en travail depuis 24 heures. En l'examinant, il constata que les membranes étaient rompues et que le liquide amniotique, en grande partie écoulé, était teinté de méconium. Le col se trouvait à la hauteur de la 5e vertèbre lombaire, le fond de l'utérus au niveau de l'ombilic. La dilatation du col ne dépassait pas celle d'une pièce de 50 centimes. Les bruits du cœur fœtal étaient faibles.

Dans ces conditions, M. Abel fit l'opération césarienne et pratiqua l'extraction d'un enfant asphyxique qu'il fut impossible de ranimer. Comme l'utérus adhérait par sa face antérieure à la paroi abdominale, M. Abel pratiqua l'opération de Porro, afin d'éviter une seconde grossesse qui aurait pu avoir les mêmes résultats. La malade guérit.

Les adhérences qui ont nécessité l'opération de Porro provenaient d'une ventrofixation faite quelques années auparavant pour un prolapsus de l'utérus amputé déjà de son col, pour la même affection, par un autre chirurgien.

M. Abel profite de cette occasion pour s'élever contre les opérations chirurgicales dont on abuse depuis quelque temps et qu'on pratique sans indication urgente. C'est notamment le cas des rétroflexions utérines et des salpingites inflammatoires dont la guérison est le plus souvent facile à obtenir par le repos et que l'on opère sans distinction. Si l'on songe que ces interventions donnent une mortalité de 5 p. 100 et que le simple curettage a à son actif des cas de mort, il est indiqué de n'intervenir que dans des cas bien déterminés.

Péritonite gonorrhéique diffuse.

M. Broese a observé 2 cas de péritonite gonorrhéique diffuse qui ont guéri par le simple traitement médical : opium, glace, repos, etc.

Le premier cas est celui d'une femme de 27 ans qui entre à la clinique, le 4 février 1892, pour une bartholinite suppurée du côté gauche, d'origine gonorrhéique, avec uréthrite et catarrhe du col. Dans le pus de l'abcès qui a été incisé, on trouva des gonocoques. Un mois après cette intervention, la malade revint avec des phénomènes de pelvi-péritonite, qui la maintinrent au lit pendant près de 3 mois. L'examen, fait le jour de la sortie de la malade, montra un utérus immobilisé en rétroflexion et des annexes formant de chaque côté tumeur des dimensions d'une noix.

En janvier 1894, c'est-à-dire 18 mois après sa sortie, la malade revint pour des douleurs dorsales et lombaires. L'utérus était toujours immobilisé en rétroflexion, mais les annexes ne formaient plus de tumeur. L'uréthrite persistait encore et donnait lieu à quelques sécrétions. Croyant le processus terminé, M. Broese mobilisa l'utérus d'après le procédé de Schultze. Le soir même de l'intervention, la malade a été prise de douleurs violentes dans l'abdomen, avec fièvre de 38°5, et les phénomènes s'accentuant le lendemain, on eut 24 heures plus tard le tableau complet de la péritonite généralisée : ballonnement du ventre, vomissements, pouls à 120, etc.

L'assistant de M. Broese voulut faire la laparotomie; mais se rappelant des observations de Wertheim et de Veit, M. Broese attendit et institua un traitement par les opiacés et la glace sur le ventre. Au bout de 4 jours, la péritonite avait disparu, et, 15 jours plus tard, la malade quittait l'hôpital avec un gros utérus et des annexes formant tumeur.

Dans ces cas, la péritonite était manifestement produite par les gonocoques qui se trouvaient dans les fausses membranes de la pelvi-péritonite et qui ont été mis en liberté par la mobilisation de l'utérus.

Le second cas se rapporte à une femme de 40 ans qui, depuis 2 mois, avait des métrorrhagies irrégulières alternant avec des pertes blanches et une douleur dans le côté droit de l'abdomen. L'examen montra l'existence d'un gros utérus et d'une salpingite droite. Les mucosités utérines examinées sous le microscope renfermaient des gonocoques. La malade a été mise au lit, et, sous l'influence du repos, des compresses de Priessnitz, la situation s'améliora beaucoup, lorsque, après avoir quitté le lit, elle fut reprise de douleurs du côté droit, où l'examen permit de constater l'existence d'une salpingite. Trois jours après éclatèrent brusquement les symptômes d'une péritonite généralisée. Malgré l'avis du médecin traitant qui réclamait une laparotomie, M. Broese se décida pour l'expectation, qui fut approuvée par M. Olshausen, appelé en consultation 2 jours plus tard, quand la situation s'aggrava davantage. L'amélioration ne se manifesta qu'au 5e jour, et la malade finit par guérir.

De ces faits, comme de ceux publiés par Wertheim, Veit et autres, M. Broese conclut qu'après l'accouchement, comme en dehors de la puerpéralité, on peut observer une péritonite à gonocoques qui présente tous les caractères cliniques de la péritonite à staphylocoques et à streptocoques, mais se distingue de cette dernière par sa terminaison bénigne, par la guérison. Ses symptômes alarmants cèdent ordinairement au bout de quelques jours, et la péritonite disparaît sans trace. Le diagnostic de cette péritonite n'est pas toujours facile, et, pour le faire, il faut s'appuyer sur la présence d'une affection gonococcique et sur l'absence des causes étiologiques des autres péritonites. Le traitement de cette péritonite est expectatif, car elle guérit toujours et spontanément.

M. Kiefer fait observer que, dans ces 2 cas, M. Broese n'a pas apporté de preuve certaine de l'origine gonorrhéique de la péritonite, l'examen bactériologique des liquides n'ayant pas été fait.

Comme assistant du professeur Martin, M. Kiefer a pu faire l'examen bactériologique de 11 pyosalpinx rompus, dont 10 contenaient des gonocoques. 5 de ces malades n'ont jamais présenté de fièvre; chez 3 autres, la température n'a jamais dépassé 48°5, et le pouls ne s'est jamais élevé au-dessus de 90-100.

M. Lewin, qui a un service de femmes de 100 lits, n'a jamais observé la péritonite gonorrhéique. Chez ces malades, la péritonite a toujours évolué comme les péritonites ordinaires.

M. Baginsky a observé une fillette de 11 ans qui, au cours d'une vulvo-vaginite, a été prise de péritonite généralisée extrêmement grave. Dans le côté gauche de l'abdomen, on sentait une tumeur qui, à l'exploration rectale, paraissait fluctuante. L'examen sous le chloroforme fait par M. Gluck ne lui permit pas de retrouver cette tumeur. Les symptômes étaient tellement graves qu'on jugea l'intervention inutile. Toutefois on fit une ponction à travers le rectum, et, dans le pus retiré, on trouva des gonocoques et des staphylocoques.

La malade mourut dans la journée. A l'autopsie, on trouva une salpingite suppurée avec abcès des ovaires.

M. Duhrssen a observé 2 cas en tous points identiques à ceux de M. Broese. Il s'agissait de 2 femmes qui ont eu des rapports avec des individus atteints de gonorrhée et qui, sans cause connue, ont été prises de symptômes de péritonite généralisée qui disparut avec un traitement expectatif.

M. Landau fait remarquer que la possibilité d'une péritonite après une gonorrhée n'est pas discutable. Seulement il est difficile de dire si ces péritonites sont produites par le gonocoque seul ou si elles sont dues à une infection mixte. La question ne peut être jugée au point de vue clinique seul, et se prononcer sur la nature de la péritonite en se basant sur la marche des accidents est trop risqué. En second lieu, on sait qu'en dehors de la gonorrhée et de toute infection le traumatisme produit par une intervention sur les organes du petit bassin peut donner lieu à la péritonite, et ces faits ont été observés chez des vierges, en cas d'atrésie du vagin et de l'hymen.

Le sérum de Marmorek dans la scarlatine.

M. Baginsky a soigné 57 cas de scarlatine par le sérum antistreptococcique de Marmorek. Sa statistique, qui comprend en réalité 48 cas, est divisée en 3 groupes.

Dans le premier groupe, qui comprend 27 cas, on a employé avec un certain succès 20, 30, 60 cent. cubes de sérum. La température est tombée après l'injection et il ne s'est pas produit de complication.

Le second groupe comprend 16 cas avec 6 morts. 2 enfants ont rapidement succombé, probablement à la gravité de l'intoxication; dans le 3e cas, où il s'agit d'un enfant syphilitique, la mort est survenue à la suite d'une otite avec mastoïdite; le 4e et le 5e enfants ont été emportés par des complications graves, telles que bubons, arthrites, néphrites, que l'on observe d'ailleurs sans sérum. Tous les autres cas de ce groupe ont présenté des complications, mais il faut remarquer que la quantité de sérum injectée était insuffisante.

Dans le 3e groupe, on compte 5 cas où les injections ont été faites tardivement et seulement pour combattre une complication qui est survenue.

En somme, le traitement a donné 7 morts sur 48 cas, soit une mortalité de 14,6 p. 100, chiffre favorable comparé à la mortalité ordinaire, qui est de 22 p. 100. Les cas sont trop peu nombreux pour permettre une conclusion. On peut toujours dire que le sérum n'a pas d'effet nuisible.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 2 Mars 1896.

Résection d'une portion du foie.

M. Robson. — J'ai réséqué la vésicule biliaire et une portion considérable du lobe droit du foie chez une femme de 54 ans. La malade a parfaitement guéri. Il y avait une tumeur de la vésicule biliaire augmentant rapidement de volume; après ouverture de l'abdomen on vit qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Comme il n'y avait qu'un nodule cancéreux dans le foie et que celui-ci était tout proche de l'extrémité distale du canal cystique, on crut devoir enlever en même temps la portion malade du foie. La masse ainsi enlevée pesait 1/2 livre. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome. Je crois que souvent l'irritation causée par les calculs dans la vésicule et les conduits biliaires amène des formations cancéreuses. La malade non seulement ne présenta aucun phénomène de choc, mais même ne présenta aucune élévation de la température, avec une augmentation du nombre des battements du pouls. Presque immédiatement l'état général s'améliora et, 6 semaines après son opération, cette malade avait vu s'augmenter déjà ses forces et son poids. Je me suis servi, pour l'opération, de l'écraseur élastique et j'en ai été si satisfait que j'y recourrai toujours pour réséquer une portion du foie.

M. Moore. — Les néoplasmes de la vésicule et du canal cholédoque restent souvent sans provoquer de dépôts secondaires; dans 2 cas j'ai vu la tumeur cancéreuse rester localisée dans le

cholédoque. La même chose est vraie, quoique à un moindre degré, pour la vésicule; car une tumeur localisée à la vésicule peut gagner le foie par simple continuité. J'ai observé que dans les cas de cancer on trouve des calculs dans moins de la moitié des cas et que, par contre, dans la grande majorité des cas de lithiase biliaire, il n'y a pas de cancer. Cependant, dans les cas d'occlusion cancéreuse du canal cholédoque, il y a souvent une formation secondaire de calculs.

M. Rolleston. — J'ai observé que le cancer de la la vésicule est plus commun que celui du cholédoque. Le plus souvent le cancer de la vésicule est un carcinome à cellules cylindriques. Le cancer du canal cholédoque appartient à la variété qui présente des cellules columnaires. Sur 100 cas de néoplasme malin de la vésicule, 68 fois il y avait en même temps de la lithiase, biliaire qui paraissait du reste avoir précédé l'apparition du cancer. Sur 28 cas de cancer du cholédoque on n'a trouvé des calculs que dans un peu moins de la moitié des cas. Ces 2 séries réunies ne présentaient qu'un cas dans lequel la lithiase parût être secondaire à l'établissement du cancer. Keen a opéré un foie hypertrophié et a enlevé un adénome en rapport avec les canaux biliaires; il s'agit là probablement d'une tumeur en relation étroite avec le cancer.

M. Dickinson. — Depuis longtemps j'admets que dans les cas qui présentent en même temps un cancer et de la lithiase, la lithiase a apparu la première. J'ai vu une femme d'un certain âge qui présentait un calcul biliaire ayant provoqué, par l'occlusion qu'il causait, de la jaunisse. Plusieurs années après j'ai revu cette malade présentant alors une grosse tumeur localisée dans la région de la vésicule biliaire, dont la nature maligne et le siège dans les voies biliaires furent confirmés par l'autopsie.

Kyste néoplasique du cerveau.

M. Ballance. — Un enfant de 11 ans reçut un violent coup sur la tête; son caractère devint irritable; il eut des crises épileptiformes commençant par des tiraillements de l'angle droit de la bouche, suivis de paralysie de la partie inférieure du côté droit de la face; la paralysie gagna graduellement le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit; la parole devint lente; le malade se plaignait d'une céphalée intense et de vomissements. Le malade entra à l'hôpital 6 mois après avoir reçu le coup; les symptômes s'accentuèrent et on constata l'existence d'une névrite optique double. En novembre 1890 on trépana au niveau de la partie inférieure de l'aire motrice. On trouva un kyste sous-cortical qu'on vida. Les symptômes disparurent. En février 1891, les symptômes ayant reparu, on introduisit un tube dans le kyste pour le drainer d'une façon continue. Les troubles disparurent en partie et l'enfant resta en assez bonne santé jusqu'en janvier 1893; alors son état s'aggrava subitement. On fit une nouvelle opération et on enleva une tumeur siégeant entre la dure-mère et l'aire corticale motrice gauche. En juin 1893 l'enfant quitta l'hôpital très bien portant et ne présentant plus qu'une très légère hémiplégie. Il revint en septembre 1893; il était au plus mal et il mourut quelques heures après une nouvelle tentative qu'on fit pour le guérir. A l'autopsie on trouva une énorme tumeur dans l'hémisphère cérébral gauche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 9 Mars 1896.

Physiologie et pathologie du corps thyroïde.

M. Horsley. — Dès 1859, Schiff affirmait que le corps thyroïde, considéré jusque-là comme dépourvu de fonctions spéciales, était un organe essentiel pour l'existence. En 1884, cet observateur montra d'une façon indéniable que l'ablation de cette glande était suivie chez les carnivores de symptômes spéciaux qu'on reconnut depuis, grâce aux travaux d'Ord et des autres, être ceux du myxœdème. Schiff n'ayant opéré que sur des carnivores, chez lesquels l'ablation de la glande amène très rapidement la mort, n'a pu observer les troubles qui se produisent quand la mort ne vient que lentement. C'est pour cela que j'ai fait des recherches chez les herbivores, prenant grand soin de ne pas léser les nerfs qui avoisinent le corps thyroïde. J'ai pu ainsi produire le myxœdème artificiel chez le singe; on avait alors voulu prétendre que ces symptômes devaient être mis sur le compte des lésions des nerfs sympathiques. Murray, de son côté, montra qu'on pouvait faire disparaître les effets de cette ablation du corps thyroïdien en administrant du suc de cette glande à l'animal. Quand on a enlevé un lobe du corps thyroïde, les corps para-thyroïdes s'hypertrophient de la même façon que le lobe thyroïdien restant. Ces glandes sont formées de colonnes cellulaires séparées par un réseau de capillaires. Dans le cas d'hypertrophie compensatrice de la glande, l'épithélium cubique qui tapisse les acini devient graduellement cylindrique; quant aux acini, de sphéroïdes qu'ils étaient, ils deviennent des crevasses pourvues de nombreux prolongements. Dans les cas de goître exophthalmique, la substance colloïde est remplacée par un contenu plus ou moins fluide ou renfermant des granulations. On peut s'assurer du mode de production de la matière colloïde en considérant les gouttelettes colloïdes qui sont exsudées par les cellules tapissant les parois des acini. Quant aux vacuoles qu'on observe dans les noyaux des cellules graisseuses, dans le myxœdème, c'est là un phénomène qu'on observe fréquemment dans d'autres conditions, par exemple dans la vieillesse, etc. L'existence de ces vacuoles n'est donc aucunement caractéristique d'une maladie.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 17 Mars 1896.

Tumeurs malignes de la vessie.

M. Targett. — Un homme de 61 ans entra à l'hôpital; il avait une tumeur de la région iliaque droite et de la région hypogastrique s'accompagnant de troubles vésicaux. Pendant les 3 mois qui avaient précédé, il avait eu des attaques fébriles suivies de difficultés de la miction. A l'autopsie on trouva le diverticule rempli d'une urine décomposée; une tumeur faisait saillie comme une vulve au-dessus de l'orifice de communication de la vessie et de son diverticule; ce dernier avait des parois minces et était attaché au fond de la vessie; il communiquait avec celle-ci par un orifice ovale. La partie antérieure du diverticule était occupée par un néoplasme friable, qui était en dehors de la cavité vésicale, mais faisait saillie au-dessus de l'orifice du diverticule, l'obstruant ainsi en partie. La convexité du saccule était couverte de péritoine et adhérente à des lambeaux d'épiploon. La tumeur était un épithélioma. Le diverticule n'était qu'une évagination de la muqueuse qui, formée au fond de la vessie, était devenue secondairement le siège de la tumeur maligne.

Un autre homme, âgé de 63 ans, entra à l'hôpital pour des hématuries qui duraient depuis 5 mois. Il y avait une tuméfaction au-dessus du pubis du côté gauche et s'étendant vers le haut jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. A l'autopsie on trouva un diverticule de la vessie faisant saillie à 7 cent. 1/2 au-dessus de la symphyse pubienne. Le rein droit était atteint de néphrite suppurée; le rein gauche était atrophié par suite d'obstruction. La prostate était modérément hypertrophiée. La vessie était le siège d'un épithélioma pavimenteux. Sur le côté gauche de la tumeur était attaché un kyste. L'uretère gauche, le canal déférent, la vésicule séminale et le péritoine étaient séparés de la vessie par le kyste. La paroi de celui-ci était formée de faisceaux de tissu fibreux sans recouvrement de muqueuse. Il est donc probable que ce kyste résultait d'un dédoublement de la couche recto-vésicale, dédoublement produit par une extravasation d'urine qui s'était faite à travers une perforation résultant d'une ulcération due aux progrès de la tumeur maligne dans les parois vésicales.

M. Fenwick. — J'ai vu un spécimen rare de diverticule d'une vessie atteinte de cancer. Ce diverticule occupait la partie vésicale supérieure chez un homme. Il avait fait son apparition brusquement et il formait dans la région sus-pubienne une tumeur du volume d'un œuf d'autruche. On avait eu beaucoup de difficulté à faire le diagnostic, car l'évacuation de la vessie ne changeait pas le volume de cette tumeur; il n'y avait eu ni fris-

sons, ni fièvre. A l'autopsie on trouva ce diverticule plein de pus et d'urine; son orifice de communication avec le sommet de la vessie était obstrué par une masse d'épithélioma. La vessie était recouverte de petites productions semblables, mais l'intérieur du diverticulum en était exempt.

Adénomes du corps thyroïde.

M. Shattock. — J'ai observé un cas d'adénomes multiples du corps thyroïde, qui a été opérée par M. Battle. La masse enlevée consistait en une agglomération d'un grand nombre de tumeurs distinctes lâchement réunies par du tissu conjonctif. Au point de vue de leur structure elles présentaient en partie les caractères du tissu thyroïde normal; mais en partie aussi les espaces glandulaires étaient distendus par des cellules épithéliales multiformes et la matière colloïde apparaissait sous forme de petites gouttelettes au milieu des masses cellulaires. Je crois qu'il s'agit là d'adénomes de formation exogène. Il n'est pas rare de trouver des adénomes (d'origine endogène) englobés dans des goitres.

M. Berry. — L'examen d'une série de 15 kystes et adénomes thyroïdiens m'a convaincu que certains kystes thyroïdiens proviennent de nodules pleins, dont le centre se fond et se liquéfie graduellement. Beaucoup de prétendus kystes ne sont en réalité que des adénomes. On peut trouver tous les intermédiaires entre l'adénome solide, sans trace de kyste et la tumeur presque complètement kystique et dans laquelle on ne trouve que de rares traces de tissu glandulaire adhérent à la face intérieure de la paroi kystique. Ces kyste ont en général des parois épaisses et sont faciles à énucléer. Par contre on trouve d'autres kystes à parois minces et à contenu liquide jaune paille. Ces derniers sont très différents des premiers et n'ont jamais contenu de tissu glandulaire à leur intérieur.

Néphrite aiguë due à un empoisonnement oxalique.

M. White. — Dans un premier cas j'ai vu la mort survenir sans doute par urémie 6 jours après l'ingestion de l'acide. A l'autopsie on trouva une néphrite aiguë avec plusieurs petites masses de cristaux oxaliques dans le rein, visibles seulement à un fort grossissement. Le malade n'avait présenté ni œdème, ni élévation de la tension artérielle, ni hématurie, ni douleur dans les reins, bien que cette dernière ait pu passer inaperçue au milieu des douleurs abdominales généralisées. Il en fut de même du second malade. L'urine était rare et albumineuse, presque supprimée dans le 1er cas; elle contenait de petits moules granuleux et épithéliaux avec des cristaux d'oxalate de chaux. Dans le 2e cas, qui guérit, les cristaux disparurent de l'urine en 24 heures; l'albumine persista pendant 4 jours et les cylindres pendant une semaine. La quantité d'urine augmenta graduellement.

Sarcome de l'œsophage.

M. Ogle. — J'ai vu un sarcome de l'œsophage; la tumeur avait la forme d'une saucisse et était attachée par un mince pédicule à l'intérieur de l'œsophage, vers sa partie moyenne. C'était un sarcome à cellules mixtes, les longues cellules fusiformes prédominant toutefois. Il n'y avait pas de tumeurs secondaires. Le malade avait 50 ans et depuis 3 mois avait une dysphagie progressive. On fit la gastrostomie.

Papillome de la trachée consécutif à la trachéotomie.

M. Ogle. — Un enfant fut trachéotomisé pour une diphthérie. Un mois plus tard, l'enfant, après avoir été pendant quelque temps très bien portant, quitta l'hôpital. Le soir même on l'y ramena presque mourant par asphyxie. On fit une seconde trachéotomie, mais sans pouvoir sauver l'enfant. On trouva au niveau du cartilage cricoïde un papillome mou du volume d'un pois, attaché par un mince pédicule à la cicatrice de la 1re trachéotomie et obstruant la trachée. Il est probable que cette obstruction était due à une inflammation catarrhale ayant amené le gonflement de la tumeur.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 Mars 1896.

Varices lymphatiques.

M. Golding-Bird. — Un jeune homme à la stature d'athlète vint à l'hôpital en septembre 1895; il présentait des tumeurs cutanées sur le côté gauche du scrotum; souvent ces tumeurs se rompaient et il s'en écoulait un liquide lactescent. Ce sujet n'était jamais sorti de Londres. Ces grosseurs étaient formées de vésicules de la grosseur d'un grain de millet et formant des traînées moniliformes qui convergeaient vers l'aine. Il n'y avait pas de ganglions hypertrophiés dans l'aine; la rate n'était pas non plus augmentée de volume. Quand on piquait ces vésicules, il s'en écoulait une sorte de lait jaunâtre qui, au microscope, offrait l'aspect du chyle. On ne trouva rien d'anormal dans le sang. On conclut à l'existence d'une compression du canal thoracique exercée par des ganglions tuberculeux du médiastin. On excisa la moitié droite du scrotum et on lia les vaisseaux lymphatiques sectionnés. L'examen de la peau ainsi enlevée démontra l'existence de nombreux vaisseaux lymphatiques dilatés occupant le dartos. Le jeune homme guérit complètement. M. Buchanan de Glasgow, a rapporté à la *Société royale de médecine et de chirurgie* une observation de varices lymphatiques siégeant sur la cuisse chez une femme. Ces varices existaient depuis 21 ans. Elles avaient apparu à la suite d'un accouchement; rien ne permettait de penser à l'existence de filaires. J'ai aussi vu des varices lymphatiques chez un homme revenu depuis longtemps de Ceylan. Du côté droit, il y avait un bubonocèle et du côté gauche une hydrocèle vaginale; de ce côté, il paraissait aussi y avoir une petite hernie inguinale épiploïque. On ponctionna l'hydrocèle et on ordonna un bandage double; celui-ci ne maintenant pas la hernie gauche, on incisa pour faire une cure radicale; on trouva dans le canal inguinal une tumeur rappelant un varicocèle, à cela près que ses gros vaisseaux étaient distendus par un liquide lactescent. On isola les vaisseaux et on les lia au niveau de l'anneau inguinal externe et en bas au niveau du testicule. Le liquide provenant de ces vaisseaux avait les apparences du chyle. On ne trouva pas de filaires.

Tumeur cérébrale.

MM. Colman et Ballance. — Une femme de 32 ans eut, en décembre 1894, c'est-à-dire 10 mois avant sa mort, une crise convulsive isolée. Jusqu'en mai 1895, elle alla très bien; on remarqua alors qu'elle épelait mal certains mots; elle était incapable de reconnaître son erreur, même quand on attirait son attention sur ces faits. Elle avait de la peine à comprendre les choses imprimées; elle avait des hésitations dans sa parole, elle oubliait de temps en temps des syllabes ou même des mots entiers. Elle vomissait quelquefois et avait de la céphalée. En juin 1895, se développa de la parésie de sa main droite. Les symptômes furent pendant quelque temps diminués par l'iodure de potassium, mais ils reparurent ensuite avec une plus grande intensité. A la fin de juillet, les premières traces de névrite optique apparurent. Le 9 août, la malade eut, pendant plusieurs jours, des douleurs horribles; il n'y avait pas de paralysie faciale ou linguale, mais l'aphasie était plus marquée. La paralysie de la main droite s'accentua; l'hémianesthésie et l'analgésie furent évidentes au niveau du bras droit. La névrite optique devint très nette; l'état mental s'obnubila; la respiration devint irrégulière et présenta de longs arrêts. On fit le diagnostic de tumeur du centre ovale, située au-dessous du gyrus angulaire et de la circonvolution temporo-sphénoïdale antérieure et intéressant des fibres allant de ces circonvolutions à celle de Broca et à la région qui préside aux mouvements du côté droit, ainsi que des fibres allant du centre des mouvements du bras, dans la région rolandique, à la capsule interne. Il y avait des signes évidents d'augmentation de la pression intra-crânienne; on décida de diminuer celle-ci en enlevant une portion de la paroi crânienne au niveau de la région cérébrale précédemment déterminée, et en ouvrant ultérieurement la dure-mère. On enleva ainsi un losange osseux de 7 centimètres de côté. Aussitôt les douleurs disparurent; les troubles sensitifs

s'évanouirent et la malade put lire sans peine. Huit jours après, les douleurs et les vomissements ayant reparu et la névrite optique ayant augmenté, on incisa un lambeau de la dure-mère; un kyste faisant hernie à travers le gyrus angulaire fut ponctionné; le liquide était du plasma et se coagula en bloc à l'air, ce qui augmenta beaucoup les difficultés du traitement ultérieur. Après évacuation du kyste, il y eut une aphasie complète qui disparut au bout de quelques jours. La malade n'eut plus de céphalée, put lire et écrire sans faute. La névrite optique disparut complètement. Cependant, en octobre, le drainage devint insuffisant en raison de la coagulation qui se faisait dans le tube; la paralysie de la main droite devint complète; la malade eut une cécité verbale complète, de la surdité verbale et de l'aphasie. Peu de jours avant la mort, la névrite optique disparut. La malade mourut finalement de pneumonie. A l'autopsie, on trouva un volumineux gliome occupant le centre ovale et contenant un kyste. Les circonvolutions sus-marginale, angulaire et temporo-sphénoïdale supérieure étaient infiltrées sans qu'il y eût destruction de leurs cellules pyramidales. La capsule interne et la circonvolution frontale inférieure ne furent pas envahies. Il n'est pas rare que, comme dans ce cas, les tumeurs cérébrales s'annoncent par une crise convulsive unique et que l'iodure de potassium amène une amélioration trompeuse.

M. Beevor. — L'absence d'hémianopsie est intéressante dans ce cas. Il est probable que ce symptôme résulte en général des lésions de fibres optiques sur leur trajet entre le thalamus opticus et le lobe occipital. Dans l'observation précédente, ces fibres étaient intactes. M. Horsley et moi nous avons publié l'observation d'un garçon qui développa dans son gyrus angulaire gauche un abcès consécutif à un coup de pied de cheval. Il y eut de la cécité verbale et de l'hémianopsie, mais dans ce cas, la lésion avait envahi les fibres optiques. Dans le cas de M. Ballance, l'anesthésie a disparu, malgré la lésion du lobule pariétal. Pour obtenir une diminution de la pression intracrânienne, il ne suffit pas d'ouvrir le crâne, il faut encore inciser la dure-mère.

M. Buzzard. — J'ai vu la malade de M. Ballance et il m'avait semblé que la tumeur devait être en connexion avec la circonvolution de Broca d'une manière plus intime que ne l'a montré l'autopsie. En raison des variations dans l'intensité des symptômes, j'avais pensé que la tumeur était de nature vasculaire, que c'était un gliome et qu'il s'agissait par conséquent d'un cas peu favorable pour l'opération. Quand la tumeur est nettement encapsulée, ce qui est rare, il faut recourir aussitôt au chirurgien. Starr a trouvé que 7 p. 100 seulement des tumeurs cérébrales sont susceptibles d'être enlevées.

Hémorrhagie dans le pont de Varole.

M. Benham. — Une femme de 53 ans, ayant au cou d'anciennes cicatrices d'abcès tuberculeux, mais du reste d'une excellente santé, eut 2 attaques d'influenza pendant les 3 dernières années. Dernièrement, étant entrain de s'habiller le matin, elle fut brusquement prise de convulsions épileptiformes, surtout du côté gauche, avec perte complète de connaissance. Les yeux étaient fermés; la tête, les yeux et la bouche étaient attirés du côté droit; les pupilles étaient très contractées, surtout la gauche. Respiration très embarrassée; il y avait de l'écume à la bouche; mais la langue n'avait pas été mordue; le corps était recouvert d'une sueur visqueuse. Trois quarts d'heure après l'attaque, on fit une saignée au bras droit; les convulsions cessèrent et la respiration redevint facile; les pupilles se dilatèrent un peu, la déviation conjuguée de la tête et des yeux diminue. La malade était toujours inconsciente. On lui donna du calomel et de l'huile de croton; les yeux, la tête et les membres eurent des mouvements spontanés; il y avait un affaiblissement du côté droit et plus tard on trouva de l'anesthésie dans le bras et la jambe du même côté. La sensibilité et la connaissance revinrent graduellement; ce ne fut qu'au bout de 12 jours que la malade recouvra complètement sa mémoire et son intelligence. Il y eut un peu d'aphasie pendant cette période. La paralysie du côté droit de la face et des membres du côté gauche ne dura que peu de temps; mais pendant quelques semaines persistèrent des traces d'anesthésie dans certains doigts et orteils. Immédiatement après l'attaque survint une rétention d'urine qui s'accompagna de cystite. Constipation opiniâtre. La malade guérit complètement.

M. Smith. — Si cette hémorrhagie avait eu lieu dans la moelle allongée, elle se serait accompagnée de troubles organiques plus marqués. Je crois plutôt à un cas de congestion cérébrale ou méningée.

M. Beevor. — Je crois qu'il s'agit là d'une lésion de l'hémisphère cérébral gauche. J'ai vu un enfant qui eut des convulsions pendant 20 minutes et resta ensuite dans le coma pendant 24 heures; il guérit ensuite sans qu'on l'eût saigné.

M. Buzzard. — J'admets plutôt le diagnostic de M. Benham. Les pupilles extrêmement contractées, les convulsions, la déviation conjuguée des yeux, tout fait penser à une lésion de la protubérance. L'hypothermie qu'on a constatée s'explique mieux avec une hémorrhagie qu'avec une méningite. La malade alla rapidement mieux et dans son état le plus grave, elle fut plutôt parésiée que paralysée. J'ai vu une malade ayant une lésion de la protubérance qui avait apparu brusquement; je l'ai vue mouvoir tous ses membres peu avant sa mort; cependant, à l'autopsie, un gros caillot fut trouvé sur la surface du pont de Varole. Je crois que dans le cas de M. Benham, le sang s'est aussi épanché à la surface de la protubérance, et non à son intérieur, refoulant la substance nerveuse; il s'agit plutôt dans cette observation de phénomènes de compression que de lésions destructives. L'anesthésie des deux jambes au-dessous du genou est un phénomène du même ordre et ne saurait s'expliquer par une lésion d'un hémisphère.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE VIENNE

Séance du 21 Février 1896.

Paralysie totale du trijumeau.

M. Hirschl rapporte l'observation d'un homme de 53 ans qui, à la suite d'une névralgie violente de la face, a présenté une anesthésie complète dans le domaine du trijumeau droit et une paralysie du masticateur.

A l'examen on trouvait du côté droit un affaiblissement des réflexes de la cornée et de la sclérotique, une abolition des réflexes auriculaire et nasal. Il existait en outre une légère conjonctivite à droite, et la sécrétion réflexe des glandes lacrymales, provoquée par l'essence de moutarde, était moins accusée à droite qu'à gauche. Quand le malade ouvrait la bouche on pouvait constater une légère déviation de la mâchoire inférieure à droite, et l'examen montrait l'existence d'une très légère subluxation de l'articulation temporo-maxillaire droite. La perception gustative était très diminuée sur la moitié droite de la langue, principalement dans la région de la pointe. La membrane du tympan du côté droit était relâchée, moins tendue, plus mobile que celle du côté gauche. Le muscle tenseur du voile du palais du côté droit était paralysé. Les muscles temporal et masséter du côté droit présentaient la réaction de la dégénérescence.

Sous l'influence d'un traitement énergique par le salicylate de soude et la phénacétine, tous ces troubles s'améliorèrent notablement. Les troubles de la sensibilité ont été les premiers à céder, et depuis quelque temps la paralysie des masticateurs tend à disparaître à son tour. Les douleurs névralgiques persistent encore, mais elles sont moins intenses.

D'après M. Hirschl, les caractères périphériques de la lésion, l'amélioration progressive survenue sous l'influence du traitement antirhumatismal et qui permet d'espérer une guérison prochaine, l'absence de toute étiologie précise sont les faits qui doivent faire admettre pour ce cas une affection rhumatismale du nerf trijumeau du côté droit.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies du système nerveux.*

Un cas de paralysie diphthéritique,

Par le Professeur F. Raymond (1).

Messieurs,

Je vous ai présenté, dans ma précédente leçon, une malade affectée d'une névrite périphérique consécutive à une intoxication sulfo-carbonée. Dans l'expression clinique de cette variété de polynévrite, l'élément qui domine est représenté par une paralysie motrice accompagnée de troubles de la sensibilité qui n'ont rien de spécifique. La paralysie motrice peut faire place à l'incoordination des mouvements; en ce cas, il peut se constituer un ensemble symptomatique susceptible, à première vue, d'en imposer pour le tabes dorsalis; j'ai insisté sur ce détail de l'histoire clinique de la polynévrite sulfo-carbonée.

Aujourd'hui, je vais vous présenter une malade atteinte d'une variété de paralysie, que vous aurez souvent l'occasion d'observer à l'hôpital et dans la clientèle privée. Il s'agit d'un cas de *paralysie post-diphthéritique*. Cette affection, d'origine infectieuse, a cela de particulier, que d'habitude elle se traduit par un mélange de manifestations qui les unes ressortissent à la paralysie motrice, les autres à l'incoordination, à l'ataxie; manifestations contemporaines, et avec lesquelles contraste l'intégrité à peu près complète de la sensibilité subjective et objective.

Je me propose de faire l'histoire de cette variété d'ataxo-paralysie infectieuse d'une façon aussi complète que me permettra le temps limité dont je dispose. Je serai ainsi amené à examiner jusqu'à quel point est fondée l'opinion qui la rattache aux névrites périphériques. Mais d'abord laissez-moi vous donner une relation concise des phénomènes morbides présentés par le malade que vous avez devant vous.

* * *

C'est un garçon de 14 ans, sur les antécédents duquel nous avons pu recueillir les renseignements qui suivent : A l'âge de 3 ans, il a eu la cholérine, et à l'âge de 5 ans, la varicelle; un peu plus d'un an après, la rougeole. Depuis lors, il a eu environ 5 ou 6 angines bénignes. Son dernier mal de gorge a été plus sérieux. Cela se passait le 3 janvier 1895. L'enfant a été pris d'un enrouement subit et d'une grande gêne de la déglutition. Il ne pouvait plus ni se faire entendre en parlant, ni manger. Il nous a raconté qu'il avait, à ce moment-là, « des peaux dans la gorge ». Il a gardé le lit pendant 6 jours, et il semble que le médecin qui l'a soigné ne s'est pas rendu un compte exact de la nature du mal; il s'est contenté de prescrire à l'enfant, des badigeonnages de teinture d'iode sur la poitrine.

Cependant, les renseignements que nous donne le malade sont déjà, par eux-mêmes, de nature à faire croire qu'il s'agissait d'une angine diphthéritique. Deux circonstances que je vais vous dire viennent corroborer cette hypothèse : à l'époque dont je vous parle, ce jeune adolescent était dans une pension qui compte 45 élèves. Or, en l'espace de quelques jours, 5 ou 6 autres pensionnaires ont été atteints de cette même angine. D'autre part, notre malade a été pris, dans la suite, d'accidents qui ont en quelque sorte donné la signature de la nature de son mal de gorge, car on ne les observe qu'à la suite des angines diphthéritiques. Ce sont ces accidents-là sur lesquels je désire appeler votre attention aujourd'hui.

Donc, notre malade était entré en convalescence le 10 janvier. On le ramena dans sa famille, à Paris, et c'est seulement le 30 janvier qu'il réintégra sa pension où il est resté jusqu'au 14 juillet. Dans l'intervalle, sa santé avait laissé à désirer. Depuis son angine, il avait éprouvé une difficulté assez notable pour parler. Dès les premiers jours du mois de mars, il avait remarqué une certaine faiblesse des membres inférieurs. Cette parésie s'est aggravée progressivement jusqu'au mois de juin; puis elle est restée stationnaire. L'enfant, ainsi que je vous le disais à l'instant, a été retiré de pension le 14 juillet, c'est 12 jours plus tard que ses parents l'ont amené à notre consultation.

* * *

Voici, d'une façon concise, l'état présent qu'on a relevé à la date du 26 juillet 1895 :

Ce qui frappait d'abord, c'étaient les modifications de la voix de l'enfant. La parole était monotone, nasonnée, difficile à comprendre; on eût dit que le malade parlait sans desserrer les dents. Si le timbre était nasonné, par contre la voix était claire, sans la moindre trace de rau-

(1) Leçon recueillie par M. le Dr F. Charcot, chef de clinique.

cité. Bref, on était en présence d'une paralysie du voile du palais, ce qui, du reste, était bien dans le programme que laissait deviner la connaissance des antécédents (angine diphthéritique).

L'attention une fois attirée de ce côté, la suite de l'examen fit voir que le malade éprouvait une certaine difficulté à mastiquer, et aussi, mais dans une moindre mesure, à déglutir. Il lui arrivait d'avaler de travers, lorsqu'il mangeait des aliments solides et surtout de la croûte de pain. A un moment donné, il était obligé d'intervenir avec le doigt, pour enfoncer le bol alimentaire dans le pharynx. Par contre, il ne régurgitait pas ses aliments, solides ou liquides, par le nez. La parésie, somme toute, intéressait surtout les plans musculaires de la bouche. Effectivement, le malade sifflait, soufflait et aspirait difficilement, preuve que ses lèvres étaient frappées de parésie; il éprouvait une gêne notable à faire mouvoir sa langue, qui, de plus, était agitée par du tremblement. Le voile du palais était tombant, et la luette, déviée à droite, venait au contact de la base de la langue.

Depuis sa dernière angine, le malade n'avait jamais remarqué de troubles oculaires; je souligne ce détail, parce que les paralysies post-diphthéritiques intéressent fréquemment les muscles de l'œil, notamment les muscles de l'accommodation. Les pupilles étaient également dilatées, elles réagissaient bien aux impressions lumineuse et aux efforts d'accommodation.

Le malade, qui fermait très bien les yeux, avait une certaine difficulté à froncer les sourcils, et il ne pouvait rider son front que très insuffisamment; toutefois il affirmait qu'il en avait toujours été ainsi, de sorte qu'il était difficile de savoir si le facial supérieur participait à la paralysie post-diphthéritique.

En poursuivant cet examen dans une voie méthodique, on constatait que ni les muscles du cou, ni ceux de la nuque n'étaient touchés.

Aux membres supérieurs, on ne pouvait pas non plus découvrir des traces d'une parésie motrice bien manifeste. L'examen au dynamomètre a donné 15 pour la main droite, 11 pour la main gauche. Un léger tremblement gênait beaucoup le malade pour écrire.

Aux membres inférieurs, les désordres moteurs que l'on constatait à l'époque dont je vous parle relevaient non point de la paralysie, mais bien de l'incoordination motrice. La démarche était un peu titubante; elle était, en outre, empreinte d'une incertitude et d'une maladresse qui se traduisaient par des chutes fréquentes. Avec cela, et c'est un détail que je vous prie de noter, les réflexes rotuliens étaient normaux des deux côtés.

La suite de l'examen n'a du reste révélé que des signes d'ordre négatif; il n'existait pas d'autres troubles de la sensibilité que quelques fourmillements et quelques crampes dans les membres inférieurs, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles trophiques, pas de troubles vésico-rectaux; ni troubles respiratoires, ni troubles cardiaques. Les urines ne contenaient pas d'albumine; l'état général du sujet était très satisfaisant.

*
* *

Le malade a été revu le 2 octobre, époque à laquelle il est entré en traitement dans notre salle d'hommes. Déjà, du reste, il était en voie d'amélioration. Le timbre de la voix était encore nasonné, mais le malade pouvait déglutir les aliments solides, sans avoir à les refouler dans son pharynx à l'aide du doigt. L'écriture était toujours un peu tremblée. Du côté des membres inférieurs, on ne constatait, pas plus que lors du précédent examen, la moindre trace de paralysie motrice. L'enfant résistait bien aux mouvements passifs qu'on imprimait à ses membres. Il ne faisait plus de chutes en marchant, mais il présentait toujours un peu d'incoordination.

Les mouvements des lèvres, ceux de la langue s'exécutaient avec beaucoup plus de facilité. Le voile du palais était toujours tombant, mais il se relevait assez bien sous l'influence des contractions volontaires.

L'examen électrique nous a montré que les réactions étaient normales dans le domaine du facial, sauf dans l'orbiculaire où il y avait des modifications très faibles, qui ne pouvaient être considérées comme la réaction de dégénérescence bien accusée, mais tout au plus comme de légères traces de celle-ci. Dans le masséter, dans le temporal et dans la langue, les réactions électriques étaient normales. Du côté des membres, il y avait une très légère diminution de l'excitabilité électrique, surtout aux membres supérieurs.

J'ajoute qu'on n'a rien observé, dans les allures du malade, qui pût être interprété dans le sens d'un désordre intellectuel.

Enfin le malade a été revu pour la dernière fois ces jours-ci. L'amélioration n'avait fait que des progrès très faibles. Le voile du palais était encore tombant et la luette inclinée à droite; la voix était toujours nasonnée, mais non rauque. Les aliments n'étaient pas régurgités par le nez. Le réflexe pharyngien, aboli au début, était très facile à mettre en évidence; la force, dans les masséters, paraissait normale; le réflexe massétérien était conservé. La langue était encore le siège d'une trémulation très accentuée. Dans les membres supérieurs droits subsistait encore un certain degré de parésie des extenseurs et quelques troubles vaso-moteurs caractérisés par de la rougeur des mains. Du côté des membres inférieurs, il existait encore un très léger degré d'incoordination; à droite, le talon frappait le sol pendant la marche. Les réflexes rotuliens ont été trouvés normaux comme précédemment.

*
* *

Messieurs, vous voilà au courant de l'histoire pathologique de ce malade. Il s'agit maintenant de trancher la question de diagnostic. Cette question, il nous faut l'envisager à un double point de vue : *clinique*, puis *anatomique*.

A. Le diagnostic *clinique*, chez ce malade, est des plus simples à faire; il s'impose, dirais-je même. Les accidents présentés par ce jeune garçon, depuis sa dernière angine, sont imputables au poison diphthéritique; ils ne sont autres que ceux que vous trouvez décrits dans les auteurs sous le nom un peu impropre de *paralysies diphthéritiques*. Je dis que cette dénomination est un peu impropre. En effet, les désordres qu'on a englobés dans les « paralysies diphthéritiques » ne relèvent pas tous de l'impuissance motrice : telles l'incoordination motrice, l'ataxie, que nous avons été à même d'observer chez notre malade. Puisque l'occasion s'en présente, laissez-moi vous fixer dans la mémoire les traits sous lesquels s'offrent habituellement à nous ces désordres post-diphthéritiques du mouvement; je réussirai sans peine à vous convaincre de l'exactitude de ce que je vous disais à l'instant, au sujet du diagnostic clinique qui s'impose chez notre malade.

*
* *

Dans la 2e ou 3e semaine qui suit une attaque d'angine diphthéritique, quelquefois plus tôt, rarement plus tard,

le sujet présente des symptômes qui dénotent une paralysie des muscles du voile du palais : la voix prend un timbre nasonné; la déglutition est troublée, soit que les aliments et surtout les liquides reviennent par le nez, soit que le passage du bol alimentaire de la bouche dans le pharynx et dans l'œsophage ait de la peine à se faire.

Si l'on examine à ce moment l'arrière-gorge du malade, on constate que son voile du palais est pendant et qu'il ne se contracte pas lors des tentatives de phonation qui exigent son concours.

Voilà le mode habituel de début des accidents qu'on a décrits sous le nom de « paralysies diphthéritiques ». Les choses peuvent s'en tenir à cela, et alors la paralysie du voile du palais se dissipera au bout de quelques semaines au plus tard, même en dehors de toute intervention médicale active.

Plus souvent, vous verrez la paralysie s'étendre à d'autres organes innervés par le bulbe, aux muscles de l'œil notamment, aux muscles du pharynx et du larynx; quelquefois même, ainsi que cela est arrivé chez notre malade, aux muscles de la langue, des lèvres et des joues. Voici ce que vous observerez dans ces conditions :

Du côté des yeux, les paralysies post-diphthéritiques, je vous l'ai dit déjà, intéressent ordinairement le muscle de l'accommodation, le muscle ciliaire, tout en respectant les éléments contractiles de l'iris. La vue devient trouble; les malades se croient menacés de cécité. En réalité, ils sont dans le même état que les sujets placés sous l'influence de l'atropine; ils ont une paralysie de l'accommodation, qui équivaut, chez des sujets emmétropes, à une presbytie ou à une myopie passagère, mais très accentuée. En même temps, sauf de rares exceptions, les pupilles présentent un diamètre égal et réagissent normalement aux efforts d'accommodation lorsque ceux-ci peuvent aboutir.

Quelquefois, la paralysie atteint l'*abducens*, d'un seul côté ou des deux, et il en résultera du strabisme et de la diplopie. Dans quelques cas exceptionnels, on a vu se développer, à la suite d'une angine diphthéritique, une paralysie des muscles innervés par l'oculo-moteur commun, voire même une paralysie de tous les muscles extrinsèques de l'œil, une ophthalmoplégie totale; mais, je vous le répète, ce sont là des faits insolites.

La paralysie de la langue, des joues, des lèvres, assez rare d'ailleurs, et que vous observez chez notre malade, se traduit par la difficulté de la mastication, par la difficulté à faire progresser les aliments de la bouche vers le pharynx, par l'impossibilité de siffler, de souffler, de humer, de se gargariser.

L'envahissement du larynx s'accuse par la raucité de la voix, qui peut aller jusqu'à l'aphonie complète.

Quand la paralysie envahit les muscles du pharynx, il en résulte une aggravation de la dysphagie, et comme cette paralysie motrice se complique volontiers d'une anesthésie de la muqueuse pharyngo-laryngée, la présence du bol alimentaire dans l'arrière-gorge n'excite plus les contractions des muscles qui produisent l'abaissement de l'épiglotte; des parcelles alimentaires peuvent s'engager dans les voies respiratoires. Le malade court donc un double danger : celui qui résulte de la difficulté de s'alimenter, et qui peut aller jusqu'à l'inanition; celui d'une asphyxie ou d'une pneumonie septique, par pénétration de débris alimentaires dans les bronches et les poumons. Une troisième menace est suspendue sur la tête du patient, celle de la mort subite résultant de l'extension de la paralysie au centre de l'innervation cardiaque. Cette complication est à craindre lorsque, dans le cours d'une paralysie diphthéritique, on observe une accélération subite du pouls, une tachycardie, sans élévation fébrile de la température.

Somme toute, la terminaison fatale est l'exception, surtout chez les adultes. Le cas habituel est celui-ci : après une durée variable, qui ne dépasse pas quelques semaines, la paralysie du voile du palais, du pharynx, du larynx, des muscles de l'œil, des muscles de la bouche se dissipe sans laisser de traces. Tout au plus, verrez-vous persister, dans des cas très rares, un certain degré de parésie de l'un ou l'autre des muscles primitivement atteints. C'est ainsi qu'Oppenheim (1) cite le cas d'un enfant idiot, chez lequel il a vu persister indéfiniment une paralysie post-diphthéritique du voile du palais.

* * *

Jusqu'ici, je n'ai envisagé qu'une catégorie de faits, ceux où les accidents décrits et connus sous le nom de paralysies diphthéritiques se limitent à des appareils innervés par le bulbe; or, il arrive arrive assez souvent qu'après avoir débuté par le voile du palais, la paralysie gagne ensuite les membres inférieurs, plus rarement les quatre membres. On l'a vu débuter par les membres supérieurs. Enfin, détail à connaître, sur lequel insistait déjà Trousseau dans ses cliniques (2), quand la paralysie succède à une *diphthérie cutanée*, elle atteint les membres avant le voile du palais. Vous trouvez encore là un exemple de cette influence que je vous signalais dans ma précédente leçon, influence exercée par le lieu d'introduction de l'agent toxique ou infectieux, sur la localisation des paralysies toxiques ou infectieuses.

Dans les circonstances communes, quand les accidents se développent à la suite d'une diphthérie pharyngée, l'extension aux membres peut se faire à une époque où déjà la paralysie des appareils supérieurs s'est dissipée. Quoi qu'il en soit, aux membres, c'est bien de l'impuissance motrice, de la *paralysie* que l'on observe dans la majorité des cas, et du commencement à la fin. D'autres fois, et cette éventualité n'est pas très rare, à la paralysie du début succède de l'*incoordination motrice;* ou bien celle-ci s'établit d'emblée, associée ou non à de la parésie motrice. Ces désordres moteurs offrent des caractères qu'il est important de connaître.

Ainsi, aux membres inférieurs, on observe, en général, l'abolition du phénomène du genou, mais cela n'est pas constant, témoin le cas de notre malade.

La paralysie motrice présente les allures des paralysies dégénératives, en d'autres termes elle est flasque et elle s'accompagne des signes de la réaction de dégénérescence, complète ou partielle. Elle atteint dans une mesure prépondérante les muscles qui animent les segments terminaux, les muscles des pieds et surtout les muscles péroniens. Elle ne se complique qu'exceptionnellement d'atrophie musculaire, sauf au voile du palais.

Quand l'ataxie prédomine sur la paralysie, l'exploration électrique ne fait le plus souvent constater qu'une diminution de l'excitabilité faradique. Dans ces mêmes circonstances, on observe assez souvent le signe de Romberg.

D'autre part, ces désordres moteurs post-diphthéritiques s'accompagnent ordinairement de troubles de la sensibilité, c'est-à-dire d'hypo-esthésie, d'anesthésie cutanée (prononcée surtout aux pieds), d'anesthésie mus-

1. Oppenheim, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Berlin, 1894, p. 347.
2. Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4e édition, t. I, p. 508.

culaire. Vous voyez d'ici qu'il peut résulter de tout cela une association de symptômes — ataxie aux membres, abolition du phénomène du genou, signe de Romberg, anesthésie plantaire, anesthésie profonde, diplopie — qui offre une certaine ressemblance avec le tabes dorsalis, ressemblance trop grossière pour qu'une confusion puisse être commise par un médecin instruit. C'est de cette association de symptômes qu'on a fait le *pseudo-tabès diphthéritique*.

Lorsque les accidents post-diphthéritiques revêtent le caractère de diffusion que je viens de vous signaler, ils mettent 2 mois et plus à atteindre leur apogée aux membres. C'est encore ce que nous avons relevé chez notre malade. Exceptionnellement, certains muscles du tronc, et en particulier les intercostaux et le diaphragme, les muscles du cou et de la nuque participent à la paralysie. Dans la règle, la paralysie, limitée aux membres, et le plus souvent aux membres inférieurs, se dissipe, en fin de compte, sous l'influence d'un traitement approprié; la guérison peut même se faire spontanément.

* * *

Ne perdez pas de vue, Messieurs, que pour satisfaire aux exigences de l'enseignement, pour impressionner vos esprits, j'ai mis en relief 2 cas extrêmes, celui où la paralysie post-diphthéritique se limite au voile du palais, et à l'un ou l'autre des appareils musculaires voisins, qui tirent également leur innervation du bulbe, et celui où la paralysie se généralise, envahissant les 4 membres et certains muscles du tronc, dont quelques-uns, le diaphragme, par exemple, ont une importance fonctionnelle de premier ordre. Elle peut s'étendre aux plans musculaires de la vessie et du rectum, en donnant lieu à un constipation opiniâtre, à de l'incontinence d'urine. Chez les adultes du sexe masculin, l'anaphrodisie est fréquente.

Mais tous les intermédiaires entre ces cas extrêmes peuvent se rencontrer. L'observation de notre malade réalise précisément un exemple de ce genre, qui se place à égale distance des extrêmes, eu égard à l'extension des désordres moteurs post-diphthéritiques et à l'intensité des troubles fonctionnels qui en sont résultés. On connait des cas, — ils ne sont pas précisément rares —, où la paralysie s'est limitée au voile du palais, n'occasionnant que du nasonnement de la voix, et avec cela, tout au plus, un peu de gêne de la déglutition. On en connait d'autres, mais ils se comptent, où les 4 membres, les muscles du cou, de la nuque, un assez grand nombre de muscles du tronc ont été paralysés. Vous vous ferez une idée précise de ces variantes, en lisant la remarquable leçon que Trousseau (1), il y a déjà bien longtemps, a consacrée à l'étude de la paralysie diphthéritique. Vous trouverez mentionnés, dans cette leçon, des cas où la paralysie a été d'emblée générale et revêtait une gravité apparente considérable, puis tous les intermédiaires possibles entre ces deux extrêmes. Seulement ne perdez pas de vue que la transformation possible de la paralysie en incoordination motrice avait échappé à Trousseau.

A propos de ces cas de paralysie diphthéritique généralisée, je ne puis m'empêcher de vous citer l'exemple observé sur sa propre personne et publié par un auteur allemand, Hansemann, tant il est instructif, tant il est propre à vous montrer combien peuvent être alarmants en apparence, ces accidents post-diphthéritique et avec quelle facilité néanmoins ils sont aptes à se résoudre. Le médecin en question avait subi les atteintes de différentes maladies infectieuses, — scarlatine, angines répétées, infection septique, pleuro-pneumonie, — dans le cours des 3 ou 4 années qui avaient précédé une attaque de diphthérie. Puis, 18 mois après le début de cette attaque, il présenta les signes d'une paralysie du voile du palais, et, en même temps, de la tachycardie. Presque aussitôt, il remarqua que la sensibilité s'était émoussée à la muqueuse des lèvres et de la langue, à la peau de la figure et du reste de la tête; les sensibilités gustatives et olfactives s'émoussèrent également. Puis le malade éprouva une certaine difficulté à mouvoir ses lèvres et sa langue, à mastiquer, à déglutir. La parésie motrice s'étendit aux muscles du larynx. A leur tour, les membres inférieurs furent pris; il s'y développa successivement de l'anesthésie, avec abolition du réflexe rotulien, de la parésie motrice, et, finalement, de l'ataxie. A une dernière phase il subsistait une paralysie complète d'un certain nombre de muscles des jambes et des membres supérieurs. Ces mêmes muscles étaient atrophiés. Le sens musculaire était complètement aboli; le malade n'avait plus conscience de la position de ses membres, ni de leurs mouvements quand ceux-ci échappaient au contrôle de la vue. Il éprouvait une sensation de constriction en ceinture; il avait de la dyspnée, preuve que, sans doute, le diaphragme participait à la paralysie. L'amélioration n'a commencé à se dessiner que 3 mois après le début des accidents. A la fin du 4e mois, on constatait encore une diminution notable de l'excitabilité électrique, sans les signes de la réaction de dégénérescence. Longtemps après, M. Hansemann éprouvait encore de l'engourdissement et des fourmillements dans la région innervée par le cubital.

Ce cas est à rapprocher de l'observation du Dr Boissarie (1), qui lors d'une épidémie grave de paralysie diphthérique, à évolution irrégulière, fut atteint de ce mal. Chose curieuse, dans le cours de l'épidémie en question, les paralysies survenaient d'emblée, sans angine, sans la moindre poussée sur la peau ou sur les muqueuses, et les malades étaient emportés en très peu de temps; d'autres ont présenté des angines couenneuses, à la suite de leur paralysie. A côté de ces faits insolites on a observé des angines couenneuses qui n'ont été ni précédées ni suivies d'accidents paralytiques.

* * *

Deux mots encore sur les troubles de la sensibilité qu'on rencontre dans la paralysie post-diphthéritique.

Dans les cas où la paralysie motrice ne reste pas limitée au voile du palais, où elle gagne les muscles de la langue, des lèvres, des joues, ceux des membres, les phénomènes de paresthésie, engourdissements, fourmillements, picotements, etc., ne manquent presque jamais. Ils précèdent l'apparition de la paralysie motrice; ils se montrent spontanément, mais surtout à l'occasion des mouvements volontaires. Un certain degré d'anesthésie du pharynx et des parties adjacentes est de règle. Très souvent aussi, quand la paralysie gagne les membres, on observe de l'hypo-esthésie, ou même une anesthésie complète. Celle-ci est surtout accusée aux pieds, notamment à la plante. Toutefois l'anesthésie cutanée peut faire complètement défaut; c'était le cas chez notre malade. Elle

1. *Loc. cit.*

1. Boissarie, Diphthérie sans angine. Epidémie de paralysie diphthéritique. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1881, n° 20 et 21).

peut intéresser les sens spéciaux, l'olfaction, l'odorat. Elle peut s'étendre aux parties profondes, muscles et tissus articulaires, ainsi que je viens de vous en citer un exemple.

Enfin exceptionnellement, on a vu l'anesthésie s'étendre à la muqueuse des voies urinaires et du rectum. Trousseau (1), dans la leçon dont je vous parlais à l'instant, a cité le cas d'un malade atteint d'une paralysie diphthéritique, qui urinait et allait à la selle sans difficulté; seulement il n'avait pas conscience du passage de l'urine et des matières excrémentitielles.

L'hyperesthésie est tout à fait exceptionnelle. Quelques malades — le nôtre est dans ce cas — se plaignent de crampes douloureuses dans les jambes; on n'observe pas d'autres manifestations douloureuses.

* * *

Après le tableau que je viens de vous tracer des caractères cliniques de l'affection qu'on décrit couramment sous le nom de paralysie diphthéritique, est-il nécessaire de discuter le cas de notre malade, à seule fin de démontrer qu'il s'agissait bien, chez lui, d'accidents dont je viens de vous tracer la physionomie? Je pense que non; votre conviction doit être faite, comme l'a été la nôtre, au premier interrogatoire que nous avons fait subir à ce jeune garçon.

Il ne me reste donc plus qu'à trancher une seconde question, celle qui a trait au *diagnostic anatomique*.

* * *

B. Cette question se pose à nous dans les termes suivants :

Les désordres que nous avons constatés chez notre malade, et qui affectaient surtout la sphère de la motilité, relevaient-ils d'une affection des nerfs périphériques, d'une polynévrite?

Ou bien étaient-ils l'expression d'une altération des des muscles?

Ou bien y avait-il en cause une altération des centres nerveux, une lésion de la moelle et de la région bulbo-protubérantielle?

Laissez-moi vous dire, dès l'abord, que ces trois hypothèses ont été invoquées tour à tour pour rendre compte des accidents connus sous le nom de paralysies diphthéritiques. Je puis même ajouter de suite qu'on est encore à se demander laquelle des trois est la bonne. Je pense que vous ne regretterez pas les quelques instants que je vais consacrer à vous faire un exposé rapide de cette question de pathogénie, nonobstant que cela doive nous entraîner un peu en dehors de la clinique pure. Il n'est pas dit, par ces temps de sérumthérapie et d'antitoxines, qu'une connaissance exacte de la pathogénie des accidents post-diphthéritiques ne nous mettra pas un jour sur la voie d'une prophylaxie efficace.

Quoi qu'il en soit, de tout temps, l'attention des médecins avait été attirée vers les accidents de la nature de ceux que je viens de décrire, et survenus chez des sujets qui relevaient d'une angine maligne, d'une angine à fausses membranes; mais il n'y a guère plus de 40 ans qu'on connaît leur rapport de filiation avec le mal antécédent. Bretonneau est, je crois, le premier qui, dans son *Mémoire sur les moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérie* (1) ait signalé ces rapports de cause à effet. On peut dire que, depuis l'apparition de ce mémoire, la question des paralysies diphthéritiques n'a cessé d'être à l'ordre du jour; elle est loin d'être vidée; vous allez en juger par ce qu'il me reste à vous dire.

Il y a près d'un demi-siècle que Trousseau avait été frappé de la fréquence avec laquelle se montrait la paralysie du voile du palais chez des individus qui avaient eu l'angine diphthéritique. Il crut devoir attribuer cette paralysie à « une modification particulière imprimée par l'inflammation couenneuse au voile palatin, modification en vertu de laquelle la fibre musculaire, qui entre dans sa composition, perdait, pour un temps, sa contractilité normale ». Trousseau ne fut pas long à se convaincre de l'insuffisance de cette explication, à se convaincre que la paralysie du voile du palais était de même nature que les paralysies des membres, de la vue, qui survenaient dans des circonstances identiques. Dans la leçon à laquelle j'ai déjà fait allusion, il se prononçait explicitement pour la *spécificité* de la paralysie diphthéritique. Vous n'ignorez pas que nous connaissons aujourd'hui l'agent de cette spécificité; c'est un point sur lequel je reviendrai.

A quelque temps de là, Charcot et Vulpian (2) signalaient l'existence d'altérations dégénératives intenses des nerfs palatins, chez une femme morte d'une angine diphtéritique compliquée de pralysie du voile du palais. L'anatomie pathologique entrait en scène, et dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, son rôle devait se borner à faire surgir toutes les contradictons possibles autour d'une question qu'elle a été impuissante à éclairer.

Les uns, parmi ceux qui se sont occupés de nous renseigner sur le siège anatomique des paralysies diphthéritiques, ont parlé dans le sens des constations faites par Charcot et Vulpian; ainsi Clos (3) dans sa thèse inaugurale, Roger et Damaschino, Lorain et Lépine (4), Mendel (5), Bristowe (6), Arnheim.

D'autres n'ont trouvé à incriminer que des altérations médullaires : tels Bühl (7), Quinquaud, Abercrombie (8), Kidd (9).

D'autres encore ont rencontré, à la fois, des altérations névritiques et des altérations de la moelle ou du bulbe ou des méninges. Parmi ceux-là, je vous citerai Oertel (10), Leyden (11), Pierret (12).

L'opinion suivant laquelle la paralysie diphthéritique peut dépendre d'altérations musculaires a été soutenue par Bailly (13).

Vulpian, dans le travail que je citais à l'instant, et fait en collaboration avec Charcot, avait signalé des lésions névritiques comme substratum d'une paralysie diphthéritique du voile du palais. Plus tard, à l'examen de trois

1. *Loc. cit.*, p. 507, 508.

1. Bretonneau, *Arch. gén. de méd.*, janvier et septembre 1855.
2. Charcot et Vulpian, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1862.
3. Clos, Essai sur les paralysies diphthéritiques (Thèse de Paris, 1868).
4. Lorain et Lépine, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. Diphthérie.
5. Mendel, *Neurologisches Centralblatt*, 1885, n° 6, p. 128.
6. Bristowe, *British medical Journal*, 1888, n° 4.
7. Buhl, *Zeitschrift für Biologie*, 1867, p. 359.
8. Abercrombie, Diphtherische Lähmungen und Albuminurie (*Congrès international de Londres*, 1881).
9. Kidd, A contribution to the pathology of diphtheria (*Medical chirurgical Transactions*, vol. 66, et *The Lancet*, 13 janvier 1883).
10. Oertel, *Deutsches Archiv für klin. Medizin*, 1871, t. VIII, p. 242.
11. Leyden, *Zeitschrift für klin. Medizin*, t. I, p. 406.
12. Pierret, *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 23 décembre 1876.
13. Bailly, Des paralysies consécutives aux maladies aiguës (*Gazette des hôpitaux*, 1872, n° 12).

moelles provenant de sujets qui avaient eu des paralysies diphthéritiques, il trouva des altérations peu considérables, mais très nettes, des cellules des cornes antérieures. Ces résultats contradictoires eussent pu se concilier si l'hypothèse émise par Leyden avait pris racine. D'après Leyden, les altérations spinales, qu'on rencontre dans des cas de paralysies diphthéritiques, seraient consécutives à des altérations névritiques. Celles-ci ressortiraient à la névrite *ascendante*, à la névrite *migrans* des auteurs allemands.

D'autre part, mon collègue et ami Déjerine, qui a tout particulièrement travaillé cette question d'anatomie pathologique, était arrivé à la conclusion suivante, dans un mémoire où il avait exposé ses premières recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique (1) : les paralysies diphthéritiques dépendent d'altérations protopathiques de la substance grise de la moelle ; ces altérations provoquent, dans les racines antérieures, la lésion dégénérative (névrite parenchymateuse) qu'on observe consécutivement et qui est dans un parallélisme rigoureux avec les phénomènes paralytiques observés pendant la vie. La névrite migrans n'intervient pas dans le développement de ces paralysies diphthéritiques.

Or, si l'on s'en rapporte à une communication orale faite à M. Ruault, auteur de l'article *Diphthérie*, paru dans le *Traité de médecine* publié sous la direction de Charcot et Bouchard, les altérations spinales ne sont plus pour rien, aux yeux de M. Déjerine, dans la pathogénie des paralysies diphthéritiques ; celles-ci sont l'expression d'une névrite multiple, qui peut entraîner des altérations spinales consécutives, suivant le mécanisme invoqué par Leyden.

Enfin des auteurs tels que Sanné (2), Hochhaus (3) n'ont pas trouvé de lésions du tout à l'examen du système nerveux de sujets qui, de leur vivant, avaient eu des paralysies diphthériques. Que faut-il de plus pour vous convaincre que les recherches des anatomo-pathologistes ont accumulé les plus grandes contradictions autour de la question que je suis en train de vous exposer.

A un moment, on pouvait espérer voir soulever le voile à travers lequel cette question de pathogénie nous apparaissait si confuse. C'est lorsque nous avons été mis à même de reproduire les paralysies diphthéritiques par voie expérimentale chez des animaux, grâce à la découverte de la toxine diphthéritique. Or, jusqu'ici, cet espoir ne s'est pas réalisé ; loin de là. Les expériences qu'on a faites de différents côtés, au moyen des injections de toxines, pour élucider la pathogénie des paralysies diphthéritiques, ont abouti à des conclusions tout aussi contradictoires que celles qui ont été édifiées sur les recherches des anatomo-pathologistes. Quelques citations me suffiront pour vous en convaincre.

C'est ainsi qu'en France, M. Babinski (4) ayant eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique de deux lapins atteints de paralysie diphthéritique, expérimentalement provoquée par l'injection des toxines du bacille de Klebs-Lœffler, n'a pu constater aucune lésion, soit de la moelle, soit des nerfs, dont quelques-uns ont été examinés jusqu'à leurs plaques motrices.

Un auteur russe, Slcherbak (5), qui a fait des recherches analogues, n'a découvert que des altérations du système nerveux périphérique. D'après lui, les paralysies diphthéritiques « proviennent d'un processus inflammatoire (parenchymateux et interstitiel) des nerfs périphériques » ; toutes les autres lésions n'ont qu'une signification secondaire.

Pour MM. Enriquez et Hallion (1), les lésions développées expérimentalement par injections de toxines diphthéritiques consitent surtout en altérations spinales, congestion, hémorrhagies, foyers de myélite, et, accessoirement, en lésions radiculaires.

Enfin, M. Crocq fils (2), auteur d'un très remarquable travail sur la question des altérations du système nerveux dans les paralysies diphthéritiques, est arrivé à cette conclusion : Que le poison diphthéritique, doué d'une action toxique très puissante, semble, *chez le lapin*, atteindre exclusivement la moelle épinière, les nerfs médullaires et la partie tout à fait inférieure du bulbe ; qu'en d'autres termes il provoque chez le lapin « une myélite primitive et des névrites périphériques secondaires ».

Ce que je veux retenir surtout du travail de M. Crocq, très remarquable, je vous le répète, c'est que l'auteur y insiste spécialement sur ce que « les paralysies diphthéritiques diffèrent sensiblement chez l'homme et chez le lapin » ; chez ce dernier, elles débutent par les membres postérieurs ; chez l'homme, elles débutent par le voile du palais et les organes avoisinants, et elles peuvent rester localisées à leur point de départ. J'insiste sur la constatation de ces différences, parce que, en admettant que l'expérimentation physiologique nous donnât la clef des paralysies diphthéritiques développées chez les animaux au moyen des injections de toxines, il y aurait des réserves à faire au sujet de l'application de ces données expérimentales à la pathologie humaine.

En l'état actuel des choses, il ne nous reste plus qu'à prendre notre recours vers la clinique. De par les données qu'elle nous fournit, nous pouvons admettre, sans grands risques d'erreur, que les paralysies et les autres désordres moteurs et sensitifs post-diphthéritiques sont vraisemblablement l'expressson d'une polynévrite : l'association habituelle des troubles moteurs et sensitifs, la constance des phénomènes de paresthésie — fourmillements, engourdissements — qui précèdent et accompagnent la paralysie motrice, les modifications des réactions électriques — diminution de la réaction faradique, ou réaction partielle de dégénérescence, — l'absence habituelle d'atrophie, la lenteur avec laquelle l'atrophie se développe lorsqu'elle existe, la transformation possible de la paralysie en incoordination motrice, la curabilité de ces désordres et la rapidité relative avec laquelle ils se dissipent, tout cela constitue un ensemble de caractères qui plaident hautement en faveur d'une névrite périphérique, — toutes réserves faites, au sujet de la subordination possible de cette névrite périphérique à des altérations des centres trophiques spinaux, qui échappent à nos moyens actuels d'investigation,

En tout état de cause, nous devons retenir surtout le dernier des caractères que je viens de vous énumérer : *les paralysies diphthéritiques sont essentiellement curables* ; je vous ai dit que dans les rares cas où ils succombent, les malades affectés de ce genre de désordres sont emportés ou par une paralysie du cœur, ou par l'inanition, ou par une complication pulmonaire résultant de la pénétration

1. Déjerine, Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique (*Archives de physiologie*, 1878).
2. Sanné, *Traité de la diphthérie*, 1877, p. 3.
3. Hochhaus, *Virchow's Archiv*, 1891, t. CXXIV, fasc. 2, p. 226.
4. Babinski in *Traité de médecine* Charcot et Bouchard, 1894, t. V, p. 679.
5. A. T. Slcherbak, Des lésions du système nerveux par le poison diphthéritique (*Revue neurologique*, 15 avril 1893, n° 7).

1. Enriquez et Hallion, Myélite expérimentale par toxines diphthéritiques (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1894, p. 822).
2. Crocq fils, *Archives de médecine expérimentale*, 1er juillet 1895, p. 507.

de parcelles d'aliments dans les voies respiratoires, ou encore, quoique bien rarement, par complication bulbaire. Abstraction faite de ces éventualités, que vous verrez se réaliser plus fréquemment chez les jeunes sujets que chez les adultes, la guérison n'est qu'une question de temps et de bons soins.

Lorsque je vous exposerai le traitement général des polynévrites, j'insisterai sur l'utilité de l'électricité, et sur le parti à tirer de l'administration de la strychnine pour accélérer la guérison.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en février 1896.

M. Jean Rabineau. *De la lipocèle vésicale simulant une hernie inguinale de l'intestin et de l'épiploon*. N° 152.

M. S.-M. Guerlain. *De la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte*. N° 155.

M. Jean Bourdieu. *Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire*. (Dilatation des bronches.) N° 156.

M. Moïse Kolpaktchi. *Les grands lavages du gros intestin* (méthode diagnostique et thérapeutique dans l'occlusion intestinale). N° 170.

M. Louis Hamon. *Contribution à l'étude du traitement des complications de l'avortement*. N° 171.

D'après M. Jean Rabineau, une tumeur ancienne, douloureuse, s'accompagnant de troubles urinaires, occupant la partie interne de l'anneau, pâteuse et ferme à la palpation, sous laquelle les éléments du cordon disparaissent en groupe, doit faire soupçonner au chirurgien un lipome herniaire de la vessie. La communication de la tumeur avec la grande cavité vésicale ne pourra pas toujours être mise en évidence à l'aide d'une injection par l'urèthre.

Quand le chirurgien rencontrera, au cours d'une cure radicale, la masse graisseuse que nous avons décrite, dépourvue de sac, ou renfermée dans un sac celluleux très mince, n'ayant pas les caractères du péritoine, il devra rechercher avec soin la vessie, dont un diverticule est le plus souvent situé à la partie inférieure, un peu en dehors ou un peu en dedans de la masse graisseuse. La portion de vessie herniée est petite. Ses parois sont en général très amincies, atrophiées, ce qui explique la déchirure facile au cours de la dissection. Pour la reconnaître, l'opérateur devra rechercher ses fibres musculaires réticulées, et s'assurer de sa communication avec la grande cavité vésicale, au moyen d'une injection poussée par l'urèthre, après débridement préalable, au besoin, de l'anneau inguinal, ou simplement à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. Il devra introduire le doigt, guidé par la masse herniaire, et chercher à atteindre le pubis, pour s'assurer de la continuité de celle-ci avec la vessie. A moins de contre-indications motivées par le mauvais état des reins, il faudra intervenir chirurgicalement. L'opération consistera dans la résection du lipome et des parois sur lesquelles il est implanté, puis dans la suture à trois plans de la plaie vésicale. Si le diverticule de la vessie a été traité comme un sac herniaire, et si l'on ne s'aperçoit de son erreur qu'après l'opération, on se contentera de drainer la plaie inguinale, si on ne l'a pas fait déjà, et de mettre une sonde à demeure dans la vessie. Des lavages de la vessie ne seront pratiqués que dans le cas de cystite, et on aura soin de n'injecter qu'une faible quantité de liquide, dans la crainte qu'une distension trop grande de la vessie ne provoque la désunion de la plaie.

Des recherches physiologiques et cliniques de M. Guerlain, ainsi que de l'étude de la physiologie pathologique des luxations congénitales de la hanche, il résulte que ces déformations articulaires déterminent, chez l'adulte, des anomalies de voisinage. Comme la luxation congénitale semble plus fréquente chez la femme et que ces vices de conformation secondaires, frappant le bassin, peuvent devenir une cause de dystocie, il est indispensable de pouvoir faire toujours un diagnostic précis. On ne saurait disposer de trop de moyens d'investigation pour reconnaître une affection dont les malades sont porteurs depuis la naissance. L'étude des *canons* des proportions humaines peut, en donnant la longueur comparative des différents segments des membres, fournir des renseignements cliniques utiles dans la luxation congénitale des hanches.

La physiologie de la statique normale, appliquée à la pathologie, explique le mécanisme producteur de certaines viciations pelviennes, observées chez l'adulte dans la luxation coxo-fémorale congénitale. Le mécanisme de la marche devient anormal par le fait de cette disjonction articulaire. Etant antérieure à l'époque d'ossification du squelette, cette variété de luxation de la hanche, en modifiant, dès les premiers pas, l'attitude et la marche des sujets qui en sont atteints, change les conditions dans lesquelles se développent les os du bassin.

L'influence de la luxation congénitale de la hanche sur les viciations du squelette pelvien ne sera pas la même, s'il s'agit d'une affection siégeant d'un seul côté ou ayant frappé les deux articulations. De même l'attitude gardée, dans l'enfance, par les malades porteurs de l'une ou de l'autre de ces variétés de luxations ne sera pas sans importance. En effet, les phénomènes plastiques subis par la ceinture pelvienne lors de son ossification diffèrent suivant que les sujets sont restés couchés, assis, ou qu'ils ont fait usage de leur appareil locomoteur. Ils différeront en outre suivant que la marche a lieu avec ou sans appareils correcteurs de la claudication.

Le pronostic, au point de vue obstétrical est en général bénin, aussi peut-on dire que, dans la majorité des cas, les femmes atteintes de luxations unilatérales ou bilatérales congénitales de la hanche accouchent très bien, ainsi que le disaient les anciens avec Delpeuch.

D'après M. Jean Bourdieu, la syphilis héréditaire ou acquise peut engendrer une broncho-pneumonie chronique suivie de dilatation des bronches. La localisation scléro-gommeuse est systématisée bronchique : elle se développe, se cantonne sur l'appareil bronchique et l'altération n'atteint que secondairement le parenchyme. La bronchectasie peut avoir des proportions remarquables, être généralisée.

De toutes les formes anatomiques de la syphilose pulmonaire décrites (gommes miliaires, gommes massives, cavernes, pneumonie interstitielle ou scléro-gommeuse avec quelques dilatations bronchiques), la dilatation des bronches étendue ou généralisée est la plus rare. Elle reproduit dans le poumon la syphilis des voies aériennes extra-pulmonaires. Elle est due à la destruction de tous les éléments résistants de la paroi (fibres musculaires et élastiques, cartilages). Les lésions sont surtout sous-épithéliales, différant ainsi des désordres de la broncho-pneumonie vulgaire. La présence de gommes dans le tissu scléreux qui remplace la paroi de la bronche (jointe aux autres viscéropathies syphilitiques) caractérise la lésion. Ces gommes peuvent subir l'infiltration calcaire.

La symptomatologie, l'évolution de la bronchectasie syphilitique de l'adulte sont celles de la dilatation des bronches envisagée d'une façon générale. Le pronostic est plus grave, non à cause de la syphilose pulmonaire, mais à cause des autres lésions d'organes (foie, reins).

Le traitement ne peut prétendre, lorsque la maladie est confirmée, qu'à faire résorber les gommes et arrêter le processus morbide. Il ne peut rien contre la bronchectasie, puisque les éléments fonctionnels de la paroi sont détruits.

L'auteur rapporte 8 observations, dont une inédite, recueillie dans le service de Lancereaux.

Dans sa thèse, M. Moïse Kolpaktchi montre que les grands lavements du gros intestin peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic du siège d'une obstruction intestinale. Ils permettent, en effet, d'affirmer ce siège soit sur l'intestin, soit sur le gros intestin, suivant la quantité d'eau injectée. On peut même, dans un grand nombre de cas, arriver à une précision plus

grande et localiser l'obstacle en un point donné du gros intestin.

Outre cette application diagnostique, les grands lavements ont encore une application thérapeutique dans l'obstruction du gros intestin. Ils peuvent servir à lever l'obstacle, surtout s'il s'agit d'obstruction par accumulation de matières dans la lumière de l'intestin (matières fécales, calculs biliaires, coprolithes, ascarides, etc.), et encore s'il s'agit d'obstruction par vice de position de l'intestin; dans ce dernier cas, c'est surtout dans l'invagination qu'on devra y avoir recours et, pour cette raison, les enfants, plus particulièrement, en seront justiciables. Le grand lavement agit de deux manières : en ramollissant et mobilisant les matières d'une part, en déroulant l'intestin d'autre part. Il n'est dangereux que manié imprudemment. En employant des pressions faibles, mais prolongées, on obtiendra des résultats satisfaisants sans craindre la perforation intestinale, qui est la complication la plus redoutable. La possibilité de cet accident contre-indique l'injection forcée dans tous les cas où l'on peut supposer une fragilité de la paroi intestinale (gangrène, ulcération).

Le grand lavement n'a pas seulement une action mécanique. Il a des effets qui, pour être secondaires, n'en sont pas moins très utiles au malade atteint d'obstruction intestinale. En effet, il réalise l'asepsie intestinale d'une manière directe et par cela prémunit le malade, dans une certaine mesure, contre les auto-intoxications d'origine digestive. De plus, il fournit à la circulation un apport aqueux très notable. Il calme la soif consécutive aux vomissements incessants; par l'augmentation du volume du sang, il relève la tension artérielle et provoque une diurèse abondante.

M. Louis Hamon considère l'avortement comme un accident fréquent qui se fait souvent sans le secours du médecin, et n'entraîne aucune complication grave. Quelquefois il est suivi de rétention partielle ou totale du placenta, avec ou sans hémorrhagie et infection septique. Si la rétention du placenta ne donne lieu à aucun accident, le traitement doit se borner à l'expectation armée, injections vaginales antiseptiques, 4 ou 5 fois par jour. S'il y a hémorrhagie, commencer à la combattre par des injections intra-utérines antiseptiques à la température de 48°. Si ce moyen ne réussit pas, si l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, délivrance artificielle ou curettage de l'utérus. Le curettage est souvent indiqué après l'avortement d'un produit macéré. S'il y a des accidents infectieux, injections intra-utérines antiseptiques, 4 ou 5 par 24 heures. Si ces accidents ne rétrocèdent pas dans les 24 heures, curettage de l'utérus. Après l'avortement des deux premiers mois, le curettage doit être préféré à la délivrance artificielle. Le curettage après l'avortement est une opération simple, facile et qui peut ne pas exiger l'anesthésie.

Thèses de la Faculté de Bordeaux,

Année 1895-1896.

M. F. Gautier. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme.*

M. Bouteiller (Louis-Théophile). *Des accidents causés par la fougère mâle. Etude clinique et thérapeutique. Recherches expérimentales.* N° 47.

M. Vénot (André). *De la symphyse des membres après brûlure et principalement de la symphyse thoraco-brachiale* (traitement chirurgical). N° 50.

M. H. Vergez. *De la gastrostomie à l'heure actuelle.* N° 59.

Jusqu'à ces dernières années, on croyait, sur la foi de Dubar, que le follicule tuberculeux s'édifiait aux dépens des épithéliums glandulaires; que les cellules géantes, dans les tissus mammaires n'étaient que des acini modifiés; enfin que le bacille tuberculeux pénétrait dans la glande par les conduits gélactophores seulement.

Ce sont là, pour M. Gautier, autant d'opinions erronées. Un exemple remarquable de tuberculose mammaire chez la femme, observé dans le service du professeur Demons, a servi à l'auteur à édifier une interprétation nouvelle des faits observés.

La caséification des tubercules, dernier terme de l'évolution de la tuberculose mammaire, envisagée par les auteurs comme uniquement produite par la thrombose des vaisseaux glandulaires, doit être considérée, d'après les recherches consignées dans la thèse de M. Gautier, comme due à l'action nécrotisante de produits microbiens sur les éléments cellulaires.

Le second point de la discussion porte sur la formation de la cellule géante. Ici la théorie classique repose sur une erreur. En effet, ce qu'on prend habituellement pour des cellules géantes, ce sont des coupes d'acini glandulaires se présentant sous des places différentes. La présence de la membrane limitante entourant la cellule géante, invoquée par les auteurs comme une preuve irréfutable de sa nature acineuse, ne prouve qu'une chose : l'erreur d'interprétation des partisans de cette théorie. La cellule géante semble résulter de la coalescence de grands leucocytes mononucléaires. Les follicules tuberculeux se forment dans le tissu conjonctif interstitiel, au contact des acini de la glande.

L'auteur démontre, en outre, que l'infection de la glande ne se fait pas, comme on l'avait cru, par les canaux galactophores. L'apport du germe a lieu par les voies sanguines et lymphatiques, que le foyer initial se trouve en rapport immédiat avec le sein ou qu'il en soit à une distance plus ou moins grande.

La fougère mâle, administrée comme tænifuge, donne lieu assez souvent à des accidents graves (vomissements, diarrhée, accidents tétaniformes, amaurose, ictère, cirrhose, néphrites) suivis quelquefois de mort (7 observations).

Ces accidents sont caractérisés à l'autopsie par des stases et des suffusions sanguines.

Des expériences entreprises par M. Bouteiller, il résulte que :

a) La mort survient par arrêt du cœur en diastole et de la respiration. Le sulfate d'atropine est incapable de réveiller les contractions cardiaques.

b) L'acide filicique ou filicine, principe actif de la fougère mâle (*aspidium filix mas*) est un poison du système nerveux et des muscles.

c) Sa présence dans le sang n'en modifie pas la capacité respiratoire et en modifie très peu la tension superficielle. Aucune altération du sang au spectroscope.

d) C'est à tort qu'on a attribué les accidents à l'ingestion consécutive d'huile de ricin dissolvant la filicine. Celle-ci étant très soluble dans le suc intestinal, l'huile n'y joue aucun rôle.

e) Le sulfate de soude ou de magnésie peut être considéré comme un antidote.

Pour éviter les accidents, l'auteur conseille d'employer un produit de composition constante et toujours identique à lui-même.

Voici la formule qu'il préconise :

Extrait éthéré de fougère mâle frais.	8 grammes.
Calomel	0gr50
Réglisse pulvérisé	100 grammes.

Mêlez et divisez en 16 cachets.

Il ne faut jamais donner le médicament plusieurs jours consécutivement.

Dans ces cas, les accidents sont plus fréquents et plus graves.

Donnez des doses faibles aux sujets affaiblis et anémiés et ne prescrivez le remède que s'il y a intégrité absolue du foie et des reins.

La symphyse thoraco-brachiale se rencontre généralement chez des jeunes sujets ayant été brûlés dans leur enfance et ayant reçu des soins insuffisants. Le plus souvent, la symphyse thoraco-brachiale est opérable. La brûlure n'a détruit que le derme, mais les muscles, les filets nerveux et les vaisseaux sont conservés. Les os ont leur longueur normale. L'observation de Verneuil est la seule qui présentait des troubles trophiques considérables. La destruction des tissus avait été très profonde.

La lésion réside dans le tissu fibreux que l'acte opératoire doit détruire très profondément dans l'aisselle.

Etudiant les divers modes de traitement employés, M. Vénot donne la préférence à celui de Defontaine (du Creuzot) et du professeur Piéchaud.

Ce procédé a pour premier temps (et c'est le plus important)

la reconstitution de la commissure axillaire. On y arrive en taillant en avant et en arrière de la palmure un lambeau en V. Ces lambeaux étant disséqués, on libère d'un coup de bistouri vertical le reste de la palmure. On refait ensuite l'aisselle, en suturant les deux lambeaux en V, suturant en avant la pointe du V postérieur et en arrière celle du V antérieur.

Pour obtenir une rapide cicatrisation dans l'espace thoraco-brachial, Defontaine pratique des incisions libératrices.

Enfin, M. Vénot donne une observation de symphyse incomplète des cuisses. Dans ce cas, M. le professeur Piéchaud dut reconstituer la commissure périnéale à l'aide de la muqueuse rectale.

Exposer les progrès successivement réalisés par la gastrostomie depuis Sédillot jusqu'à nos jours, tel a été le but de M. VERGEZ, ainsi qu'il le dit dans son introduction. Ces progrès sont considérables. L'étude des statistiques publiées par les chirurgiens le prouve sans conteste. Les perfectionnements de la technique ont mis une barrière à la mortalité si effrayante qu'on observait au début. Les rétrécissements cicatriciels et cancéreux infranchissables relèvent donc de la gastrostomie. Palliative chez les cancéreux, elle constitue, au contraire, chez les porteurs de sténoses inflammatoires, une intervention préliminaire à toute manœuvre ultérieure dirigée contre le rétrécissement. On reconnaît ici la thèse soutenue au dernier congrès français de chirurgie par M. le professeur Demons.

Il ne saurait être question de revenir aux méthodes à deux temps, exception faite toutefois pour le « Poncet » qui nécessite un intervalle opératoire entre la fixation et l'ouverture de l'estomac.

Les différents procédés à un temps et à deux temps occupent deux chapitres.

Minutieusement décrits d'après les mémoires originaux avec leurs modifications, un certain nombre d'entre eux y sont mis plus particulièrement en lumière : citons ceux de Terrier, de Ssabanejew, de Jaboulay.

L'auteur prend la défense du procédé de Ssabanejew-Villar. Il affirme sa supériorité, car il est le seul qui empêche le reflux des liquides par la fistule stomacale.

On lira avec intérêt le VIIe chapitre intitulé : *Considérations sur la gastrostomie en général.* Deux points y sont mis en relief :

a) La position de l'orifice stomacal, qui doit être voisin du radia.

b) L'incision des fibres stomacales, qui seront incisées parallèlement à leur sens respectif. L'élargissement consécutif de la fistule sera du même coup évitée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Affections combinées des faisceaux de la moelle (Die primären combinirten Strangerkrankungen des Rückenmarks — Combinirte Systemeskrankungen), par ROTHMANN (*Deutsche Zeitschr. für. Nervenheilkunde*, tome VII, 3e et 4e livraisons, p. 171). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner trois cas de cette maladie et d'en faire l'examen anatomo-pathologique :

Il s'agit de 3 hommes âgés de 36, 38 et 29 ans. Au point de vue étiologique, on relève pour le 1er une anémie pernicieuse; pour le 2e la syphilis; pour le 3e des refroidissements répétés. Dans les 3 cas la maladie a eu une évolution rapide et même, dans le 3e, la faiblesse des jambes est apparue subitement. La durée de la maladie a été de 6 mois; le 1er symptôme a été la faiblesse des extrémités inférieures avec des paresthésies. Chez le 1er malade on a constaté dès l'entrée une paraplégie spasmodique qui a duré jusqu'à la mort. Les réflexes rotuliens à l'entrée existaient encore; mais dans le 3e cas, les réflexes qui étaient diminués ont disparu de suite, dans le 2e cas ils étaient normaux; dans le 1er ils étaient exagérés. Mais plus tard dans ces deux derniers cas les réflexes ont diminué au point de n'exister qu'à peine dans le 1er cas. Le 1er cas a eu une évolution rapide avec terminaison mortelle, probablement à cause de l'anémie pernicieuse. Les deux autres malades sont morts par paralysie du diaphragme. Dans les 3 cas, les troubles de la sensibilité, au début moins accentués que les moteurs, se sont aggravés, de sorte que dans les 2e et 3e cas l'anesthésie et l'analgésie étaient complètes. Presque en même temps se sont installés des troubles vésicaux et rectaux.

Les troubles de la sensibilité, chez les trois, ont envahi progressivement l'abdomen, le tronc, les extrémités supérieures. On a constaté la même tendance pour les troubles moteurs et pour l'ataxie. Les lésions trouvées dans les 3 cas sont les suivantes : dans le 1er, dégénérescence des cordons postérieurs du faisceau de Flechsig, du faisceau pyramidal et de Türck, les racines postérieures sont à peu près intactes. Enfin, chez ces 3 malades, les cellules de la corne antérieure sont plus ou moins affectées.

Après avoir longuement discuté les théories courantes sur la genèse des scléroses combinées de la moelle, l'auteur conclut de la façon suivante :

1° Les scléroses combinées primaires du faisceau de la moelle épinière constituent une entité morbide;

2° Cette entité est caractérisée par des symptômes qui relèvent des lésions des cordons postérieurs et des cordons latéraux. Les réflexes patellaires au début de la maladie sont exagérés. Ils peuvent être conservés jusqu'à la mort ou disparaître dans les derniers temps de la maladie. Le réflexe pupillaire est conservé presque dans tous les cas. La maladie débute toujours par les extrémités inférieures et gagne ensuite les extrémités supérieures. La maladie a une évolution rapide ne dépassant pas 3 ans. On constate dans la moelle épinière la dégénérescence des cordons postérieurs avec intégrité des racines postérieures. En outre, le faisceau pyramidal, le faisceau de Türck, le faisceau cérébelleux sont malades. Quelquefois il existe une dégénérescence irrégulière des faisceaux fondamentaux du cordon antéro-latéral. Dans un grand nombre de cas, il existe une altération de la substance grise et c'est la lésion primitive de celle-ci qui explique le mieux la genèse des lésions de la substance blanche. Au point de vue étiologique, les commotions de la moelle et l'anémie pernicieuse semblent jouer le rôle principal, tandis que la syphilis n'est pas à incriminer. On doit distinguer de ce groupe les scléroses combinées, les cas de tabès ancien avec altérations secondaires des cordons latéraux et de la paralysie spinale spasmodique avec lésions secondaires des cordons de Goll et du faisceau pyramidal.

De l'hérédité similaire dans le goître exophthalmique, par J. BAYLAC (*Archives médicales de Toulouse*, 15 janvier 1896). — Le goître exophthalmique obéit comme toutes les névroses aux lois de l'hérédité similaire ou de transformation. L'hérédité similaire est rare relativement : après les cas signalés par les anciens auteurs, M. Baylac en a observé 2 chez la mère et chez la fille. La mère est une femme âgée de 40 ans, présentant dans ses antécédents héréditaires des tares psychopatiques nombreuses (parents nerveux, exaltés, paralysie générale chez la mère, suicide du père). Elle-même a toujours eu un caractère impressionnable, irascible, qui n'a fait que s'accentuer avec les difficultés de son existence. A l'âge de 16 ans, elle a une première enfant qui, dans la suite, fut atteinte de goître exophthalmique. A 28 ans, nouvelle grossesse, accouchement et péritonite. A 30 ans, tremblement des mains après une émotion, une contrariété. A 35 ans, elle est soumise à du surmenage et à des émotions lors d'une fièvre typhoïde qui a frappé sa fille. C'est à partir de cette époque que se manifeste l'exophthalmie. L'exophthalmie est restée unilatérale (côté droit); elle est accompagnée des signes de Graefe, Mœbius, Ballet, Stelwag. L'examen de l'œil ne révèle qu'une décoloration légère du nerf optique et un peu de stase papillaire. L'hypertrophie thyroïdienne est peu accentuée. Il y a des accès de dypsnée, de toux quinteuse. Le cœur est normal comme volume et situation. Les palpitations sont très violentes au moindre effort, le pouls monte à 120, 130. Le tremblement est constant, mais d'intensité variable. La résistance du corps au courant électrique est inférieure de moitié à la normale. Il y a des troubles gastriques, intestinaux (crises de diarrhée). Les règles sont devenues peu abondantes et irrégulières. La malade présente des crises convulsives dans les membres inférieurs (crampes douloureuses). Pas de modifications objectives dans la sensibilité, pas de troubles sensoriels. Pendant

longtemps, grande sensation de froid. L'aponévrose palmaire du côté droit est rétractée. L'état mental n'est pas normal (troubles psychiques et vésaniques, hallucinations, idées de suicide, etc.).

La fille est âgée de 24 ans. Elle a eu la rougeole à 3 ans, et à 18 ans une fièvre grave avec longue convalescence. Pendant cette convalescence a débuté l'exophthalmie. Il y a un an est apparu le tremblement. Son caractère apathique est devenu impressionnable, ses jambes se dérobent sous elles, elle a des palpitations. Depuis 6 mois, un goître est survenu, goître plus accentué que chez la mère. Ce que la malade présente de particulier, c'est une impuissance motrice des membres inférieurs et un peu des supérieurs. En outre, elle a les troubles oculaires, cardiaques, classiques. Elle a du tremblement continu. Ses règles sont irrégulières, accompagnées de leucorrhée. Contrairement à la mère, elle craint énormément la chaleur. Enfin son état mental est caractérisé par une dépression profonde.

L'auteur, après avoir constaté l'existence de ce goître exophthalmique familial, cherche à en déterminer l'étiologie. En dehors des émotions de toutes sortes, qui ont surtout été violentes chez la mère, il fait remarquer que les premiers symptômes ont apparu après une maladie grave (péritonite puerpuérale, fièvre typhoïde) et considère ces maladies infectieuses comme causes provocatrices du symptôme basedowien chez des femmes présentant des tares héréditaires nerveuses.

Les troubles psychiques ne sont pas la conséquence du goître exophthalmique, mais dérivent comme le goître d'une même disposition héréditaire. Ces troubles, les 2 malades les présentent à un haut degré : troubles vésaniques chez la mère, troubles psychiques purs relevant de la neurasthénie chez la fille.

MÉDECINE

Les échanges interstitiels dans le traitement thyroïdien (Stoffwechseluntersuchung bei einem mit Thyrojodin behandelten Falle), par Treupel (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 6, p. 117). — Dans un cas de goître chez un homme de 46 ans, soumis au traitement thyroïdien, l'auteur a pratiqué systématiquement pendant un mois l'examen de l'urine et le dosage de ses éléments. Il résulte de ces recherches dont les résultats se trouvent consignés dans une série de tableaux que, sous l'influence du traitement, la diurèse devient plus abondante en même temps que dans l'urine on constate une augmentation considérable de la quantité d'urée et d'azote qui se trouve dans les autres combinaisons. A aucun moment, il n'est paru dans l'urine du sucre, ni d'autres substances réductrices.

Passant en revue les cas avec examen analogue publiés ces temps derniers, l'auteur montre que, dans presque tous les cas, les préparations thyroïdiennes provoquent une augmentation de la quantité d'urée et d'azote, qui, quelquefois, est tellement abondante qu'on est obligé d'admettre une destruction des substances azotées de l'organisme. Dans certains cas (individu bien portant, maladie de Basedow), on peut parer aux inconvénients de cette destruction par un régime approprié. Mais il est très probable que cette action par trop énergique des préparations thyroïdiennes relève de l'idiosyncrasie des malades.

Sur la tuberculose du rat blanc, par Ledoux-Lebard (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 145). — Le rat blanc présente une certaine résistance à la tuberculose. Après l'inoculation dans le péritoine, on observe surtout la tuberculose miliaire du poumon. Le foie et la rate ne contiennent pas de tubercules, mais sont infiltrés de bacilles. Au cours de ses expériences, l'auteur a observé une fois les poumons infiltrés de bacilles et sclérosés, une autre fois un abcès tuberculeux du foie, renfermant des formes filamenteuses et ramifiées du bacille tuberculeux. La phagocytose ne diffère pas de ce qu'elle est chez le cobaye. Le passage de la tuberculose par le rat ne paraît pas modifier sa virulence.

Variabilité dans la forme et dans les caractères de culture du streptocoque, par G.-H. Lemoine (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 156). — De l'étude de 42 échantillons de streptocoques d'origines diverses, l'auteur conclut qu'il n'y a pas de caractère différentiel assez stable pour distinguer des variétés de ce microbe, et qu'il s'agit toujours d'une même espèce microbienne.

Les arthropathies dans la pneumonie croupale, par Ch. Vogelius (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 186). — Deux cas personnels d'arthrite à pneumocoque compliquant la pneumonie fibrineuse. Le premier est, en réalité, une ostéomyélite de la clavicule avec nécrose et arthrite secondaire de l'articulation sterno-claviculaire; guérison après incision et curettage. Dans le second cas, il s'agit d'empyème métapneumonique avec arthrite suppurée et endocardite mortelle. Tableau de 9 autres cas puisés dans la littérature.

La production de la toxine diphthérique, par W.-H. Park et A.-W. Williams (*The Journal of experim. medicin*, janv. 1896, p. 164). — D'après les recherches des auteurs, la force de la toxine est proportionnelle à la virulence et à la vigueur de croissance du bacille. On peut obtenir une toxine très active au moyen de cultures faites en bouillon ordinaire dans des flacons d'Erlenmeyer; le maximum de puissance s'obtient entre 4 et 7 jours. C'est surtout la réaction alcaline du bouillon qui favorise la production de la toxine; aussi les auteurs recommandent-ils d'ajouter à chaque litre de bouillon neutralisé environ 7 cent. cubes de la solution normale de soude. Les solutions de peptone à 2 et 4 p. 100 fournissent une toxine puissante. Le corps des bacilles ne renferme pas beaucoup de toxine.

CHIRURGIE

Trois cas de salpingo-oophorectomie double pour hématomètre gynatrétique (Drei Falle von Salpingo-oophorectomia duplex bei Hamatometra gynatretrica), par Saenger (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 3, p. 49). — L'auteur a eu l'occasion de faire dans 3 cas la salpingo-oophorectomie double, deux fois pour des accidents de dysménorrhée, une fois pour un hématomètre avec hématocolpos.

Dans les 2 premiers cas, qui se rapportent à des femmes de 34 et 29 ans, dont la première a même accouché 2 fois, le diagnostic a été celui de salpingite avec ovarite et adhérences multiples. Dans les 2 cas, on trouva un utérus biloculaire dont une des loges a été obstruée et est le siège d'une collection sanguine qui se continuait dans la trompe. Les lésions des annexes étaient si profondes dans les 2 cas que leur ablation était incontestablement indiquée.

A l'occasion de ces 2 observations, l'auteur insiste sur ce fait que des cas de ce genre — utérus biloculaire avec une loge atrésiée — peuvent évoluer cliniquement comme des salpingites graves.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'atrésie du vagin. Une tentative de rétablissement du vagin n'ayant pu être menée à bout, l'auteur pratiqua au bout de quelque temps l'ablation double des ovaires et des annexes qui se trouvaient dans le même état que dans les 2 cas précédents.

Epithelioma primitif de l'urèthre, par M. Melville Wassermann. Paris 1895, G. Steinheil. — L'auteur étudie l'épithélioma primitif de l'urèthre, affection peu commune dans les deux sexes. Après avoir donné l'historique de la question, il aborde l'anatomie pathologique. Repoussant chez la femme la distinction entre les épithéliomas uréthraux et périuréthraux, il les identifie quant à la nature histologique. Il s'agit presque toujours d'épithélioma pavimenteux lobulé, dans l'un et l'autre sexe. M. Wassermann insiste ensuite sur les trajets fistuleux dont il fait une très bonne étude histologique et qui constituent selon lui un des symptômes les plus constants de la maladie. D'intéressantes planches viennent à l'appui de la description anatomique.

Après avoir énuméré les conditions étiologiques signalées par les auteurs, il étudie la fréquence, l'influence du sexe et de l'âge, faisant remarquer que l'affection peut, exceptionnellement, il est vrai, se développer chez de jeunes sujets (19-22 ans).

Les symptômes du début sont les mictions fréquentes, douloureuses et parfois sanguinolentes; ils n'ont rien de caractéristique. A la période d'état les symptômes s'accusent, il y a des douleurs sourdes spontanées, puis plus vives, avec irradiations. Les troubles fonctionnels sont intenses. L'auteur décrit

ensuite les signes physiques, à la vue, au palper, à l'exploration du canal, à l'endoscopie uréthrale vient ensuite la période des complications : les fistules s'établissent presque toujours chez l'homme, rarement chez la femme. Les ganglions inguinaux se prennent, mais tardivement.

La terminaison est facile à prévoir. M. Wassermann étudie ensuite le diagnostic et le pronostic grave de cette affection et donne les diverses méthodes de traitement préconisées jusqu'aujourd'hui. Il termine ce travail par les remarques suivantes :

L'épithélioma primitif de l'urèthre, aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, est une affection rare.

Cette tumeur n'a pas de siège de prédilection dans l'urèthre, on la trouve aussi bien dans la portion pénienne que dans la portion périnéale du canal.

Au point de vue histologique, il s'agit presque toujours d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Les rétrécissements blennorrhagiques et les traumatismes (chutes, accouchements) favorisent son développement.

Chez l'homme, l'épithélioma de l'urèthre est presque toujours compliqué de fistules urinaires.

Le diagnostic précoce est possible grâce à l'endoscopie uréthrale. Le cancer de la glande de Cowper se distingue de l'épithélioma de l'urèthre par ses symptômes et par son siège.

Le pronostic de l'épithélioma de l'urèthre est grave.

La résection de l'uréthre peut donner de bons résultats au début de la maladie.

L'amputation de la verge ou même l'émasculination totale est au contraire indiquée si la néoplasie a atteint un certain développement.

Chez la femme l'envahissement de plus de la moitié du canal rend la réussite de l'opération douteuse.

Comme traitement palliatif on doit essayer la cystotomie sus-pubienne, ou encore, chez la femme, l'établissement d'une fistule vésico-vaginale.

MÉDECINE PRATIQUE

Angine herpétique.

1) Repos absolu au lit, s'il y a fièvre très intense, à la chambre si la fièvre est modérée.

2) Alimentation exclusivement composée de potages épais, de crèmes, de laits de poule, de purées de légumes ou de fruits. Eviter les aliments solides et les boissons liquides.

3) Appliquer autour du cou une cravate d'eau très froide ou d'un mélange d'eau et d'alcool à 90° (1/3 d'alcool pour 2/3 d'eau). Recouvrir la cravate ou la compresse de taffetas gommé.

4) Deux fois par jour prendre un bain de pieds sinapisé ou additionné de gros sel.

5) Toutes les heures, le premier jour, prendre en gargarisme tantôt de la décoction de guimauve et de pavot, préalablement bouillie et très chaude, tantôt le gargarisme suivant :

Acide salicylique		1 gramme.
Miel rosat	àà	25 —
Sirop de mûres		
Décoction de feuilles de ronces		200 —

6) Dans l'intervalle de ces gargarismes sucer 2 ou 3 pastilles de chlorhydrate de cocaïne à 1 milligramme.

7) Le 2ᵉ ou le 3ᵉ jour, dès que les boutons blancs discrets auraient fait place à de larges couennes blanches, supprimer les gargarismes salicylés ainsi que les compresses froides et, tout en continuant les pastilles de cocaïne, se gargariser 2 ou 3 fois par jour avec de l'eau bouillie chaude à laquelle on mélangera par quart de verre à boire une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten.

8) Si les couennes pseudo-membraneuses ne tendent pas à disparaître rapidement, c'est-à-dire après 3 ou 4 jours de ce traitement, badigeonner une fois par jour la gorge avec un tampon d'ouate hydrophile bien imprégné de la mixture suivante :

Teinture d'iode	5 grammes.
Glycérine neutre	10 —

ou encore :

Salol	80 gr.
Camphre	40 gr.

et se gargariser ensuite avec de l'eau bouillie chaude.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Aspidospermine.

Définition. — L'aspidospermine est un des nombreux alcaloïdes dont la présence a été signalée par M. Hesse dans l'écorce de l'*aspidosperma quebracho* (apocynées). Peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et les huiles grasses, cet alcaloïde forme avec l'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique des sels solubles en toutes proportions dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — D'abord classée comme fébrifuge, en raison de l'écorce dont elle tire son origine, l'aspidospermine, administrée à faibles doses, donna au point de vue antithermique des résultats douteux, mais se révéla comme antidyspnéique remarquable. A ce titre elle fut préconisée contre l'asthme (Penzoldt, Maragliano), l'angine de poitrine (Huchard), la rhino-bronchite spasmodique, et généralement contre la dyspnée quelle qu'en soit la cause (Bourneville et Bricon). M. Huchard a reconnu que cet alcaloïde présentait son maximum d'action dans les dyspnées d'origine fonctionnelle et agissait faiblement dans les dyspnées d'origine organique.

Le pouvoir antithermique de l'aspidospermine est cependant très réel : on obtient avec 5 centigrammes un abaissement rapide de la température pouvant atteindre en 30 minutes 1 degré à 1 degré 1/2. Avec des doses supérieures (10 et 20 centigrammes), on peut même avoir de l'hypothermie. C'est donc un antithermique dangereux à manier, dont la posologie n'est pas encore définitivement établie, et que par suite le praticien n'est pas autorisé à employer.

Comme anti-asthmatique au contraire, à doses faibles, l'aspidospermine est susceptible de rendre des services précieux aux malades qui ont épuisé, contre leur affection, les ressources ordinaires de la thérapeutique. Elle mérite donc, à ce titre, une place dans le formulaire hypodermique du praticien.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* :

a) Comme anti-asthmatique : 1 centigramme par injection : jusqu'à 3 centigrammes en 24 heures;

b) Comme antithermique : 5 centigrammes par injection : jusqu'à 15 centigrammes en 24 heures, avec précaution et en surveillant de très près la température du malade.

EFFETS DE L'INJECTION.

a) *Immédiats :* très irritante localement. La douleur très vive ne persiste cependant pas au delà de quelques minutes.

b) *Eloignés :* au bout de 10 minutes environ, on observe un ralentissement marqué de la respiration et une diminution notable de la fréquence du pouls (Picot, Eulenburg, Huchard et Eloy). L'abaissement de la température est insignifiant avec 1 à 2 centigrammes, mais peut être rapide, comme nous l'avons dit, à doses plus élevées. En tous cas, il atteint son maximum en moins de 30 minutes.

FORMULES

Aspidospermine	3 gr.
Eau distillée	50 gr.
Acide sulfurique	Q. s.

1 centimètre cube comme antiseptique.

Penzoldt et Maragliano, Huchard.

Chlorhydrate d'aspidospermine 0gr40
Eau . . . . 10 gr.

1 centimètre cube dans l'angine de poitrine.

Huchard et Eloy.

Sulfate neutre d'aspidospermine. . . . 0gr50
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1/2 à 2 centimètres cubes,

Huchard, Eulenburg.

A ces formules trop concentrées, on substituera la suivante avec avantage.

Chlorhydrate d'aspidospermine 0gr10
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 à 3 centimètres cubes, pour combattre la crise d'asthme.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le centenaire de la Société de médecine de Paris. — Les Sociétés de secours mutuels et leurs médecins.

La Société de médecine de Paris, fondée le 22 mars 1796 a dignement célébré le centième anniversaire de sa création. Presque tous ses membres titulaires, plusieurs de ses correspondants nationaux et étrangers, le président de l'Académie et le doyen de la Faculté de médecine et les représentants de la presse médicale avaient répondu à l'invitation de MM. Ladreit de la Charrière, président, et Jullien, secrétaire général.

Samedi dernier, 21 mars, dans cette salle de la rue de l'Abbaye qui sert aujourd'hui de rendez-vous à un si grand nombre de Sociétés savantes, la séance publique du centenaire s'ouvrait par une allocution très applaudie du président qui rappelait brièvement les services rendus à la science et à la profession médicale par les fondateurs de la Société de médecine de Paris et exprimait le vœu que ceux qui célébreront le deuxième centenaire puissent dire à leur tour que les membres actuels de la Société ont eux aussi travaillé pour la science et honoré leur pays.

Puis M. le Dr Jullien, secrétaire général, lisait un télégramme du prince d'Oldenbourg acceptant le titre de membre d'honneur et chargeant de le représenter M. de Narkiewicz-Jodko, conseiller d'E'tat, membre de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg.

M. Durozier, l'un des plus anciens et des plus actifs parmi les membres de la Société, était chargé d'en retracer l'histoire. Il l'a fait avec talent et esprit, ne se gênant pas pour raconter les luttes qu'elle avaient soutenues contre la Faculté d'abord, contre l'Académie de médecine ensuite.

Mais le morceau capital de cette séance a été l'éloge de Duchenne (de Boulogne) prononcé par M. Motet. Le talent oratoire du savant aliéniste n'est plus à louer; sa modestie ne nous empêchera pas de dire qu'il a bien su faire ressortir la figure du clinicien tout à la fois modeste et persévérant qui a contribué à fonder sur des données nouvelles la neuropathologie. Duchenne a été un initiateur. S'il a dû à Trousseau, qui savait merveilleusement vulgariser ses découvertes, et à Charcot, qui a eu le génie de les développer et de les compléter, la renommée qui a rendu son nom impérissable, il n'a pas obtenu de son vivant les dignités que lui méritaient ses nombreux travaux; il n'a pas encore le monument que, grâce à l'infatigable persévérance de son élève Joffroy, nous verrons bientôt s'élever pour perpétuer le souvenir de son enseignement libre. M. Motet a su, avec infiniment de tact et de mesure, rendre à chacun la part qui lui était due dans l'œuvre qu'a fondée Duchenne (de Boulogne); son discours restera comme le plus bel hommage que puisse obtenir la mémoire de cet honnête savant, de ce précurseur.

Après cette séance solennelle une brillante soirée offerte par M. Ladreit de la Charrière à tous les membres de la Société et à leurs invités; le lendemain un banquet, présidé par M. le Dr Viger, ministre de l'agriculture, complétaient les fêtes du centenaire de la Société de médecine de Paris.

Encore un conflit entre une société de secours mutuels et ses médecins! Que de belles paroles nous avaient été dites cependant par les représentants les plus autorisés des sociétés de secours mutuels! On n'a oublié ni la lutte entamée par les syndicats ni l'entente qui devait s'établir entre les médecins et la Ligue de la mutualité! Mais n'est-il pas impossible d'empêcher les dissentiments locaux, alors surtout que ceux qui devraient admettre la légitimité des revendications du corps médical ne savent pas comprendre que prévoyance et charité ne sont pas synonymes; que l'on peut accorder des soins gratuits ou à peu près aux indigents, mais qu'il est absolument injuste de donner aux riches, par cela seul qu'ils auront payé une cotisation insignifiante, un service médical rémunéré d'une manière tout à fait dérisoire.

Telle est cependant la prétention qu'émettait une Société de secours mutuels de Chinon. Cette société philanthropique trouvait bon d'abaisser à 30 centimes en moyenne le prix de la visite médicale, et elle comptait parmi ses membres *participants* des chefs d'atelier, des entrepreneurs, des rentiers, des propriétaires, voire même un millionnaire.

On comprend que les médecins de Chinon n'aient pu consentir à soigner officiellement à prix réduits ceux dont la fortune était bien supérieure à la leur. Et c'est pourquoi ils ont dénoncé le contrat qui les unissait à ladite Société en lui imposant un tarif bien modeste encore à notre avis, mais un peu plus rémunérateur que celui qui leur était offert. Les médecins de Tours ont, à l'unanimité, fait cause commune avec leurs confrères de Chinon, et nous espérons bien qu'il ne se trouvera pas, dans toute la Touraine, un seul médecin pour trahir ses confrères en acceptant des appointements fixes en vue d'assurer le service médical de la Société philanthropique de Chinon.

Tel serait, en effet, le danger. Si les médecins ne s'entendent pas toujours pour la revendication de leurs droits, on organisera en province ce que l'on fait si souvent à Paris. Une société charitable ou une association mutuelle demandera à un jeune médecin sans clientèle, comme le font certains chefs d'industrie, d'assurer, moyennant des appointements fixes, le service médical de ses adhérents. On changera le médecin le jour où il voudra soit être émancipé d'une tutelle embarrassante, soit augmenter ses prétentions. Il importe donc que, lorsqu'elles sont légitimes, les revendications du corps médical soient défendues par tous les médecins. Et c'est pourquoi nous félicitons nos confrères de la Touraine de leur attitude et de leur entente.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles (1).

Messieurs, je désire attirer votre attention sur une fillette atteinte d'une lésion assez rare, mais fort importante à connaître aussi bien pour son diagnostic et son traitement que pour les considérations médico-légales auxquelles elle peut donner lieu : il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale. Voyons d'abord l'histoire de la malade que vous avez eue sous les yeux; je vous rappellerai ensuite deux observations que j'ai recueillies l'an dernier et qui servent de base à un intéressant mémoire de mon élève H. Blanc (2).

Le 12 février 1896, on m'a présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau une enfant de 6 ans, souffrant depuis 3 jours de pertes de sang par la vulve. Il y avait un suintement léger, mais continu; à la fin de la journée la chemise était tachée comme celle d'une femme, et pour une fille de 6 ans cela parut anormal à la mère, qui dès lors vint consulter à l'hôpital.

L'interrogatoire ne nous a révélé aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Il nous a appris — et ce renseignement étiologique est de quelque importance — que l'hémorrhagie a débuté le jour où l'enfant s'est levée pour la première fois, après un séjour au lit de 15 jours pour une bronchite accompagnée de fortes quintes de toux.

Immédiatement, j'ai examiné devant vous la région vulvaire et je vous ai fait constater que tout y était d'apparence normale, sauf le méat uréthral. Là vous avez pu voir quelques traces de sang sur un petit bourrelet rouge, à peine saillant, ressemblant à une muqueuse enflammée. C'en était une, en effet, et sans qu'il ait été besoin de nous attarder à une discussion oiseuse de diagnostic différentiel, cette constatation a suffi pour vous prouver, avec évidence, que le sang était fourni par un prolapsus circulaire et léger de la muqueuse uréthrale.

Le résultat de la thérapeutique a vite confirmé cette opinion : mon interne M. Weil a, sur mes indications, cautérisé 3 jours de suite le bourrelet saillant avec une solution de nitrate d'argent à 1/50; dès le premier attouchement l'hémorrhagie a cessé et au bout de 3 jours tout était terminé.

L'observation que je viens d'analyser devant vous vous enseigne les symptômes habituels et la thérapeutique efficace du prolapsus uréthral au premier degré, ne formant pas tumeur. Mais si on abandonne la lésion à elle-même, elle s'aggrave, et la muqueuse enflammée, exstrophiée, constitue une tumeur rouge, violacée, quelquefois même noirâtre et d'aspect gangréneux, pouvant atteindre le volume d'une noisette, d'une noix, plus même chez la femme adulte.

Quelquefois, c'est par hasard, à l'occasion des soins habituels de propreté, que la mère s'aperçoit de cette tumeur. Le fait est rare, et d'ordinaire quelque symptôme attire l'attention : ce cera quelquefois la dysurie, la douleur, la gêne par la marche, par le frottement des linges; ce sera en général, la lésion étant indolente, un écoulement de pus, et surtout de sang. C'était le cas chez notre malade actuelle; ce l'était aussi chez une de celles dont H. Blanc a publié l'observation.

On conçoit que ces écoulements anormaux puissent faire redouter à une mère que sa fille ait subi des atteintes criminelles, mais il est sans excuse qu'un homme de l'art commette une pareille erreur. Il suffit de regarder la région pour voir qu'il n'y a pas trace de déchirure, que la vulve et l'hymen sont absolument normaux et que par contre, à la région du méat existe une tumeur sessile, perforée au centre d'un orifice où pénètre aisément la sonde. Et cependant, voici l'histoire médico-légale de la première fillette que j'ai soignée. Sa mère s'aperçoit, un matin, qu'elle porte à la vulve une tumeur d'apparence suspecte : et vite, chez le pharmacien, lequel, entre deux bocaux, conclut à un viol. On se décide à consulter le médecin de la famille, qui confirme ce diagnostic invraisemblable. De là plainte au parquet de Versailles, et un médecin légiste est commis pour examiner l'enfant : alors on reconnut enfin qu'il n'y avait aucun signe permettant de conclure au viol, mais que la petite malade portait une tumeur sur la nature de laquelle le médecin ne put se prononcer. C'est dans ces conditions que la fillette fut conduite à l'hôpital Trousseau, où je n'eus qu'à introduire une sonde dans l'orifice central pour voir couler l'urine et pour diagnostiquer ainsi la lésion.

Cette petite manœuvre est bien aisée, et j'aurais eu honte, sans l'historiette que je viens de vous raconter, de vous rappeler d'y recourir avant de mettre en mouvement les gendarmes et les magistrats. Jointe à l'intégrité de l'hymen, elle écarte immédiatement l'hypothèse de viol

1. *Annales de gynécologie*, mars 1896.

2. H. Blanc, Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme, et en particulier chez la petite fille (*Ann. des maladies des org. génitaux*, juin 1895).

et d'autre part elle vous permet d'éviter les diverses erreurs de diagnostic qui ont été commises.

Toutes ces méprises, sans doute, s'expliquent, soit par une ignorance extrême du médecin, comme dans mon cas, soit par des circonstances cliniques spéciales qui déroutent l'observateur le plus sagace et qui dès lors ne se prêtent pas à une étude d'ensemble. Le seul diagnostic qui, d'une manière générale, doive être examiné, consiste à différencier le prolapsus uréthral des diverses tumeurs de l'urèthre chez la femme : tumeurs qui semblent, d'ailleurs, ne guère prêter à la confusion que chez la femme adulte.

Pour résumer ces considérations diagnostiques, je n'ai qu'à mettre sous vos yeux le passage où elles sont exposées par mon élève Blanc :

« Dans un cas de Seguin, la muqueuse prolabée s'était sphacélée, des vomissements étaient survenus, l'état général était précaire. On pensa à une hernie étranglée.

« Tavignot, Hudson rapportent chacun un cas où l'orifice uréthral fut pris pour l'orifice utérin, et le diagnostic de prolapsus de l'utérus fut porté.

« Rarement le prolapsus prête à de pareilles erreurs. Il est plus délicat quelquefois de se prononcer en présence d'une tumeur née dans l'urèthre, d'un prolapsus partiel à pédicule intra-canaliculaire. Le cancer de l'urèthre (erreurs de Reichelt, de Benicke) se reconnaît à sa marche envahissante après un début insidieux, aux difficultés de la miction, souvent sanguinolente, à ses caractères de tumeur dure, ligneuse, diffuse, reposant sur une muqueuse indurée, à l'adénopathie, etc. Nous ne signalons que pour mémoire la confusion possible avec des kystes uréthraux, avec une hypertrophie simple de la muqueuse. Deux ordres d'affections seulement nous arrêteront : 1° ces tumeurs bénignes de l'urèthre, décrites sous les noms les plus divers : caroncules, papillomes, fibromes, polypes uréthraux ; 2° l'uréthrocèle et la cystocèle uréthrale.

« Les tumeurs bénignes de l'urèthre varient un peu selon l'élément prédominant. Tantôt leur surface est recouverte de villosités (*papillome*) ; tantôt les vaisseaux sanguins présentent un grand développement (*angiome polypeux*), ou bien c'est l'élément conjonctif adulte (*fibrome polypeux*) ; la forme la plus fréquente est la *végétation*.

« Tant que la production reste dans le canal, sa croissance est lente, mais si elle fait hernie, on a affaire à un champignon exubérant à surface multilobée, granuleuse, bientôt sécrétante et exulcérée, mais les mictions sont fréquentes et douloureuses ; la tumeur est nettement intra-uréthrale, quelquefois pédiculée sur la paroi inférieure du canal, et le méat se trouve toujours sur le pourtour.

« L'*uréthrocèle* est facile à reconnaître : présence sur le trajet de la moitié antérieure de l'urèthre d'une tumeur arrondie, rénitente ou fluctuante, dont on pourra, soit par le cathétérisme, soit par la simple pression, faire sourdre le contenu par le méat ; avec cela mictions fréquentes et parfois incontinence d'urine.

« Quant à la *cystocèle uréthrale*, on se souviendra qu'elle peut se présenter sous deux formes : tantôt la vessie s'invagine sur elle-même et vient faire issue par le méat ; tantôt il s'agit réellement d'un décollement de la muqueuse vésicale qui glisse et apparaît à l'extérieur. Mais, dans l'un et l'autre cas, il est aisé de différencier cette affection du prolapsus de la muqueuse uréthrale, la tumeur est libre dans l'urèthre, sans orifice central par où s'écoule l'urine. La miction est le plus souvent difficile, souvent même il y a rétention : la réductibilité est la règle. »

Je désirais insister sur l'étude clinique ; avant d'arriver à l'étude thérapeutique, laissez-moi faire une courte digression étiologique.

L'âge de la malade doit d'abord être mis en relief. D'après un relevé de Kleinwæchter, 66 p. 100 des sujets atteints de prolapsus uréthral ont de 1 à 15 ans ; 22 p. 100, ont de 47 à 75 ans : donc jeunesse et vieillesse, jeunesse surtout, sont des facteurs étiologiques importants. Quant aux causes déterminantes chez l'enfant, notez l'influence des efforts de toux, constatés chez deux de mes fillettes ; celle de la vulvite avec uréthrite légère, œdème de la muqueuse et dysurie, cause probable de la lésion dans ma 3ᵉ observation.

Le pronostic du prolapsus de la muqueuse uréthrale est bénin. Quelquefois, la muqueuse s'épidermise, quelquefois même la tumeur se réduit d'elle-même. Mais d'ordinaire la lésion persiste, s'aggrave peu à peu, par le suintement sanglant et purulent et est une source d'ennuis ; c'est une cause de gêne, quelquefois de douleur, parfois enfin on a noté le sphacèle de la tumeur. Donc, il faut agir.

Lorsqu'il n'existe pas de tumeur à proprement parler, mais seulement un léger degré d'ectropion circulaire de la muqueuse, la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 me paraît être le traitement de choix, et elle m'a donné un rapide succès.

Mais dans les deux cas où il y avait tumeur, elle n'a servi qu'à en réduire un peu le volume : après les premiers attouchements, l'amélioration fut notable, mais l'état resta ensuite stationnaire. L'efficacité ne sera réelle que dans les cas, relativement rares, où la tumeur est réductible, et nous revenons alors à la variété précédente.

Lorsqu'il y a tumeur irréductible et quelque peu volumineuse, le traitement de choix est l'excision. La ligature autour d'une sonde à demeure doit être définitivement proscrite ; malgré quelques chirurgiens modernes, l'instrument tranchant ne provoque pas une hémorrhagie telle qu'il faille préconiser l'ablation au fer rouge, thermo-cautère ou galvano-cautère. Le seul procédé que je croie recommandable est l'excision au bistouri, avec suture exacte ; c'est également l'avis de Kleinwæchter, auquel nous devons un intéressant mémoire sur le sujet.

Lorsqu'on opère un prolapsus circulaire total, il faut éviter de tirer sur la muqueuse prolabée, ce qui conduirait à en trop réséquer et ce qui peut, comme dans deux cas d'Emmet, produire un thrombus. Il faut aussi fixer avec soin la lèvre supérieure de la muqueuse, qui après section tend à remonter dans l'urèthre et dès lors ne peut plus être bien affrontée à la lèvre inférieure, d'où danger de sténose consécutive. Ces deux petits écueils me paraissent faciles à éviter et voici comment j'ai procédé dans mes deux cas de prolapsus circulaire et total.

Après avoir assuré de mon mieux, pendant quelques jours, l'antisepsie vulvo-vaginale, j'ai vérifié avec une sonde le siège de l'urèthre puis, sur la ligne médiane supérieure, j'ai fendu la tumeur dans toute son étendue et avant d'aller plus loin j'ai placé une fine soie à l'angle de l'incision ; j'en ai fait autant en arrière et j'ai ensuite abattu d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide. Il a été alors très facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse. J'ai jugé inutile de laisser une sonde à demeure et la guérison a été obtenue sans incident.

CLINIQUE MÉDICALE

Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence,

Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*

Par M. F. Widal.

Les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont presque toujours des accidents tardifs apparaissant, en général, dans le premier mois qui suit la convalescence. Il semble, comme nous l'avons déjà soutenu ailleurs, que chez un sujet à moitié immunisé par une dothiénentérie qui vient de finir, le bacille d'Eberth puisse encore se multiplier aux points où le hasard l'a abandonné. Si l'immunité est incomplète, elle est suffisante pour donner au tissu osseux la force de résister, et, de la réaction de ce tissu, résulte une inflammation locale phagocytaire qui se traduit cliniquement par l'apparition d'ostéites de types divers.

Il est à la règle des exceptions et nous venons d'observer un cas d'ostéite costale développée non pas dans la convalescence, mais en pleine évolution d'une fièvre typhoïde prolongée, ostéite dont la résorption s'est faite en même temps que la défervescence de la dothiénentérie.

Un malade entre dans notre service pour une forme grave de fièvre typhoïde avec température élevée, délire, adynamie, etc. Au 20e jour, il est pris d'hémorrhagies intestinales abondantes qui persistent pendant quelques jours et le plongent dans un état de collapsus, dont il finit par se relever peu à peu. Le 27e jour, alors que la fièvre oscille toujours aux environs de 39°, en découvrant le malade, on s'aperçoit qu'au niveau de la 9e côte gauche, en arrière, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, s'est développée, déformant la région, une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule et dont le grand axe suit la direction de la côte. Cette tumeur a, dans toutes ses parties, la dureté de l'os; elle se confond absolument avec le tissu de la côte et elle est indolente à la pression. La peau à son niveau est recouverte d'une tache rouge lie de vin, à bords irrégulièrement et brusquement découpés. Cette rougeur, qui disparaissait légèrement à la pression, fut prise d'abord, mais à tort, pour une lésion de décubitus.

L'exostose s'accrut encore légèrement pendant les quelques jours qui suivirent son développement, puis elle subit une fonde si rapide durant les derniers jours de la maladie, qu'au moment de la défervescence qui eut lieu au 41e jour, la tumeur osseuse était à peine appréciable. Elle avait complètement disparu quelques jours après le début de la convalescence et elle s'affaissa à tel point qu'après 3 semaines, sa place était marquée par un léger affaissement de la côte. La tache cutanée qui recouvrait l'exostose persista encore avec ses mêmes dimensions un mois après la disparition de la tumeur. Elle a pris une coloration café au lait et ne s'efface pas, même après une pression prolongée et énergique. Ni le malade, ni son entourage, ne l'avaient remarquée avant le début de la maladie. Nous nous bornons à enregistrer sa présence, sans chercher à en expliquer la genèse.

Il existe déjà, à notre connaissance, au moins 2 cas d'ostéite typhique développée pendant le cours de la maladie. L'un est dû à Ebermayer (1), qui, au 13e jour d'une fièvre typhoïde, vit chez un jeune homme de 18 ans se développer une ostéite au niveau d'un métatarsien; l'autre est dû à MM. Achard et Broca (2) qui, chez un enfant de 10 ans observèrent une ostéomyélite du tibia développée, dit l'observation, dès les premiers jours de la fièvre typhoïde. Dans le cas d'Ebermayer, la lésion arriva à suppuration et l'incision laissa écouler 28 à 30 centimètres cubes de pus. Dans le cas d'Achard et Broca, l'opération pratiquée 6 semaines après l'apparition de la lésion décela une collection purulente dans le canal médullaire; dans ces deux faits, l'examen bactériologique fournit des cultures pures de bacille d'Eberth.

Notre cas est un nouvel exemple d'ostéite développée non dans la convalescence, mais dans le cours d'une fièvre typhoïde; la rapidité d'évolution de la lésion, sa disparition au moment de la défervescence, aussi bien que sa date d'apparition nous ont paru dignes d'être rapportées.

Ces faits qui s'écartent de la règle contribuent à compléter l'histoire naturelle déjà si curieuse de ces ostéites typhiques.

1. Ebermayer, Ueber Knochenerkrankungen bei Typhus (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1888-1889, p. 140).
2. Achard et Broca, Inflammations typhoïdiques du squelette; ostéomyélite et chondrite à bacille d'Eberth (*Gaz. hebd.*, 1895, p. 42).

Ostéopériostites multiples consécutives à la fièvre typhoïde; absence du bacille d'Eberth dans le pus,

Par MM. Tuffier et Widal.

Les observations d'ostéomyélites consécutives à la fièvre typhoïde avec présence de bacilles d'Eberth dans le pus, vont sans cesse en se multipliant. Le bacille d'Eberth peut se rencontrer dans le pus longtemps après le début de ces ostéomyélites dont l'évolution, comme l'un de nous l'a montré avec M. Chantemesse, peut se faire d'une façon froide et apyrétique, sous le masque d'une ostéopathie syphilitique ou d'abcès froids de la tuberculose.

Nous venons d'oberver chez un ancien typhique des ostéites multiples des tibias ayant suivi cette évolution et dont le pus, examiné 16 mois après le début de la maladie, ne contenait plus de microbes. Ce fait, en raison de sa rareté, nous a paru mériter d'être rapporté.

Notre malade a commencé à souffrir d'une fièvre typhoïde le 14 octobre 1894. La maladie fut de moyenne intensité, mais de longue durée et nécessita 2 mois de lit et 3 mois de convalescence. Un mois après sa sortie de l'hôpital, cet homme vit se développer une tuméfaction vers la partie moyenne interne du tibia gauche. Dans les premiers jours de son développement, cette tumeur fut extrêmement douloureuse; depuis cette époque, elle est toujours restée indolente.

Cette première périostite fut, à quelques jours de distance, suivie d'une seconde développée sur le même tibia, à 3 travers de doigt plus bas, puis d'une troisième, siégeant cette fois à la partie supérieure du tibia droit. Tandis que la périostite du tibia droit resta toujours identique à elle-même, sans augmenter de volume, celles du tibia gauche se ramollirent et s'abcédèrent.

A l'entrée du malade à la maison de santé en février 1896, ces 3 tumeurs présentaient l'aspect suivant :

Celle qui siège sur la partie supérieure du tibia droit offre la consistance d'ue hyperostose dure et présente l'aspect d'un segment d'ovoïde, long de 5 à 6 centimètres et large de 4 centimètres. Cette hyperostose est indolente, sauf en un point de la partie supérieure. Des deux tumeurs de la jambe gauche, la supérieure est grosse comme un œuf de poule, fluctuante, immobile sur le tibia, et son contour est limité par un petit rebord osseux que l'on sent sous la peau qui a conservé sa coloration normale. La tumeur inférieure, plus petite, présente les mêmes caractères. Ces abcès périostés ont évolué depuis plus d'un an, d'une façon chronique, sans fièvre et sans réaction, à la façon d'abcès froids.

L'incision de ces 2 abcès, faite le 9 février, donne issue à un pus jaune clair et huileux qui, ensemencé en grande quantité et en divers milieux, ne fournit de culture ni de bacilles d'Eberth ni d'aucun autre microbe.

Le 14 mars on incise une collection fluctuante du volume d'un haricot située au-dessus de l'hyperostose du tibia droit, on en extrait des parcelles de fongosité dont les ensemencements sont restés également stériles.

Le bacille d'Eberth peut vivre durant de longs mois dans le pus d'une ostéomyélite typhique et l'un de nous (1) a rapporté précédemment un cas où ce microbe existait encore dans le pus 18 mois après le début de la dothiénenterie. Sultan (2) a même

1. Chantemesse et Widal, Des suppurations froides consécutives de la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique (*Soc. méd. des hôp.*, 24 novembre 1893).
2. Sultan, Beitrag zur Kenntniss der post-typhœsen Eiterung (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 34, p. 675).

publié récemment une observation où le bacille d'Eberth fut retrouvé dans le pus d'une ostéite claviculaire 6 ans après l'évolution d'une fièvre typhoïde. Nous avons rapporté, d'autre part, un cas d'ostéite typhique costale ayant duré 10 ans, mais observé à une époque où l'on ne pratiquait pas encore de recherches bactériologiques (1). L'observation présente nous montre contrairement à la règle l'absence de bacilles d'Eberth dans le pus d'ostéites typhiques devenues processus éteints. Ce microbe avait, sans doute, fini par mourir dans le pus de ces ostéites datant de 16 mois, comme le pneumocoque meurt parfois dans le pus des suppurations post-pneumoniques.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 Mars 1896.

Tuberculose nosocomiale.

M. Kelsch s'associe aux réserves de MM. Jaccoud et Duguet. Il est loin de s'élever contre les données actuelles sur la contagion, mais il veut mettre en évidence le rôle des foyers latents dans l'auto-infection des tuberculeux. Dans les milieux militaires, il pense qu'il faut attribuer à cette auto-infection bien des cas trop aisément rapportés à la contagion. On isole, on réforme immédiatement les tuberculeux, on désinfecte tous leurs effets et literie, et malgré toutes les précautions prises, la fréquence de la tuberculose augmente dans l'armée, aussi bien en France que dans les autres pays. En réalité, on entre tuberculeux dans l'armée aussi souvent qu'on l'y devient. Les autopsies de sujets morts au régiment de maladies diverses démontrent qu'on trouve au moins 1 fois sur 3 de vieux foyers profonds et latents. Ces foyers sont dangereux, car ils contiennent des bacilles virulents, et, de là, part souvent, sous des influences variables, à l'occasion d'une infection intercurrente, une infection tuberculeuse aiguë ou chronique, lente ou généralisée. Mais d'où viennent ces foyers, dont il y a une trentaine d'années on montrait bien l'importance? Probablement de la première enfance; Landouzy, Cadet de Gassicourt, Müller, Kossel ont bien fait voir que ces foyers caséeux, enkystés et latents sont d'une grande fréquence à l'autopsie de bébés morts de lésions diverses. Il faut admettre, ceci n'a rien d'extraordinaire, que dans ces foyers les microbes restent latents, puis sous des influences variables infectent l'organisme.

Prophylaxie du paludisme.

M. Laveran rappelle que, depuis plusieurs années, il recommande le traitement préventif de la malaria par la quinine. Il y a des échecs, cela est certain, mais même alors il semble bien qu'on ait atténué la gravité du mal et que surtout on ait supprimé les accidents pernicieux. On a objecté que l'administration prolongée de la quinine cause la dyspepsie : les faits donnent à cette opinion un démenti formel; à dose de 0gr20 par jour, même pendant 6 mois, c'est plutôt un tonique. Enfin, quoi qu'on en ait dit, il n'y a pas besoin d'augmenter les doses à mesure que l'organisme s'habitue à cet agent thérapeutique.

La quinine agit en rendant le sang impropre au développement du parasite spécifique. Et les expériences de laboratoire montrent que la quinine tue les infusoires.

Le mode d'administration peut être réglé de deux façons : ou bien donner tous les jours une très faible dose, ou bien tous les deux jours une dose plus forte. La question n'est pas jugée : pour y parvenir, le procédé devra consister, dans une localité infectée, à diviser un corps de troupe en 3 groupes, un à qui on fera prendre de 0gr20 à 0gr30 par jour, un à qui on fera prendre de 0gr40 à 0gr60 tous les deux jours, enfin un groupe témoin qui ne prendra rien du tout.

M. Vallin partage les opinions de M. Laveran. Dans son rapport sur les instructions sanitaires à Madagascar, il a conseillé cette médication préventive : quoiqu'ait pensé M. Laborde, on n'a donc pas négligé ces instructions dans notre dernière expédition. Au Dahomey, M. Saint-Macary a séjourné pendant un an, dont 8 mois en pleine forêt vierge, et son observation réalise ce que demande M. Laveran : une compagnie a pu être soumise à partir du 1er mois au traitement préventif, et à partir de ce moment il n'y a plus eu d'accès pernicieux ; une autre compagnie, en terrain bien moins insalubre, n'a pas été soumise à ce traitement et a été beaucoup plus éprouvée.

M. Léon Colin proteste contre certaines assertions de M. Laborde. La supériorité du chlorhydrosulfate de quinine n'est pas tellement démontrée que le service de santé ait eu tort de ne pas le substituer aux anciens sels. En outre, comme vient de le dire M. Vallin, les instructions nécessaires ont été envoyées. Quant aux résultats de la médication préventive, il faut s'attendre à des divergences d'appréciation : dans une expédition de ce genre, la surveillance des hommes est bien difficile, la gravité des endémies dépend beaucoup des saisons. Ce qui est certain, c'est que le corps de santé a fait son devoir à Madagascar et a été à la hauteur de sa tâche si difficile.

M. Le Roy de Méricourt cite un travail de M. Lemoine dans le dernier numéro des *Archives de médecine navale*, et où l'auteur conclut contre cette action préventive.

Appendicite.

M. Panas, à propos de la théorie de la cavité close développée par M. Dieulafoy, rappelle des expériences qu'il a faites il y a une trentaine d'années lorsqu'il était prosecteur à l'Ecole pratique. Sur un intestin de poule attiré au dehors, il a constaté que la paroi ne laisse rien transsuder tant que la circulation des matières a lieu, tandis que l'osmose se produit dès que par une ligature on arrête ce cours.

Élection.

Sont nommés correspondants étrangers, 1re division :

1re place.

MM. Leuckart (Leipzig)	42 voix.	Élu.
Petrini (Galatz)	5	

2e place.

MM. Wardell Stiles (Washington)	34 voix.	Élu.
Petrini (Galatz)	10	
Coni (Buenos-Ayres)	1	

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 Mars 1896.

Fibromes calcifiés de l'utérus.

M. Pilliet rapporte l'observation d'une femme de cinquante ans environ, diabétique et atteinte d'épithéliome ulcéré et gangréné du sein droit. A cause de la gangrène, M. Tillaux opéra la malade, qui succomba quelques jours après l'intervention à une broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva une double broncho-pneumonie des bases et l'on constata en même temps l'existence de fibromes volumineux, entièrement calcifiés dont deux pariétaux du volume d'un œuf de dinde, et trois pédiculés. Deux de ces derniers avaient les dimensions d'un œuf de poule, le troisième celles d'une tête de fœtus.

Arthrite purulente à streptocoque.

M. Méry a isolé une variété de streptocoque très analogue au streptocoque de la gourme ; il inocula ce microorganisme à des lapins et provoqua *constamment* des lésions articulaires avec

1. Widal, Ostéomyélite costale ayant évolué dix ans à la suite d'une fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp.*, 15 décembre 1893).

suppuration de l'articulation et des tissus périarticulaires. Ce streptocoque présente encore ce caractère spécial : c'est que le sérum antistreptococcique de Marmorek n'a aucune action sur lui.

Abcès du foie.

M. Coustols rapporte l'observation d'un individu de vingt-six ans présentant au niveau de l'hypochondre droit une tumeur, prise primitivement pour un abcès froid du thorax. A l'opération on a constaté que la cavité remontait derrière les côtes. On diagnostiqua alors pleurésie purulente. A l'autopsie du malade, qui a succombé quelques jours après l'intervention, on trouva les plèvres et le poumon sains. Le foie, par contre, était farci de poches purulentes, et c'est une de ces poches qu'on avait ouverte au cours de l'intervention et dont la fistule persistait depuis l'ouverture. Un de ces abcès s'était rompu dans le péritoine et avait entraîné la mort.

Ulcérations tuberculeuses du duodénum.

M. Claude montre des préparations microscopiques provenant d'un cas de tuberculose intestinale avec ulcérations le long de l'intestin grêle. Au niveau de la première portion du duodénum, il y avait sept à huit ulcérations. Toute la muqueuse et la musculeuse sont infiltrées de cellules rondes. Pas de follicules tuberculeux, pas de cellules géantes, mais un très grand nombre de bacilles de Koch.

Tuberculose du cœur.

M. Labbé rapporte deux cas de tuberculose du myocarde chez les enfants.

Dans le premier cas, il y avait une tuberculose généralisée à tous les organes, avec symphyse cardiaque totale, tuberculose de la paroi myocardiaque par des follicules tuberculeux et des cellules géantes. L'endocarde était sain.

Le second cas est celui d'un enfant mort de broncho-pneumonie tuberculeuse. Sur le bord gauche du ventricule gauche existait un petit point jaune, pris pour un abcès, pour une lésion tuberculeuse comme le montrait la présence de nombreux bacilles de Koch.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 Mars 1896.

Effets de la glande pituitaire chez les animaux, l'homme sain et épileptique.

MM. Mairet et **Bosc** ont constaté que l'administration de la glande pituitaire, en injection sous-cutanée ou en ingestion, provoque chez les animaux de la diarrhée, de l'albuminurie, de l'amaigrissement. Chez l'homme sain, elle produit des malaises, de la fièvre, de la fréquence du pouls, de l'abattement, une augmentation des phosphates et de l'urée dans l'urine; tous ces phénomènes disparaissent au bout de 24 à 48 heures. Chez l'épileptique, les attaques ne sont pas influencées et semblent même plus fréquentes. L'ingestion répétée produit d'une façon constante des accès délirants avec agitation, propres aux épileptiques.

Formation de sucre dans l'organisme diabétique.

M. Contejean a fait une série d'expériences sur des chiens qu'il soumettait au jeûne prolongé et rendait ensuite diabétiques par l'administration de phloridzine. En dosant ensuite le sucre et l'azote total de l'urine de 24 heures, il a constaté que la quantité d'albumine brûlée ne suffisait pas pour fournir la quantité de sucre formé. Il conclut donc de ce fait qu'une grande partie de sucre se forme aux dépens des graisses de l'organisme.

Bronchite membraneuse chronique.

M. Paul Claisse. — La nature des bronchites membraneuses n'est pas encore complètement élucidée. On connaît bien les formes aiguës diphthériques et pneumococciques, mais on ignore encore la nature des formes chroniques.

J'ai analysé dans le laboratoire du professeur Landouzy un cas de ce genre, dont l'histoire a été relatée par M. Huchard.

L'ensemencement à 10 reprises de diverses portions de fausses membranes donne de nombreuses colonies de streptocoques. Ceux-ci, inoculés à la souris et au lapin, se montrent très peu virulents; des morceaux de membranes, inoculés à divers animaux (lapin, cobaye, souris) sont sans effet pour ces 2 dernières espèces et produisent chez le lapin un léger érythème dans la sérosité duquel se trouvent des streptocoques.

Sur les coupes, les microbes font totalement défaut dans un grand nombre de préparations; un gros amas de streptocoques se voit sur une des coupes, dans l'épaisseur même de la fausse membrane.

Les fragments de membranes introduits dans les bronches de 2 lapins, au moyen du dispositif décrit ici même (26 octobre 1895), ne reproduisent pas de membranes.

La nature streptococcique de cette bronchite étant établie, il était logique d'essayer la sérothérapie antistreptococcique. Du 29 décembre au 20 février, 9 flacons de sérum de Marmorek furent injectés. Les fausses membranes devinrent peu à peu moins abondantes, l'oppression disparut. Depuis plusieurs années, la malade ne s'était jamais trouvée longtemps en aussi bon état. Cet état s'est maintenu pendant 1 mois, jusqu'à la sortie de la malade. D'après ce que l'on sait de l'effet des sérums thérapeutiques, on n'est pourtant pas en droit de considérer la guérison comme définitive.

Ce résultat thérapeutique confirme les conclusions de l'enquête bactériologique : ce cas de bronchite membraneuse chronique peut être considéré comme une streptococcie chronique des voies respiratoires.

Paralysie ascendante aiguë, causée par le streptocoque.

M. Remlingen, aide-major, communique l'observation d'un jeune sous-officier, récemment impaludé à Madagascar et qui entra au Val-de-Grâce dans le service de M. le Dr Richard, pour une paraplégie survenue la veille, brusquement. Une maladie de Landry évolua, absolument typique. La mort survint au milieu de symptômes bulbaires, 11 jours après le début de la paraplégie. A l'autopsie, la moelle présentait simplement un peu de congestion au niveau des cornes antérieures. Des ensemencements de substance nerveuse prélevée à différents niveaux donnèrent des cultures pures de streptocoque, abondantes surtout dans la région cervicale. Les caractères de culture de ces streptocoques et leur aspect au microscope paraissaient devoir les faire ranger dans la classe du streptocoque à longues chaînes de Lengelsheim. Néanmoins, ils ne se sont pas montrés pathogènes pour le lapin. Sur des coupes de moelle traitées par la méthode de Nisse, on retrouva ces microbes dans la région cervicale. Ils siégaient exclusivement dans les intervalles des grandes cellules des cornes antérieures. Celles-ci présentaient sur un grand nombre de points une rupture de leurs prolongements, lésion signalée déjà dans la maladie de Landry, par M. Marinesco, par MM. Ballet et Dutil. On notait de plus une inflammation assez vive des vaisseaux du sillon antérieur et des ramifications qu'ils envoient dans les cornes antérieures en même temps qu'une quantité exagérée de globules blancs dans ces vaisseaux. On n'a pas constaté la présence d'hématozoaires. Le rôle du streptocoque paraît bien net dans ce cas. Le paludisme a agi simplement en diminuant la résistance du sujet.

Sérothérapie dans l'alcoolisme.

M. Toulouse. — J'ai eu l'idée de faire pour les intoxications ce qu'on a déjà fait pour les infections, c'est-à-dire de rechercher des sérums doués de qualités antitoxiques. Partant de cette idée que certaines maladies infectieuses, la variole par

exemple, en se développant chez un sujet, rendaient les humeurs réfractaires à une nouvelle atteinte du poison varioleux, j'ai pensé que l'intoxication à haute dose par l'alcool devait éveiller une défense de l'organisme et peut-être la sécrétion de produits capables de s'opposer d'une manière quelconque à l'action de ce toxique. Il était intéressant de rechercher si le sérum d'un animal fortement alcoolisé pouvait manifester ces qualités biologiques.

J'ai fait absorber à 2 chiens 40 grammes d'alcool éthylique par jour durant une semaine. Après quoi je les ai saignés et ai recueilli leur sérum, que j'ai employé sur un individu atteint de délire alcoolique aigu avec tremblement même parfois et délire hallucinatoire violent. En 24 heures, et en 3 fois, j'injectai 24 centimètres cubes de sérum. Dès le lendemain, 18 heures après une première injection, la fièvre tombait et le malade calme redevenait lucide.

Je poursuis actuellement des recherches pour savoir si mon sérum a agi en tant que sérum anti-alcoolique ou en tant que sérum quelconque; si, dans le premier cas, il faut immuniser des animaux au point de les rendre réfractaires à des doses toxiques d'alcool, ou si pour cela il ne vaudrait pas mieux rechercher l'immunisation alcoolique par l'emploi des petites doses élevées progressivement.

Sur le processus d'élimination de la chaux chez les rachitiques.

M. Œschsner de Coninck. — Il résulte de l'examen et de la comparaison des nombres fournis par plus de cent analyses d'urine, que l'élimination de la chaux, chez les enfants rachitiques, est tantôt faible, tantôt forte, et peut atteindre certaines limites qu'elle dépasse rarement : par litre d'urine, le poids de chaux éliminé a été trouvé compris entre 35 et 104 milligrammes.

M. Weiss montre que le courant continu traversant les muscles peut produire des lésions sur tout son parcours. Cet effet ne s'obtient jamais avec les courants alternatifs. Des courants trop intenses, ou des courants faibles, mais prolongés, peuvent être très nuisibles aux tissus, le courant ascendant est d'ailleurs plus actif que le courant descendant. Les faits cités à l'appui de ce phénomène consistent en résultats expérimentaux obtenus sur la grenouille et le cobaye et en une observation d'atrophie musculaire chez l'homme à la suite d'accident.

M. Sadowsky fait une communication sur la névrite expérimentale par compression.

MM. Dastre et **Floresco** font : 1° une communication sur l'influence de la gélatine sur la coagulation du sang; 2° une communication sur l'action anti-coagulante des propeptones.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 Mars 1896.

Pyélonéphrite et pyonéphroses.

M. Bazy revient, à propos de la récente communication de M. Routier (voir *Gazette*, 1896, n° 23, p. 27), sur la question des pyonéphroses pour exposer brièvement ses idées sur la pathogénie et le traitement de cette affection. Le rein peut, d'après lui, s'infecter de deux façons : par la voie ascendante, par propagation d'une infection uréthrale ou vésicale à travers les uretères. Cette voie, considérée longtemps comme la plus fréquente, presque unique, est rare, bien que les expériences de Lewin et Goldschmidt aient montré la possibilité de reflux de l'urine de la vessie dans les uretères. Ces auteurs ont vu l'urine monter jusque dans le bassinet. M. Bazy, qui a refait ces expériences, a vu l'urine monter seulement de quelques centimètres dans les uretères.

Le plus souvent le rein s'infecte par la voie hématogène, par le sang qui lui apporte des microorganismes. Dans certaines conditions, ces microbes ne sont pas éliminés, c'est ce qui est arrivé chez les malades de M. Routier où l'on peut incriminer l'action réflexe du froid dans un cas, la compression de l'uretère par l'utérus gravide dans un autre.

Comme traitement, M. Bazy est partisan de l'incision lombaire. Si le rein est tant soit peu conservé et l'uretère perméable il faut se garder de faire la néphrectomie, et, d'une façon générale la néphrectomie primitive ne doit être faite que dans des cas tout à fait exceptionnels. Pour la néphrectomie, la voie abdominale, qui est la voix de choix pour les néoplasmes rénaux, n'est pas plus difficile par la voie lombaire.

M. Peyrot, sans vouloir entrer dans la discussion des avantages respectifs de ces deux voies, tient toutefois à protester contre la dernière assertion de M. Bazy.

M. Routier connaît fort bien les deux voies d'infection du rein, et s'il a insisté sur l'obscurité étiologique de la pyonéphrose chez ses deux malades c'est que justement le mécanisme de l'infection n'était pas clair chez eux.

Récemment il a eu l'occasion de faire la néphrotomie chez une prostatique à vessie infectée chez lequel il survenait de temps en temps des décharges purulentes. Après que la vessie eût été aseptisée par un traitement approprié, M. Routier opéra dans l'idée de trouver une pyonéphrose gauche. Le rein fut trouvé absolument sain, si bien que la plaie fut fermée séance tenante. Or, depuis cette époque, depuis près de 2 mois, le malade n'a pas une une seule goutte de pus dans son urine. Pourquoi et comment, M. Routier ne saurait le dire.

M. Bazy croit que le malade de M. Routier avait une coudure de l'uretère, qui a été redressée au cours de l'opération. Du moins telle était la disposition chez un malade opéré par M. Bazy et qui présentait les mêmes phénomènes que le malade de M. Routier.

Extirpation abdomino-périnéale du cancer du rectum.

M. Quénu fait un rapport sur une nouvelle méthode d'extirpation du cancer du rectum, proposée par **M. Gaudier** (de Lille).

Le procédé décrit par M. Gaudier doit dans son idée s'appliquer soit au cancer haut placé, atteignant les confins de l'S iliaque, soit au cancer qui envahit tout le rectum depuis l'anus jusqu'à 15 centimètres au-dessus. Pour ces cas, M. Gaudier décrit un procédé consistant, d'une part, dans la formation d'un anus iliaque définitif, et, d'autre part, dans l'extirpation totale de tout le rectum et d'une portion de l'S iliaque. L'opération est abdomino-périnéale, suivant l'expression de M. Gaudier, parce que les manœuvres d'extirpation s'accomplissent successivement par le ventre ouvert et par le périnée. Le premier temps est essentiellement abdominal : on commence par faire une laparotomie médiane, le malade étant placé dans la position inclinée de Trendelenburg. Le ventre ouvert, la main se dirige immédiatement en arrière dans le petit bassin, reconnaît le rectum, le suit en remontant et ramène dans le champ opératoire la partie culminante de l'oméga iliaque.

On procède alors, après avoir garni de compresses la cavité abdominale, à la section du gros intestin. Pour cela, l'S iliaque ayant été attirée au dehors, on perfore son mésentère avec une aiguille armée d'une forte soie et on pratique une double ligature de l'intestin en laissant un intervalle de 4 centimètres entre les deux fils. Une mèche de gaze, introduite par la brèche mésocolique avant la section intestinale est destinée à recueillir les quelques gouttes de liquide septique qui pourraient s'écouler de la minime portion d'intestin en aval de la ligature. L'intestin sectionné, chaque tranche est oblitérée par une nouvelle ligature et coiffée d'une pièce de gaze iodoformée. Un aide tient, dans l'angle supérieur de la plaie, le bout supérieur; un second aide tient le bout inférieur dans l'angle inférieur. Ce dernier porte fortement en avant contre la paroi abdominale le fil qui tient le bout inférieur, il tend de la sorte et étale le mésocôlon; cette manœuvre permet soit d'appliquer un clamp sur ce mésocôlon, soit de le lier de haut en bas le plus loin possible; en avant, on peut déjà inciser le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-rectal.

Ces temps accomplis, le malade est mis dans la position de la taille; le doigt intra-rectal étant garni d'un gant en caoutchouc, on circonscrit, par une incision circulaire, l'anus qu'on a étreint avec une forte soie. Ensuite on décolle en avant le rectum, et on rejoint le cul-de-sac vésico-rectal qui a été déjà incisé. Latéralement on coupe les releveurs. En arrière, le rectum tient encore par

l'extrémité inférieure de son méso et quelques brides vasculaires. On libère et on prend le bout dans un clamp courbe; ou bien, on fait des ligatures. Tout le gros intestin jusque et y compris une compris une partie de l'anse oméga est enfin descendu par la plaie périnéale. Reste le temps de réparation. Le bout supérieur de l'anse oméga est placé dans l'angle inférieur de la plaie et fixé par quelques points de suture, toujours muni de sa ligature qui doit demeurer 24 ou 36 heures. La plaie périnéale est réunie entièrement.

Les avantages qu'aurait ce procédé seraient la possibilité d'extirper complètement le cancer intestinal avec les ganglions, d'accomplir cette extirpation aseptiquement, sans amener le shock opératoire à cause de sa rapidité; et sans les délabrements osseux nécessités par l'opération de Kraske.

L'opéré de M. Gaudier est mort au 5e jour.

L'idée d'enlever le rectum par une voie mixte ne paraît pas à M. Quénu irrationnelle; elle reculerait à coup sûr l'opérabilité de certains cancers haut placés. M. Quénu modifierait pourtant l'opération de M. Gaudier en substituant la libération inférieure par la voie sacrée à la libération par la voie périnéale, et il terminerait par le temps abdominal au lieu de commencer par lui.

M. Nélaton qui a eu aussi l'idée d'une intervention analogue a trouvé que le placement des sutures, le clamp une fois mis, est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible.

M. Chaput présente les pièces provenant d'une femme à laquelle il a fait un gastre-entérostomie avec le bouton de Chaput.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 Mars 1896.

Les lésions de l'estomac dans l'anémie pernicieuse et progressive.

M. Hayem a observé récemment deux cas d'anémie pernicieuse primitive chez une femme de 60 ans et une autre de 33 ans. A l'autopsie on trouva chez la première une altération profonde de la muqueuse gastrique décrite sous le nom d'atrophie gastrique. Chez la seconde des lésions de gastrite mixte, dégénérative par place, proliférative en d'autres; les glandes étaient conservées, et il n'y avait pas d'atrophie gastrique.

Ces deux faits montrent qu'il n'est pas possible d'attribuer l'anémie pernicieuse à une lésion spéciale de l'estomac.

D'un autre côté, il est certain que les lésions de l'estomac peuvent, à une certaine période, provoquer la déglobulisation, comme M. Hayem l'a récemment constaté chez deux malades atteints de gastrites graves. Chez tous deux la lésion stomacale était la seule cause qu'on pût invoquer pour expliquer la déglobulisation très active chez eux.

M. Ménétrier a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux malades ayant succombé à une anémie pernicieuse progressive typique. L'estomac était absolument sain.

Aphasie urémique.

M. Rendu a récemment observé un cas montrant que l'intoxication urémique qu'on suppose habituellement généralisée, peut dans certaines circonstances, se localiser et exercer son action sur un seul organe.

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui fut frappé subitement, le 24 mai dernier, d'une attaque apoplectiforme. Après la disparition du coma on trouva une aphasie accompagnée de monoplégie brachiale droite. Les urines renfermaient des traces d'albumine mais comme il existait en même temps un léger degré d'athérome aortique on diagnostiqua une embolie partie du cœur gauche.

Quinze jours plus tard, sans cause connue, le malade fut pris d'une dyspnée intense avec oligurie et urines fortement albumineuses. L'auscultation des poumons donna des résultats absolument négatifs. Il s'agissait donc d'une dyspnée toxique, d'ordre urémique. Une saignée de 200 grammes amena, en effet, la diminution des accidents dyspnéiques et ceux-ci disparurent bientôt sous l'influence d'injections répétées de sérum artificiel et de l'ingestion de lactose.

M. Rendu pense donc que la monoplégie brachiale et l'aphasie attribuées à l'embolie étaient également des manifestations urémiques. Du reste cette aphasie s'améliora en même temps que la diurèse s'établissait et que l'albumine diminuait, et disparut complètement quand les fonctions rénales se rétablirent tout à fait.

M. Hanot a observé plusieurs cas tendant à prouver que dans certains cas l'aphasie est produite par l'action directe des microbes ou de leurs toxines sur les centres nerveux. Il est vraisemblable que toutes les intoxications peuvent agir de même. L'explication qu'a donnée M. Rendu est donc très acceptable dans le cas qu'il a observé.

M. Duflocq a observé un cas d'aphasie passagère chez un cholérique à l'autopsie duquel on ne trouva aucune lésion anatomique de ces régions correspondantes.

Ictère grave dans un cas de cancer.

M. Hanot rapporte l'observation d'une femme qui au cours d'un cancer du foie fut emportée par un ictère grave ayant évolué avec une température de 40°-41°. L'examen du sang montra la présence des streptocoques.

Ce fait montre donc une fois de plus qu'à côté d'ictère grave hypothermique, à coli-bacille, il existe un ictère grave hypothermique à streptocoques.

M. F. Widal. — Voir page 315.

MM. Tuffier et **Widal.** — Voir page 315.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 9 Mars 1896.

Simulation d'amblyopie double.

M. de Beauvais rapporte l'observation d'un détenu qui s'est présenté à sa visite, conduit par un surveillant, pour une cécité datant de la nuit précédente et qui se serait produite dans les conditions suivantes : il regardait, au cours d'un orage, les éclairs, quand tout d'un coup tout redevint obscur pour lui, bien que le tonnerre se fît toujours entendre; il crut que les éclairs avaient pris fin et se rendormit. A son réveil il ne voyait plus le jour et, dans son désespoir, appela alors un gardien et demanda à être conduit à la visite.

L'œil ne présentait aucune trace apparente d'inflammation; les pupilles, un peu contractées, se dilataient dans l'obscurité. Vésicatoire à la nuque, friction avec liniment à la strychnine.

Le malade fut soumis à l'examen de M. Trousseau et de M. Dehenne qui reconnurent l'intégrité du fond de l'œil et la persistance des réflexes pupillaires. Ils firent remarquer que l'on ne connaissait dans la science aucun fait d'amaurose dû à la lumière de l'éclair, et conclurent à la simulatiou,

Le sujet de cette observation fut, pendant les six mois de sa détention, soumis jour et nuit à une surveillance constante; il ne put être pris en faute qu'une fois, où il s'adressa directemen au directeur de la prison, dont il aurait dû ignorer la présence.

Le but de cette simulation était d'obtenir la levée d'une inter diction de séjour. Du reste, à sa sortie de prison, cet individ se rendit tout seul dans la Nièvre.

M. Valude fait remarquer que lorsqu'il y a des mouvements pupillaires sous l'influence de la lumière, il peut pas y avoir cécité absolue. Dans le cas particulier la simu lation n'est pas douteuse.

Les traumatismes de l'œil.

M. Valude fait un rapport sur un travail de **M.** (de Lille) relatif aux traumatismes de l'œil au point de vi médico-légal. Dans ce travail M. Baudry envisage princi ment des plaies anciennes et les cicatrices de la région sourci lière ou péri-orbitaire en général qui produisent souvent troubles consécutifs consistant en névralgies, en amblyopiques, etc. Comme pathogénie de ces nerveuses, il se demande si ces troubles doivent être mis sur

compte de l'hystéro-traumatisme ou d'une névrite par propagation. M. Baudry, qui a observé la disparition de ces symptômes à la suite de la section de nerfs enclavés dans la cicatrice accepte la seconde hypothèse. Mais M. Valude ne croit pas que cette opinion puisse s'appliquer à tous les cas de ce genre, car il en est un nombre considérable qui résistent à ce traitement.

A cette occasion M. Valude insiste sur la bénignité, toute relative assurément mais réelle vis-à-vis des complications septiques, des accidents de chasse portant sur l'organe de la vision. (Voir *Gaz. hebd.* 1896, p. 211, le résumé de la thèse de Valois.)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 Mars 1896.

Les dangers du vésicatoire.

M. Ferrand trouve que l'on va trop loin dans la condamnation du vésicatoire et qu'en réalité, dans la séance précédente (voir *Gaz. hebdom.*, 1896, n° 23, p. 274), on n'a montré ni son inutilité ni ses dangers.

Pour M. Ferrand, le vésicatoire n'est pas inutile, si l'on veut considérer qu'il fait cesser la douleur, provoque des modifications dans les territoires vasculaires qu'il congestionne ou ischémise. Il ne faut pas oublier qu'il active la nutrition, provoque une néoformation de phagocytes et que ses principes amènent l'atrophie, la résolution des tissus sous-jacents, la disparition de la graisse.

Quant à ses dangers, il n'en comporte pas plus que les autres agents thérapeutiques mal employés; la création d'une plaie, porte d'entrée éventuelle d'une infection, peut être évitée par la conservation de l'épiderme ou par l'ouate aseptique qui peut protéger les surfaces mises à nu.

Reste la néphrite. M. Ferrand ne l'a jamais observée, et il pense même que les accidents notés dans l'observation de M. Huchard peuvent être rapportés à la constipation de 15 jours de sa malade. On sait du reste que les néphrites éclatent parfois brusquement, sans cause connue, et dès lors on peut se demander dans ces cas s'il n'y a pas simple coïncidence entre la néphrite et le vésicatoire.

Le vésicatoire cantharidé a naturellement ses dangers, mais ces dangers sont ceux de tous les diurétiques. A faible dose, il excite l'excrétion urinaire; à dose élevée, il provoque des congestions rénales parfois graves, voire même des dégénérescences des épithéliums du rein. Il est donc contre-indiqué chez les artério-scléreux ou chez les malades atteints d'une affection rénale.

M. Huchard fait observer que si chez sa malade il existait des accidents stercorémiques, elle n'en est pas moins un exemple éclatant des dangers du vésicatoire puisque sans lui, les accidents urémiques ne se seraient sûrement pas produits.

M. Huchard ne proscrit pas la vésication en général, mais il reste adversaire du vésicatoire à la cantharidine qu'on ne doit jamais utiliser dans les affections infectieuses, car il ferme le rein et surajoute aux toxines à éliminer d'autres principes toxiques. En outre, on doit prescrire le vésicatoire dans les néphrites, les cardiopathies, chez les vieillards et chez les enfants.

M. Mathieu pense que le vésicatoire peut toujours être remplacé avantageusement par les bains froids, les ventouses, le chlorure de méthyle, la farine de moutarde, etc., qui laissent la peau intacte, évitent la douleur, font une révulsion aussi intense, aussi fréquemment renouvelée qu'on le désire.

M. Le Gendre est un adversaire du vésicatoire, et la discussion qui a lieu, montre en plus que l'on ne sait même pas au juste si avec le vésicatoire on recherche la douleur ou la vésication. Ce qu'il sait c'est que chez les enfants dont la bronchopneumonie a été traitée par des vésicatoires il est impossible d'avoir recours à la balnéo-thérapie ou à l'hydrothérapie quand l'indication s'en présente.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Octobre 1895 à Février 1896.

Opothérapie thyroïdienne.

M. Spillmann relate l'observation d'une jeune fille de vingt ans atteinte de *psoriasis généralisé traité* d'abord localement par la traumaticine et l'acide chrysophanique, puis *par les injections hypodermiques de liquide thyroïdien*, médication déjà étudiée par Thibierge au Congrès de Bordeaux et qui lui a donné des succès. Ici les résultats ont été véritablement extraordinaires, en ce sens que le psoriasis a disparu à vue d'œil d'une séance à l'autre et qu'il ne reste plus aujourd'hui que quelques macules. La malade, sans être guérie, a été nettoyée d'une façon étonnante.

M. Vautrin a traité par l'ingestion de corps thyroïde trois cas de psoriasis généralisé non syphilitique. Chez l'un des malades, à qui il fit manger du corps thyroïde de mouton, il obtint pendant quinze jours une amélioration qui ne se maintint pas; chez les deux autres malades, l'ingestion de corps thyroïde de veau ne produit aucun effet et l'on dut recourir au traitement par l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, etc.

M. Haushalter rapporte l'histoire d'un idiot de six ans, de développement physique normal, observé à la clinique des enfants durant l'été dernier, chez lequel, en même temps qu'une absence ou en tous cas une atrophie du corps thyroïde, existait une pâleur cireuse des téguments, avec bouffissure de la face, épaississement et sécheresse de la peau des jambes. Dans les urines de ce petit malade, M. Guérin décéla une nucléo-albumine de nature particulière, inconnue dans les urines albumineuses. M. Haushalter, ayant diagnostiqué une *forme fruste de myxœdème spontané*, soumit le petit malade au traitement thyroïdien. Du 15 juin au 8 juillet, l'enfant absorba chaque jour un corps thyroïde de mouton. Huit jours après le début du traitement, la bouffissure de la face et la sécheresse de la peau des jambes avaient diminué; au moment où le traitement fut suspendu l'œdème avait disparu, la peau avait perdu son teint blafard, la nucléo-albuminurie avait cessé; le poid de l'enfant avait diminué d'un kilog. Durant tout le temps que fut continué le traitement thyroïdien, on ne nota aucun accident; la température demeura normale, le pouls seul s'accentua de dix pulsations en moyenne à la minute. L'état intellectuel de l'enfant ne subit pas de modification.

M. G. Etienne a eu l'occasion d'employer les injections de liquide thyroïdien dans deux cas de maladie de Basedow.

Dans le premier, il s'agit d'une blanchisseuse âgée de 32 ans, dans les antécédents familiaux de laquelle on ne relève que l'histoire d'un neveu atteint de myxœdème et récemment décédé. Sa santé avait toujours été excellente lorsqu'en 1895 elle commença à éprouver de violentes palpitations cardiaques pour lesquelles on lui administra de la digitale. Les palpitations s'exagérèrent, se compliquèrent de bouffées de chaleur; à ce moment également (mars), suppression brusque et totale des règles, sans motif appréciable; excitation nerveuse depuis le mois d'avril; en mai, elle s'aperçut que son cou augmentait de volume.

M. Etienne voit pour la première fois cette malade le 20 octobre. C'est une femme d'assez petite taille, cependant bien constituée, en proie à une agitation continuelle, ne pouvant tenir en place, présentant des idées bizarres, idées de suicide, tristesse, pleurs, tremblement caractéristique des doigts; palpitations et bouffées de chaleur; tachycardie (100 à 110 pulsations), bruits très frappés, inégaux, irréguliers, enchevêtrés. — Au côté droit du cou existent deux nodules du volume d'une noix, saillants; circonférence du cou 35 centimètres. — Le 6 novembre, première injection de 1/2 centimètre cube de liquide thyroïdien de Jacquet, au 1/10; 1/2 centimètre cube le 7; puis en moyenne 1 centimètre cube tous les 2 jours. — D'une façon générale, dans les premiers jours qui suivent chaque injection, les palpitations et les bouffées de chaleur sont beaucoup plus violentes, puis le calme renaît, la nuit et la journée du lendemain sont bonnes jusque dans la soirée; l'état d'excitation reparaît ensuite. — A la suite d'une indisposition indépendante, on suspend pendant 10 jours le traitement. — Après la 6ᵉ injection, la malade se présente en se disant complètement guérie; les règles, arrêtées depuis 8 mois, sont revenues la veille, dans des conditions absolument normales; il n'y a plus de bouffées de chaleur; les palpitations ont beaucoup diminué d'intensité. Circonférence du cou : 34 centimètres. A partir de ce moment, elle prend tous les 2 jours un tube de 1 centimètre cube de liquide dans du bouillon, 1/4 d'heure avant le repas de midi. L'état resta excellent pendant 2 jours, mais le traitement par les voies digestives ne maintint pas complètement l'amélioration; les règles ne reparurent pas le

mois suivant, et, le 25 novembre, la malade venait demander une nouvelle série d'injections hypodermiques. A l'époque voulue, les menstrues revinrent de nouveau et l'état se maintient, en somme, dans des conditions satisfaisantes.

La deuxième observation est celle d'une jeune femme de 30 ans, atteinte d'une forme moins accentuée, caractérisée par de la tachycardie transitoire avec palpitations et bouffées de chaleur, survenue depuis 18 mois, et par l'apparition depuis 7 mois d'un goître assez volumineux, situé surtout du côté droit, de consistance très dure. Circonférence du cou 36 centimètres. — La malade est soumise d'abord au traitement iodé interne pendant 3 semaines; au bout de ce temps, le goître a augmenté de volume, la circonférence du cou est de 37 centimètres. — Une première injection hypodermique de 1/2 centimètre cube de liquide de Jacquet est pratiquée le 12 octobre, suivie le lendemain d'une nouvelle injection de 1/2 centimètre cube, puis de 1 centimètre cube tous les 2 jours. Le 19, après la 5e injection, la consistance du goître est beaucoup moins dure; la circonférence du cou, à 35 cent. 5, a diminué de 1/2 centimètre. — Après 6 injections, on les suspend, en prescrivant une série de 10 tubes par voie digestive, un tube tous les 2 jours, dans un peu de bouillon; mais après l'absorption de 5 tubes, la malade constatant l'état stationnaire de l'amélioration, vient demander la reprise des injections. A ce moment, la circonférence du cou est restée à 35 cent. 5, la consistance du goître est plus dure. — Cinq injections du 5 au 13 novembre. Le 15, le cou ne mesure plus que 34 cent. 5. Le 13 décembre, l'amélioration s'est maintenue; la malade, quitte Nancy, et continuera son traitement par l'emploi des pastilles de corps thyroïde.

On ne peut tirer de conclusion ferme basée sur 2 cas seulement; cependant, si un certain nombre de faits analysés venaient s'adjoindre à ceux déjà signalés par Voisin et par plusieurs auteurs allemands, ils pourraient donner à penser que la maladie de Basedow n'est pas simplement le résultat d'une hyperthyroïdisation, mais bien d'une déviation de la sécrétion thyroïdienne avec diminution de la sécrétion d'un élément différent de celui dont la diminution détermine le myxœdème et, dans les deux cas, devant être restitué à l'organisme.

M. Spillmann a également essayé le traitement de la maladie de Basedow par le suc thyroïdien. Il n'a obtenu que de mauvais résultats, amaigrissement du malade, augmentation des palpitations. Le traitement a dû être suspendu.

Hernie crurale de la vessie.

M. Frœlich développe sur la *hernie crurale de la vessie* les considérations suivantes :

L'attention des chirurgiens s'est portée dans ces dernières années avec une certaine insistance sur les hernies de la vessie, les cystocèles inguinales surtout, et cela principalement à cause des accidents mortels occasionnés par la blessure de cet organe pendant l'opération de hernie étranglée compliquée de cystocèle. — Les travaux de Guelliot (de Reims), de Lejars, de Guépin, du professeur Berger, de J. Bœckel, la thèse de Bourlon, ont signalé un grand nombre d'observations de cystocèles inguinales en France, pendant qu'en Allemagne Mandry et Asse étudiaient les mêmes faits.

La hernie crurale de la vessie est au contraire beaucoup plus rare, et si nous nous en tenons au dernier travail publié par Berger, nous voyons que le nombre de cas relatés dans la littérature ne s'élève qu'à cinq.

Je viens y ajouter une nouvelle observation de hernie crurale de la vessie.

Il s'agit d'une femme qui entra dans le service de M. le professeur Heydenreich, au mois de septembre dernier, avec des phénomènes d'étranglement herniaire. Cette malade, âgée de 34 ans, portait une hernie crurale droite depuis 4 ans sans en être incommodée. Depuis 36 heures la hernie s'était étranglée avec tout le syndrome classique de cet accident : absence de selles et de gaz, vomissements, tension et douleur au niveau de la hernie. Celle-ci avait le volume d'un œuf de poule. J'opérai séance tenante. — L'intestin grêle seul se trouvait dans le sac, il était déjà fortement congestionné, le sillon très marqué. Je fis le débridement directement en haut. — Après lavage de l'intestin au sublimé et réduction dans le ventre, j'explorai avec le doigt l'anneau herniaire et je trouvai dans la paroi interne du collet et du sac un épaississement mollasse du volume et de la forme du pouce, renforçant et blindant pour ainsi dire le sac. Pour faire la cure radicale de la hernie, je décollai le sac herniaire, et je le séparai d'avec cette masse oblongue. C'était d'abord du tissu adipeux, puis ensuite un tissu plus rosé, plus mou, que je reconnus bientôt être du tissu musculaire. — Dans les efforts nécessaires pour décortiquer le sac, un certain nombre de ces fibres musculaires furent déchirées, et je vis faire hernie à travers l'orifice ainsi pratiqué un kyste transparent du volume d'une noix. Ce kyste, j'en reconnus immédiatement la nature, c'était la muqueuse vésicale. J'avais attiré quelques semaines auparavant, dans un travail sur la cystotomie, l'attention sur la laxité des rapports entre la tunique musculaire et la muqueuse vésicale, laxité telle qu'il arrive, lorsqu'on ponctionne la vessie pendant la taille sus-pubienne que le muscle vésical seul soit perforé, tandis que la muqueuse est refoulée. Dès que vous retirez le bistouri à travers la boutonnière que vous venez de créer, la muqueuse vésicale vient faire hernie sous forme d'un kyste transparent, de couleur brunâtre et plus ou moins volumineux. — Je me trouvais donc en présence, dans l'opération que je vous rapporte, d'une hernie de la vessie reconnue à temps, avant la perforation totale de l'organe. Je fermai l'orifice musculaire par quatre fils de soie et je réduisis l'organe en laissant adhérent à la vessie le péritoine. — Je terminai la cure radicale et, ne pouvant lier le collet de la hernie, je le fermai par la suture. Je plaçai un drain à l'angle interne de la plaie; trois jours après je l'enlevai, et au bout de dix jours la malade rentrait chez elle parfaitement guérie. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération il fallut pratiquer le cathétérisme vésical. En interrogeant la malade sur ses antécédents, après l'intervention, je ne découvris aucun symptôme qui eût pu faire songer à la hernie de la vessie. — Pendant l'étranglement, rien non plus ne vint attirer l'attention sur la miction.

Cette observation m'a semblé instructive à plus d'un titre :

Tout d'abord à cause de la rareté des cystocèles crurales; ce cas serait le sixième cas observé, si je ne m'abuse.

Puis au point de vue plus général des hernies de la vessie dans l'aine. Il nous a été possible de reconnaître la vessie avant de l'avoir perforée complètement. Or, le plus souvent, il arrive que non seulement on ne la reconnaît pas avant de la perforer, mais même encore lorsqu'elle a été largement ouverte. — Je fus témoin d'un cas de ce genre à l'hôpital Saint-Antoine. Un des chirurgiens distingués de Paris fit une kélotomie inguinale chez un homme de 40 ans. Il trouva au côté interne de la hernie un deuxième sac recouvert de péritoine, l'ouvrit, n'y trouva qu'un peu de liquide, le lia, et le réduisit. Le malade mourut trois jours après de péritonite. — A l'autopsie, à laquelle j'assistai, on trouva que le second sac était la vessie. La ligature n'avait évidemment pas été suffisante pour fermer la brèche, le malade avait uriné dans son péritoine.

Le mécanisme de la production de cette hernie est dans notre cas particulier bien facile à saisir. — Le péritoine était adhérent à la vessie dans le voisinage de la hernie crurale; à mesure que la hernie grossissait, la vessie était entraînée hors de l'anneau crural, et, au moment de la kélotomie, cette ectopie partielle du réservoir urinaire s'étendait à une partie de la vessie longue de 5 centim. et large de 3 centim. environ. L'étranglement était très peu marqué sur la vessie, qui était d'ailleurs en dehors du péritoine.

Comme dernière conclusion nous dirons :

Qu'il n'existe aucun signe clinique permettant de reconnaître une hernie crurale de la vessie, soit avant, soit pendant l'étranglement;

Enfin, que le réservoir urinaire n'est reconnu que pendant la kélotomie. — Tantôt cependant il simule un sac herniaire deshabité : c'est lorsqu'il est complètement revêtu de péritoine et qu'il se trouve inclus dans le sac herniaire principal; tantôt il simule un épaississement du sac herniaire, épaississement situé en dedans du sac : c'est lorsque la vessie n'est pas complètement recouverte de péritoine et qu'elle est à l'extérieur du sac.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séances des 4 et 16 Mars 1896.

Pathogénie de l'ictère.

M. Lewin ne peut admettre la théorie de M. Renvers (voir *Gaz. hebd.*, n°s 19 et 23) et ne croit pas que les faits permettent de nier l'existence d'un ictère catarrhal simple, d'origine catarrhale, par occlusion de l'orifice par lequel le canal cholédoque s'ouvre dans l'intestin. Cet ictère simple, M. Lewin l'a très fréquemment observé chez des syphilitiques, en absence de toute gomme ou cirrhose du foie, par simple catarrhe avec tuméfaction de la muqueuse de l'intestin, peut-être aussi du canal cholédoque. Ce qu'il y a de très remarquable c'est que chez les syphilitiques, l'ictère coïncide avec la roséole, avec les manifestations sur les muqueuses visibles. On peut donc admettre que la muqueuse de l'intestin participe peut-être au processus.

Pour nier l'ictère catarrhal simple, M. Renvers a soutenu que l'occlusion du canal cholédoque par un bouchon muqueux ne saurait entraver l'écoulement de la bile. Mais il ne faut pas oublier que la pression sous laquelle la bile se trouve dans le foie est tout à fait minime et que l'obliquité de l'orifice d'abouchement du cholédoque dans l'intestin peut encore favoriser la stase biliaire. Un autre ictère qui ne relève ni d'une intoxication ni d'une infection est l'ictère des nouveau-nés, ictère tellement fréquent qu'on peut le considérer presque comme physiologique.

Pour soutenir l'idée de l'ictère infectieux, on a invoqué la présence des microorganismes, des colibacilles, des streptocoques, des staphylocoques dans la bile. Mais cette présence n'est pas une preuve indiscutable de l'origine infectieuse de l'ictère puisqu'on sait que l'invasion des microbes ne peut s'effectuer qu'en cas de stase biliaire; par conséquent la présence des germes pathogènes peut être considérée comme un phénomène secondaire.

M. Stadelmann ne reconnaît pas, d'accord en cela avec l'école de Naunyn, l'existence d'un ictère purement hématogène, sans intervention du foie : chaque ictère relève du foie, et les différentes causes considérées comme provocatrices de l'ictère hématogène agissent également sur le foie en provoquant une suractivité fonctionnelle de ses cellules, se manifestant moins par une surproduction de bile que par une surproduction du pigment biliaire.

M. Renvers résume encore une fois sa communication en s'appuyant sur l'existence de lésions phlegmoneuses de l'intestin, même au voisinage de l'ampoule de Vater, il croit pouvoir soutenir que la tuméfaction simple du canal cholédoque et de son orifice ne peut donner lieu à une rétention de bile avec ictère. D'un autre côté la fréquence, on dirait même la constance de la fièvre dans l'ictère catarrhal est une preuve de l'origine infectieuse de cet ictère. S'il existe des ictères chroniques sans fièvre, cela tient presque toujours à ce que l'occlusion, le plus souvent d'origine calculeuse, n'est pas complète. Si elle est complète, les microorganismes pénètrent dans les voies biliaires et l'ictère devient alors infectieux.

Anémie pernicieuse.

M. Lazarus présente une série de préparations du sang venant d'individus atteints d'anémie pernicieuse et soignés dans le service du professeur Renvers.

Sur ces préparations on voit des hématies à noyaux, des mégaloblastes et des hématies avec des noyaux tout petits colorés en bleu. Ces éléments sont quelquefois très nombreux dans le sang; dans d'autres cas, ils demandent à être recherchés; toujours est-il qu'ils sont constants dans l'anémie pernicieuse. Une fois M. Lazarus les trouva dans le sang d'un leucémique.

Traitement mécanique des affections chroniques du cœur.

M. Heinemann a obtenu de très bons résultats dans le traitement des maladies chroniques du cœur par la gymnastique active dite de l'opposant et par les bains salés chauds d'une durée de cinq à vingt minutes qu'on donne d'abord tous les quatre, puis tous les trois et tous les deux jours. Ce traitement combiné, après une durée de quatre à six semaines, amènerait une diminution du cœur hypertrophié. Il donne également de bons résultats dans la maladie de Basedow, l'angine de poitrine, l'hémophilie, et n'est pas contre-indiqué en cas d'hydropisie. Les seules contre-indications formelles de ce traitement sont l'artério-sclérose, la néphrite chronique et l'anévrysme de l'aorte.

M. Zabludowski ne nie pas les bons effets de la gymnastique, mais il pense que dans les cas d'anévrysme ou d'hydropisie il vaut mieux commencer par le massage d'abord très doux, puis de plus en plus énergique, massage quotidien, avec séances d'une durée de dix à vingt minutes, faites à la même heure, tous les jours. Le massage régularise la circulation au bout d'une ou deux séances, diminue la fréquence du pouls, l'intensité de la dyspnée, des palpitations, etc. Outre les affections chroniques du cœur, sont encore passibles du massage, les névroses du cœur, les parésies cardiaques, l'angine de poitrine, etc.

M. A. Fraenkel pense que chez les cardiaques les exercices physiques, la gymnastique, comme l'a montré du reste Traube, peuvent exercer une influence favorable sur le cœur par la dilatation des vaisseaux des muscles qui travaillent. De même le massage, en diminuant les obstacles de la circulation périphérique, peut être utile, principalement au début de l'artério-sclérose. La gymnastique comme le massage modifient enfin les échanges organiques, fait important à connaître quand il s'agit d'obsèses à cœur surchargé de graisse.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN.

Séance du 9 Mars 1896.

Gastrotomie pour estomac en sablier.

M. Langenbuch a eu récemment l'occasion d'intervenir chez une femme de 43 ans sujette depuis quelque temps à des vomissements qui ont fini, par leur persistance, par compromettre l'état de nutrition et la santé de la malade. L'examen ne permit de découvrir rien de particulier, si bien que par exclusion on arriva au diagnostic de sténose du pylore par cancer ou par ulcère. On fit donc la laparotomie médiane et, à la grande surprise, on trouva un estomac en sablier. M. Langenbuch incisa alors la portion rétrécie qui laissait à peine passer une sonde ordinaire, et trouva dans les deux cavités séparées plusieurs ulcères assez étendus. L'incision a été alors prolongée de chaque côté et M. Langenbuch allait commencer l'excision des ulcères, lorsque la malade tomba dans le collapsus. Il fallait donc terminer rapidement l'opération sans toucher aux ulcères. Aussi M. Langenbuch se contenta-t-il de suturer transversalement l'incision longitudinale et de fermer la plaie.

La malade guérit sans complications et quitta l'hôpital débarrassée de ses troubles. Mais quelques mois plus tard elle revient pour les vomissements qui ont reparu, depuis quelque temps, avec les mêmes caractères qu'avant l'opération. M. Langenbuch se propose d'intervenir une seconde fois, cette fois pour débarrasser la malade de ses ulcères, cause des accidents.

En terminant, M. Langenbuch présente une femme à laquelle il a fait, il y a deux ans, une résection très étendue, presque une ablation complète, de l'estomac pour cancer. Il n'y a pas eu de récidive depuis cette époque, et son état serait encore meilleur si elle n'avait pas une tuberculose torpide des sommets.

Rupture traumatique du côlon.

M. Koerte communique une observation de déchirure traumatique du côlon guérie par la laparotomie pour montrer une fois de plus que dans les contusions de l'abdomen avec soupçon de lésions viscérales graves, la laparotomie doit être faite sans hésitation.

Dans son cas il s'agit d'un individu qui, après avoir reçu un coup de brancard dans le côté gauche du ventre a été pris de douleurs violentes dans l'abdomen. Lorsque deux jours après l'accident il entra à l'hôpital, les douleurs étaient encore très vives. A l'examen on trouva une légère tuméfaction de l'abdomen, mais sans trace de péritonite; le pouls était bon. Mais comme les selles du malade étaient mélangées de sang et que ce sang avait un aspect assez frais, M. Koerte diagnostiqua une déchirure de la muqueuse du gros intestin, probablement de l'S iliaque. Il fit pourtant la laparotomie et trouva l'S iliaque entouré de quelques adhérences qui entouraient une perforation par où il sortit, après la rupture des adhérences, une masse fétide, mélange de sang et de matières fécales. Comme l'intestin était fixé, par des adhérences en arrière, au sarcome, M. Koerte excisa la perforation et sutura la plaie intestinale. Il ferma ensuite le ventre en drainant pourtant la plaie par une mèche de gaze iodoformée placée dans l'angle inférieur de la plaie. Le malade guérit dans d'excellentes conditions.

Côlostomie par le procédé de Frank.

M. Borchardt a présenté deux malades auxquels il a pratiqué un anus iliaque d'après le procédé de Frank pour un cancer haut situé du rectum ayant provoqué des phénomènes d'obstruction intestinale.

Dans les deux cas l'opération a été faite de la façon suivante. On ouvrit la cavité abdominale par une incision verticale de 5 centim., faite à quelque distance de la crête iliaque et on sutura aux lèvres de l'incision péritonéale la base d'une anse attirée au dehors. Puis on décolla sur une certaine étendue la peau, en dehors de la première incision et on forma une sorte de pont cutané en circonscrivant le lambeau cutané par une seconde incision parallèle à la première. Dans ce pont on fit passer l'anse, on la sutura aux lèvres de la seconde incision, et on ouvrit son sommet après avoir fermé la première plaie. La débâcle eut lieu après l'introduction d'une sonde à travers la boutonnière musculaire.

L'anus ainsi formé présente chez les deux opérés l'avantage d'être tout à fait continent, grâce à la soudure imprimée à l'anse et grâce à la boutonnière musculaire qui entoure l'anse et agit à la façon d'une sphincter. Les malades vident leur intestin à volonté, une fois par jour, et ne sont pas souillés. Pour plus de sûreté ils portent chacun un bandage avec une pelote qui appuie sur l'orifice. Il n'y a pas d'ectropion de la muqueuse.

Intervention pour anurie d'origine calculeuse.

M. Israël est intervenu deux fois pour une anurie consécutive à l'enclavement d'un calcul dans l'uretère.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 45 ans, sujette depuis 8 ans à des attaques de coliques néphrétiques tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche. Il y a 2 mois elle a été prise d'un accès qui se compliqua d'une oligurie extrême, véritable anurie, puisque la vessie ne contenait que quelques gouttes d'un liquide clair. A part les vomissements il n'y avait pas de symptômes pouvant faire prévoir l'urémie. Le rein droit était augmenté de volume, douloureux.

La situation durait ainsi depuis 6 jours lorsque la malade fut prise d'un accès d'urémie. M. Israël pratiqua alors l'incision lombaire et trouva des adhérences entre la capsule fibreuse et l'atmosphère graisseuse du rein. Le rein lui-même était augmenté de volume, le bassinet et l'uretère rempli de liquide. L'exploration de l'uretère dans l'étendue de la plaie ne permit pas de trouver le calcul qui devait siéger plus bas. L'incision fut donc prolongée et le calcul trouvé à 2 centimètres environ au-dessous de la ligne innominée. Au moment où M. Israël essayait de faire remonter le calcul dans le bassinet, ce dernier se rompit et se détacha presque complètement du rein. M. Israël pratiqua rapidement l'extraction du calcul, sutura le bassinet et tamponna la plaie.

Les suites de l'intervention furent simples, pendant quelque temps l'urine s'écoulait en totalité par la plaie. Elle reprit peu à peu le chemin de la vessie et la plaie ne tarda pas à se cicatriser.

Le second cas se rapporte à un homme qui était à sa première attaque de coliques néphrétiques compliquée d'anurie complète qui durait déjà depuis 6 jours. Ici encore M. Israël eut recours à l'incision lombaire et trouva un rein tellement volumineux qu'il eut le soupçon d'un rein unique. Il n'y avait pas de bassinet et l'uretère semblait se continuer directement avec le rein. A 2 centimètres au-dessous de son insertion rénale, l'uretère était obstrué par un calcul qu'il fût impossible de mobiliser. On fut donc obligé d'inciser l'uretère pour avoir le calcul. En explorant alors le rein, M. Israël y sentit plusieurs calculs et, malgré ses appréhensions au sujet d'un rein unique, il le fendit pour avoir les calculs. Le rein étant débarrassé de ses calculs, M. Israël, avant de fermer la plaie, pratiqua un cathétérisme de l'uretère et trouva qu'il n'était pas complètement perméable, probablement obstrué en partie par un second calcul. Aussi l'incision uretérale n'a-t-elle pas été suturée.

Au début, toute l'urine passait par la plaie, plus tard l'écoulement d'urine par la plaie diminua et cessa complètement au bout de quelque temps. Actuellement le malade est complètement guéri.

Ce malade avait en effet un rein unique, puisque pendant tout le temps que l'urine passait par la plaie, il n'y avait pas une seule goutte d'urine dans sa vessie.

M. Langenbuch cite un cas analogue où, au moment où il essayait de faire remonter un calcul de l'uretère dans le bassinet, le bassinet se déchira et se détacha presque complètement du rein.

Trépanation pour aiguille siégeant dans le cerveau.

M. Tillmann. — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, éminemment hystérique, opérée en 1890 pour un empyème de l'antre d'Hligmore. En 1894, elle a été prise de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, de fièvre, de douleurs derrière l'oreille. Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'une suppuration ayant envahi l'oreille, on trépana l'apophyse mastoïde. L'intervention n'eut aucun effet : la fièvre persista et, de plus, il survint une hémiplégie droite avec douleurs dans le pariétal gauche. En janvier 1895 on pratiqua une résection ostéo-plastique du pariétal pour voir s'il n'y avait pas quelque chose dans le cerveau. Les ponctions faites dans toutes les directions ne donnèrent aucun résultat. L'intervention eut pourtant pour résultat d'amener une légère amélioration.

En juin 1895, la malade entra à l'hôpital de la Charité. Elle avait de nouveau de la fièvre, des maux de tête, des vertiges, une hémiplégie droite manifeste quand elle marchait, et qui disparaissait dans la position horizontale. La cicatrice de l'ancienne trépanation était tuméfiée, enflammée. M. Bardeleben pensa à l'existence d'un abcès cérébral et pratiqua la trépanation au niveau de l'ancienne cicatrice. Ayant mis le cerveau à nu, il remarqua à la surface un petit point qui n'était autre chose que la pointe d'une aiguille enfoncée dans le cerveau, et longue de 7 centim. 2. La plaie fut donc simplement fermée et guérit par première intention. La malade quitta l'hôpital débarrassée de ses troubles, mais gardant son hémiplégie qui disparut un jour brusquement au cours d'un traitement dirigé contre l'hystérie.

La malade a toujours refusé de donner le moindre renseignement sur la façon dont l'aiguille a pu pénétrer dans le cerveau.

Pour se rendre compte si l'aiguille ainsi implantée pouvait avoir amené l'hémiplégie, M. Tilmann fit plusieurs expériences sur des cerveaux dans lesquels il implantait l'aiguille dans la position qu'elle avait dans le cerveau de la malade. Dans ces conditions l'aiguille traversait la seconde circonvolution frontale et pénétrait dans le gyrus præcentral, entre les centres de mouvements du bras et de la jambe. Mais comme la malade présentait son hémiplégie dès le début, avant la première trépanation, au cours de laquelle on ne trouva rien dans le cerveau, on doit

admettre que cette hémiplégie était de nature hystérique d'autant plus qu'elle céda à un traitement dirigé contre cette névrose.

M. Koerte qui a fait la première trépanation tient à faire observer qu'il n'est intervenu qu'à cause de l'hyperthermie que présentait la malade et qui dépassait quelquefois 40°. Plus tard on apprit que la malade par de petites tapes faisait monter la colonne mercurielle quand on lui mettait le thermomètre sous l'aisselle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEL

Séance du 3 Février 1896.

Conditions de la guérison des suppurations pulmonaires.

M. Quincke. — Dans les suppurations ordinaires, c'est-à-dire dans les suppurations de la muqueuse bronchique, dans le catarrhe bronchique, l'élimination des mucosités purulentes s'effectue par les mouvements des cils vibratiles de l'épithélium, par les mouvements mécaniques de la respiration, par la toux. Si le processus dure pendant longtemps, la stase des sécrétions provoque des dilatations bronchiques, principalement dans les lobes inférieurs des poumons. Cette complication peut être combattue efficacement par la position horizontale, sur un plan oblique, de façon que la malade ait la tête et le thorax plus bas que les membres inférieurs. Cette position favorise l'expulsion des mucosités.

Les suppurations avec destruction du parenchyme, autrement dit les abcès des poumons consécutifs à des pneumonies compliquées d'infections secondaires, guérissent, comme tous les autres abcès, par la formation des cicatrices avec rétraction ultérieure des tissus voisins. La formation des cicatrices s'effectue le plus facilement dans le poumon sain, surtout dans les lobes inférieurs; cette formation rencontre des difficultés quand il s'agit de tissu pulmonaire induré, quand il s'agit d'un poumon sain logé dans une cage thoracique rigide, quand il s'agit d'un abcès du lobe supérieur.

On comprend dès lors que la conduite du chirurgien variera avec le siège de l'abcès. Si l'abcès occupe le lobe inférieur du poumon, il s'agira avant tout d'évacuer et de drainer le foyer; si l'abcès siège au lobe supérieur, il faudra favoriser la formation de la cicatrice, en pratiquant une résection costale.

Dans les suppurations chroniques, les abcès du lobe inférieur se trouvent dans les mêmes conditions que ceux du lobe supérieur, grâce à l'induration secondaire du parenchyme pulmonaire, de la plèvre costale.

Les abcès tuberculeux qui, par le fait de l'écartement des parois de la cavité purulente, forment de véritables cavernes, occupent une place à part parmi les suppurations pulmonaires. La forme de ces abcès, l'écartement de leurs parois tient à l'induration du parenchyme voisin, de la plèvre et du thorax. On a essayé de traiter ces abcès par l'incision, par l'extirpation, par l'injection de liquides désinfectants. On pourrait tenter, mais seulement en cas de lésions tout à fait localisées, de mobiliser le thorax au niveau de l'abcès par une résection costale.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 24 Mars 1896.

Corps étrangers des bronches.

M. Godlee. — Je vous apporte quelques observations de corps étrangers ayant séjourné longtemps dans les bronches. 1° Un garçon de 16 ans avait dans un mouvement d'inspiration aspiré le bout d'une toupie 7 ans 1/2 auparavant; il s'était développé une bronchiectasie. On fit diverses opérations pour enlever le corps étranger; finalement le bout de toupie fut expulsé à travers une ouverture faite dans une des cavités des bronches dilatées. Le sujet paraît guéri. 2° Un enfant de 6 ans 1/2 aspira un bouton d'ivoire et le garda pendant 8 semaines; il y eut une bronchiectasie très étendue, mais sans que rien permît de conclure à la formation de grandes cavités; aussi une intervention chirurgicale ne parut pas indiquée; maintenant l'enfant va un peu mieux. 3° Un garçon de 4 ans fut pris de dilatation bronchique 7 mois après avoir aspiré une vertèbre de lapin. On ouvrit une cavité; finalement l'os fut expulsé dans un effort de toux. Depuis 8 ans que ces accidents sont passés, l'enfant va beaucoup mieux, mais il y a encore des signes cavitaires à la base du poumon. 4° Un jeune homme de 17 ans aspira un morceau de corne. Il s'ensuivit une dilatation aiguë des bronches, avec formation de pus, et le malade mourut. 5° Dans un autre cas, une dent logée dans une bronche amena de la dilatation bronchique; on fit vainement plusieurs tentatives pour enlever le corps étranger; le malade mourut d'une tuberculose greffée sur cette lésion primitive.

M. Mac Leod. — J'ai vu un jeune dément qui entra à l'hôpital présentant tous les signes de la phthisie; on crut à l'existence de cavernes dans le poumon gauche. Il mourut d'épuisement, et, à l'autopsie, on trouva dans la bronche gauche un petit morceau d'étain; au-dessous, il y avait une dilatation bronchique généralisée, et les bronches étaient pleines de muco-pus. Le poumon était induré et il n'y avait pas trace de tubercule ou d'ulcération.

M. Smith. — Un enfant de 8 ans avala un petit sifflet qui se logea dans la gorge et qui siffla en même temps que l'enfant respirait; on donna un vomitif et les sifflements disparurent. On trouva alors une absence du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure du poumon droit. Un peu plus de 2 mois après, l'enfant toussa pendant 3 jours et rendit le sifflet.

M. Fowler. — Les lésions pulmonaires sont souvent très étendues dans ces cas; la dilatation bronchique appartient en général à la variété fusiforme; les canaux bronchiques sont épaissis et le parenchyme voisin est induré. Il est souvent difficile de localiser exactement la position d'une cavité. Les symptômes sont presque toujours les mêmes; il y a d'abord de la toux et de l'expectoration; cette dernière devient fétide; puis il y a de la pleurésie et un amaigrissement progressif; plus tard encore apparaît une broncho-pneumonie diffuse suivie de gangrène. Il est évident qu'il faut tout mettre en œuvre pour enlever le corps étranger le plus tôt possible.

M. Dickinson. — J'ai observé 2 cas analogues à l'hôpital des Enfants-Malades. Un enfant de 4 ans, en mangeant, s'introduisit un pois dans les voies aériennes. On trouva de la dilatation bronchique d'un côté; on fit beaucoup de tentatives pour retirer le pois. Au niveau de l'aire mate, on enfonça dans différentes directions une aiguille longue et mince; on usa aussi de la ponction aspiratrice; mais inutilement. Plus tard, l'enfant mourut (4 mois après l'accident). A l'autopsie, on vit que le pois bouchait la bronche gauche. Un autre enfant, âgé de 11 ans, avala un fragment d'ivoire végétal. Il eut des accès de suffocation, puis de la toux avec expectoration fétide et sanglante et des signes de dilatation bronchique du côté gauche; on renversa l'enfant et on lui frappa le dos; on fit ensuite la trachéotomie et on le suspendit de nouveau la tête en bas; on chercha vainement à retirer le corps étranger à l'aide d'un long fil métallique introduit profondément dans les voies aériennes. L'enfant alla mieux et quitta l'hôpital; au bout de 8 ans, M. Abercrombie le vit; il crachait des matières fétides environ 6 fois par jour; néanmoins sa santé était bonne, mais il était très petit et son haleine était fétide.

M. Godlee. — Tant que le corps étranger n'est pas expulsé, l'enfant est en danger d'étouffer. Il ne faut pas renverser les enfants et les secouer avant que la trachéotomie soit faite ou qu'on soit prêt à la faire. Il y a quelque temps, j'ai vu, après une trachéotomie, le bout de la canule en caoutchouc durci se détacher et tomber dans une bronche. Tout d'abord, il n'y eut aucun symptôme; au bout de 3 jours apparurent quelques signes physiques. J'ai alors passé une longue pince courbe à travers la plaie de la trachéotomie et j'ai retiré le tube sans peine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La digitoxine dans les affections du cœur.

Jusqu'à notre siècle, on ne savait que peu de chose sur les principes actifs de la digitale. Ce n'est qu'en 1840 qu'Homolle et Quévenne isolèrent de la plante mère une poudre amorphe, blanc jaunâtre, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, incomplètement soluble dans le chloroforme, qu'ils nommèrent *digitaline*. Quelques années plus tard, ces mêmes savants découvrent une nouvelle digitaline soluble dans le chloroforme, plus active que la première : c'est la *digitaline amorphe* chloroformique d'Homolle et Quévenne. Vingt ans après Nativelle obtient un produit plus pur à forme cristalline : c'est la *digitaline cristallisée* française ou de Nativelle, poudre blanche formée de petits cristaux microscopiques, lamellaires et prismatiques, insolubles dans l'eau.

Après Nativelle, les chimistes signalent de nombreux principes à propriétés plus ou moins différentes, retirés de la digitale et il en résulte que la composition de cette plante qui paraissait simple au temps d'Homolle et de Quévenne, devient dès lors très complexe.

En 1874, Schmiedeberg, dans un mémoire d'une grande valeur scientifique, fait une étude approfondie des principes actifs de la digitale et les divise en deux classes :

1° *Les digitalines solubles dans l'eau*, comprenant :

a) La *digitonine* analogue à la saponine, insoluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

b) La *digitaléine*.

2° *Les digitalines insolubles dans l'eau*, comprenant :

a) La *digitoxine* allemande.

b) La *digitaline* française.

La question pouvait sembler résolue, mais il n'en fut rien et à la multiplicité des produits vint s'ajouter la confusion des noms. Ainsi, de nos jours encore, notre digitaline est appelée digitoxine française par les Allemands, qui de la digitaléine font leur digitaline. On voit donc que l'équivoque et la confusion, loin de disparaître, ne font que se compliquer.

Il faut bien dire cependant que dans ces dernières années les recherches de MM. Bardet, Houdas, Arnaud, François-Franck ont jeté un certain jour sur cette question.

En 1889, M. Bardet décrit dans la digitale deux sortes de produits possédant à différents degrés les propriétés de la plante mère. Ce sont :

1° *Les digitalines*, solubles dans le chloroforme et insolubles dans l'eau ;

2° *Les digitaléines*, insolubles dans le chloroforme et solubles dans l'eau.

Cette classification est simple et pratique et la plupart des auteurs l'admettent de nos jours.

Toutes les substances isolées de la plante et considérées comme actives doivent rentrer dans ces deux catégories. Celles qui se trouvent dans le commerce sont assez nombreuses et nous allons, en les signalant, indiquer brièvement dans quel ordre de la classification de Bardet on doit les ranger.

1re CLASSE : DIGITALINES DE BARDET

1° *Digitalines françaises.*
a) Digitaline amorphe chloroformique.
b) Digitaline cristallisée de Nativelle.
c) — de Blaquart.
d) — d'Adrian.
e) — de Mialhe.
2° *Digitoxine allemande*, de Merk.

2e CLASSE : DIGITALÉINES DE BARDET

1° *Digitaléine cristallisée française, de Houdas.*
2° *Digitaléine amorphe française.*
3° *Digitaline cristallisée allemande ou Digitalinum verum.*
4° *Digitaline amorphe allemande.*
5° *Digitaline amorphe non chloroformique, de Homolle et Quévenne.*

Celles qui font partie d'une même classe offrent pour caractère commun la solubilité ou la non-solubilité dans l'eau ou le chloroforme. Ce n'est pas à dire que toutes leurs propriétés soient semblables et qu'indifféremment le médecin puisse prescrire la digitaline française et la digitoxine allemande par exemple ; ces divers produits se distinguent par un certain nombre de caractères.

Les substances de la 2e classe, les digitaléines, représentent le principe actif de la macération de digitale. D'après le travail récent de M. Vatin (1) la digitaléine cristallisée de Houdas est idendique à la digitaléine cristallisée allemande ; la digitaline amorphe non chloroformique de Homolle et Quévenne ainsi que la digitaline amorphe des Allemands et la digitaléine amorphe française sont presque uniquement composées de digitaléine pure ; enfin tous ces produits ont une activité à peu près égale et cette activité est de 15 à 30 fois inférieure à celle de notre digitaline de Nativelle. Cette activité est du reste très variable et ces produits pourraient être avantageusement rejetés par le praticien, quoique pour le chimiste et le physiologiste ils puissent présenter beaucoup d'intérêt.

Quant aux substances de la 1re classe, elles comprennent les digitalines françaises et la digitoxine allemande.

Les digitalines françaises, la digitaline amorphe chloroformique de Homolle et Quévenne, et la digitaline

1. Thèse de doctorat, Nancy, 1895-1896.

cristallisée chloroformique de Nativelle, d'Adrian, de Blaquart, etc.

La digitoxine des Allemands, bien différente de la digitoxine de Schemiedeberg (corps qu'il retirait par réactions altérantes de la digitaline de Nativelle) présente bien des rapports avec nos digitalines. Mais son activité a été très diversement appréciée.

Pour les uns (Bardet, François-Franck, Houdas), la digitoxine est un mélange, non cristallisé, d'activité variable; pour les autres (Masius, Van Aubel, Corin), elle est nettement définie, cristallisée, d'une activité toujours la même, que les uns et les autres, cependant, lui reconnaissent comme deux ou trois supérieure à celle de la digitaline.

En présence de deux opinions si différentes on est tenté de rejeter de la thérapeutique digitalines et digitoxines pour revenir à la plante-mère. Cependant, devant les résultats si frappants signalés par Masius et ses élèves, résultats confirmés depuis près de 2 ans à la clinique de M. le professeur Bernheim (de Nancy), M. Vatin s'est livré à quelques recherches sur l'activité de la digitoxine dans différentes affections du cœur.

Action de la digitoxine. — Dans la presque totalité de ses observations il a vu la digitoxine agir quelquefois 12 heures, souvent 24 heures, rarement plus tard après son administration. Cette action dure de 10 à 12 jours en moyenne après la cessation du traitement. Elle atteint son maximum le 3e ou 4e jour en général, le 1er ou le 2e jour dans quelques cas.

Elle se manifeste sur la circulation, la respiration, la diurèse et la digestion.

Circulation. — La digitoxine produit un ralentissement et une régularisation du pouls qui devient plus dur et plus égal, et dont les intermittences tendent à disparaître. L'augmentation de tension sanguine résultant du renforcement de l'énergie contractile du cœur se traduit sur les tracés sphygmographiques sous différentes formes.

Quelquefois, les artères, ayant perdu de leur tonicité, se laissent facilement distendre par l'ondée sanguine et le cœur s'épuise pour suppléer au travail de contractilité que ne peut plus produire la paroi artérielle relâchée ou dégénérée; alors le pouls, quoique très ample et présentant au tracé sphygmographique une ligne d'ascension verticale et une ligne de descente très courte et peu oblique, se laisse facilement déprimer. Dans ces cas, après la digitoxine, le pouls se modifie; la ligne d'ascension du tracé est moins droite et plus courte, le sommet moins aigu, et la ligne de descente plus longue : la tension a augmenté au contraire de l'amplitude. L'impulsion donnée par le cœur au sang est moins brusque; elle est plus énergique, plus longue et surtout plus soutenue.

Chez d'autres malades, le muscle cardiaque surtout est affaibli : il n'envoie que d'une façon irrégulière dans les artères une quantité de sang petite et variable; le pouls peut à peine être pris au sphygmographe. Après la digitoxine, le cœur devenu plus fort chasse de plus grandes ondées; la ligne d'ascension du tracé s'élève, la ligne de descente devient plus oblique et plus longue.

Chez d'autres malades, enfin, les pulsations artérielles sont absolument désordonnées; le pouls est dicrote et le dicrotisme se produit après la ligne de descente. Dans ces cas, le médicament rétablit bientôt l'ordre : les lignes d'ascension et de descente sont moins droites, le dicrotisme disparaît ou prend place dans la ligne de descente.

Donc, dans tous les cas, après l'administration de la digitoxine, il s'est produit dans la circulation artérielle un relèvement de la pression sanguine dont les résultats bienfaisants ne tardent pas à se faire sentir. La stase veineuse disparaît avec les œdèmes, l'anasarque et la cyanose.

Respiration. — Après la prise du médicament, le malade se trouve mieux, la respiration devient moins anxieuse et l'oppression disparaît avec les signes de l'œdème et de la stase veineuse pulmonaires.

Diurèse. — La diurèse tarde peu à se faire, le plus souvent sous forme de débâcle. Les urines qui étaient rares s'élèvent en 24 heures à 1 000 grammes le plus souvent, à 3 000 ou 4 000 centimètres cubes dans plusieurs cas; elles ont été de 7 litres 300 chez un malade qui avait pris 3 milligrammes du médicament, c'est-à-dire le 4e jour après la première pilule.

En même temps la densité des urines diminue ainsi que l'albuminuerie.

Digestion. — Dans 17 observations, M. Vatin n'a constaté que 4 fois des nausées et des vomissements, et ces troubles ne se sont jamais présentés qu'après 2 milligrammes au moins de digitoxine. Ils n'ont jamais offert de gravité.

Ces signes d'intolérance survenaient dans des cas où, après la première pilule, le médicament agissait déjà, ce qui fait penser qu'il serait préférable de laisser un intervalle de quelques jours entre deux doses de digitoxine.

Enfin, dans certains cas, les résultats ont été nuls, dans d'autres cas ils n'ont été que de courte durée. C'est qu'alors le muscle cardiaque était par trop dégénéré.

Indications et contre-indications. — La digitoxine est indiquée dans tous les cas où le cœur ne possède plus l'énergie suffisante pour réaliser le travail que normalement il doit produire, toutes les fois que la tension artérielle diminue, dans les cas d'insuffisance cardiaque en un mot.

Un certain nombre de signes permettent de s'assurer que le cœur commence à faiblir. Ces symptômes sont fournis par le cœur lui-même, les vaisseaux, l'appareil respiratoire, les urines.

Symptômes fournis par le cœur. — Les symptômes fournis par le cœur peuvent être de deux ordres : ou bien les bruits de cet organe sont fortement frappés, tumultueux ou bien ils sont sourds, lointains, faibles. Dans les deux cas règnent une fréquence et une irrégularité variables. Le malade se plaint de palpitations.

Symptômes fournis par les vaisseaux. — Le pouls reproduit assez exactement ce qui se passe du côté du cœur. Il est petit, irrégulier, inégal, présente des intermittences. Il se laisse facilement déprimer.

Quelquefois il est en discordance avec le cœur et il peut arriver que le nombre des pulsations artérielles dépasse le double de celui des battements cardiaques.

Par suite de l'abaissement de la tension vasculaire, il se produit du côté des capillaires des troubles divers, mais d'origine commune.

Le sang stagne dans les plus petits vaisseaux et il en résulte une congestion passive des divers organes, une coloration bleuâtre des téguments, une cyanose siégeant surtout aux extrémités et à la face. Le sérum transsude hors des vaisseaux dans le tissu cellulaire et les séreuses, et produit l'œdème et l'anasarque.

Dans le cœur droit comme à la périphérie, le sang s'immobilise, force la valvule tricuspide et reflue le long des veines du cou et de la veine cave, donnant naissance aux battements et à la dilatation veineuses.

Symptômes fournis par l'appareil respiratoire. — Du

côté de l'appareil respiratoire, une congestion veineuse est produite par le manque de déplétion du cœur gauche : le malade accuse de la dyspnée et des étouffements. Il expectore des crachats sérospumeux, quelquefois sanguinolents. L'auscultation fait entendre du souffle et des râles humides aux bases des deux poumons.

Symptômes fournis par les urines. — L'abaissement de la tension artérielle en même temps que la dilatation des capillaires du rein comprimant les tubes secréteurs amènent une diminution de la quantité des urines. Elles sont denses, foncées, épaisses, renfermant parfois en peu d'albumine.

Contre-indications. — Tels sont en quelques mots les symptômes principaux qu'on peut observer dans l'insuffisance cardiaque et qui doivent indiquer au médecin que le moyen est propice à l'administration de la digitoxine.

Il peut cependant arriver que dans des cas de ce genre, le médicament soit nuisible. C'est lorsque l'affection est trop ancienne, lorsque le cœur est dégénéré, lorsque la fibre musculaire a perdu ses éléments contractiles.

Elle sera contre-indiquée lorsque la stase veineuse aura provoqué à la longue des lésions secondaires (congestion pulmonaire chronique, sclérose rénale et hépatique) qui suffisent par elles-mêmes à entretenir les troubles qui leur ont donné naissance (tel fut le cas d'un malade de M. Vatin, chez lequel la digitoxine, après avoir fait merveille, finit à la longue par rester sans effet).

On évitera de prescrire la digitoxine dans les cas signalés par M. le professeur Bernheim au sujet des contre-indications de la digitale, où un obstacle trop grand à l'un des orifices du cœur, tel qu'un rétrécissement mitral ou aortique, par exemple, empêcherait le muscle cardiaque de se contracter utilement en s'opposant au passage d'ondées sanguines un peu considérables.

Enfin, la digitoxine sera contre-indiquée chez les individus dont l'estomac est altéré et chez qui on peut craindre des troubles digestifs graves.

Règles de l'administration de la digitoxine. — On pourra prescrire la digitoxine soit en solution, soit sous forme de granules (1).

M. Vatin ne croit pas, comme Van Aubel, que l'administration du médicament sous forme de solution soit une condition essentielle pour obtenir une action notable, car, avec les pilules, il a eu des résultats semblables et quelquefois supérieurs.

Les troubles digestifs ne sont pas plus fréquents avec l'une qu'avec l'autre méthode.

Il faudra donner la digitoxine à raison de 1 milligramme par jour et ne pas dépasser 3 milligrammes.

On pourra reprendre le médicament quand son action aura cessé et qu'il y aura indication à le prescrire de nouveau.

On fera prendre les pilules ou la solution dans l'après-midi. De cette façon, il sera plus facile de traiter, s'ils se produisent, les troubles digestifs, qui, si la digitoxine était donnée le soir, pourraient troubler le repos de la nuit.

Il est préférable d'espacer de quelques jours les doses de digitoxine quand, dès la première prise du médicament, l'action se manifeste d'une façon notable. En agissant ainsi, les troubles digestifs seront rares et sans danger.

Chez les femmes, plus sensibles au médicament que les hommes, une plus grande prudence est encore à garder ; avec elles, il ne faut dépasser que rarement une dose de 2 milligrammes en 2 fois.

Les malades traités par la digitoxine devront être soumis au régime lacté et au repos absolu.

On pourra recourir aux lavements lorsqu'il sera impossible de s'adresser à la voie stomacale : chez les aliénés, chez certains paralytiques par exemple.

En somme M. Vatin estime que la digitoxine pourra remplacer avantageusement les préparations de poudre de digitale et cela pour deux raisons :

1° Les troubles digestifs que provoque la digitoxine sont rares et sans danger. Rarement ils sont assez graves pour contraindre le médecin à renoncer au remède. Ceux produits par la digitale sont quelquefois si fréquents et si inquiétants qu'on doit en cesser l'administration.

2° Chaque cuillerée d'une potion de digitale prise toutes les 2 ou 3 heures pourra donner des troubles digestifs qui se répéteront ainsi plusieurs fois par jour, tandis qu'une petite granule de digitoxine administrée dans la journée ne provoquera que des signes d'intolérance passagers et qui ne se reproduiront que le lendemain ou le surlendemain au moment où l'on fera prendre la seconde pilule.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, après l'échec de la médication iodurée,

par les

Drs Sabrazès, agrégé, et Cabannes, chef de clinique (de Bordeaux).

Le traitement thyroïdien, qui a donné de si merveilleux résultats dans le myxœdème, vient d'être appliqué avec succès à la cure du goître simple.

Bruns (1895) a publié la première statistique importante sur ce sujet. Il a employé tout d'abord le corps thyroïde frais de mouton ou de veau qu'il faisait ingérer à la dose de 10 grammes en huit jours chez l'adulte. Plus tard il utilisa les tablettes à la dose de 30 centigrammes de substance thyroïdienne chacune. Il en administrait deux chaque jour aux adultes et continuait le traitement pendant trois à quatre semaines. Il a obtenu 14 guérisons, 29 améliorations, 17 résultats nuls.

Des statistiques plus récentes dues à Knöpfelmacher, à Angerer ont confirmé ces résultats. Des cas isolés ont été publiés en France par MM. Séné, P. Marie. On trouvera d'ailleurs sur ce point un historique plus complet avec les renseignements bibliographiques qui s'y rapportent dans la récente revue de M. le professeur Lépine (1).

On a mis en balance les traitements par l'iode et par le suc thyroïdien et Kocher pense que ce dernier n'est pas supérieur au premier. On s'est même demandé si l'effi-

1. On trouve dans le commerce des granules de digitoxine à 1 milligramme.

Solution du Dr Masius :

Digitoxine	0gr10	10 gr. = 1 milligr. de digitoxine.
Alcool à 90°	205 gr.	
Eau distillée	740 gr.	
Sucre candi	55 gr.	

Cette solution se prend dans du sirop ou du café noir.

1. Lépine, De la médication thyroïdienne (*Semaine médicale*, 12 février 1896).

cacité de la médication thyroïdienne dans ces cas n'était pas due à la présence de l'iode dans le suc de cette glande. Il est incontestable en effet qu'il existe de l'iode dans le corps thyroïde (Baumann, G. Töpfer). On en trouve dans l'extrait glycérique que nous avons utilisé. Pour établir si l'action de cet extrait était liée exclusivement à la présence de l'iode, il fallait l'employer dans des cas de goître simple qui avaient résisté à une médication énergique par l'iode et ses dérivés. C'est ce point particulier que nous avons pu vérifier et qui fait l'objet de cette note.

Le malade que nous avons observé est un homme âgé de 44 ans qui, à l'âge de 12 ans, eut pour la première fois une hypertrophie du corps thyroïde, à Metz, où le goître est endémique. Le traitement par l'iodure de potassium amena une rétrocession. Il y a huit ans, en 1888, le goître reparut et depuis lors alla en augmentant. Le malade ayant contracté dans l'intervalle une syphilis d'ailleurs bénigne fut soumis à un traitement intensif par le protoiodure d'hydrargyre et par l'iodure de potassium, qui fut continué pendant plusieurs années.

L'hypertrophie du corps thyroïde n'en persista pas moins; elle ne s'accompagnait ni de tachycardie ni de tremblement. Un traitement local appliqué matin et soir et consistant en frictions de pommade iodo-iodurée n'amena aucune amélioration. Le goître augmentait de volume, entraînant des troubles mécaniques du côté de la circulation de la face et du cou; le malade constatait fréquemment ses progrès à l'aide d'un ruban métrique; il avait des vertiges, de la paresse intellectuelle, de l'apathie; le corps thyroïde était hypertrophié dans son ensemble et plus particulièrement au niveau du lobe droit: la peau tendue à sa surface était sillonnée de veinosités; il s'agissait d'un goître simple, non kystique, non pulsatile.

M. le Dr Estor (de Montpellier) et M. le Dr Ménard (de Pézénas), qui avaient examiné le malade en 1894, firent le diagnostic de goître parenchymateux à prolongement prépharyngien, justiciable d'un traitement par l'iodure de potassium en solution et l'iodoforme en pilules. Ce diagnostic fut confirmé successivement par M. le Dr Cassan (de Pézénas) par M. le Dr Houques (de Bordeaux). Le traitement prescrit fut suivi sans succès pendant plus d'un an. Le goître prenant des proportions inquiétantes, le malade vient nous consulter en juin 1895.

C'est un homme qui a les apparences d'une santé robuste. Il a de l'embonpoint, son visage est vultueux; on constate une légère saillie des globes oculaires sans autres signes de goître exophtalmique; la partie antérieure du cou est extrêment développée, ce qui est dû à la présence d'un goître volumineux ayant la dimension des deux poings. Depuis plusieurs années, l'accroissement du corps thyroïde était tel que le port du faux-col était devenu impossible. Cette énorme hypertrophie thyroïdienne ne déterminait aucune douleur spontanée ni à la pression mais causait par son siège en avant du larynx et de la trachée une gêne respiratoire assez marquée. Nous prescrivons 25 gouttes de teinture d'iode à l'intérieur, par jour, pendant deux mois. Le malade a été revu en novembre 1895. Le goître avait sensiblement augmenté malgré l'application rigoureuse du traitement précédent, et les mensurations pratiquées autour du cou fournissaient les indications suivantes :

Base du cou	46 centimètres 1/2.
Milieu du cou	45 centimètres 1/2.
Cou sous le menton	44 centimètres 1/2.

Le poids du malade était de 82 kilos.

Le traitement thyroïdien est commencé le 15 novembre 1895, particulièrement sur les conseils de notre confrère M. le Dr Houques. On emploie des pastilles contenant chacune 10 centigrammes de l'organe frais à la dose de deux par jour au début et de 3 à 5 les jours suivants. Au bout de 10 jours, le malade avait pris 40 de ces pastilles. Cette médication s'est accompagnée d'une lassitude générale. Elle n'a déterminé ni frissons, ni polyurie. Après ce laps de temps, on constatait une diminution de 1/2 centimètre dans les dimensions du cou.

Le traitement thyroïdien est continué mais on emploie l'extrait glycérique de glande de mouton, dosé de telle façon qu'une cuillerée à café corresponde à 30 centigrammes de l'organe frais. Pendant 6 jours, la dose quotidienne ingérée dans une tasse de lait était d'une cuillerée à café. Pendant 10 jours, la dose fut élevée à une cuillerée et demie; la dose fut ensuite portée à deux cuillerées jusqu'au 19 janvier 1896. Depuis lors, jusqu'au moment où nous examinons (27 janvier 1896) le patient, la dose a été réduite à une cuillerée à café par jour.

Pendant toute la durée de ce traitement le malade n'a rien changé à son régime ni à ses habitudes; son appétit n'a pas varié. La diminution de volume du cou appréciée au ruban métrique s'est accusée progressivement et peut être estimée à un demi-centimètre par semaine. En même temps l'embonpoint diminuait. Au moment de l'examen, le 27 janvier 1896, les mensurations pratiquées dans les mêmes conditions que ci-dessus donnent :

Cou sous le menton .	39 centimètres
Milieu du cou	40 —
Base du cou	41 —

Il y a donc une différence de 5 cent. 1/2 entre les premières mensurations et ces dernières. Le poids du malade était de 76 kilos le 10 janvier au lieu de 82.

En dehors de la lassitude générale que nous avons signalée, la médication thyroïdienne a provoqué une constipation opiniâtre. Le corps thyroïde, qui n'avait jamais été auparavant le siège de douleurs est devenu sensible à la pression. La torpeur intellectuelle du sujet a fait place à une lucidité plus grande. La partie antérieure du cou s'est tellement affaissée que le malade a dû faire modifier considérablement l'encolure de ses chemises et qu'il a pu reprendre l'usage du faux-col. L'amaigrissement est appréciable au simple examen. Le volume du cou est redevenu normal. Le changement survenu dans l'aspect extérieur de ce sujet étonna profondément les personnes qui ne l'avaient pas revu depuis le début du traitement. Il faut pratiquer la palpation pour trouver le corps thyroïde qui s'est extraordinairement rapetissé et dont le lobe droit est seul nettement appréciable. La consistance de cet organe ne nous a pas paru sensiblement différente de ce qu'elle était auparavant. L'état général est excellent; on ne relève qu'une sensation de lassitude dans les membres. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Un mois environ après la cessation du traitement (3 mars 1896) la guérison persistait.

Ce fait prouve donc d'une façon indiscutable l'efficacité du suc thyroïdien dans le traitement du goître parenchymateux.

Nous avons constaté dans ce cas l'échec de la médication iodurée. La substance active ne semble donc pas avoir été l'iode, puisque les doses de ce même corps et de ses dérivés ingérés antérieurement sans succès sont incomparablement supérieures à la quantité d'iode que pouvait contenir l'extrait thyroïdien qui a suffi pour amener si promptement la disparition du goître. Il faudrait, dans

cette hypothèse, admettre que l'iode contenu dans l'extrait emprunte à la nature de ses combinaisons organiques dans la glande thyroïde des propriétés qu'il ne possédait pas, à des doses infiniment supérieures, dans les préparations pharmaceutiques usuelles. Ces combinaisons organiques de l'iode sont mises en évidence par la macération de la glande thyroïde pendant 4 à 8 heures dans l'acide sulfurique dilué à 10 p. 100. Le filtratum est repris par l'alcool et évaporé. Le produit obtenu contient 9,3 p. 100 d'iode. Baumann (1) donne le nom de thyroïdine à cette substance dont la teneur dans le goître serait moindre que normalement. G. Topfer (2), qui a confirmé ces résultats en étudiant la glande thyroïde de l'homme et du porc, affirme qu'il n'existe aucune trace d'iode dans la glande thyroïde du bœuf.

Nous avons employé l'extrait glycériné par les voies digestives parce qu'il est d'un dosage facile et qu'il a d'autant plus de chances d'être actif que sa préparation ne nécessite pas de manipulations compliquées comme les pastilles ou les tablettes. Son efficacité ressort nettement de notre observation.

L'ingestion du corps thyroïde en nature n'est pas pratique, car il est actuellement difficile des se procurer tous les jours des glandes fraîches.

De plus, il est bon, avant d'utiliser un corps thyroïde, de s'assurer qu'il ne contient pas de petits abcès, ce qu'on observe dans 4 p. 100 des cas environ, et ce qui explique peut-être quelques-uns des accidents imputables à cette médication. Cet inconvénient, qu'on n'évite pas toujours quand on fait ingérer des portions de lobe, est écarté si on utilise l'extrait glycériné dont la préparation exige la fragmentation et le pulpage aseptiques de la glande thyroïde du mouton.

1. Baumann, *Zeitschr. f. physiol. Chemie*, XXI, 4.
2. Gustave Topfer, Darstellung des Thyroiodins nach Baumann, *Société des médecins de Vienne*, 14 février 1896.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De l'ictère hématique,

Par M. le Dr Boisson,
Répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

Les idées actuellement classiques sur la physiologie pathologique des ictères attribuent à la cellule hépatique un rôle essentiel.

Les travaux de Hayem, de Tissier, ceux de Schmiedeberg, d'Afanassiew, de Stadelmann, de Ponfick, ceux de Stern, de Minkowski concluent tous à la genèse de l'ictère suivant le mécanisme de la résorption hépatique, par application de la loi formulée par Claude Bernard : « les glandes sont ou peuvent être des organes aussi actifs pour la résorption que pour le sécrétion ». Cette inversion du courant, conséquence de l'élévation de la pression dans les voies biliaires, résulte soit de l'obstruction des canaux de la bile par un obstacle mécanique, la dislocation des trabécules lobulaires (Hanot), leur obturation par un calcul, une tuméfaction de la muqueuse des conduits; soit par épaississement de la bile elle-même qui, surchargée de sels et de pigments, ne trouve qu'un écoulement insuffisant par le cholédoque.

Quant à la transformation des produits chromogènes provenant de la destruction des hématies, elle s'opère exclusivement dans le foie; les ictères toxiques, hématiques en apparence, sont en réalité hépatiques : « l'ictère est fonction morbide de la cellule hépatique, comme la biligénie en est la fonction normale. » (Chauffard).

L'ancienne conception de Gubler sur l'ictère hémaphéique telle qu'il l'a formulée, telle qu'elle a été développée par Dreyfus-Brisac dans sa thèse, n'est plus admise; elle a été remplacée par la doctrine de l'ictère par les pigments hépatiques modifiés, l'urobiline, les pigments bruns.

Si l'ictère hémaphéique de Gubler n'a pu être réalisé par l'expérimentation, il est incontestable qu'il se rencontre en clinique. Si son existence ne s'appuie pas sur des données scientifiques certaines, la raison en est que, d'une part, l'hémaphéine n'existe pas en tant que corps défini et que, d'autre part, les ictères de cette variété sont généralement si peu accentués qu'ils échappent à une analyse rigoureuse.

Une maladie infectieuse, le paludisme, dont l'action sur l'organisme comporte essentiellement une abondante destruction des globules sanguins (Kelsch), revêt dans une de ses formes graves un type désigné sous le nom de *bilieuse hémoglobinurique*.

Dans ces derniers mois nous avons observé trois cas de ce type morbide; ils ont été pour nous l'occasion de constater que l'*ictère hématique* existe réellement (1).

Le premier malade, âgé de 24 ans, avait toujours joui d'une bonne santé avant de contracter la fièvre paludéenne à Madagascar. Entré à l'hôpital Desgenettes à Lyon, le 7 décembre 1895, il présente, de cette date jusqu'au 14 janvier, 6 accès de fièvre de gravité moyenne et de caractères réguliers sans accidents gastriques et bilieux intenses.

Le 2 février, à 4 heures du soir, débute un accès pendant lequel la coloration ictérique, jaune intense, des téguments et des muqueuses se prononce rapidement (2).

Pendant la nuit le malade a des vomissements répétés avec douleurs angoissantes dans la région épigastrique : les liquides vomis sont constitués par de la bile presque pure, la réaction de Gmelin y décèle la présence de la biliverdine. Dès le début de l'accès les urines sont teintées par l'hémoglobine; leur quantité pour les 12 heures de nuit est de près de 3000 grammes, le sédiment ne contient pas de globules sanguins.

Le 3 au matin, de l'urine fraîche est examinée au spectroscope : on trouve nettement accentuées les deux raies d'absorption de l'oxyhémoglobine, une raie dans le rouge, indice de la méthémoglobine en milieu acide, une autre encore dans la dernière portion du vert, indice de l'urobiline : la partie violette du spectre est bien visible.

La réaction de Gmelin plusieurs fois répétée avec précaution est absolument négative. Un demi-centimètre cube de sang est avec peine recueilli par la piqûre d'un doigt (3); dans le sérum examiné le lendemain on trouve, bien que faiblement prononcée en raison de l'adjonction d'une petite quantité d'eau distillée, les raies de l'oxyhémoglobine, celle de l'hématine et celle de l'urobiline. On ne trouve pas de pigments biliaires.

En résumé, voilà un malade très fortement ictérique, dont les urines ne contiennent pas trace de pigments

1. La relation complète de ces trois observations sera faite dans un travail qui paraîtra ultérieurement.
2. La coloration ictérique avait commencé à apparaître plusieurs heures avant le frisson.
3. Chez les paludéens anémiés, en raison de la diminution de la masse totale du sang, l'écoulement par piqûre se fait très difficilement.

biliaires, bien que son foie élabore ces pigments en grande quantité, ainsi qu'en témoigne l'analyse des liquides rejetés incessamment par les vomissements. L'urobiline trouvée et dans l'urine et dans le sérum ne peut pas, en raison de son pouvoir tinctorial presque nul, expliquer cet ictère intense, qui d'autre part disparaît si rapidement que le 6 février, quatre jours après son début, il n'est plus visible que très faiblement sur la conjonctive oculaire. Avant sa période de disparition, la raie de l'urobiline avait progressivement disparu du spectre de l'urine, par contre, il se produit une crise uratique d'une abondance exceptionnelle.

L'observation du second malade est pour ainsi dire calquée sur la première : nous avons pu sur celui-ci nous livrer à des analyses plus complètes et absolument confirmatives des précédentes. Nous avons eu recours pour les contrôler à la haute compétence de M. le professeur Hugounencq. Comme dans le premier cas : teinte ictérique jaune citron des téguments, vomissements bilieux dans lesquels on trouve la biliverdine; présence dans l'urine de l'oxyhémoglobine, de la méthémoglobine, de l'urobiline, absence totale et complète de pigments biliaires révélée par l'analyse spectrale et au point de vue chimique par les réactifs d'Erlich, de Jolles, de Gmelin — même disparition rapide de l'ictère.

Nous avons de plus procédé à l'examen spectroscopique de la matière colorante de l'ictère sur la conjonctive oculaire par le procédé employé par Hénocque pour la recherche du spectre du sang sur la surface unguéale du pouce (1). Nous y avons constaté trois raies de réduction. L'une dans le rouge, indice de l'hématine (2), deux autres caractéristiques de l'oxyhémoglobine, pureté parfaite de toute la partie droite du spectre.

Dans la 3e observation la mort est survenue en 18 heures : les urines se présentaient avec des caractères identiques à ceux des urines des 2 malades précédents, elles étaient complètement exemptes de pigments biliaires, qui se trouvaient en abondance dans les liquides vomis. L'examen histologique du foie décèle une hépatite parenchymateuse analogue à celle que nous avons rencontrée chez d'autres paludéens, peut-être même est-elle moins accentuée. Les voies biliaires sont intactes. Sur les reins on constate des altérations aiguës de néphrite épithéliale caractérisée par un état opaque et granuleux des épithéliums de Heidenhain, leurs noyaux sont bien colorés, la lumière de certains tubes contournés est encombrée de cylindres finement granuleux (3). Les glomérules sont normaux; sur aucun point les cavités glomérulaires ne contiennent trace de globules sanguins; les vaisseaux et le tissu conjonctif sont sains : ces lésions ne permettent pas d'accepter la théorie rénale de l'hémoglobinurie.

Dans les deux cas terminés par guérison la destruction globulaire a atteint des proportions colossales. Pour le premier le chiffre des hématies est tombé de 1 700 000 à 670 000 en 24 heures; pour le second, il est descendu de 2 480 000 à 1 800 000 dans le même laps de temps. Quant à la richesse en hémoglobine, elle était chez l'un et l'autre, à la fin de l'accès, inférieure à 5, mesurée à l'hématoscope d'Hénocque.

A l'examen microscopique du sang, on était frappé de la faible quantité de pigment mélanique soit libre, soit inclus dans les leucocytes : il semble que l'action destructrice du poison malarien ait été dévié de son type habituel sous l'influence d'une cause difficile à interpréter. Comme la fièvre bilieuse hémoglobinurique ne se rencontre que chez des paludéens chroniques profondément anémiés, on est autorisé à attribuer cette forme à une moindre résistance des globules ou à une fragilité particulière de l'hémoglobine; on peut également faire entrer en ligne de compte le degré d'activité des toxines, les fièvres d'origine tropicale étant les seules qui réalisent la forme bilieuse hémoglobinurique.

Sans insister davantage sur ces hypothèses, une conclusion s'impose au sujet de la coloration ictérique des téguments : « c'est dans le torrent circulatoire que se fait la destruction globulaire; l'hémoglobine soustraite aux hématies passe dans le plasma, elle s'élimine d'abord en nature par le filtre rénal, puis sous forme de méthémoglobine; une autre partie imprègne les tissus, où elle se trouve à l'état d'hématine : le mécanisme de la résorption hépatique n'est aucunement en cause : l'ictère, dans la forme d'intoxication paludéenne que nous avons eue sous les yeux, est un *ictère purement hématique.* »

1. La même observation faite sur la conjonctive d'un sujet atteint d'ictère vrai a révélé l'intégrité complète de la partie rouge du spectre et la disparition des rayons indigo et violet.

2. L'hématine est un pigment ferrugineux dérivé de l'hémoglobine : ses solutions se comportent au spectroscope comme la méthémoglobine en solution acide. Elle est soluble dans les alcalis étendus avec aspect dichroïque jaunâtre ou verdâtre.

3. Ces cylindres sont produits par des débris épithéliaux, ils ne subissent aucune modification par le sulfure ammonique, ce qui indique l'absence de fer, contrairement à ce qu'on constaterait dans la plupart des dérivés de l'hémoglobine.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en février 1896.

M. Ranglaret. *Etude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales.* N° 128.

M. Dufour. *Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal.* N° 132.

L'étude de M. Ranglaret comprend une partie anatomique et une partie pathologique, dont il tire les conclusions que nous rapportons.

Anatomie. — Les cellules ethmoïdales sont, au même titre que les divers sinus de la face, de véritables dépendances des fosses nasales. Elles présentent dans leur forme, leurs dimensions et leur nombre de fréquentes variétés. On peut les diviser en trois groupes : deux antérieurs, un postérieur. Le premier groupe est constitué par un ensemble de cellules qui sont plus spécialement en rapport avec le sinus frontal et qui viennent s'ouvrir dans la gouttière de l'infundibulum. Le deuxième groupe, ou groupe de la bulle ethmoïdale, est situé directement en arrière du précédent : ses cellules viennent s'ouvrir dans la partie la plus élevée du méat moyen (gouttière de la bulle ethmoïdale). L'ouverture des deux groupes précédents se fait dans le méat moyen, par l'intermédiaire d'un canal plus ou moins allongé. Le troisième groupe ou groupe postérieur est constitué par des cellules en général plus volumineuses s'ouvrant directement et largement dans le méat supérieur. Lorsqu'il existe plusieurs étages dans le méat supérieur, les orifices des cellules se trouvent le plus souvent vers la partie antérieure de l'étage le plus inférieur. Quelquefois on rencontre un orifice dans l'étage moyen lorsqu'il y a trois étages, ou dans le supérieur lorsqu'il ne s'en trouve que deux. Les cellules ethmoïdales postérieures sont plus spécialement en connexion avec le sinus sphénoïdal. Toutes les cellules ethmoïdales sont fermées du côté de l'orbite par une mince cloison osseuse, la lame papyracée (os planum) et l'inguis dont l'effondrement est extrêmement facile. Au point de vue de leur structure les cellules ethmoïdales ne présentent

rien de spécial : elles sont tapissées par une muqueuse qui est un peu plus mince que celle qui se trouve dans les méats mais qui est aussi pourvue de petites glandes en grappes et de cellules caliciformes ;

Pathologie. — La pathologie des cellules ethmoïdales comprend :

1° Les inflammations aiguës ou chroniques de ces cellules; 2° Les tumeurs bénignes ou malignes développées dans leur intérieur; 3° les localisations d'affections générales telles que syphilis et tuberculose.

L'inflammation aiguë des cellules ethmoïdales s'observe le plus souvent au cours du coryza aigu et emprunte toute la symptomatologie de cette affection.

L'inflammation chronique ou l'empyème des cellules ethmoïdales succède le plus souvent à une affection aiguë ou chronique du nez : elle est presque toujours de nature infectieuse. L'empyème ethmoïdal admet 2 formes cliniques principales suivant qu'il y a rétention ou au contraire écoulement du pus par le nez. Dans le premier cas il s'agit d'un *empyème ethmoïdal fermé ou latent*. Dans le second on a un *empyème ethmoïdal ouvert*.

A côté de ces deux formes principales il y a des variétés tenant soit à l'étendue des lésions, soit à la localisation de la suppuration dans l'un quelconque des groupes que nous avons décrits.

Très souvent l'empyème des cellules ethmoïdales coïncide avec l'empyème d'autres sinus. La sinusite frontale coïncide avec l'ethmoïdite antérieure. La sinusite sphénoïdale avec l'ethmoïdite postérieure.

Les complications des ethmoïdites sont quelquefois mortelles (méningites, abcès du cerveau, thrombose des sinus). Du côté de l'orbite, l'organe de la vision est aussi constamment menacé par la présence d'une suppuration ethmoïdale.

Le traitement médical est insuffisant. Le traitement chirurgical comprend : 1° résection du cornet moyen; 2° curettage par la voie nasale; 3° curettage par la voie orbitaire. De ces opérations, aucune ne doit être rejetée *a priori*, car elles ont toutes leurs indications spéciales ; néanmoins, c'est le curettage par la voie orbitaire qui permet le plus souvent de réaliser la cure radicale et complète de l'ethmoïdite chronique suppurée.

M. Dufour, après avoir rappelé la disposition anatomique et la distribution de la portion terminale de la moelle, s'étend sur la physiologie expérimentale de cette portion du système nerveux et rapporte les résultats fournis par ses expériences personnelles sur les chiens.

Une seconde partie de cet ouvrage est consacré à l'étiologie, à la pathogénie et à l'anatomie pathologique. Les causes sont, par ordre de fréquence décroissante : les traumatismes (fracture, luxation); les kystes hydatiques de la partie inférieure du canal médullaire; les tumeurs; les méningites syphilitiques et les gommes; la tuberculose; les hémorrhagies méningées et la pachyméningite.

Quant aux symptômes, ce sont les suivants :

1° Troubles sensitifs : douleurs qui sont constantes; hyperesthésie; anesthésie susceptible de revêtir plusieurs formes; paresthésie;

2° Des déformations et des attitudes vicieuses;

3° Des troubles moteurs, qui sont toujours des paralysies flasques;

4° De la diminution ou même suppression des réflexes ;

5° Des troubles trophiques ;

6° Des troubles vésicaux, rectaux et génitaux.

A ces symptômes peuvent s'ajouter ceux de deux complications qui ne sont pas rares : la méningo-myélite purulente, et la cystite avec pyélo-néphrite ascendante consécutive.

Ces symptômes peuvent d'ailleurs se grouper de diverses façons et donner lieu aux quatre formes suivantes :

1° Forme douloureuse; 2° forme paralytique (supérieure, moyenne, inférieure, généralisée ou complexe); 3° forme vésicorectale; 4° forme mixte.

L'auteur décrit ensuite l'évolution de la maladie et son pronostic; puis il fait le diagnostic pour arriver au traitement.

Cette étude est terminée par les conclusions suivantes :

Partie anatomo-physiologique. — 1° La situation excentrique des nerfs lombaires, par rapport aux nerfs sacrés de la queue de cheval, la disposition du cul-de-sac dural rendent compte d'un certain nombre de faits traumatiques où, seules, les racines les plus inférieures sont lésées.

2° Si l'on assigne, avec M. le professeur Raymond, l'émergence de la 3e paire sacrée comme limite supérieure du cône terminal, les affections du cône et des racines qui en sortent amèneront :

a) La paralysie de la vessie avec intégrité du sphincter à fibres lisses, ischurie paradoxale;

b) Paralysie du sphincter anal ;

c) L'anesthésie de l'urèthre, du périnée, de l'anus, de la région interne des fesses et postéro-supérieure de la cuisse, l'hypoesthésie du pénis et du scrotum;

d) La paralysie incomplète du grand fessier, des muscles plantaires et de la face postérieure de la jambe.

e) Quant aux fonctions génitales, l'érection sera conservée, mais l'anesthésie de l'urèthre amènera la diminution de la sensation voluptueuse; l'éjaculation sera lente, ne s'effectuera que goutte à goutte, par suite de la paralysie du bulbo-caverneux.

f) La suppression totale de l'érection, la paralysie complète du sphincter vésical, celle des muscles moyen et petit fessiers seront l'indice d'une lésion située plus haut dans le renflement lombaire ou dans les racines (4e et 5e lombaires, 1re sacrée) de la queue de cheval.

3° Suivant la hauteur et la situation des paralysies et atrophies dans les différents segments du membre inférieur, on pourra pressentir les numéros des racines qui seront le plus atteintes.

4° L'innervation d'un même muscle par plusieurs racines permet de comprendre pourquoi les paralysies ne sont souvent qu'incomplètes, entravant la marche, par exemple, alors que tous les mouvements peuvent être exécutés au lit.

5° Au point de vue thérapeutique, il y a lieu de se demander si la guérison des paralysies n'est pas simplement due dans bien des cas à des suppléances de portions musculaires, et non à une véritable régénération nerveuse. Les améliorations, en effet, sont toujours incomplètes; elles ne se font que très lentement (mois, années même à la suite d'opérations).

Partie pathologique. — 1° Les nerfs de la queue de cheval, par la longueur de leur parcours dans le canal rachidien, sont susceptibles de lésions fréquentes, relevant de causes multiples.

Les névrites radiculaires ont un ensemble symptomatique assez uniforme pour qu'il soit toujours possible de les reconnaître.

3° La physiologie et la distribution des racines rachidiennes lombo-sacrées chez l'homme ne sont pas encore suffisamment connues, et c'est par l'étude des amyotrophies et des paralysies rapportées aux lésions de ces racines, qu'on arrivera peu à peu à les déterminer exactement.

4° Cette localisation plus précise permettra de trouver des points de repère utiles aux interventions chirurgicales.

Thèses de la Faculté de Bordeaux,

Année 1895-1896.

M. Brachet (Henri-Louis). *Traitement des plaies latérales des grosses veines* (ligature et suture latérales). N° 5.

M. Rolland (Joseph-Pierre). *De la gastrostomie selon le procédé de Ssabanejew-Frank-Villar.* N° 20.

M. Labbe (Félix). *Etude sur le kyste hydatique des os du bassin.* N° 46.

La ligature et la suture latérale des grosses veines tendent de plus en plus à s'introduire dans la pratique chirurgicale. Après avoir passé rapidement en revue les autres procédés d'hémostase veineuse (compression, cautérisation, ligature de l'artère collatérale, ligature des deux bouts de la veine, tamponnement, forcipressure latérale pendant 24 heures), l'auteur aborde l'étude de la ligature latérale.

Celle-ci, d'après la statistique de Duzéa, donne 38,9 d'insuccès. Ce chiffre nous paraît un peu sombre.

Dans le chapitre suivant, M. Brachet étudie la suture latérale. Il a repris les expériences d'Horoch sur les chiens et est arrivé aux mêmes conclusions :

1° La suture latérale d'une grosse artère arrête l'hémorrhagie. Mais il y a toujours oblitération du vaisseau, même lorsque aussitôt après l'expérience, les artères sous-jacentes étaient perméables.

2° La suture latérale des grosses veines arrête l'hémorrhagie et rétrécit plus ou moins le calibre du vaisseau sans l'oblitérer.

3° Le rétrécissement du calibre du vaisseau est moindre par la suture que par la ligature latérale.

Comme manuel opératoire, l'auteur conseille de se servir d'une aiguille petite et ronde et de soie très fine préférablement au catgut. Il faut non seulement suturer l'une à l'autre les deux parois veineuses, mais encore le tissu cellulaire ambiant qui s'applique sur le fil et empêche l'hémorrhagie par le point de suture. La suture en surjet est la meilleure. Le dernier chapitre comprend l'examen histologique des pièces provenant de ces expériences.

En résumé, la suture latérale mérite d'être employée plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Elle assure une hémostase parfaite et laisse à la veine la presque intégrité de son calibre.

M. Rolland démontre que le but de ce procédé de gastrostomie est de ménager un canal entre l'orifice stomacal et l'orifice cutané de la fistule gastrique.

Voici son manuel opératoire :

1° Incision de la paroi à 1 cent. 1/2 du rebord costal gauche.

2° Recherche, sous le lobe gauche du foie, de l'estomac qui est saisi avec une pince à hystérectomie.

3° On attire au dehors deux travers de doigt de paroi stomachale et on en fixe la base par 6 points de suture à la plaie abdominale.

4° A deux travers de doigts au-dessus de la première incision, on fait sur la paroi costale une incision parallèle, cutanée et de moindre étendue.

5° On décolle la peau qui sépare les deux incisions, on fait passer sous le pont cutané le pli stomacal.

6° On le fixe à l'incision supérieure et on l'incise.

7° La plaie inférieure est refermée par une suture cutanée.

On refait ainsi au malade *a*) une bouche, *b*) un œsophage, *c*) un cardia.

Par ce procédé, on évite non seulement le reflux des aliments de l'estomac au dehors, mais encore les excoriations de l'orifice cutané si douloureuses et presque constantes avec les autres méthodes.

On lui a reproché récemment à la Société de chirurgie :

1° D'être trop compliquée. Or, il n'y a en plus des autres procédés que le décollement du pont cutané, complication vraiment insignifiante.

2° D'être trop long. La durée de l'opération a été de 18 minutes dans un cas (Demons) et n'a pas excédé 30 minutes (Villar).

3° De n'être applicable qu'au rétrécissement cancéreux, à cause de la difficulté d'obturer une fistule aussi longue en cas de fistulisation temporaire. Il suffit, dans ce cas, de sectionner le pli stomacal à sa base et de suturer la paroi stomacale à ce niveau.

3° D'être souvent impraticable à cause de la rétraction stomacale. Sur 16 cas rapportés par l'auteur, cet accident n'a été noté qu'une fois, chez un enfant dont l'estomac adhérait à la paroi abdominale, du fait d'une première gastrostomie pratiquée selon le procédé de Von Hacker.

La gastrostomie par le procédé Ssabanejew-Frank-Villar n'est donc pas, comme on l'a dit, un procédé d'exception, mais de choix, applicable aux rétrécissements de l'œsophage qu'ils soient cancéreux ou cicatriciels. Elle est cependant contre-indiquée, lorsque l'opération est faite pour un rétrécissement cicatriciel, dilatable par le cathétérisme rétrograde.

Le kyste hydatique des os du bassin est une affection rare, M. Larre n'a pu en réunir que 18 cas.

Ses causes sont celles des kystes hydatiques en général, mais il est plus particulièrement influencé par le traumatisme et la grossesse.

Sa fréquence beaucoup plus grande au niveau de l'os coxal s'explique par une disposition anatomique spéciale. Les parasites pourront en effet passer directement dans l'os iliaque au niveau du cæcum et de l'S iliaque grâce à la déclivité et au calme relatif qui règne dans ces régions, et, de là, pénétrer dans l'os par les canalicules de Havers. D'autre part, les veines du petit bassin communiquent avec celles des parois par des anastomoses nombreuses, sans valvules. Le cours du sang y est assez faible pour que les embryons puissent le remonter et pénétrer dans les canaux veineux de l'os, eux aussi dépourvus de valvules. Ceci explique que les kystes des os du bassin coïncident rarement avec ceux du foie et du poumon puisque l'embryon ne passe pas dans leurs capillaires étroits. Si le sacrum est plus rarement envahi que l'iliaque, c'est que ses rapports avec l'intestin, où séjournent les matières, sont moins intimes.

Les symptômes des kystes hydatiques des os du bassin sont très variables et prêtent à la confusion avec d'autres maladies. Délaissant le frémissement hydatique, qui n'a rien de spécifique, on doit rechercher avec soin la fluctuation crépitante.

La marche de l'affection est lente et aboutit à la cachexie, lorsque rien ne vient modifier son évolution.

Le diagnostic ne peut être fait que par exclusion. Il ne sera absolument certain qu'après l'incision exploratrice, qui doit ici se substituer presque complètement à la ponction.

Le pronostic est toujours fatal lorsqu'on n'intervient pas ou que l'on intervient insuffisamment. Il est favorable si l'intervention est sérieuse.

Deux méthodes de traitement répondent seules aux indications qui sont d'opérer vite et largement : 1° l'incision avec curettage suivi de lavage et de drainage à la gaze iodoformée ; 2° la résection complète ou incomplète.

Il existe des rapports intimes entre le kyste et la grossesse. Celle-ci en active le développement ; mais l'accouchement, par le traumatisme qu'il nécessite, amène fréquemment la mort de l'hydatide. La présence de l'échinocoque peut tuer le fœtus par les toxines qu'il excrète ou amener de la dystocie (par le volume de la tumeur ou les déviations utérines qu'elle produit).

Lorsqu'il y a coexistance de kyste hydatique du bassin et de grossesse, on devra soit supprimer le kyste, soit faire l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si l'enfant est à terme, l'accouchement pourra quelquefois se faire plus ou moins facilement, mais souvent on devra avoir recours soit à la basiotripsie, soit à une intervention par la voie abdominale.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

De la pneumotomie (Ueber Pneumotomie), par Quincke, de Kiel (*Mitteil. aus den Grenzgebiet. der Mediz. and Chir.*, 1895, vol. I, t. I, p. 1). — Le mémoire de l'auteur est basé sur l'étude de 54 cas de pneumotomie en partie personnelle, en partie publiés depuis 1887. Ces cas sont divisés, au point de vue de l'intervention, dans trois groupes principaux : 1° les cas aigus, comprenant : a) les abcès simples, b) la gangrène aiguë et les abcès gangréneux ; 2° les cas chroniques comprenant : a) les abcès simples et les bronchectasies, b) les suppurations chroniques ; 3° les suppurations par présence de corps étrangers.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'étude très détaillée qu'il fait de chacun de ces groupes. Nous nous contenterons donc d'exposer les faits qui résultent de l'étude d'ensemble.

Sur les 54 cas, la collection purulente occupait 46 fois, soit dans 83 o/o des cas, le lobe inférieur, 5 fois le lobe supérieur, 3 fois le lobe moyen. La suppuration était aussi fréquente à droite qu'à gauche. L'intervention, la pneumotomie, a fourni dans ces cas 37 o/o de guérisons, 37 o/o de morts ; l'échec complet a été noté dans 6 o/o des cas, une amélioration plus ou moins grande dans 20 o/o des cas.

Les résultats prennent un autre aspect quand on envisage séparément les cas aigus et les cas chroniques. Dans les cas aigus, au nombre de 40, on a eu 65 o/o des guérisons et une mortalité de 35 o/o, tandis que dans les cas chroniques on a eu une mortalité de 38 o/o, seulement le nombre de guérisons n'a été que de 20 o/o ; dans 9 o/o des cas l'échec a été complet et dans 32 o/o des cas on n'a obtenu qu'une simple amélioration.

Il s'ensuit que si dans les cas aigus la mortalité est encore

très élevée, on peut pourtant compter sur la guérison complète dans deux tiers des cas. Il faut savoir encore que les cas qui relèvent d'une gangrène donnent un pronostic moins favorable que les autres cas.

La différence dans le pronostic des cas aigus et des cas chroniques tiendrait d'après l'auteur au mécanisme de la guérison. Le mécanisme de la guérison spontanée des abcès du poumon tient essentiellement à la formation d'une cicatrice qui, par sa rétraction amène l'accolement des parois de l'abcès et la disparition de sa cavité. Le pouvoir rétractile de la cicatrice a à lutter contre l'élasticité des tissus, contre le mouvement d'extension du parenchyme pulmonaire qui le repousse vers le thorax et contre la rigidité de la cage thoracique qui s'oppose à ce mouvement de rétraction. On comprend alors que dans les cas aigus, toutes choses supposées égales, l'accolement des parois de l'abcès se fera plus facilement que dans les cas chroniques où le parenchyme qui entoure l'abcès est induré, fibreux, presque rigide.

Le mécanisme de la guérison, de la cicatrisation n'est pas non plus le même dans les abcès du lobe supérieur et les abcès du lobe inférieur du poumon. Ainsi dans les abcès du lobe inférieur, la rétraction de la cavité de l'abcès rencontre moins d'obstacle du côté du thorax présenté ici par les fausses côtes et le diaphragme qui opposent une résistance moindre à la force rétractile de la cicatrice; par contre dans les abcès de cette région le pus se vide mal et s'accumule dans la cavité par le fait seul de la pesanteur. Les conditions sont tout autres dans les abcès du lobe supérieur : ici le thorax est rigide, tandis que les sécrétions, le pus s'écoulent très facilement dans les bronches, l'abcès se draine pour ainsi dire tout seul. On comprend alors que l'intervention est toute autre dans les abcès du lobe supérieur et les abcès du lobe inférieur : dans les premiers il faut avant tout faire disparaître la rigidité du thorax par une résection étendue des côtes; dans les seconds l'indication principale est de drainer l'abcès. (Voir *Gaz. hebd.*, p. 324.)

Dans les abcès chroniques cette différence est presque complètement effacée par ce fait que le parenchyme pulmonaire, la plèvre et souvent les côtés sont tellement indurés qu'ils forment une sorte de carapace rigide. Leur guérison ne peut s'obtenir qu'au prix d'une intervention étendue : large résection du thorax, fonte artificielle du parenchyme pulmonaire induré soit par des incisions multiples, soit par les caustiques, le chlorure de zinc. En tous cas, la conclusion pratique de ces faits c'est que tout abcès du poumon qui ne guérit pas spontanément, doit être traité chirurgicalement. Dans les abcès gangréneux le pronostic n'est pas très favorable, mais l'indication opératoire est encore plus urgente.

Dans les abcès chroniques du poumon et dans la bronchectasie sacciforme, l'intervention a sa raison d'être pour garantir les parties saines contre une lésion de voisinage. Il en est de même des bronchectasies en chapelet où les résultats opératoires ne sont pas brillants.

Le diagnostic du siège de l'abcès est difficile. Les signes cavitaires sont défaut, surtout dans les abcès du lobe inférieur où les parois de l'abcès sont souvent accolées; elles existent par contre dans les abcès du lobe supérieur où, grâce à la rigidité de partie correspondante du thorax, les parois de l'abcès restent écartées. Quelquefois les différences dans les résultats de l'auscultation avant et après l'expectoration éclairent le diagnostic. Il est plus facile dans les cas aigus, où la lésion primitive permet de présumer le siège de l'abcès. Dans les cas chroniques l'abcès siège le plus souvent en bas et en arrière. C'est donc au-dessous de l'omoplate qu'il faut inciser quand le diagnostic d'abcès du poumon ne s'appuie pas sur le diagnostic du siège de l'abcès. La ponction exploratrice ne permet de tirer aucune conclusion ferme.

La pneumotomie ne doit être faite que quand il existe des adhérences, et si celles-ci font défaut, il faut les provoquer. On fait donc une large résection costale en enlevant 2 à 4 côtes avec les muscles interosseux; s'il n'y a pas d'adhérences, on tamponne la plèvre pariétale avec de la gaze iodoformée, ou avec de la gaze au chlorure de zinc, et on attend 8 à 10 jours jusqu'à ce que des adhérences se soient formées. On va alors à la recherche du foyer avec l'aiguille aspiratrice ou le thermocautère, et une fois le foyer trouvé on agrandit le trajet au thermocautère. La cavité est alors drainée.

Hématurie profuse comme signe précoce de la tuberculose rénale au début (Lebensgefährliche Hämaturie als erstes Zeichen beginnender Nierentuberkulose), par Trautenroth (*Mitteilung. aus den Grenzgebieten der Mediz. und Chir.*, 1895, vol. I, fasc. I, p. 136). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une jeune fille de 22 ans qui, en pleine santé, après un travail un peu fatigant, a été prise d'une hématurie abondante qui se répéta les jours suivants et affaiblit considérablement la malade, si bien que 8 jours plus tard elle entra à l'hôpital, dans un service de médecine. Là l'examen montra une augmentation de volume et une sensibilité du rein droit. Malgré le repos et l'administration de l'ergot et de l'hydrastine, l'hématurie continua et la malade fut au bout de 8 jours passée dans un service de chirurgie où, après constatation de l'origine rénale de l'hématurie, elle a été opérée le lendemain par la néphrectomie lombaire. L'examen microscopique du rein enlevé montra l'existence d'une tuberculose rénale au début.

La malade quitta l'hôpital avant d'être guérie et dans un état peu satisfaisant. Les dernières nouvelles disaient que la cicatrice s'était rouverte et que la malade très faible était incapable de tout travail.

Ileus (Ueber Ileus), par B. Naunyn, de Strasbourg (*Mitteilung. aus den Grenzgebieten der Mediz. und Chir.*, 1895, vol. I, fasc. I, p. 98). — L'auteur a étudié l'ileus principalement au point de vue des indications du traitement. Les faits principaux qui se dégagent de cette étude sont les suivants :

La laparotomie précoce ne donne des résultats favorables (70 p. 100 de guérisons) que lorsqu'elle est faite 24 à 48 heures après le début des accidents; passé ce délai, la proportion de guérisons (34 p. 100) reste la même quand on intervient du 3e au 7e ou 8e jour. Au point de vue des résultats de l'intervention, une place à part doit être réservée au cas où l'ileus s'observe chez des individus porteurs des hernies — il n'est pas question ici d'étranglement herniaire; — chez ces malades les résultats de l'intervention sont toujours excellents, aussi chez eux il est indiqué de recourir très rapidement au traitement chirurgical. Dans les cas d'ileus avec péritonite primitive l'intervention chirurgicale relève non pas de l'ileus, mais de la péritonite. Dans l'ileus par sténose chronique de l'intestin, le diagnostic est toujours possible, mais dans ces cas il n'y a pas urgence d'intervenir chirurgicalement.

Le diagnostic du siège de l'obstacle réussit rarement. Il est relativement possible quand l'obstacle siège soit au niveau du duodénum ou de la partie supérieure du jejunum, soit au niveau de l'S iliaque, soit au niveau du côlon descendant.

Le diagnostic de la cause de l'ileus est possible dans 3 groupes de cas : 1° dans l'ileus par corps étrangers, par calculs biliaires; l'opération n'est indiquée que dans des cas exceptionnels; 2° dans le volvulus de l'S iliaque; ici il faut individualiser, ne pas se hâter avec l'intervention tant que l'ileus ne semble pas prendre une tournure de mauvais augure; 3° dans l'invagination, ces cas sont du ressort de la chirurgie.

A part ces indications opératoires, il existe certains points de la thérapeutique, sur lequels tout le monde est d'accord. Il est admis d'éviter les purgatifs dans l'ileus vrai. Ce qui est utile ce sont les grands lavements d'eau (2 à 3 litres) ou d'huile d'olive (200 à 500 grammes) les lavages de l'estomac qui soulagent beaucoup les malades; les opiacés ne doivent être employés qu'à dose peu élevée. La soif sera calmée par des petits lavements répétés d'eau tiède; l'alimentation sera réduite au minimum et on donnera les farineux de préférence aux substances albuminoïdes. La ponction, même capillaire, de l'intestin est une intervention dangereuse souvent suivie de péritonite ou de gangrène locale au pourtour de la ponction.

État actuel du traitement radical de l'hypertrophie de la prostate (Ueber den gegenwartigen Stand der Radikalbehandlung der Prostata-hypertrophie, insbesondere mittelst Kastration), par P. Bruns, de Tubingen (*Mitteilung. aus den Grenzgebieten der Mediz. und Chir.*, 1895, vol. I, fasc. I, p. 71). — Ce travail, où l'auteur passe successivement en revue les résultats fournis par la ligature des artères iliaques, la castration unilatérale, la castration double et la ligature des canaux déférents, est principalement consacré au traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration double, dont il a pu réunir 148 cas.

Sur ces 148 cas traités par la castration on a noté dans 83 p. 100 des cas une diminution notable de la prostate. L'atrophie de la glande se manifeste ordinairement déjà pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, et la glande finit au bout de quelque temps par reprendre son volume normal. Ce résultat fait défaut dans certains cas, et l'échec tient probablement à la forme anatomique de l'hypertrophie. En tout cas, l'atrophie de la prostate après la castration est d'ordre fonctionnel, en ce sens qu'il s'agit d'un processus réflexe, d'ordre nerveux, s'exerçant par l'intermédiaire des vasomoteurs ou des nerfs glandulaires; car on sait maintenant qu'il n'existe aucune relation anatomique vasculaire entre la prostate et les testicules.

Les résultats fonctionnels dépendent de l'état de la vessie, et sous ce rapport les prostatiques peuvent se diviser en 3 groupes :

1° Les prostatiques avec dysurie, mais sans rétention. Les résultats fonctionnels sont bons dans un tiers des cas : les mictions deviennent moins fréquentes, le ténesme disparaît, quelquefois les malades peuvent uriner spontanément.

2° Les prostatiques avec rétention chez lesquels le cathétérisme n'est pratiqué que depuis peu de temps. Le résultat est bon, en ce sens que les opérés peuvent renoncer à la sonde très rapidement.

3° Les prostatiques avec rétention diurique, qui se sondent depuis de longues années. Dans quelques cas, les malades guérissent complètement; chez d'autres le cathétérisme devient plus facile et moins fréquent.

Le seul reproche qu'on peut adresser à la castration c'est le sacrifice des testicules. L'auteur a constaté que même chez les vieillards — et il ne s'agit pas toujours de vieillards, mais souvent d'hommes de 60 ans — la castration provoque une vieillesse anticipée. Aussi pense-t-il que la résection des canaux déférents, dont la valeur est difficile à juger d'après les 11 cas où elle a été faite, devra être préférée à la castration si l'on arrivait à montrer que les résultats fonctionnels sont les mêmes avec les deux interventions.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Atropine.

Définition. — L'atropine est un des alcaloïdes retirés de l'*atropa belladona* (solanées).

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau (1 partie p. 500), plus soluble dans l'alcool faible (1 partie p. 60 d'alcool à 22°), l'atropine forme avec l'acide sulfurique un sel neutre très soluble dans l'eau et d'une assez grande stabilité, qui convient particulièrement à l'usage hypodermique.

En dehors du *sulfate d'atropine*, on a expérimenté le *valérianate* (Scholz, Timermans) et le *salicylate* (Tichborne) d'atropine. Ces sels, moins stables et plus toxiques que le sulfate, doivent être rejetés de la pratique courante.

Propriétés thérapeutiques. — L'atropine dilate la pupille, diminue les sécrétions, amène une sécheresse remarquable de la bouche et du pharynx, accélère le pouls et le cœur, amoindrit la sensibilité, provoque la contraction des fibres lisses des capillaires et de l'intestin.

Elle est donc utilisée en thérapeutique :

1° Comme *mydriatique*. On préfère dans ce cas la méthode des instillations à la méthode hypodermique.

2° Comme *antisudoral* et *antisialagogue* contre les sueurs des phthisiques.

3° Comme *calmant*, *analgésique*, contre les névralgies, la douleur.

4° Comme *antispasmodique*, contre l'asthme, la chorée, le vaginisme, les vomissements incoercibles de la grossesse.

5° Comme *excitant des fibres musculaires lisses*, contre la constipation, l'occlusion intestinale par volvulus, l'incontinence nocturne d'urine, les hémorrhagies. Son action hémostatique serait même, au dire de Tauke, cité par Bourneville et Bricon, plus sûre que celle de l'ergot.

6° Comme *accélérateur du pouls et du cœur*, contre la brachycardie des convalescents (Huchard).

Toxicité. — Malheureusement, en pratique, les indications de l'atropine sont infiniment plus restreintes, en raison de l'extrême toxicité de cet alcaloïde. On peut avoir de redoutables complications avec des doses bien inférieures à celles indiquées dans la plupart des formulaires : on a signalé en effet, sinon des cas de mort, tout au moins des accidents généraux graves et persistants, après l'injection de *cinq dixièmes de milligrammes* d'atropine (P. Langlois). — Nous verrons tout à l'heure comment l'alcaloïde de la belladone peut être rendu maniable.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* inusité. — *Chez l'adulte :* 1/10 de milligramme par injection, 1 milligramme par 24 heures divisé en plusieurs injections faites à des intervalles de 2 heures au moins et en surveillant le malade.

Ces doses ne doivent, dans aucun cas, être dépassées, l'accoutumance n'existant pas pour ce médicament.

Effets de l'injection.

a) Immédiats : la douleur est nulle.

b) Eloignés : au bout de 3 à 10 minutes, apparaît la sécheresse de la bouche et de l'arrière-gorge; le pouls se ralentit d'abord pour s'accélérer bientôt; la pupille se dilate, la sensibilité des téguments de la face s'engourdit.

Tant que les phénomènes ne dépassent pas cette mesure, on peut poursuivre l'usage du médicament. Mais s'il y a tendance au vertige et au refroidissement périphérique, si le pouls atteint 110°, il faut s'arrêter et faire au besoin une injection de morphine.

Antidotes. — Apomorphine. Morphine. Pilocarpine. Physostigmine.

FORMULES

Sulfate neutre d'atropine . . . . . . 0 gr. 001
Eau distillée. . . . . 10 c. c.
1 à 5 centimètres cubes.
(Maurange.)

Sulfate d'atropine. . . . . 0 gr. 10
Eau distillée. . . . . 100 gr.
1/4 à 1/2 centimètre cube.
(Dujardin-Beaumetz.)

Associations.

1° Avec la morphine.

L'atropine ne possède qu'un antagonisme partiel avec la morphine. En réunissant ces deux alcaloïdes, on réalise une excellente préparation hypodermique, qui rend contre *la douleur* et l'*insomnie* des services signalés. Car cette association permet d'employer avec sécurité des doses d'atropine plus élevées que celles que nous venons d'indiquer. En effet, la dose initiale peut, avec 1 centigramme de morphine, être portée de 1/10 de milligramme à 5/10 de milligramme, et même dans quelques cas à 1 milligramme.

Cette association est utilisée également dans le but de supprimer les vomissements occasionnés chez un certain nombre de malades par l'injection de morphine pure : il suffit dans ce cas d'un dixième de milligramme par injection, pour diminuer l'excitabilité des pneumogastriques et par suite prévenir les phénomènes nauséeux (Rumno).

C'est enfin par l'injection préalable de l'atropomorphine que MM. Dastre et Morat ont cherché à prévenir la syncope cardiaque au cours de la narcose chloroformique. Si l'on admet, en effet, que l'arrêt du cœur dans l'anesthésie est le fait de l'excitation des nerfs vagues, on se met à l'abri de cet accident en supprimant leur action cardiomodératrice, résultat que l'on obtient par l'atropine. De plus, en dehors de l'inexcitabilité acquise des pneumogastriques, on réalise ainsi certaines conditions favorables, suppression des mouvements de déglutition et de sputation, suppression de l'hypersécrétion salivaire, etc. (Aubert). Enfin, avec la morphine, on réduit au minimum la quantité de l'anesthésique employé.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de cette méthode d'anesthésie mixte. Disons seulement :

Physiologiquement, il n'est pas démontré que l'excitation des pneumogastriques puisse à elle seule déterminer l'arrêt cardiaque définitif, ni que la suppression de leur excitabilité n'ait pas au contraire pour résultat de mettre le cœur en état de moindre résistance. Le cœur, en effet, privé de son appareil modérateur, ne peut se ralentir quand l'hématose diminue et s'épuise ainsi plus rapidement (Ch. Richet).

Cliniquement, ce procédé ne semble pas avoir donné des résultats bien concluants, puisqu'il a à son passif des cas de mort et qu'il a pu être accusé par Poncet (de Lyon) de favoriser l'inertie respiratoire et la syncope toxique tertiaire.

FORMULES

Sulfate d'atropine	0gr01
Chlorhydrate de morphine	0gr10
Eau de laurier cerise	20 gr.

1 à 2 centimètres cubes contre l'accès de colique hépatique.

(Dujardin-Beaumetz.)

Chlorhydrate de morphine	0gr50
Sulfate d'atropine	0gr05
Eau distillée	10 gr.

1/4 de centimètre cube contre les algies.

(Guéneau de Mussy.)

Chlorhydrate de morphine	0gr10
Sulfate d'atropine	0gr005
Eau distillée	10 gr.

1 centimètre cube, 1/4 heure avant la narcose chloroformique.

(Dastre et Morat, Aubert et Tripier.)

Sulfate d'atropine	0gr01
Sulfate de morphine	0gr20
Eau de laurier-cerise	10 gr.

1/2 à 1 centimètre cube contre les névralgies.

(Ferrand.)

2° Avec la strychnine, contre l'empoisonnement par la morphine.

FORMULE

Sulfate d'atropine	} ââ 0gr04
Sulfate de strychnine	
Eau distillée	40 gr.

Une injection de 1 centimètre cube, puis une autre au bout d'une heure si les symptômes d'empoisonnement persistent.

(Skinner.)

3° Avec la caféine, contre l'empoisonnement par le laudanum.

FORMULE

Sulfate d'atropine	0gr01
Caféine	4 gr.
Benzoate de soude	5gr60
Eau	20 c. c.

1 à 2 centimètres cubes dans l'empoisonnement par le laudanum.

(Cancalon.)

G. Maurange.

Traitement de la cirrhose alcoolique.

Que le foie soit petit ou gros, les grandes lignes du traitement restent les mêmes. Mais tandis que la cirrhose avec gros foie peut s'améliorer beaucoup, sinon guérir, le pronostic, lorsqu'il y a atrophie de l'organe, est presque toujours mauvais.

I. *Traitement hygiénique.* — Régime lacté intégral, tant que l'état du malade n'est pas satisfaisant. N'y renoncer qu'en cas d'intolérance absolue. Trois litres au minimum par jour, en doses fractionnées. Eaux alcalines en quantité modérée.

Si le lait est mal digéré, ajouter à chaque tasse une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau	100 gr.
Chlorure de calcium	1 gr.

ou bien prendre chaque jour avec une tasse de lait 3 ou 4 des cachets suivants :

Pancréatine	} ââ 4 gr.
Pepsine	
Bicarbonate de soude	

F. s. a. 20 cachets.

Lorsque l'ascite a disparu, que les fonctions digestives sont rétablies, ce qui exige de 6 semaines à 4 ou 5 mois, mitiger le régime.

Sont permis : viandes blanches, légumes verts, une petite quantité de farineux. Sont défendus : alcool sous toutes les formes, y compris les vins toniques et diurétiques, viandes faisandées, poissons gras, condiments.

Lorsque la chose est possible, on peut combiner la cure de lait avec la cure de raisin.

II. *Traitement curatif.* — A. Iodure de potassium de 0 gr. 50 à 2 grammes par jour; il faut le continuer plusieurs mois.

Il est surtout utile si le foie est gros. Lorsque la maladie est avancée, se méfier de l'iodisme, qui augmente la probabilité des hémorrhagies.

B. S'il y a hypertrophie douloureuse du foie, poussées congestives, le calomel est indiqué.

Deux modes d'administration :

1° Chaque matin, pendant plusieurs mois, 1 à 2 centigrammes de calomel (Gilbert);

2° Commencer par 20 centigrammes en 4 paquets le premier jour, diminuer de 5 centigrammes chaque jour pendant 6 jours; laisser reposer 15 jours et donner de nouveau de la même façon (Lemoine).

Toujours surveiller la bouche.

C. La révulsion locale a les mêmes indications que le calomel : ventouses sèches, pointes de feu, douches écossaises en jet brisé.

Se défier des vésicatoires, le rein étant rarement sain.

III. *Traitement symptomatique.* — Surtout dirigé contre les hydropisies.

A. Diurétique. Calomel à doses massives; 4 paquets de 15 à 20 centigrammes pendant un jour.

Potion de Millard :

Infusion de baies de genièvre	200 gr.
Sirop des cinq racines	} ââ 15 gr.
Oxymel scillitique	
Nitrate de potasse	} ââ 2 gr.
Acétate de potasse	

A prendre en 24 heures.

Ou bien :

Ecorce moyenne de sureau	50 gr.
Eau bouillante	250 gr.

Laisser infuser et ajouter :

Carbonate de lithine	1 gr.
Nitrate de potasse	2 gr.

Ou encore :

Poudre de scille	0 gr. 10
Extrait de scille	0 gr. 05

F. s. a. 40 pilules.

Une le matin pendant 10 jours; les 10 autres jours additionner 8 des bols de lait de la journée d'un paquet contenant : nitrate de potasse, 50 centigrammes et ainsi de suite.

B. Purgatifs. — Purgatifs salins fréquents, drastiques à intervalles beaucoup plus éloignés : gomme-gutte, 50 centigrammes tous les 15 jours, ou 10 à 15 centigrammes en 1 pilule le soir, 2 fois par semaine.

Contre la constipation habituelle :

Evonymine	} ââ 0 gr. 05
Extrait de jusquiame	

Ou bien :

Magnésie. . . . . } āā 10 gr.
Fleur de soufre . . . . }

Pour 20 cachets, 1 par jour.

Ne pas attendre que l'ascite soit très considérable pour faire la ponction; intervenir chirurgicalement si le régime lacté, les diurétiques et les purgatifs ne la font pas diminuer, ou s'il y a de la dypsnée. Se rappeler aussi qu'une ascite un peu abondante peut empêcher le régime lacté et les diurétiques d'avoir leurs effets habituels. Ne pas enlever tout le liquide par la ponction.

Répéter la ponction toutes les fois que le liquide augmente trop.

Le traitement des hématémèses, du mœléna est celui de toutes les hémorrhagies internes.

Ch. B.

CHRONIQUE MÉDICALE DE LONDRES

Impopularité du service médical dans l'armée anglaise — Le docteur Jameson — Le cas du docteur Armstrong — Une seconde université pour Londres — L'université de Cambridge et les femmes — La « Bristish gynœcological Society » et les homœopathes.

Le service médical dans l'armée anglaise, quoique bien rétribué, devient de plus en plus impopulaire parmi les jeunes médecins; le nombre des candidats aux examens diminue si rapidement que plusieurs postes restent vacants depuis des mois et les autorités militaires commencent à s'émouvoir d'un état de choses qui porte atteinte à un des services les plus importants de l'armée. Au Parlement cette semaine le Dr Tanner a interpellé le gouvernement sur la cause du peu d'enthousiasme que la jeunesse médicale montre pour l'armée et le sous-secrétaire d'Etat pour la guerre a promis de faire une enquête. Les raisons, car il y en a plusieurs, ne sont pas bien difficiles à trouver. Depuis quelques années il est devenu de mode parmi les officiers d'affecter vis-à-vis des médecins et des chirurgiens militaires une supériorité et un sans-gêne qui sont blessants pour ceux qui ont préféré l'art de guérir à l'art de tuer. Après une longue lutte les médecins militaires ont réussi il y a quelque temps à faire reconnaître l'équivalence de leurs grades avec ceux des officiers ordinaires, et ont obtenu les titres de ces grades. Les officiers ont trouvé la prétention ridicule et depuis lors il existe une tension regrettable dans les rapports des deux services. D'un autre côté l'indifférence que les autorités militaires ont toujours montrée envers le service médical, a fini par rebuter l'ambition des jeunes gens et après avoir obtenu leurs diplômes, les plus brillants parmi la jeunesse des écoles ont cherché ailleurs une voie plus large pour leurs justes aspirations. Il y a d'autres raisons d'ordre secondaire, mais il est certain que l'impopularité du service médical dans l'armée n'est pas seulement une bouderie passagère, mais le résultat d'une politique fâcheuse dont le ministère de la guerre et le conseil supérieur sont responsables.

Le corps médical de Londres n'a montré jusqu'ici que peu d'intérêt pour le fameux Dr Jameson et ne s'est nullement associé aux ovations tapageuses dont le médecin de Kimberley a été l'objet à son arrivée en Angleterre. La Presse médicale a maintenu la même réserve à son égard et l'impression générale dans le monde médical se traduit plutôt par un léger sentiment d'ironie envers ce disciple d'Esculape qui délaissa le scalpel pour prendre le glaive et qui, fatigué de la redingote noire, voulut endosser la redingote grise des conquérants.

L'ingratitude des autorités de tout genre est légendaire; elle est aussi actuelle. Le Dr Armstrong, le médecin inspecteur d'hygiène (*Medical officer of Health*) de la ville et du port de Newcastle-on-Tyne, une des universités sanitaires du Royaume-Uni, vient d'en faire l'expérience. A la suite d'un incident de linge caché à bord d'un navire sur lequel il y avait eu plusieurs cas de petite vérole, le Comité sanitaire du port crut devoir infliger un vote de blâme à son médecin, alors en congé pour quelques jours. Malgré les explications du Dr Armstrong leur vote fut maintenu et il crut devoir donner sa démission, acceptant toutefois de garder ses fonctions jusqu'à ce que son successeur ait été nommé. L'incident en question eut lieu vers le milieu de l'année dernière, mais le nouveau *Medical officer of Health* n'a pas encore été nommé; c'est donc le Dr Armstrong qui vient d'envoyer encore une fois le rapport annuel sur la sanitation du Tyne au *Local government Board* de Londres. Il en a profité pour rendre publique l'action arbitraire dont il a été la victime; nous verrons quel sera le résultat de sa courageuse initiative. Les autorités sanitaires à Londres, dont le Dr Armstrong relève directement, ont montré dans cette affaire, comme d'habitude, une indifférence toute officielle.

La réalisation du projet depuis longtemps rêvé d'une université enseignante pour Londres, paraît encore bien problématique. C'est une des nombreuses anomalies de l'éducation médicale en Angleterre que la plupart des élèves des hôpitaux de la capitale sont obligés d'aller en province pour obtenir leur doctorat. L'université de Londres n'est pas un corps enseignant et ses examens sont rendus inabordables, pour la majorité des étudiants, par une technicalité outrée dans certaines branches de la science, qui n'ont qu'un rapport éloigné avec la médecine. Il y a malheureusement trop d'intérêts en jeu pour que le projet d'établir une seconde université ait des chances de succès.

L'université de Londres, l'université de Durham et plusieurs des universités écossaises ont déjà ouvert leurs portes, toutes grandes, aux femmes. Le sénat de l'université de Cambridge, moins galant, vient de décider que ses diplômes, pour le présent, resteraient les apanages du sexe fort. Nous croyons qu'il y a au fond une certaine sagesse dans ce refus. L'engouement des femmes pour les carrières libres n'est prononcé que chez une minorité turbulente, et nous paraît être plutôt une mode passagère qu'une révolution.

La *British gynæcological Society* vient de décider que les médecins pratiquant l'homœopathie ne seront plus admis au titre honoraire de « fellow » de la société. Il ne s'est trouvé que 4 adversaires à cette proposition. La décision ne manque pas d'intérêt quand on considère que l'Angleterre est le pays par excellence de la spécialisation médicale.

Louis Vintras,
Médecin de l'hôpital français de Londres.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La ponction des ventricules latéraux,

Communication faite à la *Société médicale d'Heidelberg*, le 11 février 1896,

Par Von Beck.

Je désire attirer votre attention sur une intervention chirurgicale, la ponction des ventricules latéraux, et sur les services qu'elle peut rendre en chirurgie du cerveau. Les trois cas que je vais vous citer montrent avec la dernière évidence que cette intervention m'a permis de sauver d'une mort certaine 2 malades atteints de méningite grave d'origine otique dans un cas, traumatique dans l'autre. Dans le 3° cas où il s'agit d'une tumeur inopérable du cerveau, inopérable de par son siège, la ponction répétée du ventricule latéral m'a permis de parer à plusieurs reprises aux accidents graves qui se seraient sûrement terminés par la mort si, grâce à la ponction, le cerveau n'eût été momentanément soustrait à la compression, cause première des accidents.

La 1re observation se rapporte à un garçon de 14 ans qui, à la suite d'une diphthérie contractée à l'âge de 7 ans, a eu une otite moyenne qui guérit au bout de trois ans. L'enfant était donc guéri depuis 4 ans, lorsqu'il fut pris, brusquement, de douleurs dans l'oreille moyenne avec douleurs irradiées dans la moitié droite de la tête, vomissements, état comateux, tout cela sans fièvre. A l'hôpital où l'enfant a été transporté, il survint, dans les 3 jours suivants, une raideur de la nuque, une hypéresthésie généralisée, et, à l'ophthalmoscope, une neuro-rétinite par étranglement. Le pouls était tombé à 54. La membrane du tympan du côté droit était épaissie, trouble, douloureuse, nullement perforée.

Dans l'idée qu'il s'agissait d'une méningite otique avec, probablement, abcès du cerveau, on commença par trépaner la mastoïde, fortement sclérosée, dont les cellules furent trouvées remplies d'une sérosité trouble, de même que la caisse du tympan. On mit alors à nu le sinus transverse et le lobe temporal. Le sinus était intact; pas de pulsation du cerveau, et la ponction du lobe temporal donne un résultat négatif. Il n'y avait donc pas d'abcès. On ponctionna alors le ventricule latéral et on retire 26 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal.

L'intervention eut pour résultat de faire disparaître l'état comateux; dans la soirée, le pouls monta à 80, la neuro-rétinite diminua dans la suite, et le malade se sentait déjà fort bien lorsque, au 10° jour après l'intervention, il fut repris de céphalalgie et de douleurs dans toutes les dents. Deux jours plus tard, réapparition des vomissements, du coma, et le pouls tombe à 54. On élargit l'orifice de la trépanation et avec une aiguille aspiratrice, on va à la recherche d'un abcès dans les lobes frontal et occipital. Résultat négatif. On fait alors une nouvelle ponction du ventricule latéral et on retire 40 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal clair. Disparition presque complète de tous les phénomènes morbides pendant 10 jours. Mais au bout de ce temps, les phénomènes de compression cérébrale reparaissent, accompagnés de parésie faciale et d'ecchymoses palpébrales du côté droit. Une nouvelle ponction du ventricule latéral, permettant d'extraire 40 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal, met définitivement fin aux accidents. Le malade entre franchement en convalescence et quitte l'hôpital 2 mois environ après son entrée. La guérison ne s'est pas démentie depuis 2 ans.

Le second cas est celui d'un garçon de 4 ans qui, en tombant de la hauteur du second étage, s'était fait une fracture du frontal, sans paralysie. L'enfant a été amené à l'hôpital 3 semaines après l'accident avec des phénomènes de méningite : coma, pouls à 120, raideur de la nuque, hypéresthésie généralisée, exophthalmos, neuro-rétinite double, température de 39°5. A l'examen, on trouva une fracture esquilleuse du frontal droit avec suppuration s'étendant vers la région temporale.

L'intervention a consisté à mettre à nu et à agrandir le foyer de fracture. La dure-mère fut trouvée déchirée, et, une fois ouverte, on constata l'existence d'un abcès cortical des dimensions d'un œuf de pigeon. Le foyer fut évacué et drainé.

L'opération a eu pour résultat d'amener une amélioration de tous les symptômes. Mais 8 jours après, la fièvre se ralluma, et en défaisant le pansement, on constate la présence d'une hernie du cerveau. Au 11° jour, il survint une attaque de convulsions; au 15°, nouvelle attaque de convulsions avec perte de connaissance et hémiplégie gauche. On fait alors une ponction du ventricule latéral à travers l'orifice de la fracture régularisée et on évacue 40 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal trouble. La ponction a pour résultat l'atténuation, puis la disparition de tous les symptômes, et le malade finit par guérir complètement, 3 mois environ après le début des accidents. La guérison date aujourd'hui de près de 2 ans.

La 3° observation se rapporte à une fillette de 13 ans qui, en mai 1893, a été prise brusquement de perte de connaissance de courte durée, mais suivie d'une céphalalgie violente. Quelques semaines plus tard, nouvelle attaque qui, à partir de ce jour, revient régulièrement tous les jours, accompagnée de vomissements, de vertige, de céphalalgie. L'état reste stationnaire jusqu'en septembre 1895 quand il survient une diminution de l'acuité visuelle à gauche, et, 2 mois plus tard, une cécité

à droite. A ce moment, l'examen de la malade montre l'existence du nystagmus, de la neuro-rétinite double, plus accusée à gauche qu'à droite, d'une démarche titubante. Diagnostic : tumeur du cervelet.

Un essai de médication interne par l'iodure n'ayant donné aucun résultat, on fait une trépanation ostéoplastique de l'occipital gauche. Comme le cerveau semble très tendu, on fait la ponction du ventricule latéral et après extraction de 40 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal, on peut explorer le cervelet et constater qu'à ce niveau, il n'existe pas de tumeur.

Dans l'idée que, d'après l'ensemble des symptômes, le siège de la tumeur doit être reporté plus haut vers le vermis ou les tubercules quadrijumeaux, on rabat le lambeau ostéo-plastique en laissant un orifice pour les ponctions ultérieures dans le cas où ces dernières seront de nouveau indiquées.

L'intervention eut pour résultat d'amener une atténuation de tous les symptômes, d'améliorer la vue et de faire disparaître les vertiges. Mais 20 jours après cette intervention, la situation s'aggrava de nouveau et 6 jours plus tard, à la suite d'une excitation, la malade perdit la vue, commença à bégayer, la température monta, l'état comateux se dessina et la malade prit une attaque de convulsions. On fit alors une nouvelle ponction du ventricule et on retira 120 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal. Les symptômes disparurent à nouveau et pendant 4 semaines, la malade alla aussi bien que possible. A ce moment, réapparition du syndrome méningitique et nouvelle ponction qui, après extraction de 60 centimètres cubes de liquide, améliore notablement la situation.

La malade est encore en traitement.

Je désire profiter de cette occasion pour dire quelques mots sur les indications et la technique de la ponction du ventricule latéral, qui m'a rendu de si grands services dans les cas que je viens de vous rapporter.

Nul doute que dans les lésions en foyer s'accompagnant de phénomènes de compression cérébrale, il ne faille tendre toujours et avant tout à supprimer, par une intervention radicale la lésion elle-même, la lésion qui est la cause directe de la compression cérébrale. C'est le cas des hématomes de la dure-mère par déchirure de la méningée moyenne; c'est le cas des abcès du cerveau, de certaines tumeurs, etc. Dans tous ces cas, l'intervention consistera à lier la méningée, à ouvrir l'abcès, etc.

Mais il existe des cas où la lésion en foyer, un abcès, une tumeur, provoque des symptômes si peu précis que son siège exact nous échappe, ou bien encore que le siège de la lésion est tel qu'elle échappe à toute intervention directe. Dans ces cas qui aboutissent à l'hydrocéphalie interne, à l'accumulation de liquide dans les ventricules avec phénomène de compression du cerveau, l'indication est de décharger le cerveau par l'évacuation du liquide intra-ventriculaire en allant le chercher, le trocart ou l'aiguille aspiratrice à la main, là où il se trouve en plus grande quantité, c'est-à-dire dans les ventricules. Cette indication est formelle et elle existe non seulement dans certaines lésions en foyer, mais encore dans les lésions diffuses du cerveau, dans les méningites, accompagnées, les unes comme les autres, d'hydrocéphalie interne dont relèvent les phénomènes de compression cérébrale.

On peut être amené à faire, comme chez 2 de mes malades, des ponctions répétées. Mais faites aseptiquement, elles ne comportent aucun danger et sont préférables au drainage permanent des ventricules, qui, lui, expose le malade à l'infection intra-cérébrale.

La ponction du ventricule est encore préférable à la ponction lombaire de Quincke. En premier lieu, elle va chercher le liquide là où il est accumulé, dans le ventricule. En second lieu, la ponction lombaire peut, dans certains cas, échouer et, pis encore, aggraver la situation. En effet, si l'hydrocéphalie interne est produite par une tumeur de la fosse cérébrale postérieure ou par un processus pathologique qui, l'un ou l'autre, ont amené l'oblitération de l'orifice de communication entre le 4e ventricule et la moelle, que va-t-il arriver? La ponction lombaire videra bien le fourreau médullaire, mais provoquera en même temps une fluxion artérielle qui, en se propageant vers le cerveau, amènera une nouvelle transsudation séreuse, laquelle transsudation augmentera la pression intra-cérébrale et pourra produire très rapidement une insuffisance des centres vitaux du cerveau.

Deux mots sur la technique de cette ponction :

La trépanation préalable du crâne doit être faite au siège présumé de la lésion cérébrale, d'après le procédé ostéoplastique afin de créer une large brèche, nécessaire pour l'exploration du cerveau, mais qui ne laissera après elle qu'une perte de substance minime. Dans les cas où l'on prévoit la possibilité des ponctions répétées, on aura soin de réséquer une portion de tissu osseux au-dessus de l'endroit où l'on aura ponctionné, afin d'avoir un orifice qui permettra de faire la ponction à travers la dure-mère. Cet orifice assuré, on rabattra, l'opération une fois terminée, le lambeau ostéo-plastique.

Les ponctions sont faites avec une aiguille aspiratrice de 7 à 8 centimètres de longueur, adaptée à une seringue d'une contenance de 10 à 20 centimètres cubes. L'aiguille est enfoncée dans une région peu vasculaire et ne contenant pas autant que possible de centres importants. Si par la trépanation, on avait mis à nu le lobe frontal, la ponction sera faite entre la 2e et la 3e circonvolutions frontales, à 3 centimètres au-dessus du rebord sus-orbitaire, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane; l'aiguille sera poussée directement en arrière, à une profondeur de 3 centimètres. On peut encore arriver au ventricule à travers la région pariétale. L'aiguille est alors enfoncée à 3 centimètres en avant du sillon central, à 2 centim. 5 en dehors de la ligne médiane, et poussée en bas et en arrière à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Dans les cas où l'on aura découvert la région temporale, on ponctionnera entre le 1er et le 2e sillons temporaux, à 2 centim. 5 au-dessus de la base de l'apophyse mastoïde, et l'aiguille sera conduite transversalement à travers le lobe temporal, à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Enfin, si l'on opérait sur la région occipitale, la ponction sera faite à 4 centimètres au-dessus de la protubérance externe, à 3 centimètres en dehors de la ligne moyenne, et l'aiguille enfoncée directement en avant à une profondeur de 3 centimètres.

Les faits que j'ai produits m'autorisent à soutenir que dans les tumeurs inopérables du cerveau, les ponctions répétées des ventricules font disparaître ces phénomènes menaçants de compression cérébrale et procurent un soulagement aux malades dont elles prolongent la vie. Dans l'hydropisie intra-ventriculaire d'origine inflammatoire, elles peuvent, par la modification des conditions de la circulation cérébrale, amener la régression des processus inflammatoires et la guérison complète des malades.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Rome.

Opération césarienne.

M. Pasquali a fait, de 1889 à 1895, onze opérations césariennes. Dans la majorité des cas, chez les femmes à bassins viciés, l'opération césarienne peut être évitée par l'accouchement provoqué avant terme une fois que le fœtus est viable. Mais souvent il arrive que l'accouchement provoqué ne peut plus être fait et que le fœtus doit être sacrifié ou retiré de l'utérus après la laparotomie. C'est dans des cas de ce genre que M. Pasquali a eu recours à l'opération césarienne.

Sur les 11 femmes opérées, 8 avaient un bassin rachitique, 1 un bassin ostéomalacique, 2 une affection cancéreuse de l'utérus. Pour éviter l'infection de la cavité péritonéale, l'utérus était ouvert après avoir été attiré hors de la cavité abdominale. L'opération n'a présenté aucune difficulté, sauf les cas où l'incision tombait sur l'insertion placentaire : dans ces cas il a fallu aller vite, et pour arrêter l'hémorrhagie on comprimait les artères utérines, sans recourir à la ligature élastique qui a l'inconvénient d'amener une atonie de l'utérus.

M. Namias évite l'infection de la cavité péritonéale par le liquide amniotique en vidant ce dernier par le vagin avant d'ouvrir le ventre. Pour éviter l'hémorrhagie il a recours à la ligature élastique.

M. Frascani fait observer qu'il est souvent difficile, quelquefois même impossible d'attirer l'utérus hors de la cavité abdominale.

M. La Torre a dans deux cas arrêté l'hémorrhagie par la compression intra-abdominale de l'aorte.

Déciduome malin.

M. Resinelli rapporte l'observation d'une femme qui, après trois accouchements normaux, fit une fausse couche au cours d'une influenza qu'elle avait contractée. Trois mois plus tard elle s'aperçut de l'existence au vestibule du vagin d'une petite tumeur. L'examen de la malade fait à ce moment montra l'existence d'un sarcome infectant de l'utérus avec métastase dans le vagin et les viscères abdominaux.

La malade succomba quelque temps après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva l'utérus et la trompe droite englobés dans une tumeur qui avait donné lieu à des métastases dans les poumons, la face, etc. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome décidual. Dans les vaisseaux on a pu retrouver des cellules caractéristiques qui expliqueraient ainsi la génèse des métastases.

D'après M. Resinelli, l'hystérectomie faite de bonne heure aurait pu sauver la malade.

Pathogénie des monstres.

M. Giglio. — Les causes des arrêts de développement de l'embryon résident dans l'œuf dont la pathologie relève de processus pathologiques variables pouvent dépendre de la syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme. Il existe en outre des relations étroites entre l'hydramnios et les lésions des annexes fœtaux par troubles de la circulation utéro-placentaire. La production des monstruosités précède la surproduction de liquide amniotique ou bien est concomitante de celle-ci. La monstruosité ne relève donc pas directement de l'hydramnios, mais d'un agent infectieux ou toxique qui exerce son influence sur les spermatozoïdes et les ovules, et par leur intermédiaire sur les blastèmes de l'embryon dont le développement ne marche pas de pair.

Dans 6 cas de monstres observés par M. Giglio, on a pu incriminer constamment la syphilis et, dans un cas, la syphilis et la tuberculose. Dans tous ces cas il existait de l'hydramnios, et l'accouchement ne s'est terminé qu'après son intervention.

XVIIe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE BALNÉOLOGIE,

Tenue à Berlin du 6 au 9 mars 1896.

Nouvelle méthode d'anesthésie locale et de traitement des plaies.

M. Schleich fait depuis quelque temps les opérations les plus variées avec l'anesthésie à la cocaïne conduite d'une manière toute particulière.

La solution de cocaïne dont il se sert est au 1000e et il en injecte des quantités considérables dans la peau et dans le tissu sous-cutané. Ce qu'il y a de particulier c'est que plus la quantité de liquide injecté est grande, moins il se résorbe de cocaïne, si bien qu'on peut dans ces conditions injecter sous la peau des doses de cocaïne 5 ou 6 fois supérieures à la doxe maxima sans observer le moindre symptôme d'intoxication. L'anesthésie est produite du reste non pas par la cocaïne, mais par l'œdème artificiel qu'on provoque par l'injection de liquide, et la solution peut contenir une quantité de cocaïne juste suffisante pour rendre la piqûre indolore.

L'anesthésie ainsi obtenue dure plus de 25 minutes et a été utilisée par M. Schleich pour les amputations, la taille hypogastrique, la laparotomie, l'extirpation des tumeurs. Dans tous ces cas les malades n'ont pas manifesté la moindre douleur.

Un autre point sur lequel M. Schleich désire attirer l'attention c'est le traitement des plaies par la poudre de gélatine à la formaline. Cette poudre, abandonnée à la surface d'une plaie ou dans une cavité opératoire, subit une transformation consistant dans la mise en liberté de la formaline qui agit à la façon d'un antiseptique et accélère en même temps le processus de cicatrisation. La suppuration, si elle existe, cesse, la fièvre disparaît, de même les autres phénomènes inflammatoires.

Nouveau phénomène stéthoscopique dans les artères.

M. Litten. — Quand on ausculte une artère, on entend à l'état normal un bruit systolique qui se transforme en souffle quand avec le stéthoscope on comprime le vaisseau. Au même moment on perçoit dans l'artère une sorte de frémissement, faible il est vrai, mais parfaitement perceptible.

Dans certains cas, et principalement dans les cas où les parois des artères sont modifiées par un processus pathologique, ce frémissement devient extrêmement intense. Il en est ainsi dans l'artério-sclérose, dans les affections organiques du cœur, dans le goitre exophthalmique. La même exagération du frémissement artériel s'observe encore après l'administration de nitrite d'amyle.

Myélite chronique.

M. Schuster fait remarquer que malgré les travaux récents sur l'anatomie et l'étiologie de la myélite chronique, le traitement est resté le même qu'auparavant. Quand on ne connaît pas les causes étiologiques de la myélite on commence par le traitement antisyphilitique. On emploie ensuite l'électricité. La suspension sur laquelle on fondait de grandes espérances, a, pour ainsi dire, fait faillite. Ce qui réussit encore le mieux dans ces cas, ce sont les bains tièdes.

Récemment M. Schuster a eu à traiter un homme atteint depuis 3 ans de paraplégie spasmodique dépendant plutôt d'une lésion traumatique de la colonne vertébrale que d'une myélite spécifique. Le malade n'était sûrement pas hystérique. On avait déjà essayé chez lui, sans le moindre succès du reste, l'électricité, le mercure, l'extension continue, la suspension, et le malade découragé vint aux thermes d'Aix-la-Chapelle. Sous l'influence d'une balnéation, surtout à partir du moment où le malade commençait à prendre les bains à 40° et 41°, une amélioration progressive se manifesta, si bien qu'au bout de 4 mois le malade pouvait déjà se promener dans sa chambre appuyé sur le bras de l'infirmier.

M. Putzar a constaté que dans la myélite subaiguë et principalement dans la myélite d'origine infectieuse, les bains

chauds loin d'être avantageux sont directement nuisibles au malade : non seulement ils accélèrent la formation du decubitus, mais encore ils affaiblissent considérablement le malade.

M. Winternitz fait observer qu'on sait actuellement fort peu sur la température des bains qu'on donne dans les affections du système nerveux central. On sait seulement que les bains tièdes, à température moyenne, agissent mal en amenant un affaiblissement de l'action du cœur, de la circulation et une diminution de la force musculaire. Tel n'est pas le cas de l'eau chaude, à température élevée, les bains chauds agissant en effet de la même façon que les bains froids.

Sérum et hydrothérapie.

M. Winternitz. — On sait depuis longtemps, ou du moins on l'a toujours supposé, que l'organisme possède un pouvoir naturel de résistance envers les maladies qui peuvent le frapper, que celles-ci soient produites par des agents connus ou non. Si par un procédé on arrive à exagérer ou même simplement à réveiller ce pouvoir de résistance, le procédé employé pourra être considéré comme un médicament « médiat ». Actuellement le courant scientifique est en faveur des méthodes curatives d'oxydation, c'est-à-dire en faveur des méthodes qui ont pour but d'influencer les processus de combustion, d'oxydation qui se passent dans l'organisme. Or il est démontré que l'hydrothérapie constitue une médication oxydante, provoquant une exagération des oxydations, des combuttions internes.

Sous l'influence de l'hydrothérapie froide, on voit se manifester une hyperleucocytose dont l'importance sont les affections fébriles. L'influence de l'eau froide sur le système nerveux, sur la circulation, sur les échanges interstitiels, peut bien expliquer les effets symptomatiques de la balnéation dans les maladies pyrétiques, mais n'exerce pas d'action sur les toxines. L'exagération des phénomènes de combustion se manifeste par l'apparition dans le sang d'un plus grand nombre d'hématies après le bain, par l'augmentation du poids spécifique du sang et de la proportion d'hémoglobine. Si, par exemple, on met une anémique dans un bain froid, on voit la coloration des téguments devenir rosée et le pouls plus ample. Le bain froid n'augmente pas le nombre d'hématies et l'hémoglobine, mais il provoque l'apparition de ces éléments dans le sang, en agissant sur les réservoirs où ils se forment, sur la rate et la moelle osseuse.

Il ne faut pas oublier non plus que sous l'influence de l'hydrothérapie on observe des modifications dans les phénomènes de sécrétion et d'excrétion de l'organisme. On sait de quelle importance pronostique est l'apparition d'une diurèse abondante dans les affections fébriles traitées par la balnéation froide. Aujourd'hui on sait encore que le coefficient toxique de l'urine est dans ces cas augmenté, et qu'après le bain froid l'élimination de toxines devient 6 à 8 fois supérieure à ce qu'elle était avant le bain. C'est de cette façon qu'on peut s'expliquer les modifications de la composition du sang. On sait notamment que dans un grand nombre de maladies infectieuses, l'alcalinité du sang diminue et qu'elle augmente un peu après le bain. On peut donc dire que l'eau froide provoque directement une modification du sang, laquelle modification est favorable à la défense de l'organisme. Autrement dit, la balnéation constitue un moyen qui augmente le pouvoir naturel de résistance de l'organisme envers la maladie. Sous l'influence de l'hydrothérapie, l'organisme fabrique avec ses propres matériaux une sorte de sérum, une antitoxine contre les germes morbides.

M. Schutz a essayé le sérum dans 8 cas de diphthérie grave, et, comme il a eu deux morts, il a renoncé au sérum pour revenir aux anciens méthodes. Un enfant atteint de diphthérie grave a été guéri par un traitement local et la balnéation.

M. Strasser pense que la diphthérie doit être traitée par le sérum et la balnéation combinés.

M. Hunter fait observer que ce traitement combiné est employé depuis quelque temps par le professeur Heubner, qui obtient de cette façon des résultats très remarquables dans la diphthérie. L'hydrothérapie a, dans ces cas, pour but de favoriser l'élimination des toxines déjà formées.

M. Liebreich fait observer que l'adjonction de l'hydrothérapie au sérum enlève à ce dernier les caractères d'un médicament spécifique.

M. Winternitz insiste encore une fois que l'hydrothérapie provoque les mêmes phénomènes intimes que le sérum, consistant dans la réaction de tout l'organisme de par la mise en jeu des forces latentes des cellules vivantes.

Hydrothérapie dans les affections internes.

M. Klemperer tient à faire ressortir que toute pratique hydrothérapique provoque une excitation considérable de l'appareil nerveux de divers organes, pouvant dans certains cas être d'une grande utilité. C'est là que réside le mécanisme de l'action de l'hydrothérapie ; quant aux autres hypothèses et faits invoqués pour expliquer l'action de l'eau froide, M. Klemperer ne saurait y souscrire. Il a bien constaté l'existence d'une leucocytose et l'augmentation de l'alcalinité du rang, seulement ces effets sont peu accusés surtout quand on les compare aux effets analogues que l'on peut obtenir par l'administration des médicaments.

Il faut donc se garder d'exagérer la valeur de l'hydrothérapie qui doit être considérée comme un adjuvant utile dans le traitement des maladies, de savoir bien préciser les limites de cette pratique.

Dans les essais faits à la clinique, l'hydrothérapie s'est montrée particulièrement utile chez les individus présentant des troubles nerveux. Dans la fièvre typhoïde par exemple la balnéation vient se ranger à côté d'autres interventions utiles et efficaces. En tous les cas il est impossible de mettre en parallèle le bain froid et la sérothérapie. Par contre l'eau froide doit être employée d'une façon méthodique dans la neurasthénie générale, dans les névroses traumatiques.

Parmi les affections respiratoires passibles de l'hydrothérapie il faut placer en premier lieu l'asthme bronchique où l'élément nerveux prédomine. Mais il faut savoir que si un grand nombre de ces malades guérissent par l'hydrothérapie, il en existe d'autres chez lesquels ce traitement échoue. Chez les tuberculeux, par contre, l'hydrothérapie est un simple adjuvant du traitement général qui doit tendre à relever la nutrition des malades. Enfin dans les affections chroniques des poumons, dans la gangrène, les abcès, les tumeurs, etc., l'hydrothérapie constitue un excitant psychique sans grande utilité pour le malade.

Chez les cardiaques l'hydrothérapie est toute indiquée dans les affections nerveuses du cœur et joue un rôle important dans l'insuffisance aortique avec myocardite par exemple. Bien entendu, dans les affections organiques du cœur l'hydrothérapie n'amène pas la guérison, mais améliore seulement la situation, tout comme la digitale du reste. Ceux qui pensent guérir par l'hydrothérapie une myocardite sont par trop optimistes. Il est évident que dans la dilatation chronique du cœur tenant à l'existence d'un obstacle permanent, l'hydrothérapie est sans action sur l'obstacle et n'aura aucune influence sur la dilatation ; par contre elle pourra agir efficacement contre la dilatation aiguë. Mais il ne faut pas oublier que chez les cardiaques chroniques l'hydrothérapie exerce encore une sorte de suggestion, a un effet purement psychique se manifestant par ce fait que les malades pensent moins à leur affection du cœur.

L'hydrothérapie est éminemment utile dans les affections du tube digestif, dans les gastrites et les entérites. Dans ces cas il s'agit souvent des états purement nerveux ; d'un autre côté, un état nerveux accompagne presque toujours les affections gastro-intestinales, si bien que souvent il est difficile de dire où finit le catarrhe et où commence la névrose. Le mieux dans ces cas c'est de laisser le catarrhe tranquille et d'agir sur le système nerveux sur lequel l'hydrothérapie agit d'une façon palpable. Ainsi chez des malades avec atonie de l'estomac où sur 100 grammes d'huile ingérés 30 seulement passaient au bout d'un temps donné dans l'intestin, cette quantité monte à 50 et même 70 grammes au bout de 15 jours d'hydrothérapie.

M. Munter admet volontiers que l'hydrothérapie agit en premier lieu sur le système nerveux, mais il croit aussi qu'indirectement elle modifie aussi la circulation. Il existe des cas où après une cure hydriatique on trouve des modifications notables dans le fonctionnement du cœur, se manifestant par la forme de la courbe sphygmographique, par la transpiration, etc. Dans les affections organiques du cœur l'eau froide n'agit pas moins bien que la digitale. Dans les maladies infectieuses la balnéation froide donne des résultats remarquables, et l'on sait que dans la

fièvre typhoïde elle a fait tomber la mortalité à 2-3 p. 100 de 26-28 p. 100 qu'elle était auparavant. Pour ce qui est enfin des affections de l'appareil respiratoire, M. Munter croit que l'hydrothérapie est indiquée non seulement dans l'asthme nerveux, mais encore dans toutes les formes d'asthme grave.

M. Pospischil ne pense que chez les cardiaques organiques l'hydrothérapie agisse seulement en tant que suggestion. Il a vu l'eau froide faire disparaître les œdèmes, et cet effet ne relève sûrement par de la suggestion.

M. Strasser a constaté que certaines maladies par troubles de nutrition, la diathèse urique par exemple, sont favorablement modifiées par l'hydrothérapie qui souvent amène même la guérison. Quant aux succès de l'hydrothérapie dans les affections du tube digestif, comme le plus souvent il ne s'agit pas de névroses stomacales ou intestinales simples, il faut admettre que l'eau froide agit non seulement sur l'élément nerveux, mais aussi sur l'élément catarrhal de l'affection.

Modifications chimiques du sang et de l'urine sous l'influence de l'hydrothérapie.

M. Straszer a trouvé que la balnéation froide provoque une augmentation de l'alcalinité du sang et de l'urine, tandis que l'eau chaude produit une diminution de cette alcalinité. Il a étudié sur lui-même l'action de l'eau froide et de l'eau chaude sur l'élimination des phosphates de l'urine, et ces recherches lui ont montré que l'eau chaude provoque une augmentation et l'eau froide une diminution des phosphates acides de l'urine, laquelle diminution peut atteindre 100 p. 100.

Ces recherches sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer une conclusion ferme. Il n'en reste pas moins établi qu'elles font voir une nouvelle action de l'hydrothérapie sur les sécrétions. Il est en effet très remarquable que dans le sang et dans l'urine on trouve des modifications parallèles.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Avril 1896.

Abcès du foie.

MM. Peyrot et **H. Roger** rapportent un cas d'abcès dysentérique du foie à amibes. Les faits de ce genre, où il n'existe dans le pus que des amibes, sont exceptionnels, et c'est à peine si on en cite 5 cas, tandis que Kartulis a réuni une trentaine de faits où il y avait à la fois des amibes et des microbes pyogènes. Le fait actuel est en tout cas le premier étudié en France. Il concerne une femme de 27 ans qui prit la dysenterie le 10 octobre 1895, à Nossi-Bé, et, le 28 février 1896, revint en France avec des accidents permettant de soupçonner un abcès du foie. Après ponction exploratrice, M. Peyrot fit l'ouverture par voie transpleurale, après résection costale; lavage à l'eau bouillie, drainage. La guérison est actuellement presque achevée.

A l'examen histologique, on voit tout de suite dans le pus des corps spéciaux, ressemblant à des leucocytes, mais en différant assez notablement pour qu'il y ait eu lieu immédiatement de soupçonner des amibes, hypothèse bientôt vérifiée par l'examen plus complet. Les auteurs insistent sur les caractères de coloration des parasites et sur quelques modifications qu'ils ont subies aux prélèvements successifs du pus.

Faut-il en conclure que les amibes ont seules suffi à provoquer la suppuration? Ou y a-t-il eu intervention de microbes pyogènes bientôt stérilisés? La question reste en suspens et ne pourra pas être tranchée tant qu'on ne saura pas cultiver les amibes. Cette culture, en particulier sur de l'infusion de paille, a été essayée par MM. Peyrot et Roger et elle a donné quelques résultats, mais les essais sont loin d'être définitifs.

Actinomycose.

M. Poncet, de Lyon, rappelle qu'il a présenté à l'Académie, depuis 3 ans, de nombreux cas d'actinomycose humaine.

Il fait une fois encore remarquer que, d'après son expérience clinique, l'actinomycose chez l'homme est aussi fréquente en France qu'à l'étranger et que pour la rencontrer, il suffit de la rechercher. Il cite, à ce propos, le cas très curieux d'une jeune femme qu'il a opérée récemment d'une fistule trachéo-œsophogienne de nature actinomycosique et chez laquelle il existe, au sommet droit, des signes non douteux d'induration pulmonaire, également actinomycosique. Le point de départ de cette fistule qui faisait si largement communiquer la trachée et l'œsophage, que la malade ne pouvait avaler aucun liquide, sans être prise de suffocations, c'était un abcès de l'œsophage remontant à 2 ans 1/2.

L'infection s'était probablement faite par des grains frais de maïs que la malade mangeait volontiers. Dans les mucosités expectorées, M. Dor, chef du laboratoire de M. Poncet, a trouvé dans divers examens, le champignon caractéristique.

M. Ducor communique un cas d'actinomycose circonscrite du maxillaire inférieur. La lésion ressemblait à une tumeur, diagnostic qui fut pendant 9 ans porté par divers chirurgiens. Finalement, le parasite a été constaté.

Épithélioma utérin.

M. Guinard commence par constater que tous les traitements curatifs du cancer utérin n'aboutissent pas à grand' chose et que dès lors tout progrès dans le traitement palliatif doit être enregistré. M. Guinard se loue des résultats obtenus par l'application de carbure de calcium : on fait cesser les hémorrhagies, la fétidité et la douleur. Il croit que l'action est due à la fois à l'acétylène et à la chaux vive à l'état naissant qui se produisent par décomposition du carbure de calcium mis dans le vagin.

Paludisme à Madagascar.

M. Laveran analyse un travail de MM. Vincent et Burot sur le paludisme à Madagascar. Les auteurs concluent qu'au point de vue clinique le paludisme et ses accès aigus ne diffèrent en rien de ce qu'ils ont vu dans les autres pays intertropicaux. Ils admettent l'action préventive de la quinine, et conseillent aux colons d'en prendre une dose d'au moins $0^{gr}30$ et quelquefois jusqu'à $0^{gr}50$ et $0^{gr}75$ chaque jour où ils prévoient une fatigue; ou au moins deux fois par semaine. Pendant la dernière expédition, on donnait la quinine à la dose de $0^{gr}10$ à $0^{gr}20$ les 4 premiers jours de la semaine : le résultat semble avoir été nul; cela tient à l'insuffisance de la dose.

Lépromes oculaires.

M. de Gouréa pense que les manifestations oculaires sont plus rares et plus tardives dans la forme nerveuse et anesthésique que dans la forme cutanée. Les lésions de la coque oculaire sont en général consécutives à celles des paupières, et surviennent tardivement, après que, l'orbiculaire étant atteint dans ses fonctions, des poussées congestives ont eu lieu sur la conjonctive. Il faut donc traiter les lésions palpébrales et pratiquer une blépharorhaphie préventive.

M. Lagneau lit un rapport sur des études d'anthropométrie militaire entreprises par M. Rinaldo Lévi, médecin militaire italien.

M. Laussedat lit une note sur la diarrhée épidémique des stations thermales et estivales.

M. Bilhaut fait une communication sur la luxation congénitale de la hanche. Pour les enfants jeunes, il conseille le traitement orthopédique, dont il a obtenu de bons résultats. Plus tard, il faut opérer, et alors, quoiqu'on en ait dit, on peut opérer des sujets assez âgés et même atteints de luxation bilatérale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Avril 1896.

Traitement de la tuberculose osseuse par le salol iodoformé.

M. Reynier, après avoir énuméré les inconvénients des interventions ordinaires pour tuberculose osseuse (impossibilité de préciser d'avance les limites de l'intervention, cicatrisation lente, récidives fréquentes, etc.), expose un nouveau procédé qui consiste à trépaner l'os au niveau du point malade et à injecter dans la cavité malade une masse composée de salol liquéfié et d'une autre substance antiseptique, iodoforme, naphtol, etc. Cette masse est employée à l'état liquide, le salol se liquéfiant à 40°; mais une fois la masse liquide versée dans la perte de substance osseuse, elle se solidifie en formant une sorte de plombage antiseptique dont l'action bactéricide se fait sentir à une certaine distance dans la profondeur de la cavité osseuse.

Par ce procédé, M. Reynier a traité 6 cas de tuberculose osseuse : 2 cas de tuberculose de la tubérosité antérieure du tibia; 2 cas de tuberculose du grand trochanter; 1 cas de tuberculose de la diaphyse du fémur, et 1 cas de tuberculose de l'extrémité supérieure du tibia. Les cinq premiers malades ont guéri et la cicatrisation de la plaie cutanée réunie par première intention était complète au bout de 15 jours.

Le 6e malade a dû plus tard subir l'amputation de la jambe pour tuberculose diffuse du tibia. L'autopsie de cette jambe a montré que le plombage au salol était intact et que la couche osseuse qui l'entourait ne présentait pas trace de tuberculose.

M. Félizet a fait dans le temps des recherches sur les injections de liquide dans le tissu spongieux des os malades ou sains, et il a trouvé que, même sous une forte pression, le liquide ne pénètre qu'à une très faible distance.

Pour ce qui est du procédé de M. Reynier, l'intégrité du salol retrouvé au bout de 2 ans, montre que le salol n'a pas pu agir en tant qu'antiseptique. On peut donc croire que les succès obtenus par M. Reynier tenaient à ce que, dans ces cas, l'évidement de l'os avait été fait d'une façon particulièrement soignée.

M. Routier partage entièrement l'opinion de M. Félizet. D'après lui, le procédé de M. Reynier est une modification du procédé général d'obturation des cavités osseuses, qu'il s'agisse du caillot humide de Schede ou d'un alliage métallique.

M. Quénu fait observer que M. Reclus a préconisé de remplir ces cavités par une pommade iodoformée. Cette pommade ne semble pas avoir donné des résultats bien brillants.

Luxations congénitales de la hanche.

M. Broca. — Avant d'étudier les indications thérapeutiques auxquelles il faut obéir en face d'une luxation congénitale de la hanche, le chirurgien doit se demander quelle est la nature de cette lésion. Verneuil, en effet a prétendu en 1866 qu'il s'agissait non pas d'une malformation congénitale, mais d'une luxation paralytique acquise. D'où cette conclusion que l'électrisation des muscles fessiers, l'hydrothérapie locale et un traitement tonique général constituent pour cette affection une thérapeutique efficace. Les médecins seraient donc impardonnables de laisser évoluer jusqu'au degré où nous les voyons quotidiennement ces lésions si faciles à guérir d'après les affirmations de M. Verneuil.

Ils sont heureusement excusables, car, en réalité, il s'agit d'une malformation de la hanche; en général, on ne la reconnaît pas avant la marche; puis, lorsque le membre doit supporter le poids du corps, la jointure où tout buttoir osseux fait défaut à la tête subit une luxation progressive, d'ordinaire en arrière, quelquefois en avant. Il est alors assez fréquent que les luxations en avant se fixent assez bien et donnent au corps un appui assez solide pour un fonctionnement convenable du membre, mais le fait est exceptionnel pour les luxations postérieures.

Ce défaut de fixation de la tête est ici nettement capital, et pour rendre la démarche particulièrement oscillante et disgracieuse, et pour rendre la marche particulièrement pénible et fatigante. De là on doit immédiatement conclure qu'il ne suffit pas, pour arriver à un résultat thérapeutique favorable, de réduire la tête, mais qu'avant tout il importe de la fixer. C'est de la sorte qu'il faut juger les différentes tentatives des orthopédistes et des opérateurs.

Le traitement orthopédique consiste d'abord dans la réduction, obtenue par des manœuvres diversement réglées. Mais, que peut être cette réduction? Au début, elle est possible, car souvent il y a un cotyle assez large, mais plat. Toutefois, même lorsqu'au début existe cette disposition relativement favorable, la réduction ne tarde pas à devenir en réalité impossible dans un cotyle devenu définitivement trop étroit pour recevoir la tête : par l'extension, on peut seulement abaisser la tête en face du cotyle, par certaines manœuvres telles que celles de Paci, de Lorenz — pour ne parler que des auteurs modernes — on peut faire entrer le pôle fémoral dans le cotyle rétréci.

Mais quelle que soit la forme du cotyle, large et plat ou rétréci, une fois cette pseudoréduction obtenue la contention est impossible : toujours manque le buttoir osseux capable d'arrêter l'ascension de la tête. Lorsqu'après une immobilisation prolongée avec extension on fait lever l'enfant, on croit souvent avoir obtenu une amélioration, on constate toujours qu'avec la marche se produit la récidive. Cette immobilisation dans le décubitus doit donc être repoussée. Mais depuis peu de temps a surgi une méthode où, après avoir réduit la tête, Lorenz fixe le membre dans l'abduction, avec un appareil plâtré et pendant plusieurs mois fait marcher l'enfant de la sorte. Il espère qu'ainsi, sous la pression que provoque la marche, la tête se creusera une cavité capable à la fois de la contenir et de la maintenir.

Quoique, dans mes premiers essais, j'aie observé, ici aussi, la récidive après une amélioration passagère, je continue ces tentatives, qui, pour les luxations unilatérales, permettent la marche et n'ont aucun inconvénient et peut-être, quand la technique sera perfectionnée, aurons-nous un moyen sinon de guérir, au moins d'améliorer la luxation encore souple des enfants encore jeunes.

Mais pour les enfants ayant passé 4 à 5 ans, lorsque déjà la contracture s'est mise de la partie, lorsque la réduction — même avec les réserves que je viens de faire — est devenue impossible en raison des déformations osseuses, alors se pose très nettement l'indication d'une intervention opératoire pour obtenir la réduction dans un cotyle artificiellement creusé à la place du cotyle déshabité.

M. Broca termine par le résumé des considérations sur la technique opératoire et sur les résultats fonctionnels qu'il a développés récemment.

M. Kirmisson présente une petite fille qu'il a opérée d'une ectopie vulvaire de l'anus par le procédé de Nélaton père.

M. Pozzi présente une femme guérie depuis 2 ans 1/2 d'un cancer du rectum opéré par le procédé de Kraske.

M. Rochard présente les pièces d'une grossesse extra-utérine traitée avec succès par la laparotomie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 17 Mars 1896.

Insertion vélamenteuse du cordon.

M. Charpentier. — Au cours d'un accouchement qui paraissait devoir être normal, j'ai vu se produire un léger écoulement sanguin une demi-heure après la rupture spontanée de la poche des eaux. Cette hémorrhagie s'est accentuée avec les progrès de l'accouchement; cependant l'enfant, né en état de mort apparente, put être ranimé.

J'avais pensé à un décollement du placenta, mais l'examen attentif des annexes fœtales, après la délivrance spontanée, me montra les traces d'une rupture des membranes ayant atteint les vaisseaux du cordon. Dans ce cas particulier, je me demande quel a été le mécanisme de la rupture des vaisseaux, pour donner une telle hémorrhagie, seulement dans les 6 dernières minutes de l'accouchement.

M. Budin. — L'explication du fait rapporté par M. Charpentier me semble difficile. La déchirure s'est probablement faite entre deux vaisseaux, atteignant seulement la paroi externe

de la veine. La solution de continuité du vaisseau ne se serait complétée que par les progrès de l'accouchement. De cette façon, on peut comprendre l'abondance et l'apparition tardive de l'hémorrhagie.

Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie.

M. Doléris. — Femme de 30 ans. Fausse couche probable compliquée d'accidents infectieux il y a 8 ans. Au milieu d'une santé parfaite, le 1er février 1896, des phénomènes abdominaux apparaissent. Douleur vive dans l'hypogastre surtout à droite, état syncopal; ils sont attribués à la pelvipéritonite. L'utérus paraissant développé anormalement, on songe à une grossesse coexistante. Les règles ont apparu normalement le 5 janvier et le 15 janvier; nouvelle perte prolongée quotidiennement allant en s'atténuant jusqu'en février. Redoublement le 5 février, époque des règles; quatre jours après, crise abdominale. La malade est alitée et l'état reste stationnaire. Le 6 mars, nouvelle crise moins violente que la première. Le ventre est tendu, ballonné, impossible à palper. La constipation est opiniâtre, le toucher ne révèle pas les tumeurs massives caractéristiques de la salpingo-ovarite, les lésions paraissent diffuses dans la région hypogastrique.

Une intervention est décidée en principe et on attendait que la malade fût transportable, lorsque le 12 mars, à l'occasion d'un lavement, une 3e crise beaucoup plus grave se produit. Comme dans la crise précédente, les douleurs sont très vives, la pâleur extrême, faciès grippé; état syncopal, soif vive, hypothermie 36°4, pouls rapide, anhélation. Malgré l'état d'extrême faiblesse de la malade, la laparotomie est pratiquée d'urgence; le diagnostic probable était : hématocèle pelvienne due à la rupture d'une grossesse ectopique.

Opération le 13 mars. On trouva l'épiploon adhérent à la paroi, une nappe de sang liquide est répandue entre les anses intestinales; le bassin est rempli par une poche tendue, adhérente à l'intestin qui lui fait une paroi adventive du côté de l'abdomen.

Ouverture de la poche, extraction de caillots et de sang liquide, le tout évalué à 1 litre 1/2; au milieu nage un fœtus frais et des débris de placenta; nettoyage de la poche qui occupe tout le fond du bassin et qui est formée en grande partie par la trompe droite distendue et rompue à droite et en arrière. Résection des lambeaux flottants de la trompe; la partie adhérente du placenta est laissée en place. Perforation du cul-de-sac postérieur, passage d'un drain abdomino-vaginal, drainage à la gaze iodoformée par l'orifice abdominal. Suites très favorables malgré l'état exsangue et la dépression extrême de l'opérée, dont le pouls, pendant l'opération, a été plusieurs fois imperceptible.

Lésions syphilitiques du cordon ombilical.

M. H. Laugier. — Les lésions syphilitiques du cordon ombilical sont encore peu connues. En Allemagne, plusieurs auteurs ont montré l'origine syphilitique de certaines lésions des vaisseaux ombilicaux (observation d'Œdmansonn, de Winckel, d'Ahfeld, de Sciewicki, de Mewis, de Léopold). En France, outre les observations de MM. Bar et Tissier, de MM. Macé et Durante, on peut citer un cas de M. Schwab concernant un placenta syphilitique, dans le cordon duquel on notait quelques altérations, et une observation que nous a communiquée M. Porak.

D'après ces travaux et en nous appuyant aussi sur quelques recherches personnelles, il semble qu'on peut ainsi décrire les lésions syphilitiques du cordon ombilical :

Induration du cordon, épaississement des parois vasculaires, sténose des vaisseaux ombilicaux et, dans des cas très rares, dissociation des éléments du cordon, par fonte de la gélatine de Wharton, telles sont les altérations macroscopiques.

Les lésions histologiques sont avant tout des lésions vasculaires : c'est l'endartérite qui prédomine, la périartérite est moins fréquente, les lésions de l'amnios et de la gélatine de Wharton sont encore plus rares.

Lorsque de pareilles altérations coexistent avec des altérations spécifiques du placenta et du fœtus, que les antécédents syphilitiques sont certains, et que les lésions histologiques se présentent avec cette disposition particulière des éléments inflammatoires (accumulation de cellules rondes) en série et par place, soit dans les tuniques vasculaires, soit même dans la substance gélatineuse en petits amas nodulaires, on pourra affirmer d'une façon presque certaine qu'on se trouve en présence d'une altération d'origine syphilitique.

Si les lésions existent seules et si rien dans les antécédents ne peut faire penser à la spécificité, on devra être plus réservé, tout en songeant à l'infection syphilitique, à cause de sa grande fréquence chez le fœtus.

Quant à vouloir faire de la dissociation des éléments du cordon une lésion d'origine syphilitique, les 2 cas connus jusqu'à ce jour ne suffisent pas pour entraîner encore la conviction.

M. Porak. — L'induration du cordon accompagnée de l'épaississement des parois vasculaires m'a, dans un cas, fait songer à la syphilis. Cette induration était d'ailleurs accompagnée d'une rate volumineuse, d'un dépérissement rapide de l'enfant et d'un ictère biliphéique avec élévation de température. Tous ces signes disparurent par l'administration du traitement spécifique. Les commémoratifs connus tardivement et la réunion des autres signes observés chez l'enfant établissent d'une façon très probable la nature syphilitique de ces altérations du cordon.

Infection génitale à staphylocoques.

M. Doléris. — Une vierge subit en 1889 un curettage pour métrorrhagies apparues silencieusement, sans fièvre et sans douleurs.

En 1896, je lui fis une laparotomie et enlevai du côté droit un kyste simple de l'ovaire, du côté gauche un ovaire petit avec une trompe kystique.

L'examen bactériologique me démontra l'existence d'un staphylocoque peu virulent dans le mucus utérin, dans le liquide de la trompe, et dans l'abcès sous-séreux découvert au cours de l'intervention.

Brièveté relative du cordon.

M. Siron rapporte une observation dans laquelle le cordon mesurant 47 centimètres et inséré au bord supérieur du placenta, entraîna un décollement de cet organe et par suite la mort du fœtus. Le cordon formait d'ailleurs un circulaire modérément serré, mesurant 19 centimètres.

Des expériences entreprises par M. Siron établissent que : 1° la striction plus ou moins marquée du circulaire peut faire gagner 3 à 4 centimètres; 2° la traction exercée sur les deux extrémités du cordon peut allonger celui-ci de 4 à 5 centimètres.

L'association de ces deux moyens peut donc allonger le cordon de 7 à 9 centimètres. Mais M. Siron fait remarquer que, dans son cas particulier, la mise en œuvre de ces deux moyens n'aurait pu empêcher le décollement du placenta; par suite de l'insertion en raquette du cordon au bord supérieur du disque placentaire.

M. Doléris présente au nom de M. Mangin un sarcome de la paroi abdominale qui se montra dans un point où quelques mois auparavant il avait enlevé un fibrome.

L'examen histologique, pratiqué dans les 2 cas, établit nettement la transformation maligne de la première tumeur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Octobre 1895 à Février 1896.

Fibrome kystique du ligament large.

M. Vautrin. — La tumeur, d'un diagnostic difficile, avait été considérée par M. Terrier comme un kyste multiloculaire de l'ovaire, tandis que M. Vautrin pensait à une tumeur fibrokystique utérine. Elle occupait presque toute la cavité abdominale et fut extraite par hystérectomie abdominale totale. Elle est remarquable par sa division en lobes, par la présence de nombreux kystes pédiculés ou sessiles et par sa vascularisation. Après

extraction et enlèvement des pinces à forcipressure, elle laissa écouler en effet près d'un litre de sang, quantité considérable soustraite à l'opérée, mais qui ne paraît pas devoir empêcher la guérison.

M. Alph. Herrgott se demande si l'auscultation abdominale ne pourrait fournir des renseignements précieux relativement au diagnostic des différentes tumeurs abdominales, la vascularisation de ces tumeurs pouvant varier suivant leur nature.

M. Vautrin croit que l'auscultation peut rendre de grands services dans certains cas, par exemple pour établir le diagnostic des tumeurs intra-ligamentaires. Dans ces dernières, en effet, la vascularisation est toujours considérable et se traduit par des battements et un bruit de souffle accentué. Toutefois, au cas présent, l'auscultation n'aurait eu qu'une utilité minime car le siège intraligamentaire de la tumeur n'était pas en question et avait été diagnostiqué d'après examen de la malade, en particulier d'après les renseignements fournis par le toucher. L'hésitation portait sur son origine, ovarique ou utérine.

Stomatite gangréneuse.

M. Frœlich présente une *petite fille guérie d'une stomatite gangréneuse*. C'est une fillette de 3 ans; elle est issue de parents tuberculeux; il y a 6 mois elle eut une rougeole moyenne et, depuis, ne cessa de tousser. — Il y a quatre semaines, il se forma à la partie de la joue droite une tumeur du volume d'une forte noix, tout près de la commissure. Cette tumeur, dure et indolente, recouverte d'une pellicule grisâtre, ressemblait à s'y méprendre à un chancre syphilitique buccal, d'autant plus qu'il existait du même côté une pléiade ganglionnaire très développée dans la région sous-maxillaire. — Dès le troisième jour, l'induration se rompit du côté de la bouche et montra une série de lamelles feuilletées de tissus jaunâtres sphacélés. — L'ulcération s'étendit rapidement jusqu'au voile du palais; la joue, du côté externe, prit un aspect rouge livide phlegmoneux. — A l'intérieur de la bouche, sur la langue et sur la voûte palatine, apparurent des ulcérations à fond gris, à bords rouge intense. — La température monta à 40° et persista à ce degré jusqu'à la fin de la maladie. — De la salive sanguinolente et fétide s'écoulait incessamment de la bouche ouverte; des lambeaux de tissus gangréneux en pendaient, en telle quantité que la mère crut que la langue « sortait pourrie. » Partout où l'enfant s'écorchait avec ses ongles, des ulcérations atones se formaient. — Le dixième jour, le ventre se ballonna, une diarrhée fétide s'établit et l'enfant tomba dans le coma. — Elle y resta pendant trois jours ; la mort semblait imminente, lorsque, le quinzième jour de la maladie, un mieux sensible se déclara en même temps qu'apparaissait sur tout le corps une série de petits abcès.

M. Frœlich admet une sorte de tuberculose aiguë, quoique les bactériologistes n'y aient découvert que des streptocoques et des staphylocoques. Toutes les observations similaires portent invariablement : Enfant issu de tuberculeux ayant eu la rougeole il y a quelques mois.

Comme traitement, M. Frœlich rejette l'extirpation au thermocautère de la lésion initiale. Il s'est borné à instituer des irrigations buccales toutes les demi-heures, avec une solution d'acide salicylique au 1/100, des cautérisations au pinceau avec une solution de 1/50 de nitrate d'argent, trois fois par jour, à faire déterger les plaques gangrénées avec le doigt recouvert d'un linge phéniqué, plusieurs fois par jour, enfin à faire prendre du champagne et du lait à la malade.

Hydrocéphalie hérédo-syphilitique.

M. Haushalter présente le cerveau d'un poupon de six mois entré le 18 juillet à la clinique des enfants, avec les symptômes habituels d'une méningite tuberculeuse au début. La fièvre, assez modérée, oscillait entre entre 38° et 39°. Mais les symptômes demeurent stationnaires, la température, au bout de 6 jours, redevient normale, le pouls, primitivement très accéléré, bat dans les limites ordinaires, tandis que la raideur de la nuque s'accentue; les yeux se convulsent. Bien que la syphilis n'ait pu être démontrée chez les parents, le traitement spécifique est appliqué à l'enfant du 25 juillet au 10 août; aucune amélioration ne se manifeste. Vers le milieu de septembre apparaissent divers signes indubitables de syphilis, et le traitement spécifique est repris de nouveau, du 15 septembre au 11 octobre, époque où la mort survient dans le marasme. Quinze jours après la nouvelle reprise du traitement, les accidents syphilitiques de la peau et des muqueuse avaient disparu; les symptômes nerveux ne s'étaient pas modifiés.

A l'autopsie, nulle trace de tubercules; les seules lésions apparentes résident dans les méninges cérébrales. Ça et là sur la pie-mère, quelques traînées laiteuses filiformes, arborisées; les ventricules latéraux, dans toutes leurs prolongements, sont dilatés et renferment environ 200 centimètres cubes d'un liquide clair. Dans la corne frontale, l'épendyme présente un aspect légèrement chagriné; les plexus choroïdes des deux côtés sont volumineux.

Etant données les manifestations spécifiques qui accompagnèrent le développement de cette hydrocéphalie, il est permis, en l'absence de toute autre cause appréciable, de la rattacher à la syphilis. L'existence de rapports unissant l'hydrocéphalie du nourrisson à la syphilis héréditaire est démontrée d'ailleurs par un certain nombre d'observations qui ont été réunies dans un travail que D'Astros (1) consacre à la question. Quant au mécanisme par lequel la syphilis héréditaire aboutit à l'hydrocéphalie, il est peu élucidé; il ne semble pas d'ailleurs être le même dans tous les faits. Peut-être, au cas présent, faut-il faire jouer un rôle aux lésions légères d'épendymite constatées à l'autopsie et caractérisées par l'état rugueux de l'épendyme et le développement anormal des plexus choroïdes.

Érythèmes typhoïdiques.

M. G. Etienne, sur 8 observations d'*érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde* (2), a vu 2 fois le type rubéolique, 3 fois le type scarlatinoïde, 3 fois le type érythème polymorphe; il insiste, dans les premiers cas, sur l'aspect des taches, isolées, rouges, régulièrement rondes, avec un point central beaucoup plus foncé.

La complication est apparue vers le milieu de l'évolution typhique, une fois tout à la fin de la période d'état, ou bien pendant la convalescence, très tardivement dans un cas; elle s'est accompagnée, dans 6 cas, d'une aggravation de l'état général, avec nouvelle poussée thermique, parfois bien isolée et bien différente comme aspect des véritables rechutes. Quatre fois, sur les 8 cas, il a noté l'albuminurie.

D'après les chiffres de l'auteur, la fréquence serait représentée par 8 cas sur environ 500 observations. Comme Legroux de Calton, il a noté des faits pouvant faire penser à l'épidémie ou à la contagiosité; en effet, 5 cas ont été relevés dans la même salle, dans les mêmes lits ou des lits voisins.

M. Etienne a pratiqué dans 4 cas des recherches bactériologiques, 2 fois il a obtenu, par ensemencement du sang, des cultures pures de staphylocoques; la recherche, par le même procédé, est restée négative dans les 2 autres cas. — Il s'agit donc bien d'*infections secondaires*.

En étudiant toutes les circonstances dans lesquelles peuvent se produire les érythèmes, on peut penser qu'ils sont un produit de réaction banale d'une peau prédisposée, dû, dans les infections, à l'action d'une toxine microbienne vaso-dilatatrice.

M. Février se demande si, dans les cas où M. Etienne n'a pas trouvé de staphylocoques, il ne s'agissait pas d'une origine médicamenteuse.

MM. Spillmann et **G. Etienne** répondent que dans les 2 cas où l'analyse bactériologique fut négative, les malades n'avaient pris que du benzonaphtol.

M. Haushalter. — De même qu'on trouve des érythèmes sans infection staphylococcique, de même on rencontre des cas d'infection staphylococcique sans érythèmes. M. Haushalter en résume une observation.

M. G. Etienne croit qu'il faut attribuer un rôle important aux prédispositions. Ainsi l'absorption de crustacés, d'iodures,

1. D'Astros, L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique (*Revue des maladies de l'enfance*, 1891, p. 481).

2. Sur ce sujet a été soutenue, avec ces observations, la thèse de M. Gérard Gillet (Nancy, 1895-1896, n° 10).

etc., produisent chez les uns des effets qui ne se produisent pas chez les autres.

M. Bernheim rapporte 3 cas d'*éruptions pétéchiales* qu'il eut occasion d'observer chez des malades atteints de fièvre typhoïde et au sujet desquels on pensa un moment au typhus.

Le même phénomène s'est produit cette année dans son service chez une femme atteinte de fièvre typhoïde tout à fait bénigne. La malade présenta une cinquantaine de pétéchies qui disparurent en même temps que les taches rosées lenticulaires. Il ne se produisit chez elle ni épistaxis ni état ataxo-adynamique, de telle sorte qu'on peut conclure de ces faits que les pétéchies ne suffisent pas à caractériser le typhus pétéchial et d'autre part qu'elles ne sont pas en rapport nécessaire avec un état spécialement anormal du sang.

Fibrome kystique de l'utérus.

M. Vautrin. — La tumeur, extraite par hystérectomie abdominale totale et développée sur un point restreint de la partie antérieure de l'utérus fixé en rétroversion, est un exemple de tumeur œdémateuse arrivée à la période de transformation kystique. De consistance gélatineuse au moment de l'opération, le fibrome a laissé écouler environ 500 grammes de liquide depuis son extraction. Il présente un grand nombre de géodes qui, par leur réunion, ont donné naissance à un aspect et une consistance rappelant de très près ceux des kystes ovariques. Le diagnostic avait néanmoins pu être à peu près porté avant l'opération.

Myome de l'utérus.

M. Heydenreich présente un *utérus*, qu'il a *enlevé par hystérectomie abdominale* chez une femme de 43 ans. — Cette pièce se compose de deux parties : 1° une portion inférieure constituée par un utérus absolument *farci de myomes et renfermant un fœtus* de 4 mois; 2° une portion supérieure représentée par un *énorme champignon*, dont le pédicule est implanté sur le fond de l'utérus. Une coupe permet de constater que ce champignon est un néoplasme solide, *ayant l'aspect d'un myome*, mais offrant, en certaines régions, une coloration rosée: sa structure est celle d'un myosarcome fibroplastique. La portion enlevée pesait 3 kilogrammes, indépendamment du fœtus qui, entouré de ses membranes et de son liquide amniotique, pesait 450 grammes.

L'hystérectomie abdominale a été faite avec fixation du pédicule à l'extérieur. La malade, opérée depuis 8 jours, est en voie de guérison.

Anomalies et lithiase urinaires.

M. Haushalter communique l'observation et présente les pièces provenant de l'autopsie d'une *petite fille atteinte de cystite et pyélonéphrite calculeuses liées à des anomalies des organes urinaires*. Une fillette de 2 ans, présentant depuis peu de temps après sa naissance des symptômes de cystite, entre à la clinique des enfants dans un état de cachexie profonde; elle succombe au bout de 3 jours. A l'autopsie, on trouve les signes d'une cystite chronique et d'une pyélonéphrite suppurée; l'uretère du côté droit est énormément dilaté; dans le rein gauche s'abouchent deux uretères très distendus, s'ouvrant dans deux bassinets séparés; chacun de ces 3 uretères aboutit dans la vessie à un orifice séparé; l'uretère droit et l'un des uretères gauches s'abouchent dans la vessie en leur lieu normal; le second uretère gauche s'ouvre un peu au-dessus du col de la vessie, dans une petite vésicule secondaire, du volume d'une noisette, dans laquelle se termine le raphé médian de l'urèthre développé en forme de sillon. Dans la vessie existait un gros calcul de carbonate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien; dans le rein gauche, très distendu par du pus, se trouvaient 2 autres calculs gros comme des pois. — Voici quelle fut la genèse probable des accidents. La vésicule secondaire du col de la vessie empêchant l'écoulement normal de l'urine, fut cause de rétention et, par suite, de la cystite qui se développa peu après la naissance. La cystite devint l'origine de la lithiase vésicale. Distension vésicale et calcul vésical furent cause de la distension des uretères, de la pyélonéphrite et, consécutivement, de la lithiase rénale.

Kystes hydatiques de l'abdomen.

M. Frœlich constate d'abord la rareté des kystes hydatiques dans nos régions. Pendant un séjour de 7 années à la clinique de M. Heydenreich, il n'a trouvé, en consultant ses notes, que 4 observations de cette affection; 3 cas de kystes hydatiques du foie et un kyste de la paroi abdominale qui simulait chez une femme un fibrome classique de la paroi.

Deux cas de kystes se présentèrent presque simultanément dans le service pendant le mois d'août dernier.

Observation I. — *Kystes multiples du péritoine*. — La 1re observation a trait à une femme de 56 ans qui n'offrait pas d'antécédents dignes d'intérêt. Depuis 3 ans son ventre était douloureux par intervalles. Depuis 8 jours, il était devenu énorme et, en plus, des douleurs abdominales étaient survenues de la difficulté de la miction et de la défécation. A la palpation, à la percussion et au toucher bimanuel, signes de kyste ovarique compliqué d'ascite, diagnostic qui fut porté par M. Frœlich. La malade avait eu, à plusieurs reprises, de l'urticaire, renseignement que l'on ne recueillit qu'après l'opération.

Opération. — Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoula 8 litres environ de liquide louche, trouble. Après cette évacuation torrentielle, M. Frœlich put sentir, avec la main introduite dans le ventre, toute une série de kystes implantés sur l'utérus, sur les trompes, sur le grand épiploon. Il y en avait 6, le plus grand du volume du poing, le plus petit comme un œuf de poule. Ces kystes furent arrachés; 2 d'entre eux seulement avaient un pédicule assez épais pour nécessiter une ligature. — Mais, outre ces kystes hydatiques tangibles, il existait sur l'utérus, sur le petit bassin, sur le grand épiploon, sur les intestins, un nombre incalculable de petits kystes variant d'une tête d'épingle à un pois. Contre ce semis hydatique, rien à faire. Le ventre refermé, les suites opératoires furent d'une bénignité à réjouir.

Toutefois la malade, sortie de l'hôpital, ne tarda pas à s'y représenter, l'ascite s'étant reproduite. M. Frœlich, qui avait quitté le service, conseilla une ponction, qui ne fut pas pratiquée, et la patiente fut envoyée à la maison de secours, dans le service de M. le professeur Weiss. Une nouvelle laparotomie permit de constater que, parmi la multitude de petits kystes, quelques-uns étaient devenus assez gros pour pouvoir être ouverts. Un drainage permanent de l'abdomen évacua pendant les jours suivants des quantités de liquide. — L'abdomen se referma néanmoins et, l'ascite s'étant reformée, une ponction l'évacua. La malade succomba brusquement 6 semaines après la 2e laparotomie. — L'autopsie ne révéla pas la cause de ce décès subit, mais permit de voir que tout le péritoine viscéral était semé d'une multitude de petits kystes.

M. Frœlich attire l'attention sur cette quantité stupéfiante de kystes hydatiques.

Obs. II. — *Kyste unique intra-splénique*. — Dans la 2e observation, un homme de 34 ans, ancien soldat d'Algérie, impaludique, avait été ponctionné 2 mois avant de venir à l'hôpital pour un kyste hydatique du foie ou de la rate. Son ventre était gros depuis 5 mois quand il subit cette ponction, jamais il n'avait souffert. Le médecin évacua 2 litres de liquide eau de roche et injecta 40 grammes de liqueur de Van Swieten. — 3 jours après, gros frisson de 40°; puis plus rien qu'un certain malaise et de l'inappétence. Après 3 semaines, le ventre était de nouveau aussi gros qu'auparavant. — A l'examen, grosse tumeur abdominale remplissant l'hypochondre gauche et l'épigastre, assez nettement circonscrite, à point culminant situé sur le bord externe du grand droit gauche. Matité partout sauf en un certain point de la tumeur vers sa partie inférieure. La matité se continue avec celle du foie et s'étend en arrière jusque tout près de la région rénale. — Donc, kyste de la rate ou du lobe gauche du foie.

Opération. — Incision le long du bord externe du grand droit gauche. M. Frœlich rencontre le grand épiploon fortement adhérent à la tumeur, plus haut le gros intestin fixé et largement étalé sur le kyste, enfin plus haut encore, l'épiploon gastrocolique et l'estomac. Impossibilité de relever l'épiploon; incision à travers l'épiploon gastro-colique; décortication partielle du kyste, très laborieuse; c'est un kyste de la rate. Ponction; il sort 2 litres de pus. C'est la suppuration du kyste qui a occasionné

toutes ces adhérences. Décortication des 2/3 du kyste intra-splénique, résection de cette partie, hémorrhagie énorme, enfin suture à la paroi.

Cette marsupialisation n'est possible qu'en dehors et en haut; partout ailleurs, friabilité extrême de la paroi. Pour protéger la cavité péritonéale, tassement de gaze iodoformée autour des parties libres du kyste. Cette gaze forme un rempart entre le contour du kyste et le péritoine. Enfin, gros drain dans le kyste. — Suite opératoire des plus bénignes. Après cinq jours, enlèvement de la gaze iodoformée. Des adhérences suffisantes se sont constituées et protègent l'abdomen. Après 11 jours, expulsion de la membrane propre du kyste. — Après 3 semaines, le malade se lève; il sort après 7 semaines avec une légère fistule, mais en parfaite santé. — Plusieurs fois des éruptions d'urticaire se firent pendant ce traitement.

M. Frœlich croit que dans les cas où, comme ici, il est de toute impossibilité de marsupialiser soigneusement un kyste suppuré, la conduite qu'il a tenue est utile. Elle consiste à entourer le kyste de gaze iodoformée, à le mettre dans un sac en quelque sorte, sac qui protégera le péritoine jusqu'à la formation des adhérences. Les adhérences excessives de l'épiploon et des intestins avec la rate étaient dues à la suppuration du kyste. — Cette suppuration a été provoquée par la ponction et l'injection de sublimé. Etant donnée la disposition du gros intestin sur le kyste, l'aiguille a nécessairement dû le traverser et se charger là de matière septique. Donc, sécurité beaucoup plus grande du traitement par la laparotomie, cette disposition de l'intestin ne pouvant jamais être prévue avec certitude.

M. Vautrin fait remarquer que les kystes de la rate sont rares et d'un traitement extrêmement difficile, sauf les kystes sous-spléniques qu'on peut opérer par décortication. Il relate une observation personnelle de kyste splénique qu'il opéra il y a deux ans chez une femme. — La rate, non adhérente, volumineuse et fluctuante fut ponctionnée. Il s'écoula un liquide clair qui fit penser qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, et, en conséquence, la poche fut aussitôt incisée au thermo-cautère, marsupialisée, et les parois du tissu splénique suturées au péritoine pariétal. Après 2 mois de suppuration, l'opérée sortit avec une fistule. Elle se représenta plus tard en état de grossesse et portant dans le flanc gauche une nouvelle tumeur kystique qui disparut par simple élargissement de la fistule. M. Vautrin, en terminant, fait ressortir la difficulté des guérisons et la fréquence des récidives.

M. Rohmer, à propos de la fréquence des kystes hydatiques dans la région, rapporte l'observation d'une fillette de 10 ans, habitant les Vosges, qui se présenta l'été dernier à la clinique ophthalmologique avec une exophthalmie considérable, due à une tumeur de l'orbite. La tumeur, surtout développée au-dessous du rebord orbitaire supérieur, était très vascularisée et avait tout l'aspect d'un sarcome. En l'incisant, on tomba sur une poche dont les parois avaient environ 1/2 centimètre d'épaisseur et d'où s'échappa une petite vésicule qui vint trancher le diagnostic. La guérison fut complète, sans récidive, et l'acuité visuelle qui était tombée jusqu'à zéro, remonta peu à peu.

M. Gross communique *cinq observations de kystes hydatiques* dont une relative à un kyste extra-abdominal et quatre à des kystes intra-abdominaux.

La première observation concerne une charcutière de 50 ans à qui l'auteur pratiqua une hystéropexie pour chute de la matrice. Au cours de la convalescence opératoire, la patiente appela l'attention sur une tumeur de la grosseur d'une mandarine qui s'était développée dans l'aisselle. Cette tumeur bien régulière, sans changement de couleur à la peau, élastique et même fluctuante, fut d'abord prise pour un ganglion tuberculeux et l'extirpation fut décidée. En l'incisant, on trouva une coque kystique d'aspect blanchâtre qui se rompit et dont les débris, examinés par M. Baraban, présentaient tous les caractères des membranes de kystes hydatiques. La tumeur s'était développée au niveau du bord externe du grand pectoral, siège fort rare des tumeurs parasitaires.

Les deux observations suivantes sont relatives à des tumeurs hydatiques du foie.

La première a trait à un homme de 32 ans, ancien soldat à la légion étrangère réformé qui, depuis plusieurs mois, présentait une tuméfaction de la région sus-ombilicale. Un médecin consulté pratiqua une ponction qui donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche et dont l'aspect seul suffit à établir le diagnostic. A la suite de cette ponction, la poche suppura; une seconde ponction pratiquée plus tard ramena 3 litres de pus, la suppuration se reproduisit et le malade entra à l'hôpital en 1893 avec une énorme tumeur remplissant toute la partie supérieure de l'abdomen, surtout du côté droit. Le diagnostic de kyste suppuré était facile à établir, l'opération fut décidée et exécutée aussitôt. L'incision pratiquée dans le flanc droit au point culminant de la tuméfaction, on découvrit une tumeur non adhérente. Après ponction et incision au thermo-cautère, le kyste fut suturé à la paroi abdominale et l'opéré guérit en six semaines. Vers le 12e jour, les membranes kystiques furent éliminées, confirmant ainsi le diagnostic. Celui-ci avait d'ailleurs été précisé dès l'opération par l'examen du pus où avaient été constatés en même temps que des coli-bacilles de nombreux crochets d'hydatides.

La seconde observation est celle d'une femme de 29 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales depuis un an, et entra à ce sujet à l'hôpital en 1894, avec une tuméfaction sus-ombilicale de l'abdomen surtout accentuée à droite. Le diagnostic hésitant entre tumeur des reins, du foie ou du mésentère, on recourut à la laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine et réclinaison du colon transverse et de l'épiploon, apparurent le bord inférieur du foie et, à peu de distance, une tumeur saillante, blanche, intra-hépatique. Après l'incision de la coque, passage d'un kyste gros comme une tête de fœtus qui fut projeté hors du ventre. L'examen de la poche permit de vérifier le diagnostic; les bords en furent suturés à la paroi, le drainage fut assuré et la guérison suivit.

Viennent ensuite 2 observations de kystes intra-abdominaux.

Un cocher de 27 ans, alcoolique et en état de misère physiologique, entra à l'hôpital de Nancy en 1887, un an également après le début des premiers symptômes abdominaux. Il avait été ponctionné deux fois à Toulouse. La première ponction avait ramené un liquide clair qui avait permis d'établir le diagnostic, la seconde avait donné du pus. A son entrée, le patient présentait une tuméfaction qui occupait la partie inférieure de l'abdomen et se composait d'un lobe volumineux à droite et deux lobes secondaires du côté gauche. Une première laparotomie médiane sous-ombilicale montra qu'il s'agissait d'une tumeur adhérente. Le trocart ne ramena pas de liquide, mais des débris de membrane kystique caractéristiques. La poche incisée fut suturée à la paroi et drainée. L'opéré guérit en 2 mois. Un an et demi après, il rentre avec une récidive. Une nouvelle tumeur s'était développée dans la fosse iliaque et le flanc gauche, accompagnée d'une tumeur indépendante et mobile dans le flanc droit. Deuxième laparotomie médiane sous-ombilicale. Les kystes du côté gauche n'étaient pas suppurés; marsupialisation et drainage. Enucléation de la poche de droite qui s'était développée dans l'épaisseur des feuillets mésentériques. Guérison. Six mois après, 2e récidive, 3e rentrée, avec une énorme tumeur du flanc droit qui paraît adhérente au foie. Troisième laparotomie au niveau du flanc droit. Découverte d'un kyste indépendant développé dans un feuillet mésentérique superficiel. Enucléation partielle, rupture, marsupialisation, drainage. Guérison. Enfin, 6 mois plus tard, 4e rentrée avec un ventre bourré de tumeurs et dans un état de cachexie complète avec albuminurie qui entraîna la mort.

La dernière observation est relative à un homme de 24 ans qui entra à la clinique chirurgicale en janvier 1894, pour un épanchement pleurétique qui s'était produit à la suite d'une tuméfaction de la région épigastrique. Vu son état cachectique, le patient fut simplement ponctionné. La ponction ramena du pus. L'épanchement pleurétique se reproduisit bientôt et la mort survint au bout de 10 jours. A l'autopsie, on trouva la cavité pleurale en communication avec un abcès du poumon gauche, contigu lui-même à un abcès du lobe gauche du foie. Il existait de plus un kyste hydatique du mésocôlon transverse gros comme deux poings.

M. Gross fait ressortir la rareté de la première observation, l'impunité avec laquelle on peut, en cas de besoin, recourir à plusieurs laparotomies successives sur un même patient, enfin la gravité des affections parasitaires péritonéales. Au point de

vue du traitement des kystes hydatiques, il préconise comme l'intervention la plus simple, l'extirpation et l'énucléation s'il est possible; dans le cas contraire, l'incision en un temps de préférence à l'incision en deux temps et à la ponction avec injections antiseptiques.

M. Bernheim relate brièvement un cas de kyste hydatique du péricarde qu'il eut occasion d'observer. Le malade présentait les symptômes d'une hypertrophie du cœur avec asystolie et mourut bientôt. A son autopsie, on trouva des adhérences du péricarde et du cœur et, dans l'épaisseur du péricarde, un vieux kyste hydatique point de départ des accidents.

Molluscum fibreux.

M. Gross, fait voir un *homme de 36 ans, porteur d'une tumeur volumineuse de l'épaule gauche*, fixée à la partie inférieure de la nuque et à la région sus-épineuse par un pédicule développé évidemment sous l'influence de la pesanteur. La tumeur, qui descend jusqu'à la ceinture, est de consistance mollasse, œdémateuse et présente par places des zônes de rétinence plus accentuée. La surface est parsemée de productions verruqueuses qui ont donné lieu à une hémorrhagie à la suite de laquelle le porteur est entré à l'hôpital. Le début remonte à 16 années.

Salpingite tuberculeuse.

M. Heydenreich présente un *pyosalpinx*, qu'il a enlevé chez une femme de 39 ans. Le début de l'affection remontait à 2 mois 1/2. Comme elle n'avait été précédée ni de blennorrhagie, ni d'accidents puerpéraux, et que, d'autre part, on trouvait un léger souffle au sommet du poumon gauche, M. Heydenreich avait songé à la possibilité d'une *salpingite tuberculeuse*. Ce diagnostic s'est trouvé confirmé.

En effet, la poche kystique enlevée, qui était remplie de pus et avait la grosseur d'une mandarine, présentait, à sa partie supéro-interne, vers la jonction du kyste et de la portion non dilatée de la trompe, une plaque caséeuse, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, faisant saillie du côté de la face péritonéale du kyste. Au voisinage de cette plaque et toujours sur la face péritonéale du kyste, on apercevait des masses caséeuses plus petites et même deux granulations isolées de couleur gris-jaunâtre. En quelques points la paroi du kyste était envahie jusqu'à la face interne de la poche; du reste, cette face interne était lisse.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pillon, a fait découvrir des follicules tuberculeux. Il n'y a donc aucun doute sur la nature tuberculeuse de la lésion. — On prétend que les salpingites tuberculeuses ne se distinguent pas anatomiquement des autres salpingites. Or, dans le cas qui précède, il existait des lésions qui, même à l'œil nu, étaient caractéristiques.

Morve expérimentale.

M. Haushalter a reçu, il y a 10 jours, du Dr Schürrer (de Vesoul), les organes d'un cobaye mort après inoculation avec du pus provenant des abcès d'un malade, qui, depuis plusieurs mois, présentait des suppurations multiples que M. Schürrer était tenté d'attribuer à la morve. M. Haushalter a pratiqué à un cobaye mâle une inoculation intrapéritonéale avec le produit de trituration de ces organes; ce cobaye est mort au bout au bout de 10 jours présentant des foyers sous-cutanés de suppuration, en même temps qu'une *tuméfaction énorme des testicules*, qui étaient *infiltrés de masses caséiformes* en partie ramollies. M. Haushalter rappelle que, d'après le professeur Strauss, ces lésions testiculaires sont presque caractéristiques de la morve expérimentale chez le cobaye mâle; d'ailleurs dans le pus, M. Haushalter a décélé par la coloration et par les cultures, surtout par la culture sur pommes de terre, des bacilles présentant les caractères du bacille morveux.

M. Stoeber demande si la morve produit des effets analogues chez l'homme.

M. Haushalter ne croit pas que la fonte morveuse des testicules ait été observée chez l'homme et estime qu'il s'agit ici d'un phénomène d'élection spécial au cobaye.

Traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate.

M. Vautrin étudie d'après son expérience personnelle l'électrolyse, la ponction sus-pubienne, la cystostomie, la boutonnière périnéale, la castration et la prostatectomie. Ces deux derniers traitements rentrent dans la catégorie des traitements dits curatifs de l'hypertrophie prostatique, contrairement aux autres méthodes qui ont un rôle simplement palliatif.

Après avoir étudié l'électrolyse de la prostate, qui lui a donné trois succès dans des cas de rétention aiguë, l'auteur recommande ce procédé qui peut donner, sans exposer la vie du malade, des résultats importants.

La cystostomie a été trop chaudement préconisée dans ces derniers temps, si l'on en juge par les statistiques déjà connues et par les services que cette opération a rendus. C'est un pis-aller thérapeutique, qu'on doit réserver aux cas graves, car elle fait du malade un infirme.

La castration a fait des cures merveilleuses. A en juger par ses propres succès, l'auteur est tenté de lui accorder la préférence sur les autres traitements. Malheureusement le sacrifice des testicules, même inutile au point de vue de la fécondation, est très difficilement consenti par les patients. Aussi a-t-on dû songer à une intervention qui, sans exiger l'ablation des testicules, aboutît au même résultat, c'est-à-dire à la *résection des canaux déférents*.

L'auteur démontre par l'embryologie et la pathologie comparée que cette opération est justifiée et reste l'analogue de la résection de la trompe pratiquée par Lawson Tait chez la femme pour diminuer le volume des fibromes utérins. La prostate fibromateuse est favorablement influencée par la résection des canaux déférents.

M. Vautrin a opéré deux prostatiques avec succès par cette méthode. Il semble donc rationnel de la proposer avant la castration. En cas d'insuccès, cette dernière intervention serait pratiquée ensuite.

Enfin, dans une dernière partie de son travail, l'auteur rapporte une observation de prostatectomie partielle suivie de succès et montre que cette opération est parfaitement légitime dans nombre de cas. C'est une des méthodes de traitement de l'avenir.

Emphysème aigu du poumon.

M. Haushalter montre le poumon d'un *enfant de huit mois*, mort après avoir présenté pendant plusieurs jours des symptômes de *convulsions internes*. Ces poumons offrent les lésions de l'*emphysème aigu au degré le plus accentué*; à la face antérieure des deux poumons énormément distendus, on voit çà et là des vésicules aériennes transparentes variant du volume d'un volume d'un grain de chenevis à celui d'une noisette; la moitié du lobe supérieur droit est transformée en une grosse poche aérienne transparente du volume d'un petit œuf de poule. Cet emphysème aigu reconnaît ici pour cause les troubles mécaniques de la respiration amenés par le spasme de la glotte et les spasmes des muscles respiratoires; ces spasmes eux-mêmes semblent avoir été chez ce poupon occasionnés par l'athrepsie et le rachitisme qui avaient produit les lésions du crânio-tabès dans lesquelles la plupart des auteurs voient une des causes fréquentes des convulsions internes chez les enfants du premier âge.

Opothérapie surrénale.

M. Spillmann communique la relation d'*un cas de maladie bronzée traité par l'opothérapie*.

Après avoir indiqué le rôle possible du corps thyroïde et des capsules surrénales comme organes destructeurs de certains poisons de l'économie, l'auteur rappelle l'emploi des injections capsulaires tenté avec des succès divers par Bouchard, Chauffard, etc., chez des malades atteints de lésions des capsules surrénales (maladie d'Addison) et indique les différentes préparations employées (formules de Langlois, de D'Arsonval, extrait alcoolique, pulpe fraîche). — Il rapporte ensuite l'observation

d'un malade dont l'état fut nettement amélioré pendant un certain temps par cette médication.

Il s'agissait d'un vigneron de 44 ans, sans antécédents héréditaires, qui contracta l'influenza en 1893, 94 et 95 et chez qui la maladie revêtit une forme gastro-intestinale accentuée. La dernière atteinte s'accompagna également d'accès d'asthme. En même temps la peau prit une teinte bronzée, le malade s'amaigrit, fut pris de douleurs épigastriques et interscapulaires, bref de divers phénomènes d'asthénie, et fut adressé à la clinique de M. Spillmann par le Dr Contal de Blénod-lès-Toul. Le diagnostic de maladie d'Addison ayant été posé, le malade fut soumis aux injections capsulaires (méthode de D'Arsonval pendant un mois. Sous l'influence de ce traitement, le patient augmenta de quatre kilogs. Les fonctions intestinales se régularisèrent, l'appétit revint ainsi que le sommeil, enfin la coloration bronzée diminua sensiblement d'intensité. Cette amélioration se maintint pendant 15 jours, mais à la suite d'une discussion le patient recommença à décliner, les symptômes cachectiques reparurent, et, au bout de trois semaines, la mort survint dans une syncope.

M. Spillmann, faisant ressortir l'amélioration rapide constatée et la brusquerie de la rechute à la suite d'une émotion, termine en préconisant l'essai des injections capsulaires dans des cas semblables.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 Mars 1896.

Voie vaginale dans l'intervention sur les annexes.

M. Gottschalk a utilisé la voie vaginale dans une soixantaine de cas sans perdre une seule opérée, et la considère dans certains cas comme supérieure à la laparotomie. Il a recours aussi à l'incision de la paroi postérieure du vagin suivant le procédé de Mackenrodt, mais ne suture jamais le fond de l'utérus au vagin, et fait toujours le drainage. Lorsque la tumeur est latérale ou bien encore quand on soupçonne l'existence des adhérences intestinales, la laparotomie est préférable.

Quant au reproche formulé par M. Abel (voir *Gaz. hebdom.*, n° 25, p. 296) et relatif à la trop grande facilité avec laquelle on opère, M. Gottschalk fait observer que dans bon nombre de cas, le traitement orthopédique par le pessaire échoue. Pour ce qui est justement des rétroflexions, M. Gottschalk est partisan de la méthode d'Olshausen, laquelle méthode consiste à fixer à la paroi abdominale non plus l'utérus, mais les ligaments ronds.

M. Duhrssen n'est pas partisan de l'intervention à travers le cul-de-sac postérieur du vagin. Il préfère son procédé personnel qui a échoué seulement 7 fois sur 240 cas où il a été employé.

Sur 17 cas de grossesses survenues après vaginofixation intrapéritonéale de l'utérus, M. Duhrssen n'a eu des accidents que dans 5 cas. D'une façon générale on peut éviter ces accidents en fermant isolément la cavité péritonéale.

M. Landau fait tout d'abord observer que le procédé de Mackenrodt est un procédé relativement ancien qu'on employait déjà il y a 30 ans et qui, dans bon nombre de cas, est inapplicable.

Quant à la vaginofixation et l'utérus rétrofléchi, M. Landau trouve étrange que l'on fixe un organe qui, physiologiquement, doit être mobile. Dans le temps on s'occupait beaucoup de l'antéflexion qu'on considérait comme une affection grave et on essayait de redresser l'utérus par tous les moyens, jusqu'au moment où Schultze vint à montrer que l'antéflexion n'était pas une maladie et que toute la symptomatologie était provoquée par le processus inflammatoire péri-utérin, par les adhérences qui se forment autour de l'utérus. Quelque temps après, l'école de Leipzig et celle de Berlin lancèrent la vaginofixation pour utérus rétrofléchi, et cette fixation fut adoptée par le même Schultze qui avait si vivement critiqué les interventions pour antéflexion de l'utérus. Aussi M. Landau pense que dans la rétroflexion avec utérus mobile comme dans l'antéflexion, le traitement doit comprendre le repos, le massage, les moyens orthopédiques, etc.

M. Olshausen ne pense pas que la rétroflexion puisse être assimilée à l'antéflexion. La rétroflexion n'est pas physiologique, et dans la moitié des cas la rétroflexion pure provoque une série de troubles qui ne cèdent que lorsque l'utérus est redressé. Quant il n'y a pas d'adhérences, ce traitement orthopédique peut réussir, mais lorsqu'il échoue, il faut intervenir par une intervention en fixant l'utérus de façon qu'il conserve toujours une certaine mobilité, comme dans le cas où l'intervention consiste à fixer les ligaments ronds.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 Mars 1896.

Les fonctions des cheveux et des poils.

M. Exner. — Dans la littérature médicale, il existe très peu de choses sur les fonctions des cheveux, et ce qui semble intéresser le plus le médecin, c'est le mécanisme de la calvitie.

Des faits d'anthropologie font présumer que les ancêtres de l'homme étaient couverts de poils comme les singes anthropoïdes d'aujourd'hui. Darwin, dans ses études, est arrivé à la conclusion que chez l'homme l'absence des poils sur le corps est un caractère subordonné, secondaire et, pour cette raison, plus accusé chez la femme que chez l'homme. Pour lui les poils et les cheveux devraient être considérés comme des organes dégénérés, et d'après Maurer les poils des mammifères dériveraient de certains organes de sens des vertébrés inférieurs, seraient des cellules tactiles dégénérées ayant perdu leurs connexions avec les nerfs.

On doit admettre que les poils des animaux n'ont pas tous la la même structure ni les mêmes fonctions. Il a dû en être de même chez les ancêtres de l'homme. Le fait seul de la conservation de certains groupes de poils montre déjà que les poils ont des fonctions qui ne sont pas indifférentes pour l'organisme.

Il existe en effet des poils qui fonctionnent à la façon des organes tactiles : tels les poils des cils, qui sont pourvus de fibres nerveuses particulières, d'une disposition circulaire. Les poils des cils et des sourcils protègent l'œil et ont des fonctions mécaniques importantes. Les poils distribués sur les diverses régions du corps ont aussi leur rôle au point de vue de la perception tactile. Les poils qui jouent le rôle le moins appréciable au point de vue de la sensibilité sont ceux de la région anale et des organes génitaux externes. Dans les régions où la peau forme des plis sujets aux frottements, les poils facilitent et adoucissent ces derniers.

Les poils et, chez l'homme, les cheveux fonctionnent encore à la façon des régulateurs de la chaleur. Si l'on frotte une fourrure, les poils follets se chargent d'électricité négative, les longs poils d'électricité positive; d'où sur un animal vivant, un courant d'attraction et un autre de répulsion, grâce auxquels les poils ne sont pas tassés. Chez l'homme, les cheveux garantissent le cerveau contre les influences thermiques, contre le froid comme contre la chaleur. La surface relativement grande que forment les cheveux sur la tête favorise le rayonnement calorique qui est 45 fois plus grand chez un homme pourvu de ses cheveux que chez un chauve.

Les cheveux jouent encore un rôle esthétique, en tant qu'ornement physique, la barbe et la moustache chez l'homme, les cheveux abondants chez la femme.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate,

Par le Dr P. Bureau.

Causes et fréquence. — Il serait intéressant d'établir la fréquence de la torsion du pédicule dans les déplacements de la rate. Le fait est-il très rare ?

On sait que cette complication se produit environ 7 fois sur 100 cas de kystes de l'ovaire. Or, Lieffring (Thèse de Paris, 1894), s'appuyant sur un certain nombre de cas de splénectomie, nous donne une proportion de 1 p. 5. Ne faut-il pas en conclure que la rate ectopiée a plus de tendance à se tordre sur son pédicule que le kyste de l'ovaire ? Encore, est-il légitime d'admettre que dans nombre de cas où cette complication n'a pu être constatée au cours d'une laparotomie ou lors de la nécropsie, certains accidents observés antérieurement, tels que douleurs périodiques se produisant d'une façon brusque, accroissement rapide de la rate ectopiée, soient imputables à des torsions non permanentes du pédicule. Cette complication est loin d'être exceptionnelle dans l'histoire de l'ectopie de la rate. Pour nous expliquer cette fréquence relative, passons en revue les divers facteurs pouvant contribuer à la produire.

En première ligne, il nous faut mettre la mobilité de l'organe déplacé. Entraînée le plus souvent, par son poids pathologiquement accru, vers les régions déclives, la rate exerce sur ses ligaments des tiraillements qui ont pour effet de produire leur allongement et bientôt la rate, suspendue à un véritable pédicule, est devenue la rate « voyageuse ».

Plongeant au milieu des anses intestinales essentiellement mobiles, soumise à tous les changements de pression et d'équilibre que lui imposent la distension et la déplétion successives de l'intestin, de la vessie ; subissant dans son centre de gravité des déplacements produits par les secousses, les changements de position, l'exploration de la malade, sans adhérences au début, parfois avec un léger degré d'ascite, la rate se trouve dans les meilleures conditions possibles pour pivoter sur son pédicule.

Mais ce n'est là qu'une première catégorie de faits dans laquelle la torsion, pour s'effectuer plus facilement, n'en est peut-être que moins dangereuse. Si la production d'adhérences ne vient pas s'y opposer, sous l'influence de causes analogues à celles qui ont produit la torsion ou par le fait même de l'élasticité du pédicule, la rate pourra revenir dans sa situation primitive. Les accidents n'auront été que passagers.

Dans un autre ordre de faits moins nombreux, la rate, dès le début des accidents, est enclavée dans le bassin, immobile. On ouvre l'abdomen et l'on trouve un pédicule tordu (Glascow). Quand a pu s'accomplir cette torsion ? Il nous semble difficile d'admettre que ce soit après l'enclavement. Force est bien d'admettre qu'enclavement et torsion ont été simultanés ; que la rate, en tombant dans l'excavation, a subi cette rotation sur son axe que son immobilité dès lors rendait permanente.

Nous verrons, en étudiant l'anatomie pathologique, que les adhérences de la rate, qui se rencontrent sans torsion du pédicule, sont favorisées par cette complication. Ces adhérences contribuent à fixer la rate dans sa situation vicieuse. Existent-elles avant que la torsion se soit produite ? Sans doute, elles peuvent, en rendant la rate moins mobile, gêner la rotation ; mais il doit en être parfois ici comme pour les kystes de l'ovaire : des adhérences existant d'un côté, et l'organe s'hypertrophiant d'une façon inégale, le centre de gravité se déplace et la rate culbute du côté opposé à ces adhérences, en tournant sur son pédicule.

Le sens de la rotation ne semble rien avoir de fixe. Dans beaucoup d'observations, nous n'en trouvons pas mention. D'après les autres il semblerait néanmoins que cette rotation s'accomplisse plus souvent de gauche à droite, et de haut en bas ; tel était le cas que nous avons observé dans le service de M. Heurtaux. La partie supérieure de la rate étant plus lourde, tend naturellement, lorsque l'organe devient très mobile, à se porter en bas et à produire par là même la bascule ; mais pourquoi cette partie supérieure s'inclinerait-elle plus volontiers en avant qu'en arrière, les données anatomiques nous paraissent impuissantes à l'expliquer.

Nous pensons que le sens de la rotation est influencé par un ensemble de circonstances très variables qui, en réalité, échappent à l'analyse.

Anatomie et physiologie pathologiques. — La rate se rattache normalement aux parties voisines par 4 ligaments : à la grande courbure de l'estomac par le ligament gastrosplénique qui lui constitue en même temps sa principale voie de nutrition. C'est en effet dans son épaisseur que cheminent les vaisseaux spléniques, artère et veine. Le ligament phréno-splénique la suspend au pilier gauche du diaphragme. Le ligament pancréatico-splénique s'étend de la queue du pancréas à la partie inférieure de la rate. Un petit repli séreux à concavité supérieure, en forme de sac, loge enfin l'extrémité inférieure de la rate et lui sert de soutien.

Ces 4 moyens de fixité nous intéressent d'une façon inégale au point de vue qui nous occupe.

Du dernier il n'est point question dans les faits observés; sans doute, son rôle, plus ou moins efficace à l'état normal, devient-il absolument nul lors du déplacement de l'organe; soit qu'il se laisse distendre, soit qu'il se déchire, il n'oppose en tout cas aucune résistence. Néanmoins, lorsqu'il est résistant et solidement fixé au mésocôlon transverse, est-il peut-être susceptible de jouer un rôle dans la bascule de l'organe, comme dans le cas d'Heurtaux? On comprend que la rate, devenue plus volumineuse, tendant à descendre, et étant retenue en bas par ce ligament, sa partie supérieure, la plus lourde, s'abaisse en produisant un demi-tour de rotation.

Le ligament suspenseur de la rate ou phréno-splénique a été retrouvé intact, uni au pédicule tordu, dans le cas de Rünge. D'après Klob, la déchirure de ce ligament se produirait dans beaucoup de cas de rate paludéenne, et faciliterait son renversement en avant, ce qui, en l'absence de faits bien démontrés, nous semble d'ailleurs assez logique.

Le ligament pancréatico-splénique relie la queue du pancréas à la rate. Au moment de la torsion, il se tord lui-même et tiraille évidemment sur la glande à laquelle il confine. Mais que ce ligament vienne à manquer, que la queue du pancréas se prolonge jusque sur la rate comme cela a lieu normalement dans un certain nombre de cas, et l'on trouvera, faisant partie du pédicule tordu, le pancréas lui-même, comme nous le prouvent les observations de Helm et Klob, et de Rünge.

Dans un cas de Rokitansky, il faisait 3 tours de spire autour des vaisseaux spléniques.

Le ligament gastro-splénique, le plus important, constitue à proprement parler le pédicule de la rate. Dans son épaisseur cheminent artères et veines spléniques, d'où les désordres de circulation dus à la torsion de ces vaisseaux, et sur lesquels nous aurons à revenir.

Très variable comme longueur, le pédicule tordu est le plus souvent allongé, étiré. Il avait 6 centim. 1/2 dans un cas de Quiquerez. Le pancréas, étiré, formait avec le ligament gastro-splénique un pédicule de 10 centimètres dans celui de Rokitansky.

Il semblerait à priori que le pédicule dût subir en se tordant un raccourcissement proportionnel au nombre de tours. Pourtant, dans plusieurs observations, celle d'Heurtaux en particulier, il subissait, après section, un retrait attestant de la tension à laquelle il était soumis. Ce phénomène s'explique par l'élasticité du pédicule. Lorsque la torsion s'exécute, l'organe peut être fixé par quelques adhérences, ou bien son poids ne lui permet pas de remonter vers le flanc gauche. Dans les deux cas le pédicule se tend en subissant la torsion. Dans le cas de Pochownick, il n'est pas question d'adhérences; la rate était bien mobile; après l'avoir dégagée de la partie droite de l'excavation, et après avoir détordu le pédicule, on constata que celui-ci se raccourcit facilement grâce à son élasticité. Dans celui de Bland Sutton, après détorsion du pédicule, la rate reprit d'elle-même sa position dans le flanc gauche.

Dans un cas de Coomans et De Cnaep, ce pédicule semblait plutôt relâché, ce qui peut s'expliquer par une torsion datant de quelque temps et ayant permis aux tissus du pédicule de s'adapter peu à peu aux dimensions qu'il était obligé de subir.

L'épaisseur du pédicule varie également suivant les observateurs. Les uns l'ont trouvé gros comme le pouce (Klein), (Heurtaux); d'autres comme le petit doigt (Coomans et De Cnaep); on l'a comparé à un cordon ombilical (Bland, Sutton, Hartmann). Prochownich et Glascow l'ont trouvé fort large, quoique tordu; tandis que Rokitansky a vu une artère splénique dont le calibre avait beaucoup diminué du fait de la torsion. Dans le cas d'Heurtaux, il avait subi une torsion de 3/4 de cercle; la rate était tordue deux fois et demie dans celui de Korte, et jusqu'à trois fois dans ceux de Babesiu et de Bland Sutton.

La torsion du pédicule de la rate produit des lésions multiples variant avec le nombre de tours, et la façon plus ou moins brusque suivant laquelle cette torsion s'accomplit.

Nous avons à étudier ces lésions dans le pédicule, dans la rate, dans les organes voisins.

On connaît les *lésions produites sur les lésions du pédicule* tordu dans le kyste de l'ovaire. Les faits sont absolument analogues pour le cas qui nous occupe.

Les observations mentionnent en effet la thrombose des vaisseaux (Körte, Hartmann); celle des grosses veines seulement, avec perméabilité des artères (Gersuny); l'oblitération partielle de la veine et de l'artère (Babesiu, Rokitansky); la thrombose des artères (Quiquerez).

Le fait le plus commun est celui de la gêne de la circulation en retour. L'artère, plus centrale dans le pédicule, à parois plus résistantes, laisse passer le sang alors que les veines, dont les parois sont plus flasques, se laissent étrangler.

De là, dilatation énorme de ces veines entre le point étranglé et la rate; surtout, lorsqu'à la torsion s'ajoute comme agent d'étranglement l'enroulement de la queue du pancréas autour des vaisseaux (Helm et Klob). Dans un cas de Lawrason, la circulation en retour était interrompue, et les veines, énormes, gorgées de sang, avaient atteint la grosseur de l'intestin.

Les organes voisins peuvent agir comme agents de compression et le pédicule, en se tordant, peut s'étrangler sur eux.

C'est ainsi que nous voyons, dans un cas cité par Albert, le pédicule « enserré en deux points au niveau du hile et à six centimètres plus loin par des bandes conjonctives formées par le bord de l'épiploon et par la queue du pancréas que fixent des fausses membranes. »

Les thromboses vasculaires, si souvent observées, s'accompagneraient d'après Pilliet d'une endartérite des vaisseaux du pédicule. Cette endartérite est consécutive à la thrombose, et celle-ci due sans doute à la gêne de la circulation en retour et au ralentissement du cours du sang dans les voies afférentes.

On le conçoit, les lésions du pédicule vont retentir sur la rate. De fait, celle-ci a été trouvée le plus souvent malade.

Mais à cet égard, il y a lieu de faire deux parts dans les lésions observées : les unes sont primitives, et dues le plus souvent au paludisme chronique, cause fréquente de l'ectopie. De celles-ci, nous n'avons pas à nous occuper.

Les autres sont secondaires à la torsion du pédicule et dues aux troubles circulatoires produits par cette torsion. Ces troubles circulatoires peuvent consister, nous l'avons vu, dans une oblitération presque totale des vaisseaux, artères et veines; il en résulte un apport insuffisant dans l'échange des matériaux nutritifs qui peut aboutir à la nécrose.

De fait, Quiquerez a trouvé dans la rate des points de sphacèle contenant des cristaux d'hématoïdine. Pilliet nous signale l'atrophie des corpuscules de Malpighi, et la transformation adipeuse ou scléreuse du parenchyme. La capsule était épaissie, à incrustations calcaires, dans un fait cité par Rokitansky.

Babesiu nous la décrit comme « une masse gris rougeâtre, putride, dans laquelle nageaient des débris de la pulpe dégénérée. » Glascow la trouva tellement friable qu'il lui fut impossible de la fixer par des points de suture à la paroi abdominale. Gersung nous signale dans un cas « de grands et de petits foyers nécrotiques. »

Dans le cas que nous avons observé dans le service de M. Heurtaux, la rate présentait l'aspect suivant :

« Son tiers inférieur, qui en réalité représentait le tiers supérieur de l'organe culbuté, offre à peu près son aspect normal, sauf un peu de congestion. Sa face est lisse.

« Les deux tiers supérieurs, au contraire, sont altérés. Le tissu splénique montre à la coupe un tissu plus compact, mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte. La capsule de cette zone manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine pariétal et aux organes voisins, par suite de la péritonite qu'avait suscitée la torsion du pédicule et sans doute aussi parce que les connexions entre la capsule et le tissu splénique avaient perdu une partie de leur résistance.

« Chose singulière, il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit fort bien, non seulement à la surface extérieure de l'organe, mais aussi sur la coupe longitudinale de la pièce, à l'union du tiers inférieur avec ses deux supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine. »

Citons enfin l'observation de Cabriolus où « la rate, libre de toute adhérence, nageait dans la cavité abdominale. »

Que les veines soient imperméables, alors que le sang continue à se déverser par les artères, et l'on trouvera des *lésions variant depuis la congestion simple jusqu'à la rupture et l'hémorrhagie*, pouvant en fin de compte amener la *gangrène* de l'organe.

Dans un premier degré, on observe une stase passive, sans infarctus hémorrhagiques. L'organe est augmenté de volume, turgescent, induré (cas d'Hartmann); son volume s'accroît dans ces conditions d'une façon subite, rapide; si la torsion s'accomplit lentement, par étapes successives, on verra s'accomplir ces fluctuations dans le volume de la tumeur, dues évidemment aux périodes de stase correspondant à chaque degré de torsion. L'infection primitive est sans doute capable de modifier le volume et la consistance de la rate, mais non d'une façon aussi rapide. Le cas de Lawrason est un exemple fort net de cette augmentation de volume due uniquement à la torsion du pédicule.

La stase passive peut s'accompagner de foyers hémorrhagiques. C'est un second degré dans les lésions. Les observations où sont signalés ces infarctus de la rate sont celles d'Albert, Rokitansky, Körte, Maccall et Rünge.

Dans le cas de Maccall, il y avait une hémorrhagie dans la capsule splénique. Dix pintes d'un liquide épais rouge brun furent retirées par une première ponction; la réaccumulation fut très rapide, et lors de l'opération, huit pintes d'un liquide semblable s'échappèrent.

Dans un troisième degré, la tension sanguine peut produire des ruptures de l'organe, comme cela arrive pour les kystes de l'ovaire à pédicule tordu. Le fait néanmoins ne semble pas ici fréquent. Dans un cas de Penrose, « la torsion du pédicule avait produit un engorgement de la glande, dont le volume était quadruplé, suffisant pour avoir produit sa rupture, près du hile. »

La *suppuration de l'organe* ne nous semble pas avoir été signalée, en dehors des cas de gangrène. La rate à pédicule tordu est cependant dans des conditions favorables pour la suppuration, comme tout organe dont la circulation est défectueuse, où il y a stagnation de liquides. Ne faut-il pas en conclure que la rate qui suppure facilement dans certaines maladies aiguës, n'est pas habitée dans le cas d'ectopie ou d'impaludisme chronique, par des germes pyogènes?

Les *lésions de voisinage* sont à peu près constantes.

Signalons tout d'abord les adhérences de la rate et du pédicule avec l'intestin, l'épiploon, le cæcum, la paroi abdominale. Le grand épiploon a été trouvé altéré. Ces adhérences sont dues à une péritonite adhésive, produite par irritation mécanique de la séreuse; l'augmentation de volume de l'organe ectopié et ses déplacements, le dépoli de sa surface dû à ses adhérences sont la cause de cette irritation. Ces adhérences étaient remarquables dans le cas de M. Heurtaux, où la rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient.

Dans le cas de Maccall, « il y avait de larges adhérences, si solides en un point, qu'une portion de la paroi kystique ne put être enlevée. »

Des germes, venus du dehors probablement à travers les parois intestinales, peuvent venir infecter la séreuse péritonéale, et les cas de *péritonite septique* en sont la preuve. Dans celui d'Heurtaux, à l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula « un liquide grisâtre ressemblant à du pus. »

Le liquide ascitique qui existe parfois a été trouvé exempt de germes (Hartmann).

L'*étranglement intestinal* peut être la conséquence de la torsion du pédicule d'une rate déplacée; témoins les faits observés par Babesiu où « une anse intestinale était étranglée entre le ligament gastro-splénique tendu et la colonne vertébrale », et celui de Helm et Klob, qui signalent « la compression de la dernière portion du duodenum par le pancréas contre le vertèbres; l'estomac, en outre, était rouge sombre, gélatiniforme; la dégénérescence complète dans le grand cul-de-sac. »

Dans le cas cité par Korte, « au-dessous de l'extrémité supérieure de la rate, entre des adhérences et le pédicule tordu, se trouvait une anse intestinale fortement étranglée, présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression. De là péritonite à exsudat purulent. »

Dans le cas de Coomans et De Cnaep, il y avait des symptômes manifestes d'occlusion intestinale, mais dus, dans la circonstance, à l'enclavement de la rate comprimant l'intestin, plutôt qu'à la torsion elle-même.

Symptômes et Diagnostic. — Les symptômes observés dans le cas d'ectopie de la rate compliquée de torsion du pédicule ne doivent pas être mis tous sur le compte de cette complication.

Qu'il y ait ou non torsion du pédicule, les symptômes douloureux s'observent constamment avec de nombreuses variantes du reste comme siège, comme intensité, comme durée et périodicité. De même, les troubles digestifs, les troubles menstruels, les troubles vésicaux et rectaux sont à peu près constants.

Voyons donc en quoi diffère le tableau clinique de l'ectopie simple de la rate de celui produit par la torsion du pédicule.

Dans ce dernier, un fait attire tout d'abord notre attention ; c'est le *début rapide, brusque, des phénomènes du péritonisme.*

Les douleurs dues à l'ectopie de la rate sont sourdes;

ce sont des tiraillements dans l'hypocondre gauche; un endolorissement exagéré par la marche, les fatigues. Tout à coup, la douleur devient aiguë; la malade est prise de nausées, de vomissements; le pouls est petit, rapide, sans élévation de température du reste. Le ventre se ballonne : c'est le péritonisme, état particulier, qui rappelle le tableau de la péritonite, mais qui en diffère cliniquement par la moindre acuité des symptômes et l'absence de la fièvre; qui en diffère, au point de vue pathogénique, par l'absence d'infection du péritoine.

Dans l'ectopie simple de la rate, les tiraillements exercés par l'organe hypertrophié et déplacé, surtout lorsque celui-ci contracte des adhérences avec les parties voisines, ou vient comprimer les organes pelviens, peuvent produire des accidents légers de péritonisme. Mais ceux-ci n'ont jamais alors la brusquerie ni l'acuité qu'ils acquièrent lors de la torsion du pédicule.

Une cause occasionnelle leur donne parfois naissance.

La malade d'Albert est prise de ces accidents après avoir dansé une nuit toute entière. Ce fut après un bon repas que celle de Penrose, ayant éprouvé pendant un an les douleurs symptomatiques d'une rate déplacée, fut prise tout à coup de douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée.

Korte nous raconte que sa malade, portant une tumeur flottante de l'abdomen, considérée comme un rein mobile gauche, vit tout à coup, à la suite d'examens réitérés, cette tumeur augmenter de volume; en même temps, sa face devint pâle, le pouls petit et fréquent; l'abdomen se ballonna; la sécrétion urinaire se tarit; les signes d'hémorrhagie interne se déclarèrent.

[illegible]lade de Bland Sutton, celle de Helm et Klob, c[illegible]rtaux ont éprouvé les mêmes syptômes à déb[illegible] douleurs aiguës, ballonnement du ventre, pâleur, petitesse du pouls, nausées, vomissements.

Un second symptôme, non moins important, s'ajoute au précédent, et s'accuse d'une façon également brusque et rapide : c'est *l'augmentation de la tumeur*.

Ici encore, il nous faut établir une distinction. La rate en ectopie est susceptible de subir des variations de volume. Les lésions de la malaria subissent des poussées périodiques et produisent des accroissements irréguliers de l'organe déplacé. En outre, aux périodes menstruelles, la rate ectopiée semble participer, par un mécanisme peu connu, à la congestion utérine.

Mais ce qui caractérise cette augmentation de volume due à la torsion du pédicule, c'est sa brusquerie, sa rapidité, et sa coïncidence avec les symptômes de péritonisme précédemment décrits.

Mais les choses ne sont pas souvent aussi nettes que dans les trois cas auxquels nous faisions allusion tout à l'heure. Qu'on lise par exemple l'observation de Rünge, la malade se plaint bien d'une augmentation de volume du ventre avec douleurs exagérées par les mouvements; mais il n'est point question de cette brusquerie du début, de cette acuité des accidents tels que nous les avons rencontrés. Admettons donc, à côté d'une forme aiguë, une seconde forme, subaiguë si l'on veut, qui se caractérise par des douleurs plus vives que dans la simple ectopie, une sensibilité spéciale, une augmentation plus ou moins rapide de l'organe déplacé, parfois un état cachectique, amaigrissement, fièvre hectique, anorexie, troubles digestifs graves qui, en fin de compte forcent les malades à réclamer l'intervention.

Prenons comme exemple de cette forme subaiguë la malade de Prochownick. Lorsqu'elle vient consulter, elle éprouve depuis longtemps de la lourdeur dans le ventre, une sensation douloureuse à la base du thorax; parfois même, les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie, tantôt à droite, tantôt à gauche. Elle accuse des pertes rouges, et on la soigne pendant plusieurs semaines par les calmants, pelotes, pessaires. Bref, on pratique la laparotomie et l'on trouve une rate à pédicule tordu.

Une troisième forme, celle-là très lente, correspond à ces torsions incomplètes et passagères dont nous avons déjà parlé, et qui se caractérisent par des poussées de douleurs avec légers symptômes de péritonisme, coïncidant avec des augmentations rapides de volume de la tumeur. Bientôt, ces phénomènes se calment et tout rentre dans l'ordre.

Le diagnostic de torsion du pédicule, pour être posé, doit être précédé de celui d'ectopie de la rate. Lorsque cette dernière affection est bien reconnue, et que la malade est subitement prise des symptômes que nous avons décrits, on peut soupçonner fortement la complication en question. Ce diagnostic qui, d'après les observations recueillies, n'a jamais dû être affirmé, pourrait l'être, à notre avis, dans les cas types, dans ces formes aiguës que nous avons décrites.

Dans les autres formes, il est difficile d'être affirmatif.

La palpation pourrait dans certains cas fournir quelques renseignements. On peut parfois distinguer à travers les parois abdominales les deux bords de la rate, l'un mousse, l'autre tranchant. Peut-être serait-il possible, lorsque l'organe n'est pas déformé, d'apprécier la position de ces bords, et dans le cas par exemple, où le bord antérieur est devenu postérieur, d'affirmer la rotation de l'organe.

Nous pensons néanmoins que, le plus souvent, ce moyen d'investigation sera très douteux, étant données les déformations fréquentes que subit la rate, du fait de ses lésions primitives, et de celles dues à la torsion.

Les deux éléments sérieux de diagnostic restent donc :

1° Les phénomènes du péritonisme à début rapide.

2° L'augmentation également rapide du volume de la rate en ectopie.

Marche et Complications. — Pronostic. — Dans la plupart des cas observés, la marche des symptômes est à peu près la même. Le début a été plus ou moins brusque; en tout cas, les premiers phénomènes graves, soit par leur persistance, soit par leur acuité, amènent la malade à réclamer au bout de peu de temps les secours du chirurgien.

Néanmoins, il est possible de distinguer parmi ces cas terminés par la laparotomie une *forme très rapide*, une *forme lente*, et une *forme très lente* comme pour la torsion du pédicule pour les kystes de l'ovaire : forme brusque, forme lente, forme très lente.

Lisons l'observation de Helm et Klob.

La malade, ayant présenté depuis quelque temps des crises abdominales douloureuses, ressent de nouveau, le 7 mars, de nouvelles douleurs très violentes qui l'obligent à entrer à l'hôpital; mort le soir même dans des souffrances atroces.

Voilà la forme rapide.

Un autre exemple nous est fourni par le cas de Malins; ici, les accidents débutent le 25 décembre; la douleur très violente, les vomissements, la prostration persistent sans amélioration jusqu'à son entrée à l'hôpital (31 décembre); l'opération est pratiquée le 2 janvier, les accidents, très aigus, n'ayant cessé d'exister, et ayant déterminé l'intervention rapide.

Remarquons que les complications de la torsion du pédicule, hémorrhagie, gangrène de la rate, péritonite suppurée, étranglement intestinal, peuvent contribuer à donner à la marche des accidents une allure plus rapide.

Ainsi, dans le cas de Helm et Klob, les lésions du péritoine, de la rate, de l'estomac, du pancréas, du duodenum suffisaient à expliquer la marche suraiguë des accidents.

La forme lente nous est fournie par le plus grand nombre des observations. Les accidents, dès le début, sont moins aigus, ou deviennent subaigus; mais ils s'accompagnent de dyspnée, d'anxiété, de fièvre hectique, d'anorexie, de dépérissement, qui conduisent; à une époque plus ou moins reculée, à l'intervention ou à la mort. Cette forme est en somme caractérisée par un état cachectique, des douleurs subissant dans leur acuité certains amendements, mais épuisant néanmoins la malade par leur persistance.

Le cas de Lawrason nous en fournit un exemple. La malade n'a jamais eu d'accidents à début brusque. Elle a plutôt les symptômes d'une ectopie simple de la rate. Elle entre le 12 mars à l'hôpital et n'est opérée, après une série de traitement inactifs, que le 2 août.

Dans le cas d'Hartmann, les accidents avaient débuté brusquement le 26 mars. Deux heures après déjeuner, la malade étant en train de se promener est prise de douleurs abdominales dont elle ne peut préciser le siège : vomissements, malaise général, qui continuent durant 2 jours et la forcent à garder le lit. Le 29, elle peut se lever, travailler, malgré ses souffrances, et les vomissements provoqués pour l'ingestion des aliments. Le ventre, qui a commencé à se tuméfier dès le début, continue à grossir. — Les 2 et 3 avril, elle se purge. — Bref, les accidents, malgré l'atténuation momentanée qui avait suivi la brusquerie du début, continuent, s'aggravent progressivement, et forcent la malade à réclamer une intervention.

Voilà un type de la forme subaiguë. Autre exemple : l'observation de Prochownick. Ici, point de début brusque. La malade consulte pour des pertes continuelles. Les deux symptômes principaux sont la douleur, et une boiterie alternant à droite ou à gauche. La laparotomie est pratiquée au bout de plusieurs semaines de traitement inefficace, sans que des accidents très graves se soient produits.

Huit jours se sont écoulés, dans le cas de notre maître M. Heurtaux, entre l'arrivée de la malade et l'opération. Les accidents avaient débuté brusquement, et néanmoins, nous trouvons comme symptômes dominants la faiblesse, la pâleur, l'amaigrissement; une fièvre à type très irrégulier.

On le voit, la distinction entre la forme aiguë et la la forme subaiguë est quelque peu théorique, et certains faits, tels que celui de M. Heurtaux, confinent aux deux formes. La forme lente ou chronique tranche au contraire nettement sur les deux autres et a pour caractère de ne pas produire d'accidents d'une gravité immédiate, forçant l'intervention.

Nous avons eu l'occasion de citer les principales *complications* dues à la torsion du pédicule de la rate. Ajoutons quelques mots sur l'hémorrhagie, la gangrène de la rate, la péritonite suppurée, et l'étranglement intestinal.

L'hémorrhagie se fait généralement dans le parenchyme splénique. Dans le cas d'Albert, on trouva cependant quelques caillots sanguins à la surface de l'organe. Les artères restant perméables, les veines ne livrant plus passage à la circulation de retour, il s'ensuit une augmentation de pression dans l'organe, qui peut produire des ruptures vasculaires. De là, les foyers hémorrhagiques rencontrés dans les observations d'Albert, Maccall, Rünge, Rokitansky et Körte (1). On le voit, sur 20 observations de torsion, cette complication ne s'est rencontrée nettement que 5 fois, et 2 fois seulement, dans les cas de Körte et de Maccall, l'hémorrhagie interne avait été soupçonnée. Le diagnostic n'est pas en effet toujours facile.

Les symptômes physiques de l'hémorrhagie intrasplénique : augmentation rapide du volume de l'organe devenu dur, sensible, tendu, ne diffèrent guère de ceux qui se rencontrent dans le simple engorgement sanguin de la glande.

Il ne faudrait pas, si nous nous en rapportons à l'exemple de Körte, compter non plus sur la fluctuation.

Ce qui doit mettre surtout sur la voie du diagnostic, c'est l'état général qui rappelle celui de toute hémorrhagie interne : pâleur, sueurs froides, pouls petit et rapide. Mais ces symptômes mêmes, ne se confondent-ils pas avec ceux du péritonisme qui accompagne presque toujours la torsion pédiculaire? Et de plus, la quantité du sang épanché n'est jamais énorme.

Néanmoins, c'est une complication très sérieuse; les infarctus hémorrhagiques, en comprimant le tissu splénique, favorisent sa nécrobiose; de plus, les extravasats sanguins sont d'excellents milieux de culture, et dans le cas présent, l'infection par les germes de l'intestin n'est que favorisé par cette complication.

La gangrène de la rate relève de la même cause, l'absence de la circulation de retour surtout; aussi est-ce une gangrène humide.

Ainsi, dans le cas de Gersuny où l'on trouva de grands et petits foyers nécrotiques, les artères étaient restées perméables.

Le pronostic nous en semble très sévère, car la nécrobiose de la rate favorise le développement d'une péritonite septique.

Celle-ci était très nette en effet dans les deux cas précités, ainsi que dans celui de Coomans et De Cnaep. Un liquide puriforme a été trouvé à l'ouverture de l'abdomen dans celui d'Heurtaux; et Gersuny nous décrit la séreuse péritonéale, comme fortement injectée en rouge sombre, dépolie, terne, comme veloutée. La fièvre dans les 2 cas avait été observée, et ce syndrome, dans l'ectopie de la rate avec torsion du pédicule, doit faire redouter l'infection de la séreuse.

Du reste, les signes de cette complication succèdent à ceux du simple péritonisme qui accompagne presque toujours la torsion du pédicule. Les vomissements deviennent plus fréquents; la douleur s'accuse davantage; le météorisme devient énorme, et surtout, la température qui était normale, s'élève à 38°, 39°, 40°.

Le pronostic est sérieux, et l'opération doit être hâtive; des adhérences existant presque toujours, on a affaire à une péritonite localisée qu'une intervention rapide est capable d'enrayer.

L'*étranglement intestinal* a été signalé dans les cas de Coomans-De Cnaep, de Körte. Dans tous les cas, les éléments de diagnostic sont ceux de tout étranglement interne : aux symptômes de péritonisme, s'ajoutent les vomissements fécaloïdes et l'absence de gaz et de selles par l'anus. On devine le fâcheux pronostic apporté par cette complication.

Nous pouvons actuellement, connaissant d'une part l'anatomie pathologique, d'autre part, la marche des symptômes et les complications de la torsion du pédicule de la rate, formuler le *pronostic* de cette complication.

Il est sérieux en lui-même, par les symptômes douloureux et l'état général grave auxquels il peut donner lieu; il est grave surtout par les accidents qu'il peut provoquer du côté de l'intestin, du péritoine, de la rate, des vaisseaux du pédicule (gangrène, hémorrhagie).

Si nous admettons une forme chronique dans laquelle les symptômes, moins graves comme allure, correspondent à des lésions également moins graves, nous devons, même pour cette forme, réserver le pronostic.

Une malade affectée d'ectopie de la rate accuse par instants de vives douleurs s'accompagnant d'augmentation de volume de l'organe; bientôt tout rentre dans l'ordre. Restons en défiance. Qui sait ce que cette torsion très probable, mais passagère, a pu laisser comme lésions du côté de la rate, du pédicule ou des organes voisins? Les adhérences si souvent rencontrées dans l'ectopie simple, l'infection péritonéale; les infarctus hémorrhagiques de l'organe ectopié, ne peuvent-ils pas être dus à ces petits traumatismes produits par une torsion du pédicule même légère, même sans persistance?

Disons enfin que la complication qui nous occupe assombrit le pronostic même de l'ectopie de la rate.

Il suffit de se reporter à sa fréquence parmi tous les cas observés pour en conclure que la malade qui a une rate en ectopie est exposée sans cesse à cet accident, au même titre que le porteur d'une hernie l'est à l'étranglement herniaire.

Traitement. — Nous passons sur le massage, la faradisation, les injections intra-spléniques, les bandages employés dans certains cas d'ectopie de la rate où la complication qui nous occupe n'était évidemment point soupçonnée.

Dans le cas de torsion du pédicule, il faut pratiquer la laparotomie; et alors, que penser de la splénopexie récemment proposée dans les cas de déplacement de la rate?

Cette opération, utile lorsque la rate n'a pas subi d'altérations et n'est pas hypertrophiée, nous semble ici absolument contre-indiquée.

D'abord, elle nous semble plus difficile en raison des adhérences fréquentes, de l'hypertrophie de l'organe; elle est de plus rendue inutile par les lésions dégénératives causées par la torsion du pédicule dans le parenchyme de la rate, lésions qui viennent s'ajouter dans le cas présent à celles produites souvent par l'impaludisme.

Comme le fait remarquer Pilliet (*Soc. de biologie*, 1895), le volume de la rate tordue sur son pédicule augmente en raison inverse de son rôle hématopoiétique. On a donc toutes les chances possibles pour trouver dans le cas qui nous occupe, un organe parfaitement inutile.

La splénectomie nous semble le seul traitement rationnel de la rate à pédicule tordu. C'est celui qui a été presque exclusivement employé, et le succès l'a couronné dans le plus grand nombre de cas. La mort consécutive à l'opération a été due généralement à une péritonite septique, existant probablement avant l'opération.

Le cas de Gersuny nous en donne un exemple; et de son aveu, « la malade, par une opération hâtive, aussitôt après la torsion du pédicule qui s'était bien produite, il y avait deux mois, aurait été sauvée. »

Dans celui de M. Heurtaux, il y avait eu manifestement de l'infection péritonéale, accusée par des élévations de température, et par le liquide purulent qui s'échappa à l'ouverture de l'abdomen.

Nous n'avons pas à nous étendre sur le manuel opératoire de la splénectomie, qui n'a rien ici de bien différent de ce qu'il doit être dans les autres cas.

Remarquons, avec Terrillon (*Congrès de chirurgie*, 1886) que les adhérences dues à la torsion du pédicule peuvent compliquer l'opération et devenir, si elles sont anciennes, étendues, résistantes, un danger sérieux.

De plus, le pédicule sera manié avec prudence, car sa friabilité peut être extrême. Malins remarqua qu'une simple détorsion menaçait de le rompre. La ligature sera donc l'objet d'un soin tout spécial.

Du reste, les dangers d'hémorrhagie par le tronçon du pédicule, favorisés peut-être dans des cas exceptionnels où la gangrène a atteint les parois vasculaires, doivent être plutôt diminués par la thrombose des vaisseaux. La torsion équivaut à une ligature. On sait qu'au contraire, dans les cas d'ectopie sans torsion, l'hémorrhagie par le pédicule peut être sérieuse.

Pour nous résumer, disons que le seul traitement à instituter dans la torsion du pédicule de la rate doit être la splénectomie; et que cette opération, pour avoir toutes les chances de succès, doit être pratiquée d'une façon hâtive, avant que les accidents ultérieurs (gangrène, hémorrhagies, infection péritonéale) dus à la torsion aient eu le temps de se produire (1).

CLINIQUE MÉDICALE

Hygroma sous-deltoïdien suppuré métapneumonique; absence de microbes dans le pus,

Par M. Fernand Widal.

Lorsqu'une synoviale ou une bourse séreuse vient à suppurer au cours ou au déclin de la pneumonie, on retrouve presque toujours dans le pus le pneumocoque et par exception des microbes d'infection secondaire, tels que staphylocoques ou streptocoques.

Nous venons d'observer un cas d'hygroma suppuré sous-deltoïdien survenu au déclin d'une pneumonie, et, dans le pus recueilli moins de 3 semaines après le début de la complication, nous n'avons pu déceler le moindre microbe. Ce fait, en raison de sa rareté et de l'interprétation qu'il commande, nous a paru digne d'être rapporté.

Un homme de 48 ans, alcoolique, ayant déjà souffert de deux pneumonies, entre à l'hôpital Beaujon le 27 juin 1895, pour une pneumonie gauche ayant débuté 5 jours auparavant par un point de côté et un gros frisson. A l'entrée, les signes stéthoscopiques dénoncent un bloc d'hépatisation dans la fosse sous-épineuse gauche; ils sont caractérisés à ce niveau par de la matité, du souffle tubaire, des râles crépitants, de la bronchophonie. A la partie inférieure du poumon, de ce côté, on perçoit de la submatité et, en plus, des râles sous-crépitants. On entend des sibilances dans toute l'étendue du poumon droit. On constate une légère albuminurie dès le premier examen d'urine.

Les jours suivants, le souffle descend jusque vers la partie inférieure du poumon gauche; la température oscille autour de 40°, avec légère rémission matinale, et le malade est en proie à une grande excitation et à un délire presque continuel, expliqué suffisamment par son alcoolisme invétéré. La défervescence complète ne se fait que le 13e jour de la maladie.

1. On trouvera dans la thèse de M. Bureau (Paris, 1895-96, n° 223) d'où est extraite cette revue générale la reproduction fidèle de vingt observations françaises et étrangères.

Deux jours plus tard, le malade se plaint de douleurs siégeant au niveau de l'épaule droite et faisant le tour de la ceinture scapulaire. Les mouvements d'élévation et d'abduction du bras sont difficiles et très douloureux. On fait rouler facilement et presque sans douleur la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. Durant quelques jours, la température remonte à 38°, puis retombe à la normale. Pendant ce temps, la tuméfaction de l'épaule augmente, et, à la partie antérieure de la région, sous le deltoïde, on voit se dessiner une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement fluctuante. La palpation superficielle est très sensible à ce niveau; les mouvements imprimés à l'articulation scapulo-humérale sont par contre peu douloureux.

Le 24 juillet, c'est-à-dire 19 jours après la défervescence, on pratique une ponction au grand trocart sur la face antérieure du deltoïde, à un doigt en dehors de l'espace delto-pectoral. Il s'écoule un pus très épais, grumeleux, jaunâtre, ayant tout l'aspect présenté en général par le pus à pneumocoque. Ni l'examen direct de ce pus sur lamelles, ni son ensemencement sur bouillons ou géloses exposés à l'étuve à 35° ne permirent de déceler le moindre microbe. Des souris inoculées avec 1 centimètre cube de ce pus restèrent indemnes.

La tumeur sous-deltoïdienne, après cette ponction, commença par s'affaisser, et la palpation en devint moins douloureuse; mais, après quelques jours, la collection se reforma, si bien que 3 semaines après la première ponction on fut obligé d'en pratiquer une seconde au point fluctuant. On recueillit cette fois, en petite quantité, un liquide non plus purulent, mais séreux et citrin. Dans ce liquide, comme dans le premier, on ne put déceler aucun microbe, et la souris resta insensible à son inoculation. Quelques jours plus tard, le malade sortit guéri; la fluctuation avait disparu et l'épaule avait repris à peu près son volume normal.

En résumé, ce cas nous offre tout d'abord un exemple d'hygroma suppuré sous-deltoïdien survenu dans les premiers jours de la convalescence d'une pneumonie. Cette localisation d'une suppuration métapneumonique est classique; un certain nombre d'observations ont déjà montré la prédilection du pneumocoque pour les synoviales ou les bourses séreuses de la ceinture scapulaire.

L'absence de microbes dans le pus de cet hygroma est le fait particulier de son histoire. Ni le pneumocoque, ni les microbes de la suppuration vulgaire ne purent être constatés, et j'ajoute que la tuberculose ne pouvait être mise en cause, car des cobayes inoculés avec le pus retiré par la première ponction sont restés pendant plusieurs mois indemnes de toute lésion tuberculeuse.

Dans les inflammations métapneumoniques des synoviales ou des bourses séreuses, presque toujours on retrouve le pneumocoque, alors même que la suppuration dure depuis plusieurs semaines. Dans le cas de Picqué et Veillon (1), par exemple, le pus d'une arthrite du genou droit contenait encore le pneumocoque en abondance deux mois après le début de la complication. Dans notre cas, moins de 3 semaines après le début de l'hygroma sous-deltoïdien, le pus était déjà stérile, et l'examen direct ne permettait même pas d'y découvrir des cadavres de pneumocoques. Cette stérilité du pus était bien en rapport avec une rétrocession du processus. Une nouvelle ponction, faite 20 jours plus tard, ne donna plus en effet qu'un liquide séro-fibrineux, et la guérison survint peu après. Le pneumocoque n'avait donc pas longtemps végété au sein de cet hygroma et la suppuration qu'il avait occasionnée lui avait survécu.

Ce fait, pour être rare, n'en mérite pas moins d'être signalé. Nous avons rapporté récemment un cas d'ostéopériostite typhique (1) dont le pus, contrairement à la règle, ne contenait plus de bacilles d'Eberth. Ces deux faits exceptionnels sont à rapprocher; ils nous enseignent que dans les suppurations spécifiques consécutives à des maladies infectieuses, telles que la pneumonie ou la fièvre typhoïde, les microbes peuvent plus ou moins rapidement disparaître. Le pus n'était pas stérile à l'origine; il l'était devenu en vieillissant et le foyer encore suppuré était déjà un processus éteint.

(1) Picqué et Veillon, Arthrite purulente consécutive à une pneumonie (*Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 68).

(1) Tuffier et Widal, Ostéopériostites multiples consécutives à la fièvre typhoïde; absence du bacille d'Eberth (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 mars 1896).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars 1896.

M. Flandrois. *Des épanchements périarticulaires dans les traumatismes du genou.* N° 129.

M. Lefèvre (Gaston). *De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.*

M. Eichmüller (Georges). *Notes sur la lèpre en Islande. Recherches sur l'étiologie.* N° 181.

M. Soueix (Louis). *Troubles oculaires dans le psoriasis et dans le pemphigus.* N° 186.

M. Bertrand (Félix). *Essai sur la pleurésie dans la blennorrhagie.* N° 188.

M. Gillard (Emile). *Le procédé de Laborde comme traitement de la mort apparente.* N° 206.

Dans son travail, M. Flandrois étudie les épanchements périarticulaires qui sont assez fréquents surtout dans les traumatismes du genou. Tantôt ces épanchements communiquent avec la séreuse articulaire, tantôt ils existent seuls et l'articulation est parfaitement libre. Ces épanchements qui peuvent être huileux, séreux et plus souvent sanguins, s'accompagnent presque toujours de fièvre, ou plutôt d'une élévation passagère de la température, qui serait due, d'après A. Broca, « à la résorption des produits de décomposition des éléments anatomiques mortifiés, ou à la résorption des produits de sécrétion des cellules déviées dans leurs actes physiologiques ».

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Il existe, au niveau du genou, indépendamment des épanchements intra-articulaires de sang ou de sérosité, indépendamment des hygromas pré-rotuliens, pré-tibiaux et sous-tricipitaux, des *épanchements traumatiques, qui se font autour de l'articulation* et siègent soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sous les lames aponévrotiques, soit dans les bourses tendineuses de la région.

Ces épanchements sont dus à des causes multiples. Causes directes, traumatisme quelconque : il s'agit alors d'épanchement de sang ou de sérosité. Causes indirectes, entorse, arrachement ligamenteux ou osseux ; ce sont presque toujours des épanchements sanguins.

Ces épanchements extra-articulaires revêtent un type clinique spécial. Siégeant ordinairement sur les parties latérales du genou, d'un seul côté ou des deux côtés, ils ont une durée variable, et se terminent le plus souvent par la résolution, laissant après eux peu de gêne fonctionnelle.

Pour les différencier des épanchements intra-articulaires, il faut chercher d'abord l'attitude du membre, qui reste dans la

position rectiligne, et la possibilité de la flexion, qui persiste dans tous les cas. Il n'y a pas de choc rotulien. En cas d'épanchement sanguin, la teinte ecchymotique est très marquée et la crépitation très superficielle. Leur siège pourrait suffire à les distinguer des hygromas et des kystes; mais leur mode de production, leur marche et les caractères de leur réductibilité, aident encore au diagnostic.

Pour reconnaître la nature du contenu, on se basera sur les caractères distinctifs des épanchements de sang, de sérosité ou d'huile, bien connus et bien décrits depuis longtemps déjà. S'il y a du pus, on trouvera autour du genou des symptômes d'inflammation plus ou moins récente.

Le pronostic en est peu grave; les récidives seules sont à craindre.

Le traitement par le repos et la compression est ordinairement suffisant; rarement la ponction sera nécessaire. Quant à l'incision et à l'évacuation de la poche, elle ne devra être appliquée qu'aux épanchements hématiques les plus sérieux.

M. Lefèvre pense que l'insertion vélamenteuse est plus fréquente dans les grossesses doubles que dans les grossesses simples. Elle peut exposer le fœtus à différents accidents pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

Pendant la grossesse : Elle semble être capable de produire la rupture prématurée des membranes (6 cas, aucune autre cause ne pouvant être invoquée). Elle paraît provoquer dans certaines circonstances l'accouchement avant son terme normal (4 cas paraissent militer en faveur de cette manière de voir). Elle pourrait nuire au développement de l'enfant et amener sa mort (4 cas). Elle expliquerait peut-être certaines observations d'hydramnios et d'hydropisies fœtales (2 cas).

Pendant l'accouchement : Quelques cas de rupture précoce sont peut-être son fait. Elle peut faire souffrir l'enfant pendant le travail (15 fois liquide amniotique vert). Elle peut tuer l'enfant plus par compression que par déchirure (2 cas de compression, aucun cas de déchirure). Elle est une cause prédisposante de la procidence du cordon. Elle affaiblit la solidité du cordon et facilite sa rupture pendant le dégagement d'un circulaire et par cela même oblige à employer pour la délivrance l'expression française au lieu de la méthode des tractions.

M. Eichmüller. — L'Islande, qui est peuplée depuis 874 par des émigrés de la Norvège doit probablement la lèpre à la même origine, car la lèpre existait déjà au XIII° siècle en Norvège. Les premiers documents certains sur la lèpre en Islande remontent à l'année 1555. Depuis ce moment la maladie est endémique dans l'île et subit des périodes d'augment ou de diminution, mais diminue somme toute jusqu'au milieu du siècle présent. Ce fait doit être attribué d'abord à l'installation de 4 léproseries qui fonctionnèrent de 1651 à 1848 et à l'influence de grandes épidémies (varioles, etc.), qui ravagèrent l'île avec une intensité épouvantable au XVII° et au XVIII° siècle. Le nombre des lépreux, qui a varié d'environ 200 malades à 50 obtenus par les médecins en l'année 1864, et 66 observés par Schleisner, se trouve être de 158 à la suite de deux enquêtes faites par le Dr Ehlers en 1894 et 1895. Ce dernier considère encore ce chiffre comme au-dessous de la vérité, vu les nombreux cas qui ont pu lui échapper et évalue la totalité à 200 lépreux sur une population de 73 000 habitants. Les lépreux en Islande habitent surtout les côtes sud-ouest, ouest et nord-ouest de l'île, les côtes seules étant habitables. Les côtes est sont au contraire complètement indemnes. La lèpre s'est présentée en Islande sous les 3 formes décrites par M. Leloir et avec les symptômes classiques que présente cette maladie partout où elle est endémique. Quant à l'étiologie, les 122 observations contenues dans ce recueil parlent en faveur de la contagiosité de la lèpre. L'absence de preuves de la transmission de cette maladie par l'hérédité, les faits nombreux et irréfutables contenus dans la littérature sur sa contagiosité d'une part, la spécificité de son bacille d'autre part, doivent faire admettre la contagion comme seule cause de propagation de la lèpre.

Le *psoriasis*, conclut M. Soueix, peut occasionner des troubles oculaires. Il existe une conjonctivite développée sous l'influence du psoriasis, qui peut manifester son existence par de vraies papules sur la muqueuse, ainsi que Sack en donne un exemple frappant. L'inflammation de la conjonctive peut gagner la cornée, y produire de l'infiltration et amener des ulcères superficiels. Dans 2 cas des iritis ont été constatées au cours de deux psoriasis et paraissent être en relations étroites avec la maladie. Le pronostic est rendu sérieux par la persistance des lésions que provoquent les récidives des psoriasis; cependant on n'a constaté qu'une seule fois la terminaison par le xérosis et le symblépharon (obs. de Tixier).

Les manifestations oculaires du *pemphigus*, malgré leur rareté, sont d'une extrême importance et de la plus haute gravité. Leur début suit généralement l'apparition de l'éruption généralisée, il peut cependant être simultané et même la précéder. On peut voir des bulles se développer sur la conjonctive et les paupières, mais souvent elles passent inaperçues et on ne constate que les ulcérations consécutives. L'évolution du pemphigus conjonctival arrive presque toujours à produire le xérosis et le symblépharon et par suite occasionner la perte totale et définitive de la vue. Il ne faut pas confondre avec cette éruption bulleuse celle de l'hydroa de la conjonctive qui est bénigne.

M. Bertrand constate qu'au cours de la blennorrhagie, chez l'homme, la femme et l'enfant, outre les complications articulaires, cardio-vasculaires, méningo-médullaires, etc., il peut survenir des pleurésies, quelquefois avec épanchement. Celui-ci, dans les observations connues jusqu'à ce jour, est resté petit ou de moyen volume. Jamais il n'a dépassé l'épine de l'omoplate. Lorsque la pleurésie est sèche, sa durée est en général brève, et c'est en passant, sans y insister, que les auteurs l'ont en général signalée dans leurs observations.

Sèche ou avec épanchement la pleurésie qui survient au cours de la blennorrhagie a une durée brève, une évolution rapide et se termine toujours par la guérison. Dans les cas où des symptômes alarmants ont accompagné la pleurésie, ils étaient dûs non pas à l'inflammation pleurale, mais aux autres lésions concomitantes (rhumatisme blennorrhagique), complications cardiaques (endo-, péri-, myocardite).

L'existence de la pleurésie gonococcienne, longtemps révoquée en doute, est aujourd'hui démontrée par ce fait que le gonocoque a été trouvé dans l'épanchement (Chaiso et Ismardi et observation personnelle). Mazza non seulement l'a vu sous le champ du microscope, mais par ensemencements, il a obtenu des cultures pures de gonocoques avec le liquide pleural.

Cette constatation de l'agent pathogène est le seul moyen de diagnostic différentiel véritablement certain entre la pleurésie gonococcienne d'une part et, d'autre part : 1° Les pleurésies parablennorrhagiques et par suite de la blennorrhagie qui crée une porte d'entrée aux microbes pathogènes banals, on prédispose l'organisme aux infections par l'affaiblissement général de l'organisme. 2° Les pleurésies banales, qui elles-mêmes ne peuvent être différenciées que par l'examen bactériologique de l'exsudat, comme MM. Fernet et Papillon l'ont démontré récemment à la Société médicale des hôpitaux.

M. Gillard conclut que le procédé de Laborde est le traitement physiologique par excellence de la mort apparente. Appliqué aux noyés, il a donné des succès inespérés, indiscutables et même, dans certaines circonstances, il a réussi là où les autres moyens avaient échoué. Appliqué aux enfants, nés en état de mort apparente, il a pu, sans le secours d'aucun autre procédé, entre autre l'insufflation, ramener à la vie des enfants laissés pour morts après les tentatives de rappel à la vie par les moyens ordinaires. Appliqué aux opérés en état de mort apparente, sous le chloroforme, il a donné des preuves de son efficacité et de la rapidité de son action. Les autres applications qu'on en a faites avec succès prouvent également sa puissance et doivent encourager les praticiens, en leur inspirant confiance, à s'en servir dans tous les cas de mort apparente. Il doit être employé de préférence à tous les autres procédés parce que 1° tout en étant aussi efficace il peut être mis en œuvre immédiatement, sur place, sans nécessiter aide ni accessoire; 2° tout en étant aussi efficace il est plus simple, ne demande qu'une force modérée, n'occasionne par là-même qu'une fatigue négligeable, et enfin est à la portée de tout le monde; 3° tout en étant aussi efficace, il est plus scientifique, il a le mérite d'être

physiologiquement explicable : avantage apprécié de ceux qui, lorsqu'ils agissent, aiment autant que possible à savoir pourquoi et comment ils agissent; 4° enfin, il permet l'application concurrente de tous les autres moyens, ce qu'il ne faut jamais négliger de faire quand on le peut.

Vu les succès inattendus de ce procédé, sa simplicité, vue aussi l'absence de certitude absolue de la mort définitive dans un grand nombre de cas, il est à souhaiter que tous les praticiens considèrent comme un devoir d'appliquer ou de faire appliquer le procédé de Laborde pendant une heure *au moins* à tout individu en état de mort apparente. Quels inconvénients s'opposent à cette pratique? Aucun. Quel avantage peut-on en retirer? D'abord et toujours, celui d'avoir fait son devoir tout entier, et parfois celui... de ressusciter un mort.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un épileptique octogénaire (An octogenerian epileptic), par Simpson (*The Journal of nervous and mental disease*, janvier 1896, n° 1, p. 29). — L'épilepsie idiopathique se développant à 80 ans est un fait exceptionnel, c'est à ce titre exceptionnel que l'auteur publie son cas. Il ne sait si cas semblable a jamais été publié. En effet, Gowers, sur une statistique de 1 350 épileptiques, on en a trouvé 4 âgés de 69 ans, un seul ayant dépassé 70 ans. Ce malade est un prêtre de stature gigantesque, doué d'une puissance intellectuelle et physique rare. Il prêchait encore à l'âge de 80 ans, quand ont commencé les accès d'épilepsie. Dans ses antécédents, on trouve un père neurasthénique, une fille qui a été longtemps épileptique. Le malade n'a eu de traumatisme d'aucune sorte qui puisse expliquer ces attaques d'épilepsie. Très intelligent, il a noté journellement l'état de sa santé. Les attaques ont été beaucoup plus fréquentes la nuit. Ainsi, il y a eu 78 attaques entre 6 heures du soir et 8 heures du matin. Pas d'aura. La morsure de la langue, l'émission d'urine, la position anormale au réveil, le désordre du lit, sont les signes qui indiquaient l'existence de l'attaque. Pendant quelque temps, l'auteur, se conformant aux traditions d'Hippocrate, n'a pas appliqué de traitement anti-épileptique. En 1891-92, on lui a donné du bromure, on a accru la dose en 1893, en 1894, on a ajouté du chloral. Le nombre des attaques a considérablement diminué.

Trajet et terminaison des fibres qui constituent le centre ovale dans la moelle épinière (Ueber Verlauf und Endigungsweise der Fasern des ovalen Hinterstrangfeldes im Lendenmarke), par Hoche (*Neurologisches Centralblatt*, 15 février 1896, n° 4). — On sait que le centre ovale a été décrit par Flechsig en 1876, et que cet auteur est revenu en 1890 sur le même sujet. Depuis Barbacci, Gombault et Philippe ont insisté sur l'origine et le trajet des fibres de cette région.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner 2 cas de lésions transverses de la moelle épinière, dues à la compression exercée entre les 4e et 6e dorsales dans le premier cas, au-dessous de la 7e cervicale dans le deuxième cas. Les fibres du centre ovale dégénèrent dans les lésions cervicales de la moelle cervicale de haut en bas jusqu'au cône terminal. Les fibres qui constituent la virgule de Schultze se terminent au-dessus de l'apparition du centre ovale. Elles n'entrent pas dans sa constitution. Les fibrilles qui constituent le centre ovale siègent dans les premiers segments de la moelle (immédiatement au-dessous de la compression), au niveau des cordons de Burdach, à leur partie latérale et postérieure; à mesure qu'elles descendent, elles sont plus postérieures, se rapprochent ensuite vers la ligne médiane, changent d'orientation : de transversales, elles deviennent parallèles au septum postérieur, contre lequel elles sont accolées, pour former dans la région lombaire un champ ovale et dans la région sacrée un champ triangulaire. Dans la région lombaire, leur nombre commence à diminuer pour cette raison qu'elles se perdent dans la substance grise. Elles disparaissent au niveau du cône terminal, en se perdant sous forme de fibres arciformes dans la substance grise.

L'auteur admet qu'il s'agit là de fibres commissurales dont il ne peut préciser l'origine.

MÉDECINE

Sécrétion dans les gastropathies (Zur Kenntniss vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens), par Oppler (*Centralb. f. innere Mediz.*, 1896, n° 5, p. 12). — L'auteur a étudié dans une série de cas (par un procédé basé sur la digestion des solutions albuminoïdes par le contenu stomacal pris après un repas d'épreuve) ce que devient la pepsine dans les affections stomacales. Il a trouvé que la formation de pepsine était notablement abaissée dans la gastrite chronique, le carcinome de l'estomac, les atonies et les dilatations. Par contre cette formation dépassait la normale dans l'ulcère de l'estomac, la gastrite acide, la gastrorrhée chronique, quelquefois dans la chlorose. Dans les affections secondaires de l'estomac la formation de pepsine est sujette à des grandes variations; elle est diminuée ordinairement dans la dyspepsie nerveuse.

D'une façon générale la sécrétion de pepsine semble marcher parallèlement avec la formation de HCl, c'est-à-dire est d'autant plus accusée ou d'autant moins forte que HCl est en plus ou moins grande quantité. Mais ce parallélisme n'est pas constant et souffre de nombreuses exceptions.

Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie, par MM. Lannois et Tournier (*Rev. de médecine*, janvier 1896, p. 51). — Cette observation démontre que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, l'hémianopsie peut, par exception, faire défaut quand il y a cécité verbale. Il s'agit de syphilis cérébrale précoce, 4 à 5 mois après un chancre du sein contracté pendant l'allaitement.

Traitement du goitre par l'extrait thyroïdien (Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrusensaft), par Angerer (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 4, p. 69.). — Le traitement sous forme d'ingestion de pulpe de glandes thyroïdes fraîches de mouton a été institué dans 78 cas de goitre. La médication a échoué seulement chez 6 malades, le plus souvent par le fait du thyroïdisme aigu qui a nécessité l'interruption du traitement, quelquefois parce qu'il s'agissait de goitres durs, fibreux.

Mais dans tous les autres cas, le résultat a été des plus satisfaisants. Dans les goitres kystiques, les kystes eux-mêmes n'étaient pas influencés, mais le tissu glandulaire péri-kystique subissait une atrophie manifeste, laquelle atrophie pouvait également être constatée dans les goitres colloïdes à forme tubéreuse diffuse et dans le goitre nodulaire.

Dans certains cas, l'action de la médication était vraiment surprenante, notamment dans les goitres mous, dans l'hyperplasie simple et l'adénome de la glande thyroïde, dans le goitre à l'époque de la puberté : dans tous ces cas, une dose de 2 à 3 grammes de pulpe par semaine suffisait pour amener la disparition du goitre en l'espace de peu de temps.

Chez presque tous les malades, l'action spécifique du médicament se manifestait par des symptômes spéciaux tels que l'accélération du pouls, l'augmentation de la diurèse, la transpiration; quelquefois il survenait des vertiges, de la céphalalgie, des palpitations, de l'abattement, de l'insomnie, de l'inappétence, etc., qui disparaissaient en très peu de temps après l'interruption du traitement.

Il faut commencer par de petites doses, 3 grammes de glande par semaine pour monter ensuite à 5, 8 et 10 grammes par semaine. En se conformant à cette règle, qui consiste à tâter la susceptibilité du malade, on est sûr d'éviter les accidents.

CHIRURGIE

Exanthème infectieux dans la septicémie (Ueber ein metastatisches Hautexanthem bei Sepsis), par Meyer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 77). — Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui est amené à l'hôpital avec des phénomènes de

septicémie consécutifs à un furoncle du front. Dans la journée apparaît un exanthème polymorphe qui, par place devient vésiculeux, puis pustuleux. L'enfant succombe 48 heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie confirma le diagnostic de septicémie portée pendant la vie. Il existait, en effet, des abcès multiples dans les poumons, les méninges étaient par places infiltrées de pus. Le péricarde et les plèvres remplis d'un exsudat purulent. L'examen bactériologique du sang fait pendant la vie, l'examen bactériologique du suc de la rate, du contenu des vésicules montra la présence des staphylocoques dorés. Les cultures de ces staphylocoques injectées sous la peau et dans les veines des lapins et des cobayes n'ont pas tué ni rendu malades les animaux. Sous le microscope, la peau au niveau de l'exanthème renfermait des staphylocoques accumulés principalement dans le corps papillaire.

Anévrysme spontané de l'artère vertébrale (Ein Fall von nicht traumatischem Aneurysma der Arteria vertebralis), par Hufschmid (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 23). — L'observation se rapporte à un homme de 58 ans fortement artérioscléreux chez lequel l'anévrysme, des dimensions d'un œuf de poule, s'est développé, du moins d'après ce que disait le malade, à la suite d'une extension forcée de la tête et du cou, en arrière. Le diagnostic du siège de la tumeur a été relativement facile, grâce à ce fait que la carotide passait au devant de la tumeur et que la compression de la carotide primitive n'amenait pas une diminution du volume de l'anévrysme.

L'opération a consisté dans la ligature de la vertébrale gauche au niveau de la sous-clavière. Mais pour y arriver il a fallu couper le sternomastoïdien à 3 centimètres environ au-dessus de la clavicule. Guérison.

Affection traumatique de la colonne vertébrale (Beitrag zur Lehre von den traumatischen Erkrankungen des Wirbelsaule), par Henle (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 1). — L'auteur rapporte dans son travail quatre nouvelles observations, dont une particulièrement typique, de l'affection décrite il y a quelques années par Kummel sous le nom d'affection traumatique de la colonne vertébrale.

Cette affection, d'origine traumatique comme l'indique son nom, se développe à la suite d'un traumatisme direct ou indirect de la colonne vertébrale. Pendant les premiers jours qui suivent l'accident, les malades éprouvent des douleurs plus ou moins vives dans la partie directement ou indirectement contusionnée de la colonne vertébrale. Au bout de ce temps tout semble rentrer dans l'ordre et les malades reprennent leurs occupations lorsque quelques semaines ou quelques mois plus tard, ils sont repris de douleurs violentes dans la colonne vertébrale, puis apparaissent des douleurs névralgiques le long de certains nerfs intercostaux, des troubles de motilité du côté des membres inférieurs, la marche devient incertaine, difficile, et lorsqu'on examine le malade on trouve une cyphose manifeste avec une gibbosité plus ou moins prononcée Cette lésion occupe le plus souvent la colonne dorsale. La vertèbre saillante et ses voisines sont douloureuses au toucher. Par la suspension, la cyphose s'efface, mais la gibbosité persiste.

Des quatre observations publiées une seule est typique. Les trois autres ont ceci de commun avec l'affection décrite par Kummel, c'est qu'ici encore, la gibbosité résultat du ramollissement de la colonne vertébrale s'était développée longtemps après le traumatisme.

En l'absence d'autopsies, la pathogénie de l'affection est difficile à prévenir. D'après l'auteur on pourrait incriminer un processus analogue à celui de l'ostéomalacie et qui serait provoqué par l'hématome de la dure-mère qui se formerait probablement à la suite du traumatisme.

Le pronostic est aussi difficile à formuler. Dans certains cas, sous l'influence d'un traitement approprié le processus semble s'arrêter et le malade conserve une colonne vertébrale déformée, mais suffisante au point de vue fonctionnel.

Le traitement enfin est jusqu'à présent le même que celui de la spondylite tuberculeuse.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Bleu de méthylène.

Définition. — Couleur d'aniline, soluble dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Le bleu de méthylène, injecté sous la peau, jouirait de propriétés analgésiantes comparables à celles de la cocaïne, dont il n'aurait pas les dangers. Cette action du bleu de méthylène a été contestée par Pietrowski qui prétend au contraire que l'injection de cette substance est fort douloureuse et mal tolérée par les tissus.

Cette interprétation opposée des qualités d'un même médicament provient de l'instabilité du produit. Il résulterait de nos expériences qu'une solution de bleu de méthylène extemporanément préparée serait analgésique, tandis qu'une autre solution, ayant un mois de date, serait au contraire douloureuse. D'où la nécessité, déjà maintes fois constatée dans notre formulaire, de préparer, au moment de s'en servir, les solutions à l'usage hypodermique.

Les effets antimalariques du bleu de méthylène sont mieux établis. Signalés par Gutmann, Moncorvo, Ehrlich, ils ont été récemment confirmés par les recherches de Parenski et Blatteis. Ces auteurs ont en effet constaté qu'après un très petit nombre d'injections (3 à 5) faites à un certain nombre de paludéens, les accès fébriles cessaient, la rate hypertrophiée diminuait de volume, les phénomènes concomitants (névralgies, céphalée, gastralgie, etc.), étaient rapidement atténués. La supériorité des injections colorées sur les solutions quiniques paraîtrait évidente dans le traitement de l'intoxication palustre chronique, la quinine gardant d'autre part sa prééminence dans l'accès pernicieux intermittent.

Le bleu de méthylène a été préconisé dans le traitement de la néphrite chronique avec albuminurie. Les résultats de cette médication ne paraîtraient pas être sensiblement supérieurs à ceux obtenus par d'autres moyens. Il a été également employé dans le but de colorer les éléments figurés de l'adénite tuberculeuse (Althen) et du cancer (Mosetig, Lindner), et obtenir ainsi leur régression. Ces essais n'ont donné que des insuccès.

Enfin, en raison de ses propriétés colorantes et analgésiantes, ce médicament trouve son application chez les neurasthéniques, les hypochondriaques, les hystériques et généralement chez tous les malades auxquels on veut faire de la suggestion, ou masquer une expectation nécessaire (Constantin Paul).

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 10 centigrammes par injection, jusqu'à 40 et 50 centigrammes par 24 heures.

EFFETS DE L'INJECTION.

a) Immédiats : Peu douloureuse, si la solution est récente.

b) Eloignés : La zone analgésique apparaît de 3 à 10 minutes après l'injection, mais est très éphémère. Il n'y a pas d'indurations locales consécutives, si la solution est récente et rigoureusement stérile : elles sont habituelles dans le cas contraire.

Le bleu de méthylène s'élimine en nature par les urines, auxquelles il communique une couleur verte intense et par les garde-robes qu'il colore en bleu.

A doses modérées (10 à 30 centigrammes) l'injection est bien tolérée : au delà on peut avoir de l'irritation rénale et vésicale.

FORMULES

Bleu de méthylène. . . . . 10 gr.
Eau distillée . . . . 100 gr.

1 à 2 cent. cubes dans le traitement de la malaria.

(Parenski et Blatteis.)

Bleu de méthylène 0gr50
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 cent. cube comme analgésique.

(Maurange.)

Bleu de méthylène . . . . 1 gr.
Eau distillée . . . . 300 gr.

3 à 6 cent. cubes en injections interstitielles dans l'adénite tuberculeuse.

(Mosetig, Lindner.)

1 à 5 cent. cubes dans l'hypochondrie.

(C. Paul.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Trente-septième réunion de l'Association générale des médecins de France.

Demain et lundi se réuniront les membres du Conseil général et les délégués des Sociétés locales. Dans notre prochain numéro nous rendrons compte de ces séances et des votes émis. Nous ne voulons aujourd'hui que reproduire quelques extraits des rapports imprimés à l'avance et distribués à tous les délégués.

C'est M. le Dr Reynier qui s'est chargé du *Rapport sur les pensions viagères*. 11 nouvelles pensions de 800 francs ont pu être accordées par le Conseil général. La constitution de ces 11 pensions coûtera 251 416 francs, ce qui fait 22 856 francs pour chaque pension de 800 francs. On voit les charges que créent les pensions nouvelles qui jadis ne coûtaient guère que 12 000 francs pour 600 francs de pension annuelle. Un accroissement de ressources pourrait donc seul augmenter rapidement le taux des pensions.

M. le Dr Martin a bien voulu écrire le *Rapport sur les vœux*. De ceux-ci nous retenons les vœux relatifs à la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux et ceux qui ont trait à la déclaration des maladies contagieuses. Voici comment s'exprime M. le Dr A.-J. Martin :

Les propositions, ou plutôt les revendications présentées cette année par la Société de la Seine-Inférieure, ne sont pas nouvelles. Elle demande, en effet : « 1° Que toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux soient données au concours; 2° que les places de médecins et de chirurgiens titulaires soient données, sans contestation possible, aux adjoints et suivant l'ordre de leur nomination. » Or, le premier de ces vœux a déjà été soumis à l'Association générale en 1888, par les Sociétés du Haut-Rhin et de la Meuse. Il a été l'objet d'un rapport de M. Bucquoy, lu à l'Assemblée générale en 1889, et concluant comme suit :

« La mise au concours de toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux, est le mode de recrutement le plus juste et le plus favorable à l'intérêt des malades, il y a donc lieu d'en demander l'application toutes les fois qu'elle sera possible.

Les arguments invoqués dans son rapport par M. Bucquoy, n'ont pas manqué de réunir l'unanimité de l'Assemblée, en faveur de ce principe qui, au moins pour les hôpitaux des villes d'une certaine importance, est aujourd'hui presque partout appliqué par les commissions administratives, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas, où « en raison des conditions locales », le recrutement du personnel médical des hôpitaux par le concours « est d'une pratique facile, réellement avantageuse et exempte d'inconvénients sérieux ».

Il n'en est pas de même, par contre, pour le droit reconnu aux adjoints, et suivant leur ordre de nomination, de remplacer les titulaires médecins et chirurgiens lorsque des vacances viennent à se produire. La Société de la Seine-Inférieure signale à l'Association le fait que « dans un grand centre industriel de ce département, l'administration hospitalière a la prétention de pouvoir choisir les médecins titulaires en dehors des médecins-adjoints qu'elle a nommés au concours. » Ce ne serait pas là, d'ailleurs un fait isolé; déjà en 1888, plusieurs Sociétés locales exprimaient les mêmes doléances. La loi du 7 août 1851 laisse d'ailleurs toute latitude aux commissions administratives pour la nomination des médecins d'hôpital; depuis cette époque, et bien qu'on ait essayé de modifier cet état de choses dans divers sens, ni la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ni celle du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, n'y ont apporté de changements. Le corps médical est resté impuissant légalement contre les abus qui en peuvent résulter. Il ne semble pas, d'autre part, qu'il puisse espérer du législateur ou des administrations d'autres moyens de défense que ceux qu'il tient de son influence morale et de la valeur de ses services. A une époque où les conflits d'intérêts sont si violents, on ne gagne pas toujours à les voir discuter dans certaines enceintes, ni à les confier à l'arbitraire trop souvent impossible des administrations publiques.

Les droits acquis par les médecins adjoints au remplacement des titulaires ne devraient pas être un instant mis en doute, c'est une question de bonne foi. La latitude laissée aux commissions administratives hospitalières de n'en tenir aucun compte, n'a rien de commun avec la liberté que possède tout individu non hospitalisé, ni assisté, de changer son médecin. Dans tous les cas, le droit devrait être reconnu aux intéressés de pouvoir en appeler, en cas d'abus de pouvoir, auprès d'nue autorité supérieure, auprès de laquelle les Sociétés médicales sauraient exercer une légitime influence. « L'article 14 de la loi du 7 août 1851 stipule que les commissions administratives hospitalières nomment les médecins et chirurgiens, mais qu'elles ne peuvent « les révoquer qu'avec l'approbation du préfet ». Ce serait singulièrement jouer sur les mots, que de prétendre que le refus de prendre, en remplacement d'un titulaire, le médecin adjoint régulièrement désigné, n'est pas assimilable à la révocation de celui-ci. Nous accordons qu'il est des cas où ce remplacement ne peut se faire, pourvu que le bien des malades soit seul mis en cause; raison de plus pour que ces exceptions soient examinées avec plus de soins.

A défaut d'une modification législative que l'Association reconnaissait, il y a 5 ans, difficile, sinon inutile et douteuse il suffit à l'administration de donner aux préfets des instructions précises pour que l'approbation préfectorale soit nécessaire toutes les fois qu'une commission administrative refuse de remplacer un médecin titulaire par son adjoint. Une récente circulaire ministérielle a eu soin de rappeler aux préfets quelle qualité devaient posséder les membres qui, au nombre de 4, sont laissés à leur faveur, par l'article premier de la loi du 5 août 1879. Il serait non moins utile, assurément, d'inviter les préfets à ne pas laisser commettre de flagrantes injustices à l'égard du corps médical par des assemblées à la composition desquelles l'administration attache tant d'importance.

Aussi, en tenant compte de ces dispositions nouvelles du gouvernement, dont l'heureuse influence pour le corps médical ne peut être mise en doute, estimons-nous que les vœux de la Société de la Seine-Inférieure doivent être pris en considération et remis aux Sociétés locales afin de pouvoir poursuivre dans le département une nouvelle enquête sur le mode de nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et sur les garanties qui sont offertes à ceux-ci contre toute ingérence abusive des commissions administratives.

Les questions relatives à la déclaration des maladies contagieuses ont été trop souvent discutées dans ce journal et par la plume autorisée de notre collaborateur A.-J. Martin pour qu'il nous semble nécessaire de reproduire toute la partie historique et administrative de son intéressant rapport. M. Martin affirme qu'on ne peut plus nier la légitimité du principe de la déclaration.

Mais, ajoute-t-il, il n'en est pas de même de ses procédés d'application. La Société de Saône-et-Loire, ainsi que le corps

médical l'a également demandé de divers côtés, estime que l'obligation de la déclaration doit incomber non aux médecins, mais aux familles, en raison du préjudice considérable que cette obligation porterait au corps médical.

Les délégués que la commission du Sénat avait entendus à ce sujet en 1891 proposaient que la déclaration des maladies épidémiques soit faite par un médecin traitant, aussitôt le diagnostic établi, au chef de famille ou au logeur; le médecin constaterait qu'il a fait cette déclaration par la signature du chef de famille ou du logeur apposée sur la souche d'un carnet de déclarations; le médecin remplirait et détacherait du carnet le libellé de la déclaration de la maladie épidémique; il le remettrait ou au chef de famille ou au logeur, qui serait tenu de le transmettre le jour même aux autorités de la commune.

Il faut reconnaître que dans les Etats et dans les villes où la déclaration des maladies épidémiques est depuis longtemps obligatoire, on l'a tantôt exigée de la famille seule ou des médecins seuls, ou des deux à la fois. La déclaration est demandée aux médecins seulement en Italie, en Serbie, en Bavière, en Saxe, dans le grand-duché de Bade, de Saxe-Weimar, de Mecklenbourg, en Portugal, dans les villes de Lübeck, Brême et Hambourg. En Hollande, elle incombe aux parents seulement; dans le grand-duché de Hesse, elle est facultative par les médecins et obligatoire par les parents. En Angleterre, on exige la déclaration de la famille et du médecin; aux Etats-Unis, de la famille, du médecin et du logeur.

En France, quelques municipalités avaient essayé, même avant la loi de 1892, de rendre obligatoire la déclaration des cas de maladies épidémiques.

On peut citer notamment un arrêté du maire de Lyon du 28 mai 1888 et du maire de Grenoble en date du 22 août 1890.

Mais les municipalités ne peuvent s'appuyer ni sur la loi, ni sur la jurisprudence pour assurer l'exécution de semblables dispositions.

Ces diverses combinaisons ont toutes de bonnes raisons pour se défendre; car il est certain que l'obligation de la déclaration peut être considérée comme corrélative, pour les personnes de la famille ou de la maison du malade, des avantages qu'ils retireront de la rapidité des prescriptions prophylactiques; pour les hôteliers ou directeurs d'établissements publics, du fait de leur autorisation ou de leurs fonctions; pour le médecin, des privilèges de sa profession. En pareille matière, il faut surtout tenir compte des habitudes sociales. Aussi avait-on proposé tout d'abord qu'en France la déclaration de tout cas de maladie endémo-épidémique soit obligatoire pour toute personne qui en aura constaté l'existence, et la loi aurait remis à un règlement d'administration publique le soin de déterminer le mode de déclaration. Cette disposition aurait permis de procéder ici comme pour la déclaration des naissances, suivant les termes de l'article 56 du Code civil (1).

Un certain nombre de sociétés médicales avaient soutenu par avance cette proposition, notamment l'Union des syndicats et l'Association des médecins de l'Hérault sur le rapport de M. le Dr Hamelin. Le médecin ne doit intervenir, suivant ces sociétés, qu'après le chef de famille ou les membres présents de celle-ci ou, à défaut, après les hôteliers, loueurs de garnis, etc. Par contre, M. le Dr Drouineau, à la Société de médecine publique, objecte qu'il peut être difficile au médecin d'acquérir la certitude que la déclaration sera faite et qu'il n'est pas toujours lié de telle manière au malade qu'il lui soit loisible quelquefois de retourner dans la maison; de plus, l'article 56 du Code civil n'a pour objet que l'enregistrement d'un fait, la constatation d'un état-civil à un enfant nouveau-né, tandis que la déclaration d'un cas de maladie contagieuse n'est pas seulement l'enregistrement d'un fait; elle va entraîner des conséquences pour les parents du malade. Aussi préférerait-il que la déclaration soit faite : d'une part, par le chef de famille ou les membres présents de la famille, ou, à leur défaut, par les personnes appelées à soigner le malade, dans les hôtels ou maisons garnies, par les hôteliers ou les loueurs; et, d'autre part, par le médecin qui a constaté la maladie, chacun restant séparément responsable.

C'est précisément la difficulté de définir la constatation de l'existence d'une maladie qui a fait soutenir l'opinion que le médecin doit être seul tenu d'en faire la déclaration dans les cas prévus par la loi; lui seul est à même de constater la nature transmissible de l'affection, et les personnes qui approchent le malade n'en peuvent être informées que par lui, si bien qu'en fait celui qui, d'après les termes du projet, constatera réellement l'existence de la maladie, sera toujours l'homme de l'art. Le soupçon du caractère de la maladie peut bien appartenir à tous ceux qui voient le patient; la certitude, la constatation, qui sont uniquement exigées pour la déclaration, sont l'apanage exclusif de celui qui possède les connaissances nécessaires pour établir un diagnostic, suivant l'expression un peu étroite du texte de la loi susvisée concernant l'exercice de la médecine. D'autre part, si l'on veut que l'autorité publique soit rapidement informée en pareil cas, c'est grâce à l'intervention du médecin que ce but sera surtout atteint. Dégagé de toute considération sentimentale et de tout souci, il pourra aisément prévenir l'autorité.

Le Parlement a pensé que la loi sur l'exercice de la médecine devait comporter l'obligation de la déclaration par le corps médical, et que ce ne pouvait être que dans une loi ultérieure, plus générale, pouvant s'appliquer à d'autres personnes, que cette obligation pourrait être étendue.

La Chambre des députés, sur le rapport de M. Langlet, a ratifié cette manière de voir. A son tour, le Sénat est actuellement appelé, sur le rapport de M. Cornil, à voter la disposition suivante, qui fournit l'article 5 de la loi sur la protection de la santé publique :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie épidémique est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence, ou, à leur défaut, par les chefs de famille, maîtres d'hôtels ou d'autres établissements, ou par les personnes qui soignent les malades. Un arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de déclaration. »

Les citations que nous venons de faire, et l'exposé, même sommaire, de l'historique administratif et parlementaire de cette question, permettent de penser que les législateurs s'opposeraient à dégager complètement le corps médical de l'obligation de la déclaration, comme le demande la Société de Saône-et-Loire. Il faut remarquer, d'autre part, que les délégués entendus par la Société, en 1891, ne s'y opposaient pas, qu'ils proposaient seulement des modifications au mode de déclaration adopté, et que jusqu'ici toutes les Sociétés qui ont présenté des observations à ce sujet, de même que l'Assemblée générale sur le rapport de M. Passant en 1886, ont par avance adopté les dispositions sur lesquelles le Sénat va être prochainement appelé à voter. Aussi croyons-nous que l'Assemblée générale doit lui donner son assentiment.

Et M. A.-J. Martin conclut dans les termes suivants :

En demandant de prendre en très sérieuse considération les vœux de la Société de Saône-et-Loire, le Conseil général souhaite que les Sociétés locales délibèrent dans le plus bref délai possible sur les questions qu'ils soulèvent, à savoir la manière dont la déclaration de maladies épidémiques doit être faite par les médecins et les familles, et à la suite de cette déclaration quel est le mode d'application des mesures d'hygiène qui paraît être le plus facile et le plus sûr, suivant les régions et les localités. Le Conseil général estime, en effet, qu'il y aurait un grand intérêt à proposer les conclusions de cette requête à l'Assemblée générale de l'année prochaine, c'est-à-dire à l'époque où vraisemblablement le gouvernement aura à déterminer les détails d'application de la loi sur la protection de la santé publique votée définitivement, d'ici-là, par le Parlement.

1. Code civil. Art. 56 : La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et anesthésie dissociée en bande zostéroïde sur le tronc.

(*Remarques sur l'origine spinale du zona.*)

Par M. Ch. Achard,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

Le malade que je vous présente est atteint d'une *atrophie musculaire* très prononcée des deux mains qui offrent l'aspect classique de la *main en griffe du type Aran-Duchenne.* Cette atrophie paraît avoir débuté à l'âge de 20 ans, il y a deux ans, en janvier 1894 : c'est du moins à cette époque que le malade s'est aperçu que ses mains perdaient leur force et devenaient froides, état qui n'a cessé de s'accentuer lentement jusqu'à son entrée à l'hôpital, en février 1896. Ces troubles se sont développées sans cause apparente. Le malade avait toujours joui d'une bonne santé; il est indemne d'intoxications alcoolique et saturnine, et n'est point syphilitique. Il raconte avoir fait, il y a 3 ans 1/2, en travaillant à son métier de couvreur, une chute sur le ventre, mais qui paraît n'avoir entraîné aucune trouble. Il ne signale dans ses antécédents de famille rien qui puisse fournir quelque éclaircissement sur l'origine de l'amyotrophie. Ajoutons que les muscles des mains sont inexcitables par l'électrisation et que tous les autres muscles offrent des réactions électriques normales.

A première vue, l'on pourrait penser qu'il s'agit ici de l'atrophie musculaire progressive de Duchenne, maladie qui semblait sur le point de disparaître du cadre nosologique, au moins en ce qui concerne sa caractéristique anatomique, et que des travaux récents, notamment la thèse importante de M. Jean Charcot, viennent de réhabiliter. A l'appui de ce diagnostic on pourrait même faire valoir qu'il n'existe aucun phénomène céphalique, ni aucun trouble viscéral, que l'atrophie est pure et ne s'accompagne aux membres supérieurs d'aucune trouble de la sensibilité, qu'elle est limitée aux petits muscles des éminences thénar et hypothénar et aux interosseux, que les muscles de la ceinture scapulaire en particulier, ainsi que ceux de la face sont absolument indemnes, et que rien dans les antécédents du malade n'autorise à songer à une myopathie primitive.

Mais si l'on poursuit l'examen du malade, on note que *les réflexes rotuliens sont exagérés* des deux côtés, sans qu'il y ait toutefois de contracture ni de trépidation épileptoïde aux membres inférieurs. Cette exagération des réflexes démontre qu'il s'agit d'une atrophie d'origine spinale, dont la lésion intéresse non seulement les cornes antérieures, mais aussi les cordons latéraux.

De plus, examinant la colonne vertébrale, on remarque l'existence d'une *scoliose* de la région dorsale inférieure : à ce niveau l'angle des côtes du côté gauche fait une saillie plus marquée que du côté opposé et le rachis s'infléchit en une courbure dont la concavité est tournée vers la droite.

Enfin l'exploration minutieuse de la sensibilité révèle que celle-ci est normale dans tous ses modes sur la plus grande partie du corps, en particulier aux membres, mais il existe une zone très exactement limitée du côté gauche de l'abdomen, où l'on constate le phénomène de l'*anesthésie dissociée.* Ce territoire d'anesthésie dissociée forme une petite bande transversale, unilatérale, située au niveau de l'ombilic et dont la hauteur varie de 6 à 11 centimètres, atteignant 10 centimètres dans la majeure partie de son parcours. Elle forme ainsi une demi-ceinture transversale, une sorte de *zona d'anesthésie.* En ce segment tégumentaire on peut piquer profondément la peau, la brûler, sans que le malade accuse aucune douleur; le poid non plus n'est pas senti, mais les contacts sont perçus normalement.

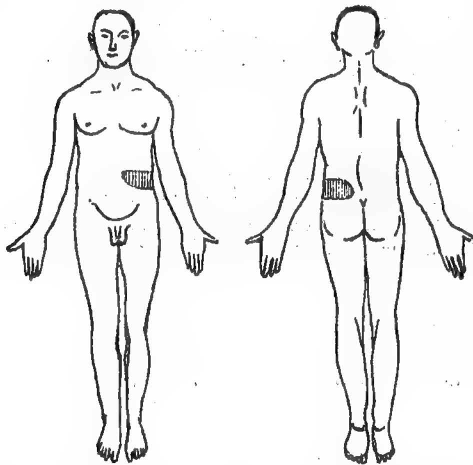
Grâce à ces symptômes, la scoliose et l'anesthésie dissociée, il est permis de préciser la nature de la lésion spinale : le diagnostic de syringomyélie s'impose en quelque sorte. Comment s'est développée cette syringomyélie? La chute faite par le malade a-t-elle joué un rôle dans sa genèse? Quelque vice originel du système nerveux en a-t-il préparé l'évolution? A ce propos on remarquera que le sujet présente aux deux coudes un léger défaut de conformation, consistant en ce que les axes du bras et de l'avant-bras forment par leur rencontre un angle moins obtus qu'à l'état normal : les coudes sont pour ainsi dire en valgus. Peut-être cette légère malformation articulaire est-elle en rapport avec un trouble léger lui-même du développement de la moelle, de même que d'autres malformations articulaires, les luxations congénitales de la hanche, paraissent, d'après quelques faits récents pouvoir être rattachées à des vices de développement de la moelle (spina bifida, hydromyélie).

C'est surtout la région dorsale qu'occupe ici la lésion syringomyélique; cette lésion est assez étendue en hauteur, car elle atteint au moins supérieurement la partie inférieure du renflement cervical et elle descend jusqu'à

la région dorsale inférieure où elle affecte la corne postérieure gauche. Dans ce trajet elle intéresse des deux côtés les cordons latéraux.

Quelques points doivent être signalés dans cette observation.

En premier lieu la maladie a évolué assez promptement, puisque l'atrophie musculaire est devenue complète aux mains en 2 ans. Ensuite il y a lieu de remarquer que la sensibilité est tout à fait normale dans les régions où siègent les symptômes les plus évidents, c'est-à-dire aux mains atrophiés. En outre il est intéressant d'observer le phénomène de l'anesthésie dissociée dans une étendue aussi restreinte et d'un seul côté. Enfin et surtout, ce qui me paraît digne de fixer l'attention, c'est la topographie de cette anesthésie dissociée qui est exactement celle du zona abdominal. J'ai rapporté il y a peu de



La partie ombrée correspond à la zone d'anesthésie dissociée.

temps, ici-même(1), des faits qui venaient à l'appui de la théorie spinale du zona, développée par M. Brissaud, et j'ai rappelé à ce propos que les troubles sensitifs de cause médullaire, ceux de la syringomyélie en particulier, se limitent en général sur le tronc par des lignes horizontales comme les lésions trophiques du zona. Or c'est ce que le cas présent démontre d'une façon pour ainsi dire schématique.

Relativement à cette origine spinale du zona, ou plutôt de certains zonas primitifs, je puis ajouter à ce que j'exposais précédemment un fait nouveau qui confirme la théorie centrale. J'ai observé récemment, chez une vieille femme de l'hospice des Ménages, un zona thoracique du côté gauche, partant en arrière de la 4e vertèbre dorsale pour aboutir en avant à la 3e côte et au 3e espace; outre l'éruption, il y avait en même temps de vives douleurs et une hyperesthésie très marquée à la pression, non seulement au niveau du zona, mais dans une région remontant bien au-dessus, jusqu'à la 1re vertèbre dorsale et siégeant symétriquement des deux côtés, surtout en arrière; de plus, des douleurs semblables existaient plus bas sur toutes les vertèbres dorsales. Il serait difficile d'expliquer cette topographie de la douleur au moyen de lésions exclusivement périphériques ou ganglionnaires. On la conçoit mieux si l'on fait intervenir un trouble survenu du côté des cordons postérieurs, où la distribution vasculaire et la proximité des fibres sensitives correspondant aux deux côtés rendent aisément compte de l'étendue de l'hyperesthésie en hauteur et de sa symétrie.

1. *Gaz. hebdomad.*, 5 mars 1896, p. 217.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. CONGRÈS DE TUNIS,

Tenu du 1er au 7 avril.

Cancer de l'ampoule de Vater et cancer du pancréas.

M. Hanot (Paris) a observé un cas de cancer de l'ampoule de Vater. Avec ceux réunis dans sa thèse par M. Busson, on aurait actuellement 12 cas de cette affection pour laquelle M. Busson a relevé les symptômes suivant : ictère chronique, progressif, apyrétique, avec décoloration des fèces, sans douleurs vives, avec hypertrophie moyenne du foie, amaigrissement croissant jusqu'à la mort survenue quelquefois moins de 5 mois, rarement plus de 9 mois après le début des accidents. Dans deux observations, la maladie s'est terminée par péritonite sans perforation intestinale. Dans le cas où l'examen histologique a été fait, il s'agissait d'épithélium à cellules cylindriques.

Parmi les particularités intéressantes relevées dans les observations qu'il rapporte, M. Busson note le début brusque de l'ictère dans deux cas, sans intermittence dans un autre; dans un cas l'ictère a fait défaut; dans un autre il y a eu du mal mocléux.

En analysant les symptômes présentés par ces malades, M. Busson en abordant la question du diagnostic différentiel, montre que le syndrome spécial que Bar et Pic ont attribué au cancer du pancréas un syndrome spécial (ictère profond à début rapide et progressif; distension énorme de la vésicule biliaire facilement perceptible à la palpation; amaigrissement et cachexie rapides; courte durée de la maladie) qui se rencontrerait toujours dans le cancer de l'ampoule de Vater.

Dans le cas observé par M. Hanot et qui se rapporte à un homme de 41 ans, la durée a été beaucoup plus longue que dans les cas rapportés par M. Busson, où la durée a dépassé rarement 9 mois : ici elle a été de 10 mois environ.

Le syndrome clinique était constitué par une augmentation de volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate, avec ictère chronique et décoloration des fèces sans coliques hépatiques. Il existait en outre une leucocytose constante qui pouvait faire penser à l'existence d'un cancer; mais d'un autre côté l'absence d'urobilinurie rendait l'hypothèse d'une lésion importante du foie, difficile à soutenir, si bien qu'on pouvait suspecter un cancer de la tête du pancréas.

A l'autopsie, on trouva un cancer végétant de l'ampoule de Vater, du volume d'une châtaigne, faisant saillie dans la cavité de l'intestin. Le pancréas, de consistance normale, se trouvait tout à fait en dehors de la tumeur. Le cholédoque dilaté aboutissait dans la tumeur. Pas de métastases dans les autres organes.

L'examen histologique de la tumeur démontra que la tumeur était constituée par un épithélium cylindrique, sans aucun foyer de généralisation.

Un point que M. Hanot tient à relever, c'est que l'ictère du malade avait diminué progressivement. L'autopsie a montré que l'obstacle à l'écoulement de la bile avait persisté; mais la bile avait fini par s'altérer. Il s'était produit le phénomène désigné par M. Hanot sous le nom d'acholie pigmentaire.

On avait noté aussi pendant quelque temps cet œdème unilatéral droit que M. Hanot a observé plusieurs fois dans les maladies du foie.

M. Bard (Lyon) dans son mémoire sur le cancer du pancréas, a mis en opposition une forme très rapide, déterminant la mort en l'espace de 6 semaines à 3 ou 4 mois, et une seconde forme, à marche beaucoup plus lente, durant de 1 à 2 ans.

La première est constituée par les tumeurs nées de l'épithélium pancréatique glandulaire; la seconde par les tumeurs nées de l'épithélium cylindrique des canaux excréteurs.

L'opposition de durée de ces deux formes résulte précisément des propriétés biologiques propres des deux épithéliums considérés et l'observation de M. Hanot vient à l'appui de cette division puisque dans son cas il s'agit d'une tumeur d'épithélium cylindrique et d'une marche lente.

Quant au diagnostic différentiel des tumeurs du pancréas et de celles dites de l'ampoule de Vater, M. Bard fait tout d'abord observer que les dernières sont beaucoup plus rares qu'on pourrait le croire, et, le cas de M. Hanot mis à part, si on analyse les 11 observations réunies par M. Busson, on pourrait à peine en accepter 2 ou 3. On comprend, d'ailleurs, la difficulté de la séparation des tumeurs d'origine pancréatique d'avec celles d'origine vatérienne, quand on considère la juxtaposition étroite pes deux organes.

Il arrive que les cancers dits de l'ampoule de Vater ont, à peu de chose près, la symptomatologie de ceux du pancréas; d'où quelques auteurs ont voulu conclure que le diagnostic du cancer du pancréas ne comportait pas la précision que lui avait attribuée M. Bard. Néanmoins, M. Bard maintient sa première observation. Il a eu l'occasion d'observer des cas de cancer du duodénum occupant la région de l'ampoule de Vater. Or, la symptomatologie était celle du cancer de l'estomac avec rétrécissement pylorique et non celle du cancer du pancréas. Le fait est dû, d'une part, à ce que le cancer du duodénum, comme tous les cancers de l'intestin, a une tendance annulaire et crée un rétrécissement digestif; d'autre part, à ce que la consistance de la tumeur est, en pareil cas, beaucoup moins dure que celle des tumeurs pancréatiques, et, par suite, ne crée pas aussi facilement l'obstruction du canal cholédoque.

Pour ce qui est du fait de M. Hanot et des faits similaires, on ne doit pas oublier que dans ces cas la tumeur fait saillie comme un bourgeon dans l'ampoule, sans extension latérale, sans aucune tendance à former un rétrécissement de l'intestin. Ce fait provient de ce que la tumeur a dû avoir pour point de départ non la surface intestinale, mais les canaux pancréatiques eux-mêmes, à leur extrémité terminale. Il s'agit dans ce cas, au point de vue de l'anatomie générale, d'un cancer pancréatique excrétoire, au même titre que dans les les cas où le point de départ est dans les canaux intra-glandulaires.

Il n'y a donc pas lieu d'y voir une objection contre le syndrome que M. Bard a décrit pour le cancer du pancréas. Ce fait de M. Hanot n'en présente pas moins un très grand intérêt. Il démontre qu'il faut dédoubler la forme excrétoire du cancer glandulaire. Ce dédoublement doit comporter deux formes : dans l'une, la plus fréquente, celle que j'avais décrite, la tumeur naît des canaux intra-glandulaires; dans l'autre, forme orificielle, la tumeur naît de l'embouchure même du canal pancréatique.

Au point de vue clinique le problème est, évidemment, plus difficile. Il comporte tout à la fois la distinction des deux formes pancréatiques excrétoires entre elles et, d'autre part, la distinction de la seconde de ces formes d'avec les cancers du duodénum.

Ce dernier point du problème est facile à élucider, et d'une façon générale on peut dire que le cancer du duodénum a la symptomatologie bien connue du cancer du pylore ou de celui de l'intestin, tandis que la forme pancréatique orificielle, dite de l'ampoule de Vater, a la symptomatologie des cancers du pancréas, telle qu'elle est décrite dans le premier mémoire de M. Bard.

Le fait de M. Hanot qui prouve l'existence de cette forme, est en outre, de nature à faire penser que le diagnostic différentiel pourra être fait entre la forme orificielle et la forme excrétoire intra-glandulaire. En effet, dans ce cas, non seulement la marche avait été très lente, mais encore il y avait eu des périodes de rémission pendant lesquelles l'ictère avait complètement disparu.

M. Bard pense qu'il faut voir là des symptômes en rapport avec le siège même de la tumeur. En pareil cas, d'une part les phénomènes d'obstruction doivent être plus précoces, et, d'autre part, ils doivent être plus mobiles. En effet, dans la forme intraglandulaire, l'obstruction n'arrive que lorsque la tumeur a atteint un développement suffisant pour comprimer le canal, et cette compression a peu de tendance à rétrocéder. Au contraire, dans la forme orificielle, l'action sur le canal s'exerce d'emblée. De plus, dans les rétrécissements organiques des organes circulaires (canaux ou tube digestif) l'élément spasme ajoute son action, précoce et variable, à la lésion organique elle-même. Il est tout naturel que le cancer de l'orifice terminal du canal de Wirsung ne fasse pas exception à cette loi générale. Sa longue durée peut résulter en partie de la marche réellement plus lente de la tumeur, en partie aussi de ce que le début est plus exactement connu en raison de l'apparition plus rapide des phénomènes d'obstruction.

M. Hanot pense qu'on peut décrire le cancer de l'ampoule de Vater comme une forme spéciale de cancer orificiel, pour ainsi dire, comme le cancer du pylore pancréatico-biliaire. Il serait surtout caractérisé, cliniquement, en dehors du syndrome Bard-Pic, par une marche relativement lente, par l'absence habituelle de généralisation, et peut-être aussi par la variabilité de l'ictère, variabilité notée déjà dans l'une des observations de M. Busson et qui existait nettement dans le cas personnel de M. Hanot.

De la glycosurie dans le cancer du pancréas.

M. Bard a soutenu dans un mémoire publié par M. Pic que la glycosurie qu'on observe quelquefois dans le cancer du pancréas, était provoquée non pas par le cancer, mais par la cirrhose de cet organe et ne faisait pas partie du tableau symptomatologique proprement dit.

Depuis cette époque on a publié des cas de cancer du pancréas avec glycosurie, et M. Bard a observé lui-même deux faits dans son service. Faut-il, pour cela, revenir à l'opinion ancienne et attribuer au cancer du pancréas la propriété de créer la glycosurie?

M. Bard ne le pense pas. En effet, en examinant les faits, il a remarqué que dans les cas où il existait, outre le cancer, de la cirrhose secondaire du pancréas. Cette cirrhose est, à vrai dire, en rapport avec le cancer lui-même, secondaire qu'elle est à l'obstruction excrétoire. Elle n'est pas cependant fonction du cancer, à proprement parler; elle dépend de causes accessoires, de l'infection notamment, et les symptômes qu'elle cause peuvent utilement servir au diagnostic clinique du cancer sans pouvoir lui être rattachés au point de vue de la pathologie générale.

M. Bard pense donc que la glycosurie peut se rencontrer plus ou moins fréquemment dans le cancer de la tête du pancréas, mais que, lorsqu'elle existe, elle dépend d'une cirrhose glandulaire secondaire. En pareil cas, d'ailleurs, il a trouvé toujours une cirrhose du foie concomitante, reconnaissant la même origine.

Au point de vue clinique, la constatation de cette glycosurie ne prouve pas directement l'existence d'un cancer pancréatique; elle a cependant une assez grande importance quand elle se rencontre avec un ictère par obstruction. Elle prouve, en effet, que cette obstruction porte à la fois sur les voies biliaires et sur les voies pancréatiques, et, par là, elle est certainement en faveur d'un cancer de la tête du pancréas plutôt qu'en faveur d'une obstruction biliaire d'une autre origine.

Gomme syphilitique double de la moelle ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral.

MM. Hanot et **Henri Meunier** (Paris) ont observé un cas de syphilis médullaire dont voici l'observation résumée : Homme de 42 ans, machiniste. Pas d'antécédents héréditaires et personnels importants. Syphilis et blennorrhagie simultanées il y a 3 ans. Gommes cutanées en juillet dernier, ayant nécessité un traitement de 3 semaines à Saint-Louis.

Il y a 3 semaines, à l'occasion d'un rhume, courbature douloureuse; sensation de fatigue et de paresse dans les membres inférieurs, puis, soudain, étourdissement, sans perte de connaissance, et paraplégie totale des membres inférieurs et du tronc. Le malade entre alors dans le service de M. Hanot, et on constate une paraplégie flasque, absolue, des membres inférieurs et des muscles volontaires du tronc; une dissociation dite syringomyélique de la sensibilité; une abolition des réflexes rotuliens;

pas de clonus du pied; incontinence continuelle d'urine; paralysie du rectum; inégalité pupillaire.

En présence de ce tableau clinique et en se basant sur la limite de la paralysie et sur celle, plus nette, de l'anesthésie, enfin sur l'inégalité pupillaire, qui dénonce la participation du centre ciliospinal, on formule le diagnostic suivant :

Paraplégie par lésion de la moelle; lésion bilatérale transverse intéressant certainement l'axe gris (dissociation syringomyélique), siégeant dans la région cervico-dorsale, vraisemblablement entre la 8e racine cervicale et la 3e dorsale; d'origine syphilitique; de nature indéterminée, mais d'évolution rapide (début apoplectiforme); hématomyélie? myélite aiguë localisée? ramollissement transverse?

Le malade meurt 5 jours après son admission (9e jour de l'attaque) et après 2 jours de coma.

A l'autopsie les altérations macroscopiques consistent essentiellement en 2 noyaux gommeux, situés de part et d'autre du sillon médian antérieur de la moelle, au niveau de la première paire dorsale à gauche et de la deuxième à droite, points au niveau desquels il y a une symphyse méningo-médullaire. Ces 2 noyaux gommeux envoient deux prolongements de ramollissement central, commissural, dépassant en haut et en bas l'étage des tumeurs proprement dites.

Histologiquement, l'examen de la moelle au niveau de la lésion a fait constater ceci :

Dure-mère et arachnoïde généralement pas altérées. Pie-mère notablement épaissie, formant autour des racines de la moelle une infiltration embryonnaire très marquée, particulièrement autour des vaisseaux. Les vaisseaux périmédullaires témoignent, par l'extension de leurs lésions, du rôle qu'ils ont joué comme centres d'irradiation dans le processus méningo-myélitique.

Les caractères histologiques sont identiques dans les deux gommes. Leur masse centrale est formée par une agglomération considérable de cellules embryonnaires, ne différant de celles des traînées méningées que par leur confluence et leur dissémination désordonnée. La périphérie offre la disposition linéaire et concentrique des traînées embryonnaires et le refoulement, par ces traînées, des faisceaux blancs voisins.

Les lésions de dégénérescence sont peu marquées dans ces faisceaux blancs, ce qui explique la rapidité d'évolution du processus.

La substance grise, dans les points où elle n'est pas totalement remplacée par le tissu néoplasique, est le siège de lésions variables.

Les racines postérieures sont toutes atteintes par le processus leptoméningitique. Les postérieures sont indemnes; au contraire, les racines antérieures correspondant aux tumeurs ou immédiatement sous-jacentes à ces deux foyers, sont nettement dégénérées, mais à courte distance.

Rapports de l'acidité gastrique et de l'acidité urinaire.

M. G. Linossier (Vichy). — Depuis que Bence Jones (*Philosoph. transact.*, 1819) a constaté la tendance de l'urine à devenir alcaline au cours de la digestion gastrique, de nombreux auteurs ont cherché à préciser les relations qui existent entre l'acidité de l'urine et celle du suc gastrique. L'introduction en clinique des nouveaux procédés d'exploration et d'analyse de la sécrétion gastique a multiplé ces recherches et accru leur intérêt. La notion de la composition chimique du suc gastrique devenait un des éléments les plus précieux du diagnostic dans les affections digestives. S'il existait vraiment une relation liant entre elles les réactions des deux sécrétions gastrique et rénale, et s'il était possible de connaître exactement cette relation, quelle simplification en résulterait dans la pratique! Pour connaître l'acidité du suc gastrique, plus d'extraction pénible pour le malade, plus d'analyse longue et compliquée pour le médecin. Un simple dosage de l'acidité urinaire pourrait tout suppléer.

Comme il arrive toujours en pareil cas, les premières recherches, faites un peu hâtivement, parurent confirmer la prévision théorique, c'est-à-dire l'existence d'une sorte de balancement entre les réactions des deux sécrétions ; mais des contradictions ne tardèrent pas à se produire, et, dans la publication la plus récente à ma connaissance, MM. Mathieu et Tréheux, après avoir constaté une élimination urinaire d'acides généralement plus élevée chez les hyperchlorhydriques que chez les hypochlorhydriques, concluent à l'impossibilité de faire servir les courbes de l'acidité urinaire au diagnostic de la variété chimique de la dyspepsie.

Ces conclusions décourageantes sont exactement celles auxquelles je suis arrivé moi-même. Une étude attentive des causes, qui peuvent faire varier l'acidité urinaire pendant la période digestive eût permis de les prévoir, et de préciser plus exactement la signification de ces variations.

La matière première de l'acide chlorhydrique du suc gastrique est incontestablement le chlorure de sodium du sang. La formation de cet acide est donc corrélative de la séparation, dans le sang, d'une certaine quantité de sodium à l'état de bicarbonate.

Si la sécrétion stomacale était la seule sécrétion digestive, la relation entre les réactions du suc gastrique et de l'urine serait des plus simples : plus le suc gastrique serait acide, plus le sang et par conséquent l'urine tendraient à devenir alcalins; une alcalinisation marquée de l'urine au cours de la digestion serait une preuve de l'hyperchlorhydrie stomacale, et l'absence de diminution d'acidité de l'urine, dans la même période, coïnciderait avec une sécrétion gastrique insuffisante.

Mais il n'en est rien : en même temps que se produit la sécrétion gastrique, se préparent les sécrétions duodénales, et notamment la sécrétion biliaire. Cette dernière ne peut avoir lieu que par l'emprunt au sang d'une certaine quantité de sodium destiné à saturer les acides biliaires et les acides gras. Au point de vue de la réaction du sang, l'action du foie est donc compensatrice de celle de l'estomac. Le sang sort plus alcalin, il est vrai, et plus riche en carbonate de soude de la muqueuse gastrique, mais l'excès d'alcali est retenu par le foie, si bien que l'alcalinisation post-prandiale du sang, très sensible dans la veine porte, l'est beaucoup moins dans la circulation générale. Dans une phase plus avancée du travail digestif, le chyme gastrique se mélange, dans le duodénum, avec la bile. L'acide chlorhydrique de l'un décompose les sels biliaires et les savons de l'autre, et le chlorure de sodium se reconstitue. Il n'y a donc, dans l'acte digestif, mise en liberté définitive ni d'acide, ni d'alcali, mais seulement dédoublement momentané du chlorure de sodium, le chlore étant utilisé par l'estomac, le sodium par le foie.

Les sécrétions alcalines du pancréas, des glandes de Brunner et de Lieberkühn utilisent aussi une certaine quantité d'alcali; mais, bien que des évaluations exactes soient, sur ce point, très difficiles, on peut affirmer que la bile en exige pour sa formation une proportion bien plus grande que ces diverses sécrétions.

On conçoit sans peine que, à l'état normal, quand il existe une certaine harmonie entre les fonctions du foie et de l'estomac, l'alcalinisation de l'urine, sous l'influence du travail digestif, soit inconstante et peu nette. Elle le deviendra, quand cette harmonie sera rompue, par exemple dans l'hyperchlorhydrie, si la sécrétion biliaire reste normale; et dans l'insuffisance de la sécrétion biliaire, si la sécrétion gastrique n'est pas modifiée. Mais, si les variations de la sécrétion biliaire sont parallèles à celles de la sécrétion gastrique, il n'y aura aucune modification de la courbe de l'acidité urinaire.

Je n'insiste pas sur l'alcalinisation de l'urine qui suit l'élimination par vomissement ou le lavage de l'acide chlorhydrique sécrété dans l'estomac. Le mécanisme en est facile à comprendre. Ce qu'il me paraît utile de mettre en lumière, c'est que, en l'absence de lavages ou de vomissements, l'alcalinisation anormale des urines au cours de la digestion est autant un symptôme hépatique qu'un symptôme gastrique. Si le type chimique de la sécrétion gastrique a été déterminé directement, elle peut fournir une mesure de la valeur de la sécrétion biliaire.

Une étude ultérieure montrera dans quelle proportion cette mesure peut être faussée par des phénomènes accessoires, comme les fermentations acides du milieu gastrique.

Je signale, en terminant, ce rôle trop méconnu de la sécrétion gastrique d'être le *primum movens* de la sécrétion biliaire en lui fournissant l'alcali nécessaire à la fabrication des sels biliaires.

IV° SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

Traitement des hémorrhagies post-partum.

M. le prof. Tarnier pense qu'au point de vue du traitement des hémorrhagies post-partum, il faut les diviser en deux groupes : 1° celles du corps de l'utérus, les plus graves; 2° celles du col, du vagin et de la vulve.

Dans les hémorrhagies du col, du vagin, de la vulve, l'hémorrhagie est produite par la rupture de petits vaisseaux, des artérioles. Il faut alors procéder à un examen minutieux et sous un bon éclairage pour découvrir la source de l'hémorrhagie et appliquer une pince à forcipressure sur l'artère qui saigne ou pratiquer une suture. Si les instruments nécessaires n'étaient pas sous la main ou si l'on rencontrait quelque difficulté dans leur application on se contentera de faire le tamponnement, et, en ville, dans les cas pressants, on se servira de ce qu'on aura sous la main, mouchoirs, chiffons, etc. Les hémorrhagies du corps, beaucoup plus importantes, tiennent à ce que l'utérus ne se rétracte pas assez. Le traitement est ou prophylactique, ou curatif, ou consécutif.

En effet on peut prévoir l'hémorrhagie chez les femmes prédisposées, telles que les albuminuriques, ou qui ont déjà fait plusieurs accouchements suivis d'hémorrhagies. Aujourd'hui on emploie les injections chaudes, et confiant dans ce mode de traitement on se dispense d'administrer le seigle ergoté comme moyen prophylactique. Pourtant on doit se demander s'il ne serait pas logique d'administrer à ces femmes de l'ergot de seigle une fois que l'accouchement est complètement terminé.

L'hémorrhagie existe, et l'on sait qu'elle peut emporter la malade en quelques minutes. Il faut donc à tout prix arrêter l'hémorrhagie en faisant contracter l'utérus. Les injections d'eau chaude remplissent le plus souvent ce but; mais il est un moyen plus sûr qui consiste à enlever de la cavité utérine tout ce qu'elle contient. Il faut appliquer le traitement dans toute sa rigueur en introduisant la main dans l'utérus pour le vider des caillots et de tous les débris qu'il contient. Dans les petites hémorrhagies, il suffit, le plus souvent, de frictionner le fond de l'utérus.

Dans certains cas, l'utérus ayant une grande tendance à l'inertie, on peut se demander s'il ne serait pas utile de recourir au seigle ergoté; on peut employer les injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine. On pratiquera en même temps des injections d'eau chaude, mais il faut bien savoir que ces injections ne sont efficaces qu'à la condition d'avoir affaire à un utérus complètement vidé. Dans les cas d'hémorrhagie très rebelle, il faut enfin recourir à la compression de l'aorte.

L'hémorrhagie une fois arrêtée, on donnera à la malade des boissons chaudes, de l'alcool. On comprimera les membres de la femme pour refouler le sang vers le cœur. Enfin on pratiquera des injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines.

M. Bossi s'est bien trouvé de l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* administré pendant l'accouchement dans le but de prévenir les hémorrhagies. Pour arrêter l'hémorrhagie dans la rupture du col, il emploie localement une solution de perchlorure de fer à 4 p. 100. Enfin il remplace les injections de sérum parfois difficiles à appliquer, par les grands lavements d'eau chaude salée.

M. Tarnier fait observer que le perchlorure de fer raidit, raccornit les muqueuses et forme avec le sang des caillots très adhérents qui sont très difficiles à expulser. Il pense que la compression seule permet de se passer du perchlorure de fer.

M. Charpentier admet avec M. Tarnier que dans les grandes hémorrhagies du corps il faut avant tout vider l'utérus et ceci d'autant plus complètement que les plus petits débris des membranes suffisent pour entretenir l'hémorrhagie.

M. Maygrier pense aussi qu'il faut évacuer complètement l'utérus. Mais souvent il est absolument impossible d'enlever ces lambeaux adhérents, même sur les pièces qu'on a après sous les yeux.

M. Keiffer conclut des expériences qu'il a faites sur l'action du perchlorure de fer, que cette substance précite l'albumine mais non la fibrine du sérum. Le caillot formé est pulvérulent et n'adhère pas à la muqueuse, mais celle-ci est brûlée par le perchlorure de fer qui est caustique.

M. Charpentier tient encore à ajouter que dans certaines hémorrhagies où tout échoue on peut obtenir quelques résultats par la compression de l'aorte.

Chez les femmes faibles, l'allaitement est parfois l'occasion de petites hémorrhagies utérines assez rebelles pour obliger les médecins à retirer l'enfant à la mère. Ces faits présentent cette particularité qu'après un repos d'une trentaine de jours, la femme peut de nouveau donner le sein à son enfant et les hémorrhagies ne se reproduisent plus.

Traitement de la rétention de l'œuf abortif avec ou sans septicémie.

M. Lop (Marseille). — Depuis le mois de juin j'ai eu l'occasion de traiter 8 femmes en période d'avortement inévitable entre la 8e et la 10e semaine. Chez ces 8 femmes j'ai dû intervenir.

1° Trois d'entre elles étaient atteintes de rétention complète de l'œuf décollé avec hémorrhagie profuse. Devant l'insuccès des injections chaudes et du tamponnement, nous faisons la dilatation digitale suivie de l'application des deux petits ballons de Champetier de Ribes. Suites simples.

2° Les 5 autres femmes, toutes multipares, nous sont amenées entre le 4e et le 6e jour de l'avortement, toutes infectées, avec rétention complète. Chez 3 nous pratiquons le curettage sous chloroforme; chez les 2 autres qui s'opposent au curettage nous pratiquons l'irrigation intra-utérine au moyen d'une solution de bi-iodure à 1/4000.

Après le curettage, il y a un abaissement constant de la température.

Chez les non-curettées, la guérison s'est fait attendre 26 jours chez l'une et 31 chez l'autre.

Donc, dans la septicémie par rétention, il nous paraît plus rationnel de pratiquer d'emblée le curettage.

Physiologie du col utérin.

M. Keiffer soutient en se basant sur ses recherches qu'il existe au niveau du col un véritable sphincter à fibres radiées et circulaires. Un assez grand nombre de fibres radiées se recourbent au niveau de l'insertion du vagin pour se porter du col de l'utérus dans la paroi vaginal. D'autres fibres passent également du corps de l'utérus dans le vagin. Enfin un troisième ordre de fibres se porte du col dans le corps de l'utérus. Cette disposition montre que la dilatation du col se fait grâce à la contraction des fibres radiées de telle sorte que le col se trouve attiré à la fois en haut vers le corps de l'utérus et en bas vers le vagin.

Le tonus du sphincter est entretenu par un centre lombaire. Expérimentalement on peut provoquer la contraction et la dilatation du col de l'utérus par l'excitation de la moelle et de certains nerfs sensitifs périphériques, notamment du nerf crural. Le nerf vague n'est pas un nerf moteur direct de la musculature du col utérin; son action est purement réflexe. L'anémie aiguë provoque la dilatation du col, l'asphyxie et la transfusion amènent sa constriction.

M. Budin fait remarquer que certains faits cliniques montrent bien que les fibres du col descendent dans le vagin. Ainsi dans les menaces d'avortement au cours d'une grossesse de 3 ou 4 mois, il y a, comme l'a montré M. Tarnier, abaissement du col; ses parois sont en même temps fermes et résistantes; la partie supérieure est évasée et l'ensemble prend la forme d'une toupie dont on a arraché le clou.

Symphyséotomie.

M. Bué (Lille). — Dans le mois de novembre 1893, M. le prof. Gaulard a fait 8 symphyséotomies dans son service. Les femmes ont survécu, tout en ayant présenté quelques accidents consistant surtout en cystites, 2 d'entre elles ont présenté une eschare de la région sacrée. En ce qui concerne les enfants, 5 seulement sont encore vivants. D'un autre côté on a fait à la même clinique 6 applications de forceps dans des bassins rétrécis avec

tête au-dessus du détroit supérieur. Un seul enfant, très volumineux, a succombé.

M. Bar a observé aussi un cas d'eschare sacrée consécutive à la symphyséotomie. L'eschare était phagédénique, considérable, et, d'après M. Pierre Marie, qui a vu cette malade, la lésion n'était pas liée à des troubles nerveux particuliers. M. Bar se demande donc si dans les symphyséotomies il n'y a pas des lésions spéciales donnant lieu à la production d'eschares qui mériteraient d'attirer l'attention.

Recherches expérimentales à propos du mesurateur-levier-préhenseur.

M. Budin a pratiqué ses recherches sur des bassins de fonte moulés sur des bassins osseux et munis d'un coccyx mobile.

Dans un bassin de 9 cent. 1/2, une tête de 9 cent. 1/4 saisie avec le mensurateur-levier-préhenseur n'a pas pu passer. Avec un bassin de 9 cent. 1/2 et une tête de 9 cent. 1/2, il faudrait réduire le diamètre de la tête à 8 cent. 1/2 pour la faire passer au moyen de l'instrument de Farabœuf; nous n'avons pas pu obtenir ce résltat. Or, le même enfant de 8 cent. 1/2 arrivait à passer facilement lorsqu'on le laissait appuyer de son seul poids sur le détroit supérieur.

En position du sommet, si on fait une application directe ou oblique de forceps, une légère traction amène la tête. Si l'on a recours à une application antéro-postérieure de forceps, il faut réduire les dimensions du crâne pour le faire passer.

Les résultats ont été constamment les mêmes. A quoi sont-ils dus? En arrière, l'angle sacro-vertébral se loge dans l'ouverture de la cuiller; mais en avant, la courbure de la cuiller ne s'adapte pas à la paroi antérieure du bassin. Nous avons constaté, au moyen de cire à modeler, que l'espace semi-lunaire compris entre la symphyse pubienne de la cuiller est de 7 millim. 5 à 11 millim. 5.

Dans l'opération de la symphyséotomie, le levier-mensurateur-préhenseur ne peut entraîner la tête qu'à partir du moment où l'écartement du pubis permet à la cuiller antérieure de passer à travers; cet écartement doit être considérable. Avec un bassin à diamètre minimum de 7 cent. 2, si l'on produit un écartement de 8 cent., on réussit avec le forceps; on échoue encore avec le levier.

XIVe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril.

Valeur des antipyrétiques médicamenteux.

M. Kast (de Breslau), rapporteur. — La question des antipyrétiques a déjà été soulevée deux fois aux Congrès de 1882 et 1885. Elle revient aujourd'hui à l'ordre du jour pour deux raisons : l'accroissement progressif et constant de nouveaux médicaments; les nouvelles idées relatives à la pathologie des maladies infectieuses aiguës.

La question qui se pose aujourd'hui au sujet des antipyrétiques se réduit à celle de savoir s'il est utile d'abaisser par des antipyrétiques médicamenteux la température dans les maladies infectieuses aiguës. On peut répondre à cette question par l'expérimentation et par l'observation clinique.

On a fait un certain nombre d'expériences chez des animaux infectés artificiellement, qui étaient maintenus après l'inoculation les uns à la température de la chambre, les autres à une température élevée. Les recherches faites dans cette direction par Walter ont montré, du moins pour ce qui est du pneumocoque, que l'animal maintenu à la température ordinaire est mort après 19 heures, tandis que l'animal surchauffé a péri seulement après 3 jours et 19 heures. Les mêmes résultats ont été obtenus par Rovicki.

Récemment Lœvy et Richter ont fait des expériences sur l'infection diphthérique. Avec une dose 100 fois mortelle, le surchauffage a prolongé la vie des animaux; la guérison a eu lieu avec une dose 2 à 3 fois mortelle. Filehne a tenu un nombre égal de lapins infectés par le microcoque de l'érysipèle, à la température ordinaire, dans une étuve et dans une glacière; les premiers ont eu un érysipèle grave, les seconds n'ont été que légèrement malades; les derniers n'ont pas été malades dans la glacière, mais l'ont été très gravement une fois sortis. Il existe encore un travail expérimental de Müller (de Breslau) sur l'influence de la température sur l'énergie de développement des bacilles typhiques, mais le résultat pratique a été nul par suite de trop faibles différences. Enfin on a examiné l'influence des températures élevées sur la virulence des bacilles, mais on n'est pas encore arrivé à un résultat utilisable.

La résistance de l'organisme est-elle modifiée par l'élévation de la température du corps? Les antitoxines spécifiques jouent peut-être ici un rôle. M. Kast a traité par du sérum d'animaux immunisés des animaux infectés, et a trouvé que ceux qui restaient soumis à une température ordinaire mouraient, tandis que les animaux maintenus à 40°-41° survivaient. Le surchauffage augmentait donc le pouvoir immunisant du sérum.

Toutes ces expériences semblent montrer que les températures élevées ne sont pas directement nuisibles. Les antitoxines qui agissent chimiquement n'ont pas encore été étudiées sous ce rapport, mais on sait que la phagocytose est favorablement influencée par l'élévation de température.

En ce qui concerne la nutrition, les échanges azotés sont certainement accrus, mais leurs valeurs sont plus faibles qu'on le croyait. Les recherches de Klemperer ont encore montré que l'abaissement de la température corporelle dans les maladies infectieuses n'a aucune influence sur la diminution de l'alcalinité du sang.

Les dégénérescences organiques, surtout celles du cœur, produites par de hautes températures, ont été indiquées par Litten et confirmées par Ziegler. Seulement elles se produisent non au bout de 48 heures, mais de 8 à 10 jours.

Au point de vue clinique, on a rarement à sa disposition de nombreuses observations, car les malades ne sont pas traités exclusivement par les antipyrétiques. On en possède pourtant quelques séries. En 1882, Riess a traité 272 fièvres typhoïdes exclusivement par l'acide salicylique, avec une mortalité de 20,7 p. 100, ce qui n'est pas très brillant; et Jaksch a constaté que la durée du traitement s'allongeait par l'emploi exclusif des antipyrétiques.

Il résulte d'une série d'observations fournies par des cliniciens italiens et qui indiquent une mortalité de 8,6 p. 100 chez les typhiques traités par les bains et de 13,03 p. 100 avec les antipyrétiques.

En résumé, M. Kast trouve que dans la fièvre des maladies infectieuses aiguës le danger n'est pas dans l'élévation de la température que celles-ci provoquent.

Les antipyrétiques sont ainsi rarement indiqués. On doit, en tout cas, donner la préférence au traitement par les bains. On peut corroborer le traitement balnéaire par la quinine, qui n'a pas le danger des nouveaux antipyrétiques. Ces derniers peuvent être employés à doses modérées à titre de nervins.

M. Binz (de Bonn), co-rapporteur, passe successivement en revue la valeur et le mode d'action de diverses substances antithermiques le plus fréquemment employées.

Pour ce qui est de la quinine, les recherches personnelles de M. Binz lui ont montré que cette substance agissait à la façon d'un poison envers les protoplasmas inférieurs, principalement envers ceux qui se rencontrent dans les milieux où s'effectue la décomposition des substances végétales, et que son action antipyrétique, indépendante de son influence sur le système nerveux et circulatoire, était due à l'atténuation directe de l'activité des cellules désassimilatrices. Cette atténuation est démontrée par la série des modifications qui surviennent sous l'influence de la quinine et qui sont : la diminution de la vitalité et du nombre des leucocytes, la diminution de la quantité de l'azote et du soufre de l'urine, l'abaissement de la température interne lorsque les animaux sont soumis à l'action calorifique d'un bain de vapeur, l'abaissement de la production de vapeur chez les animaux à sang chaud, soit sains, soit fébricitants.

L'acide salicylique possède comme la quinine des propriétés antiputrides et antifermentescibles. Il semble exercer comme la quinine (qui agit d'une façon spécifique sur le parasite de l'impaludisme) une action spéciale, si ce n'est spécifique, sur le microorganisme encore inconnu du rhumatisme articulaire aigu.

Mais ce qui distingue l'acide salicylique, c'est que, contrairement à la quinine, il élève la température interne, augmente la quantité de l'azote de l'urine et provoque une multiplication des leucocytes dans le sang.

Les propriétés antiputrides et antifermentescibles de l'antipyrine sont très peu accusées. Par contre, il résulte des recherches de Zuntz que dans la fièvre provoquée par la lésion du corps strié l'antipyrine agit d'une façon très énergique, tandis que la quinine et l'acide salicylique restent dans ces cas sans action. On peut donc admettre, d'après ces faits, que l'action de l'antipyrine s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux. C'est donc un antipyrétique symptomatique dont l'action consiste dans l'atténuation d'une irritation du système nerveux central occasionnée par la cause provocatrice de la fièvre.

L'antifibrine et la phénacétine se comportent de la même façon que l'antipyrine. La thalline, qui appartient au même groupe, semble exercer, en outre, une action directe sur les germes pathogènes dont elle paralyse l'activité.

L'alcool éthylique, qu'on considérait généralement comme une substance ayant la propriété d'élever la température du corps, jouit en réalité des propriétés tout opposées. On sait aujourd'hui que dans les fièvres septicémiques et putrides, de même que dans la fièvre puerpérale, d'après les recherches de Breisky, Ahlfeld et Runge, l'alcool diminue la fièvre.

Les recherches personnelles faites par M. Binz lui ont montré que cette action ne s'exerçait que par l'intermédiaire du système nerveux. On doit plutôt admettre une action sur l'appareil circulatoire et une action directe sur la vitalité des microorganismes pathogènes. Il ne faut pas oublier non plus que l'alcool stimule la diurèse et favorise l'élimination des toxines.

M. Unverricht (de Magdebourg) tient à montrer qu'il est impossible de rattacher à l'hyperthermie l'ensemble des symptômes fébriles, comme on l'a fait d'après les recherches de Liebermeister. Si tel était le cas, les phénomènes dits fébriles devraient disparaître sous l'influence des antithermique; or l'expérience clinique montre journellement qu'il n'en est rien. D'un autre côté, il n'existe aucun rapport constant entre l'hyperthermie et les phénomènes dits fébriles, à savoir l'état du pouls, la composition du sang, la dyspnée, l'état du système nerveux central, etc. Il est des maladies fébriles sans hyperthermie où tous ces phénomènes sont portés au plus haut degré, et inversement on trouve des états hyperthermiques, où ces phénomènes sont très atténués.

Il s'agit donc vraisemblablement, dans les fièvres, d'un ensemble de symptômes essentiellement variables plus ou moins indépendants, qui surviennent et évoluent chacun pour son propre compte; quant au mécanisme de l'hyperthermie même, il est probablement aussi variable que la nature de l'infection. On ne saurait, en tout cas, localiser aujourd'hui son siège dans un point spécial du système nerveux; on est même loin de pouvoir s'entendre sur l'ensemble des symptômes qu'on est en droit de désigner sous le nom de fièvre.

En ce qui concerne la question des avantages ou des désavantages de l'hyperthermie au point de vue du processus curateur, on n'est pas en mesure de la juger actuellement. Dans les maladies infectieuses, il n'est guère possible d'étudier les effets propres à l'hyperthermie, puisque celle-ci peut exister ou faire défaut sans que l'évolution de la maladie puisse être prévue d'après cette alternative et que nous ne pouvons observer l'ensemble des troubles infectieux sans en isoler ce symptôme.

Il ne faut pourtant pas oublier qu'une température de 42° affaiblit notablement certains germes infectieux, tels que le charbon, par exemple, et que d'autres bactéries encore, comme le gonocoque, le bacille de la tuberculose, etc., perdent de leur virulence et de leur vitalité sous l'influence de températures variant entre 38° et 41°, suivant les espèces pathogènes; c'est là un des faits dont on a tiré parti pour les immunisations. Il faudrait pouvoir tenir compte aussi du nombre variable de générations que produisent les différents germes suivant la température à laquelle ils se trouvent, et il reste encore bien d'autres problèmes de cet ordre à élucider avant de pouvoir apprécier si l'hyperthermie est propice ou nuisible au processus curateur et dans quelles mesures s'exerce l'une ou l'autre de ces influences.

M. Poehl (de Saint-Pétersbourg) croit que l'action physiologique des antipyrétiques s'explique par leur propriété de fournir des produits de substitution ou d'addition. Il admet notamment que, de même que dans l'organisme l'acide benzoïque s'unit au glycocolle pour former l'acide hippo-urique, un grand nombre d'antipyrétiques se combinent à l'acide amido-acétique, produit de désassimilation des tissus, et en facilitent l'élimination. Les amides tels que la cystine, la leucine, la tyrosine, etc., qui encombrent les tissus et jouent un rôle important dans l'auto-intoxication, sont éliminés sous l'effet thérapeutique des antipyrétiques en raison de la production des produits de substitution ou d'addition. En effet, les analyses d'urine après l'administration des antipyrétiques permettent de constater au début une augmentation de la quantité d'azote des produits intermédiaires de la désassimilation.

Au point de vue pratique, M. Pœhl conseille d'associer toujours aux antipyrétiques de petites doses d'un sulfate neutre, pour faciliter de cette façon la formation dans l'organisme d'éthers sulfuriques composés qui irritent moins le rein que les produits premiers de la série aromatique.

M. Herz (de Vienne) a constaté que si l'on ajoute des bactéries à une solution sucrée contenant une levure, celle-ci présente une croissance exagérée et qu'en même temps le liquide atteint une température supérieure à celle que produit la croissance de la levûre en l'absence des bactéries. Si l'on ajoute alors du menthol, on constate que la température du liquide s'abaisse.

M. von Jaksch (de Prague) fait observer que l'alcool a l'inconvénient d'agir d'une façon irritante sur les reins. On ne doit l'employer qu'en surveillant strictement l'urine. Quant à la quinine, c'est la substance qui réussit le mieux dans la fièvre typhoïde; les autres antithermiques exercent simplement une action calmante sur le système nerveux.

M. Schill (de Wiesbaden) emploie fréquemment l'alcool à titre d'antithermique chez les enfants.

M. Dettweiler a constaté les effets symptomatiques excellents de l'antipyrine, de l'antifébrine, de la phénacétine à petite dose chez les tuberculeux, chez lesquels ces substances produisent une sorte d'euphorie en améliorant l'appétit et les fonctions digestives.

VII° SESSION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

Ulcération tuberculeuse de la main.

M. du Castel a présenté à l'une des précédentes séances un malade qui portait au doigt une ulcération sur la nature de laquelle il avait consulté la Société, et M. Fournier avait demandé si le malade ne maniait pas des préparations arsenicales. Une enquête a montré que cet homme est employé à travailler des cuirs dans la préparation desquels il entre de l'arsenic. Mais, d'autre part, il est au repos depuis un mois, et loin de s'améliorer ses lésions ulcéreuses se sont étendues et prennent de plus en plus les caractères de lésions tuberculeuses. L'examen bactériologique n'a pas permis d'y déceler des bacilles, mais on y trouve, au microscope, des cellules géantes manifestes, et, en outre, le malade affirme qu'il n'a jamais vu d'affection semblable chez aucun de ses camarades. Toutes ces considérations autorisent à rattacher cette ulcération à la tuberculose.

Dermatite eczématiforme en placards et tuberculisation.

M. Gastou a présenté un jeune malade âgé de 3 ans qui, depuis un an et demi, a une éruption de placards eczématiformes généralement circonscrits, nummulaires et irréguliers, disséminés sur le tégument sans symétrie.

L'apparence de l'éruption est celle d'un eczéma sec autour des lèvres, d'un eczéma lichénoïde ou de placards de névrodermite sur les autres parties du corps.

Les caractères essentiels des placards qui constituent l'affection sont : 1° leur longue durée; 2° la fixité de leur siège et leur peu de tendance à l'extension et à la généralisation; 3° leur

absence de symétrie; 4° leur aspect d'eczématisation et de lichénification; 5° l'existence d'un prurit localisé seulement au niveau des placards et l'apparition simultanée de l'éruption et du prurit; 6° l'inefficacité des traitements habituels; 7° enfin, comme caractère dominant tout l'ensemble, l'existence chez le malade d'antécédents scrofulo-tuberculeux, se traduisant chez le père par un lupus tuberculeux de la face et dans la famille par la scrofulo-tuberculose remontant à 3 générations.

En rapprochant ce cas d'une série de cas analogues dans lesquels on retrouve les 7 caractères mentionnés ci-dessus, M. Gastou croit possible l'existence d'une véritable dermite eczématiforme, expression bénigne d'une tuberculose atténuée par le passage à travers des générations successives.

La série héréditaire constituant une véritable maladie familiale ayant comme début une tuberculose généralisée, comme suite, dans la série des générations successives, des tuberculoses de plus en plus atténuées, généralement locales : tel le lupus, et comme fin de véritables affections para-tuberculeuses dont l'expression la plus bénigne serait la dermite eczématiforme des tuberculisables, non tuberculeux, mais graine de tuberculeux selon la juste expression de M. Landouzy.

M. Augagneur trouve que cette observation se rapproche beaucoup du prurigo d'Hebra, qui avait indiqué déjà la terminaison fréquente de cette affection par la tuberculose pulmonaire survenant vers 16 à 18 ans. Quant au rapport entre l'affection cutanée de l'enfant et la tuberculose des parents, M. Augagneur pense que le malade a hérité du terrain que lui ont transmis des ascendants tuberculeux et sur lequel se développe le prurigo en attendant que ce soit peut-être le tour de la tuberculose dans l'avenir.

M. Hallopeau fait observer que le malade présente des lésions polymorphes parmi lesquelles on trouve du lichen scrofulosorum qu'il considère comme manifestement tuberculeuses.

M. Feulard croirait volontiers ici à des lésions prurigineuses semblables à celles qu'on constate chez les enfants mal nourris. Quant aux rapports entre cette affection et la tuberculose, ils existent indirectement de la façon suivante : les troubles digestifs qui provoquent l'éruption prurigineuse amènent la cachexie favorable au développement de la tuberculose.

Formes frustes ou abortives de la lèpre.

M. Ehlers ne partage pas l'opinion des auteurs qui soutiennent que la lèpre guérit et que les malades passent avec le temps à la forme anesthésique pure, c'est-à-dire ils ne sont plus atteints de la lèpre, mais souffrent seulement de ses suites. Pour lui, la lèpre anesthésique est une affection absolument analogue à l'ataxie locomotrice et il pense que l'avenir démontrera que toutes ces deux affections sont d'origine périphérique, débutant par des nerfs périphériques, amenant successivement des paresthésies, des douleurs, des anesthésies, des atrophies musculaires et des paralysies, enfin tous les symptômes de destruction des nerfs avec dégénérescences consécutives dans la moelle épinière. On ne peut pas parler de guérison parce que le malade est arrivé à la période anesthésique pure. D'autre part, c'est bien dans le groupe de la lèpre nerveuse qu'on trouve ces cas qu'on serait tenté de considérer comme des cas de guérison. Les observations dans ces cas sont difficiles à recueillir, les malades ne se croyant pas atteints de lèpre, mais tout au plus d'une maladie nerveuse. Pour les découvrir, il faut les rechercher dans les foyers de lépreux en faisant déshabiller tous les habitants de chaque maison contaminée.

De cette façon, il a pu constater qu'à côté des malades manifestement lépreux, il y a des personnes qui ne présentent que des symptômes isolés de la lèpre. Par ces recherches, il a acquis la conviction que la lèpre conjugale n'est guère plus rare que la syphilis conjugale.

En effet, sur les 122 observations de lèpres islandaises publiées par son élève Eichmüller (thèse de Paris, 1896), il ne compte pas moins de 7 cas de lèpres dues à la cohabitation. Il lui a semblé que la lèpre conjugale avait une tendance à revêtir la forme anesthésique et une forme généralement bénigne. Des 7 personnes citées, 5 étaient atteintes de la forme nerveuse.

Pour conclure, M. Ehlers dit que la lèpre se comporte comme les autres infections chroniques, elle a des formes graves et des formes bénignes.

Il est tout naturel que les formes graves aient toujours attiré l'attention des malades et des médecins. Mais les formes bénignes doivent exister et existent sûrement. Il faut les chercher dans les pays lépreux et les étudier d'une façon plus complète que l'auteur n'a pu le faire dans les deux voyages en Islande.

M. Vérité fait remarquer que la lèpre anesthésique, la lèpre maculeuse et la lèpre tuberculeuse ne sont pas 3 stades d'une même maladie et qu'il ne faut pas confondre l'anesthésie lépreuse avec l'anesthésie hystérique qui peut se rencontrer dans les milieux où sévit la lèpre.

Le malade qui a de l'anesthésie ne peut être considéré, par cela même, comme guéri, car on a vu des cas où, après les plaques d'anesthésie, est survenue la lèpre tuberculeuse. La lèpre anesthésique n'est pas une forme atténuée; ce n'est qu'une période de la maladie.

Affections oculaires herpétiques.

M. Galezowski. — Tous les cliniciens reconnaissent que l'herpès zoster, ou zona ophthalmique, lorsqu'il se développe sur la figure ou le front, attaque les paupières, la cornée, la conjonctive, et y provoque des phlyctènes et des pustules herpétiques. D'autres affections de l'œil sont au contraire très fréquentes, selon moi, seulement elles sont confondues dans les traités des maladies des yeux avec d'autres maladies; on les décrit sous des formes locales et banales, telles que kératites phlycténulaires, kératites ulcéreuses, abcès de la cornée. On soigne alors le mal sans s'occuper de la cause, on ne soupçonne pas que cette altération est aussi de nature herpétique. Il y a encore une autre variété d'affection herpétique de la cornée ou de la conjonctive qui survient à tout âge, occasionne des ulcères ou des abcès sous la cornée, surtout chez les goutteux et les arthritiques. Les phlyctènes chez les enfants constituent les différentes variétés de l'herpès oculaire. Il y a donc, selon moi, 3 différentes catégories de l'herpès, attaquant l'organe de la vue :

1° L'herpès zona occasionné par une affection du centre nerveux de la 5e paire;

2° Kératite herpétique développée sous l'influence de l'altération des filets nerveux périphériques de la 5e paire, par action réflexe, dents cariées, névrite sous-orbitaire, etc.;

3° Enfin les kérato-conjonctivites pustuleuses aussi herpétiques, développées le plus souvent chez les enfants, et que je désigne sous le nom d'herpès fébrile de la cornée.

Cette dernière variété qui se trouve surtout chez les enfants et qui est rapportée à la scrofule, n'est autre chose que l'herpès développé sous l'influence d'une fièvre larvée, et est donc la conséquence des affections microbiennes, rougeoles, scarlatine, dans lesquelles les microbes sont entrés dans l'organisme, et qui toutes ont amené l'altération des nerfs périphériques de la 5e paire.

Ces nerfs sont entremêlés dans leur trajet soit dans les ganglions, soit dans d'autres parties de leur évolution, avec le grand sympathique et provoquent dans la cornée et la conjonctive l'altération des voies sympathiques.

Il faut donc agir toujours sur la 5e paire, chercher si les dents cariées ou autres n'ont pas provoqué des ulcères cornéens, combattre la fièvre par les traitements appropriés.

M. Augagneur n'accepte pas les conclusions de M. Galezowski, car, maintes fois, il a eu l'occasion de le constater dans les services hospitaliers, la kératite phlycténulaire est presque toujours due à la rhinite chronique liée elle-même à l'impétigo. Ceci explique pourquoi elle est si fréquente chez les scrofuleux et les enfants du peuple. Lorsqu'elle ne relève pas de cette cause, c'est à la rougeole qu'on peut l'incriminer.

Deuxième note sur un érythème bulleux suraigu des mains.

MM. Hallopeau et **André Jousset.** — Il ressort de notre observation faite sur ce sujet les 2 faits suivants : les manifestations bulleuses de la maladie appelée érythème multiforme peuvent être suivies d'une dermite végétante; il en résulte qu'il s'agit dans cette dermatose non d'une simple hypé-

rémie, mais d'une inflammation; il y aura donc lieu de substituer la dénomination de dermatite à celle d'érythème.

Cas de folliculites tuberculeuses.

M. Hallopeau. — La tuberculose des appareils pilo-sébacés peut, suivant l'acuité du processus et le mode de réaction, revêtir chez les jeunes sujets les caractères du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique ou de la folliculite suppurative; les folliculites suppuratives peuvent se développer autour de néoplasies tuberculeuses provenant de parties situées profondément telles que des ganglions lymphatiques ou le tissu conjonctif sous-cutané; elles peuvent devenir le point de départ de nodosités tuberculeuses isolées ou confluentes soit en placards, soit en bourrelets; elles servent ainsi d'intermédiaires à la propagation à la surface cutanée de tuberculoses d'origine profonde et aussi à l'extension en profondeur de tuberculoses superficielles.

Syphilis acquise dans la première enfance; infantilisme consécutif.

MM. Eudlitz et **Barasch** montrent un malade atteint d'infantilisme consécutif à une syphilis acquise à l'âge de 2 mois. Contaminé par sa mère qui avait été infectée par un nourrisson, ce malade, qui a aujourd'hui 24 ans, est resté atrophié. Il ne mesure que 1m40 et présente le thorax peu développé. Les organes génitaux sont complètement atrophiés; la verge est celle d'un jeune enfant; les testicules ont le volume d'un petit haricot; il n'a absolument aucun poil ni à la face, ni aux aisselles, ni à la région pubienne.

M. E. Besnier demande à M. Eudlitz s'il a pu relever quelques prédispositions aux affections nerveuses chez les ascendants de ce malade.

M. Augagneur fait observer que l'on n'a pas cité un seul cas d'infantilisme par syphilis acquise, tandis que le fait s'observe fréquemment dans la syphilis héréditaire. C'est sans doute le résultat d'une véritable intoxication des centres nerveux par la syphilis.

Trois cents cas de gale traités par le baume du Pérou.

MM. Jullien et **Descouleurs.** — Cette note est basée sur 18 années d'expérience, tant en ville, qu'à l'hôpital par l'un de nous, et l'étude attentive des cas observés depuis 5 années à Saint-Lazare; 150 sont consignés sur nos registres; un nombre à peu près égal ne l'a pas été, mais les résultats sont bien connus, si bien, qu'en évaluant leur nombre à 300, nous sommes certainement au-dessous de la vérité. Tous ces cas ont été systématiquement traités par le baume du Pérou, conformément à la méthode recommandée par Petters (de Prague), Burchardt, Nothnagel et Rossbach et Tanturri (de Naples), et nous désirons faire connaître les avantages de ce médicament.

Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que, placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester 16 heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore, pour la plupart au bout d'une heure. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume, put constater qu'après 10 minutes 2 étaient morts; 3 autres mouraient au bout de 20 minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avait vus mourir entre 20 et 30 minutes, et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la cinnaméine, l'huile volatile qui, d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un cinnamate benzilique, tue le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à 7 jours dans l'eau à 30° (Hébra), et que Descouleurs l'a vu survivre plus de 3 h. 1/2 à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent, par sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons, sans qu'il soit nécessaire de les déchirer; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté, Jullien fait enduire ses malades le soir, et le bain est donné le lendemain; les malades restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable d'effluves rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation.

Employé systématiquement depuis 5 ans dans le service dont nous parlons, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impétigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période menstruelle et tous sujets auxquels les bains, pour une raison quelconque, sont interdits; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat, chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'un prix très modéré, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement apprécié des malades de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication contre le baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale.

M. H. Hallopeau. — Ce malade présente une érythrodermie généralisée avec desquamation furfuracée, prurit incessant et violent, adénopathies volumineuses, épaississement de la peau, production d'une couche cornée épaisse sur les paumes des mains et les plantes des pieds; on remarque, en outre, un grand nombre de nodosités; une d'elles rappelle par son aspect des lésions que, dans 3 autres cas de la même maladie, il a considérées comme pouvant être l'accident primitif; le mycosis aurait ainsi son accident initial comme la syphilis, la tuberculose inoculée, la lèpre et le charbon.

Sur un mycosis fongoïde avec poussées bulleuses.

MM. H. Hallopeau et **G. Bureau.** — L'inoculation intrapéritonéale du pus mycosique peut donner lieu, chez le cobaye, à une vaginalite aiguë qui se termine par résolution après avoir simulé celle du farcin; on peut observer, concurremment et d'une manière persistante dans le cours d'un mycosis, des altérations superficielles remarquablement bénignes à côté des plus graves lésions ulcéreuses et végétantes; l'éruption mycosique peut être bulleuse : les bulles peuvent se produire isolément ou au centre d'une papule, ou représenter un soulèvement pemphigoïde autour de surfaces ulcérées dont elles constituent alors la zone de propagation.

XVIIe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE BALNÉOLOGIE,

Tenue à Berlin du 6 au 9 mars 1896.

Influence de l'acide carbonique sur le système sexuel.

M. Schuster. — L'irritation périphérique de la peau qu'exerce l'acide carbonique de l'eau des bains se manifeste subjectivement par une sensation de chaleur et de picotement, par une rougeur de la peau — phénomènes particulièrement accusés au niveau des organes génitaux. L'excitation périphé-

rique remonte par voie centripète et provoque des modifications dans les systèmes nerveux et vasculaire. Comme les centres sexuels sont situés peu profondément, l'excitation se propage facilement aussi bien vers le centre médullaire (érection et éjaculation), que vers le centre du cervelet (imagination).

La médication par CO^2 trouve donc son indication chaque fois que l'on désire une excitation dans les cas où l'affaiblissement de l'érection et des présentations sexuelles sont d'origine nerveuse, par conséquent dans les cas où l'affaiblissement du sens génital ne dépend pas d'une affection organique comme le tabes, la néphrite, le diabète. Cette médication est directement contre-indiquée dans la spermatorrhée et dans les formes graves d'impuissance paralytique, elle peut par contre rendre des services dans l'impuissance sénile précoce.

La médication par CO^2, sous forme de bains, de douches, etc., est également indiquée dans l'anaphrodisie des femmes. Elle rend de réels services dans la névralgie utéro-ovarienne, dans la dysménorrhée et l'aménorrhée. Dans la métrite chronique cette médication agit à titre de médication substitutive.

Bains de boue dans la phthisie.

M. Kolbe a observé 2 tuberculeux pulmonaires chez lesquels, sous l'influence des bains de boue, la tuberculose prit une marche rapide et amena la mort en peu de temps. Ces faits sont d'autant plus caractéristiques que, dans un cas, la malade qui avait retiré un bénéfice considérable du traitement ordinaire, prit les bains de sa propre autorité, malgré la défense du médecin.

Bien que dans aucun de ces cas, on n'ait prouvé directement le rôle néfaste des bains, M. Kolbe n'hésite pourtant pas à les incriminer comme cause directe de la tuberculose miliaire aiguë à laquelle ont succombé les 2 malades. Pour lui, les bains de boue ont pu amener la résorption des capsules fibreuses péri-tuberculeuses et la mise en liberté des bacilles emprisonnés dans les foyers.

Tuberculose et traumatisme.

M. Mendelssohn rapporte l'observation d'un homme vigoureux, cocher de profession, venu à la consultation pour une toux chronique. Dix ans auparavant, ce malade a eu, à la suite d'un traumatisme du thorax, une pleurésie dont il guérit assez rapidement, mais qui lui laissa une toux dont il n'est pas arrivé à se débarrasser. L'examen bactériologique des crachats de ce malade a montré récemment la présence des bacilles tuberculeux. Cet homme est donc en train de se tuberculiser, et sa tuberculose a son origine dans le traumatisme qu'il avait subi 10 ans auparavant.

C'est le 10e cas de ce genre que M. Mendelssohn a l'occasion d'observer. Les 9 autres ont été vus à la clinique du professeur Leyden, et dans tous ces cas, le point de départ de la tuberculose a été un traumatisme local, et c'est dans le foyer traumatique même qu'a débuté la tuberculose. Ces faits montrent donc que la pénétration des bacilles tuberculeux dans les poumons est impuissante de réaliser à elle seule la tuberculose. Par contre, aussitôt que la vitalité et la résistance des tissus ont diminué, les bacilles

M. Winternitz fait observer que, parmi les cas publiés récemment par M. Jaccoud et destinés à mettre en doute la contagion de la tuberculose, il y a un cas où le rôle du traumatisme est des plus manifestes.

M. Sichelt a eu à soigner un homme pour une entorse de l'articulation tibio-tarsienne qui disparut au bout de 3 jours. Huit jours après, l'articulation contusionnée devint tuméfiée, douloureuse, et quelques semaines plus tard, il n'y avait plus de doute qu'il s'agissait d'une arthrite tuberculeuse. Le malade a été opéré, et l'examen bactériologique du pus montra la présence de bacilles tuberculeux.

M. Müller soigne un homme qui, à la suite d'une chute, se contusionna le côté gauche du thorax. L'accident est arrivé il y a 5 ans et le malade a été soigné par plusieurs médecins qui n'ont jamais pu s'entendre au sujet du diagnostic. On a aussi pensé à une tuberculose traumatique. Le malade a, en effet, un aspect tuberculeux, il est dyspnéique, tousse et crache; ses crachats contiennent quelquefois du sang. Toutefois, bien que les crachats aient été examinés une trentaine de fois, on n'y a jamais trouvé de bacilles tuberculeux.

M. Liebreich pense que, dans des cas analogues, où la phthisie pulmonaire se développe après un traumatisme, ce ne sont pas toujours les bacilles tuberculeux qui envahissent les poumons. D'autres microorganismes peuvent jouer le même rôle et c'est ainsi peut-être que s'explique le cas de M. Müller.

M. Schiff fait observer que les cas de phthisie traumatique ne portent aucune atteinte à la contagiosité de la tuberculose. On sait depuis longtemps que les bacilles se fixent au *locus minoris resistentiae*, et, d'après Koch, le bacille, pour réaliser une lésion, doit agir pendant un certain temps.

M. Liebreich, tout en admettant l'infection tuberculeuse, ne croit pas que, chez l'homme, la phthisie pulmonaire soit produite par le bacille tuberculeux. Ce dernier n'apparaît que lorsque la phthisie est déjà réalisée. Le bacille tuberculeux est infectieux chez le cobaye chez lequel il envahit tout l'organisme; par contre, chez l'homme, le bacille tuberculeux reste localisé en constituant une menace pour l'organisme qui viendrait à fléchir.

Les bains dans des états consécutifs aux traumatismes.

M. Müller a obtenu des résultats très remarquables par les bains tièdes, les bains de vapeur, les bains de boue, les bains salés, etc., dans toutes les affections traumatiques qui laissent après eux des exsudats dans les gaînes tendineuses, les cavités articulaires, sur les muqueuses, etc. Le même traitement réussit encore fort bien dans les raideurs articulaires qui résultent de l'application des appareils inamovibles. Dans ces cas, le traitement n'est pas limité aux bains, mais on emploie en même temps, après la balnéation, le massage et l'électricité.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 Avril 1896.

Injections sous-cutanées de sérum artificiel.

MM. Duret et **Fourneaux** (de Lille) ont employé les injections d'eau salée à 7,30 p. 1000 dans le tissu sous-cutané, à doses massives de 600 à 800 grammes, dans 4 cas de septicémie post-opératoire, 4 de septicémie puerpérale, 1 de septicémie traumatique et 1 de collapsus hémorrhagique. Les 10 malades ont guéri et les effets sont aussi rapides que par les injections intra-veineuses.

M. Rousseau Saint-Philippe (Bordeaux) décrit devant l'Académie le procédé qu'il a déjà préconisé et qui, pour gaver les enfants débilités, consiste, au lieu de leur introduire une sonde nasale, à leur verser simplement du lait dans les fosses nasales avec une petite cuiller.

M. Nicaise lit un rapport sur un cas de mastite traumatique chez l'homme par M. Huguet (voir *Gazette*, 1895, p. 5 et 16).

M. Guépin lit une note sur l'emploi de la sonde à demeure chez les prostatiques.

Comité secret.

L'Académie a décidé que le prix Saint-Paul (25 000 francs), serait partagé entre MM. Roux et Behring, mais il reste bien entendu que les concurrents au prix Saint-Paul pour l'année 1896 qui ont déjà envoyé des mémoires seront récompensés comme de coutume sur les arrérages du prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Avril 1896.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques.

M. A. Chauffard a présenté à la Société une malade atteinte d'une forme anormale d'hémophilie. Cette femme, âgée de 50 ans, n'a jamais subi d'autres accidents pathologiques que ceux d'origine hémorrhagique.

Ses antécédents personnels sont nuls, et on ne peut relever dans sa famille aucune tare hémophilique ou nerveuse appréciable. A l'âge de 20 ans, spontanément, s'est produite la première hémorrhagie, hémorrhagie en nappe du cuir chevelu, qui s'arrêta au bout d'une heure environ. Depuis lors, elle a eu des hémorrhagies nombreuses, localisées en une série de points toujours à peu près les mêmes.

Toutes ces hémorrhagies cutanées ou muqueuses ont été spontanées, fortuites, et aucun molimen congestif, aucune modification de l'état psychique, ne les précède ni les accompagne. Diverses hémorrhagies traumatiques ont eu également lieu à l'occasion de l'ablation d'une dent, d'une piqûre, d'un frottement un peu rude. La malade a dû renoncer à se brosser les dents, et se contente de se frotter les gencives avec un linge fin.

L'examen objectif de la malade montra une femme petite, scoliotique. L'examen des différents organes ne révèle d'autre lésion qu'un certain degré d'artério-sclérose; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments anormaux. Les téguments sont couverts de stries rouges, disséminées sur les joues, le front, le pavillon des oreilles et qui sous la loupe semblent formées par de petits vaisseaux dilatés, arborescents ou plexiformes, pouvant former comme de petits nævi en miniature.

Chacune de ces télangiectasies capillaires semble très superficielle; le sang qu'elles contiennent est rutilant, fait à rapprocher de l'aspect artériel que présentent toujours les hémorrhagies spontanées de la malade. Ces varicosités occupent différentes parties du revêtement cutané et muqueux : face, fosses nasales, voûte palatine.

L'examen du sang, obtenu par piqûre du doigt a donné des résultats analogues à ceux qui ont été notés dans l'examen hématologique chez les hémophiles.

Comment comprendre et dénommer cette curieuse affection hémorrhagipare? D'après M. Chauffard il ne peut s'agir là que d'un cas d'hémophilie.

Mais l'histoire pathologique de la malade présente, en outre, des particularités qui méritent d'être relevées.

Cas sporadique tout d'abord, solitaire alors que dans la règle, l'hémophilie est une maladie familiale au premier chef. Les familles hémophiliques sont exceptionnellement fécondes. Ici pas de polynatalité, la malade est stérile. Enfin, au point de vue étiologique, le fait seul que notre malade est une femme constitue, sinon une exception, au moins une rareté, puisque la proportion des deux sexes, dans l'hémophilie, est de 7 hommes pour une femme.

Comme particularités cliniques, on doit noter l'absence des arthropathies. En revanche, les hémorrhagies spontanées par la peau et les muqueuses prennent ici une telle importance qu'elles constituent presque toute la maladie.

M. Chauffard ne pense pas qu'il s'agisse dans ce cas de phénomènes hémorrhagiques comme on en observe chez les hystériques. Tout d'abord, la malade n'est pas une hystérique et ne présente aucun stigmate de cette affection. En second lieu, les hémorrhagies cutanées hystériques procèdent par véritables attaques, parfois périodiques, précédées ou accompagnées le plus souvent de véritables prodromes psychiques ou convulsifs, et de troubles matériels locaux. Ici rien de pareil et la production de l'hémorrhagie est fortuite, inattendue, non périodique. Enfin chez l'hystérique, les stigmates sanglants ne se produisent guère que dans des conditions très spéciales de l'état mental, chez des mystiques à idée fixe, et l'auto-suggestion en fait des stigmates systématisés et parfois figurés. Or chez cette malade rien de tout cela. Les petites télangiectasies cutanées et muqueuses que présente la malade doivent donc être rattachées à l'hémophilie, et leur présence permet de constater de visu l'existence de lésions vasculaires, subordonnées à un trouble trophique préalable, de nature encore inconnue et devenant, à leur tour, causes d'effets seconds, les hémorrhagies.

On a le droit de supposer que l'hémophilie ne dépend pas d'un processus anatomo-physiologique univoque; que plusieurs facteurs concourent à sa pathogénie, parmi lesquels les plus vraisemblables sont l'altération du plasma sanguin et de sa coagubilité, des lésions dégénératives ou télangiectasiques des petits vaisseaux, des troubles de l'innervation vaso-motrice. Le tout relevant d'une modification profonde et souvent héréditaire de la nutrition, modification dont le sens et la formule nous restent ignorés.

M. Chauffard conclut donc qu'il a observé chez sa malade de véritables *stigmates hémophiliques*, comparables, jusqu'à un certain point, aux stigmates sanglants des hystériques et qui, au point de vue anatomique, méritent le nom de *stigmates télangiectasiques*.

Cancer primitif du foie avec fièvre.

M. Achard. — A propos du cas d'ictère grave hyperthermique avec infection streptococcique, présenté par M. Hanot dans la séance précédente, voici 2 observations de cancer primitif du foie, dans lesquelles il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave. Dans les 2 cas, le suc hépatique recueilli aseptiquement par ponction, peu de jours avant la mort, donna des cultures de staphylocoques blancs.

Ces deux faits sont de nouveaux exemples d'infections développées au cours de cancers viscéraux. Ils peuvent être rapprochés des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique.

M. Achard. — Voir page 361.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 26 Février 1896.

Eczéma et psoriasis.

M. G. Etienne présente, au nom de **M. Spillmann** et au sien, un homme âgé de 43 ans, atteint d'une *éruption cutanée hybride* constituée par des taches de *psoriasis* très nettes, alors qu'en certains autres points, notamment à la face antéro-interne de la cuisse droite, sont de véritables placards d'*eczéma*, enfin, sur le thorax, des papules identiques à celles du *lichen aigu*.

L'étiologie et la pathogénie de cette éruption sont intéressantes. Le malade était atteint depuis le mois de septembre 1895 de diarrhée chronique très abondante, lorsque dernièrement, sans intervention thérapeutique, cette diarrhée cessa tout à coup; le lendemain, il fut en proie à un prurit extrêmement intense, torturant, puis l'éruption apparut presque d'emblée le 3e jour. Son origine auto-toxique est donc fort vraisemblable, par action sur la peau d'éléments antérieurement éliminés par l'intestin.

A remarquer encore que le malade attribue l'accentuation de la lésion à la cuisse droite au traumatisme répété dû au choc de ses instruments de labour à ce niveau.

M. Bernheim fait remarquer que le psoriasis domine la scène chez le malade présenté par M. Etienne et que le reste est secondaire et consécutif au grattage, comme l'eczéma qui s'observe chez les galeux.

Putréfaction intra-utérine.

M. A. Herrgott. — Le 16 janvier, vers 8 heures du matin, on amenait à la Maternité une femme de 39 ans, qui se disait enceinte pour la première fois et qui se trouvait avoir dépassé d'une quinzaine de jours le terme probable de sa gestation. Trois jours auparavant, elle avait perdu un liquide roussâtre et fétide; à partir de ce moment, elle n'avait cessé d'avoir mal dans les reins sans que pour cela elle eût éprouvé de véritables douleurs causées par la contraction utérine.

M. A. Herrgott trouve la malade dans un état de profond

accablement; la respiration est courte et fréquente, le pouls est petit, filiforme, la température est de 39°7. Le ventre est ballonné, de forme irrégulière; le palper est très douloureux et presque impossible à pratiquer tant la paroi abdominale est distendue. On ne perçoit rien à l'auscultation. Par le toucher, on trouve le col très haut, derrière la symphyse pubienne et nullement dilaté. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on sent une tumeur dure, arrondie, donnant une sensation cartilagineuse, mais le doigt ne découvre l'existence d'aucune suture. Il s'écoule des parties génitales un liquide roussâtre à odeur extrêmement fétide. La malade dit avoir senti remuer le fœtus, il y a 4 jours encore, mais depuis cette époque, les mouvements ont disparu.

M. A. Herrgott, très embarrassé pour formuler un diagnostic précis, prie son collègue M. Weiss de vouloir bien examiner cette malheureuse. M. Weiss partage les hésitations de M. Herrgott, mais tous les deux sont d'avis que la seule chance de salut c'est de débarrasser cette femme d'un fœtus qui se putréfie.

M. Weiss incise la paroi abdominale et met à nu une tumeur énorme, violacée, qui est l'utérus. Celui-ci est sectionné longitudinalement; il contient un fœtus putréfié, considérablement distendu par des gaz. On extrait le placenta qui se trouvait inséré en bas et à gauche, mais comme l'utérus restait flasque et ne se contractait pas, on se décida à l'enlever d'après la méthode de Porro. Pendant qu'avec le thermo-cautère on cautérisait la partie supérieure du moignon utérin, la malade fit quelques mouvements convulsifs et ne tarda pas à succomber, malgré tout ce que l'on fit pour la rappeler à la vie.

M. A. Herrgott parle, à ce propos, de la putréfaction fœtale intra-utérine. Il met en opposition les transformations que peut subir le fœtus suivant que les membranes sont intactes ou rompues, suivant que le fœtus mort est en communication avec l'air extérieur et les éléments microbiens qu'il contient ou qu'il s'en trouve séparé. Il montre que les accidents dont il vient de rapporter l'observation ont bien eu pour cause première la putréfaction fœtale; que ce sont les produits de cette putréfaction qui ont en quelque sorte stupéfié la fibre utérine qui ne s'est pas contractée, que ce sont les toxines secrétées par les microbes nombreux et variés de la putréfaction qui ont produit cette septicémie suraiguë à laquelle la femme a succombé.

Mais pourquoi le col était-il repoussé derrière la symphyse et quelle était la tumeur qui obstruait la cavité pelvienne? C'était un *kyste dermoïde* du volume d'une tête fœtale à terme, développé dans l'aileron moyen du ligament large droit, ainsi que l'a démontré l'autopsie qui a terminé cette opération interrompue par la mort.

M. A. Herrgott rappelle à ce propos quelques cas d'interventions opératoires analogues imposées par des tumeurs fibreuses qui obstruaient le pelvis et avaient amené la rétention et la putréfaction fœtale; mais il n'a trouvé aucun exemple de kyste dermoïde causant un accident semblable, et c'est le motif pour lequel il a cru devoir le faire connaître à la Société.

M. Rémy est d'avis que la production des gaz intra-utérins est due au mélange du liquide amniotique et du méconium et que ce mélange, en se putréfiant après ouverture de la poche des eaux, constitue un grave danger d'infection. Sur 7 cas de rétention fœtale observés par lui dans ces conditions, 3 ont été suivis de mort, ce qui donne une mortalité de 40 p. 100. Le 1er cas est relatif à une femme atteinte de rétrécissement pelvien chez qui la poche des eaux se rompit prématurément. L'utérus était paresseux et rempli d'un liquide septique, mélangé de méconium. L'enfant était putréfié. Il sortit une grande quantité de gaz. 2e cas, primipare à terme, arrêt du travail par tétanos utérin consécutif à l'administration de seigle ergoté, putréfaction intra-utérine, extraction au forceps d'un fœtus macéré. 3e cas, rétention fœtale due à un développement scléreux anormal du col. Incision du col dont les parois mesuraient 1 centimètre et demi, extraction au forceps d'un fœtus vivant et qui vécut. Issue simultanée d'une bouillie fétide. Les 4 dernières observations sont relatives à des présentations de l'épaule pour lesquelles on attendit trop longtemps avant d'intervenir. Embryotomie. Sortie des fœtus avec des gaz très putrides.

M. Rémy rappelle enfin que M. Herrgott père pratiqua en 1885 l'opération césarienne chez une femme qui mourut d'infection. Le fœtus tuméfié par les gaz apparaissait à la vulve sous forme d'un boudin. La ponction au bistouri de ce boudin détermina la sortie brusque d'une énorme quantité de gaz accompagnée de détonation.

Thrombose veineuse.

M. Haushalter fait une communication *sur un cas de thrombose latente de la veine cave inférieure et des veines fémorales.* Une petite phthisique de 11 ans, entrée récemment à la clinique des enfants, présente au bout de quelques jours un léger œdème douloureux de la jambe gauche avec accentuation de la circulation veineuse périphérique. On diagnostique un début de phlegmatia alba dolens. Œdème, douleur et circulation collatérale disparaissent après 10 à 15 jours; l'enfant se cachectise de plus en plus et succombe au bout de 6 semaines. A l'autopsie on trouve les lésions vulgaires de la tuberculose pulmonaire ulcéreuse et de l'entérite tuberculeuse; mais, fait des plus intéressants et inattendu, dans les deux veines fémorales existait un thrombus blanc, fibrineux, descendant jusqu'au-dessous du creux poplité, pénétrant l'origine de la saphène interne, remontant dans les veines iliaques externes obstruées complètement par un caillot fibrineux qui se terminait en pointe dans la veine cave inférieure au niveau de l'abouchement des deux veines rénales. La paroi interne présente par places les lésions d'une endophlébite végétante, de date déjà ancienne. La recherche de microbes sur les coupes fut négative; de même l'ensemencement pratiqué avec des fragments de caillot demeura stérile, ce qui s'explique par l'ancienneté relative de la lésion. Cette lésion, comme toutes celles de même nature, fut fort probablement, cependant, le fait d'une infection secondaire localisée à la paroi veineuse. D'ailleurs, depuis l'époque où apparurent chez la petite malade les signes fugaces d'une phlegmatia alba dolens jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, le tracé thermique présenta les hautes oscillations habituelle dans les septicémies secondaires.

Cette thrombose si étendue fut donc absolument latente. Comment expliquer qu'une même lésion des veines fémorales puisse dans certains cas demeurer silencieuse et d'autres fois exister avec le syndrome de la phlegmatia alba dolens?

Lorsque les gros troncs profonds sont seuls intéressés, quand les veines de la jambe et les veines superficielles sont indemnes comme dans le cas en question, les anastomoses entre le domaine de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure suffisent à amener une circulation collatérale qui assure la suppléance et permet de comprendre l'absence d'œdème. Peut-être dans les cas où la phlegmatia alba dolens existe avec ses symptômes habituels, l'obstruction veineuse occupe-t-elle non seulement les gros troncs, mais est-elle généralisée aussi aux origines veineuses de l'extrémité et de la surface du membre, déterminant ainsi l'œdème. La douleur résulterait alors des ulcérations nerveuses amenées par la phlébite et la thrombose des ramuscules veineuses intra-nerveuses (Vaquez). M. Haushalter a eu l'occasion d'observer un fait de ce genre il y a deux ans (1).

M. G. Etienne a observé 2 cas intéressants d'obstructions veineuses. Le premier concernait un jeune homme de 18 ans atteint de tuberculose pulmonaire. On ne constata qu'un œdème très léger des membres inférieurs sans phlegmatia. A l'autopsie, on trouva une thrombose étendue de la veine crurale jusqu'à la veine cave avec caillot mou dans la veine fémorale. Il existait en même temps des streptocoques dans le sang. Le second cas concerne également un jeune homme tuberculeux qui présentait un œdème des membres inférieurs sans phlegmatia. Des deux côtés, l'autopsie décela l'existence d'une thrombose des veines fémorales étendue jusqu'à la veine cave avec formation du caillot dur, classique. Dans ces 2 cas de tuberculose pulmonaire accompagnée de thrombose, les veines périphériques avaient été respectées et étaient restées tout à fait indemnes, ainsi que le montra l'examen des veines du pied.

1. Complications multiples dans un cas de phthisie, par M. P. Haushalter et M. de Langenhagen (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, juillet 1894).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Les pituites hémorrhagiques des hystériques.

Historique. — Le syndrome hématémèse est connu depuis longtemps, mais ses relations avec l'hystérie n'ont pas été reconnues dès l'abord. Sydenham cite bien les troubles gastriques de la névrose, mais il reste muet sur ce dernier accident.

Carré de Montgeron (1), en 1745, cite le cas de la « demoiselle Coirin », à laquelle « il prit un vomissement de sang caillé et pourri qui rendait une grande infection », en même temps « qu'elle avait le sein du côté gauche extrêmement dur, enflé et tout violet... » Il parle encore de la demoiselle Marguerite-Françoise Duchesne, à qui, d'après le rapport de M. Costar, « il prenait un vomissement qui était purement de sang et en grande abondance, accompagné et suivi de convulsions dans toutes les parties du corps, de suffocations, de syncopes », etc.

Frank (2) s'exprime ainsi : « Le sang s'accumule dans les vaisseaux anévrysmatiques ou variqueux de l'estomac ou dans les viscères voisins, et l'hématémèse se déclare. »

Pinel (3), Chomel (4), Martin-Solon (5), considèrent que les hématémèses idiopathiques surviennent chez des individus faibles, irascibles, sujets aux emportements de colère, exposés à des émotions morales vives et souvent répétées, les femmes mal réglées, les hémorrhoïdaires; chez quelques femmes grosses, elles seraient liées à l'utérus : mais la passion triste, la terreur, un chagrin violent, la mélancolie, donneraient le plus souvent lieu à ces sortes d'accidents. Ces auteurs ne font donc pas entrer l'hystérie en ligne de compte.

1. Carré de Montgeron, t. I, Cologne, 1745. 7e démonstration, p. 12.
2. J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*, 1792-1811. Trad. franç., 1820, t. III, p. 440.
3. Pinel, *Dict. des sciences méd.*, art. *Hématémèse*.
4. Chomel, *Dict. de méd.*, art. *Hématémèse*.
5. Martin-Solon, *Dict. de méd.*, art. *Hématémèse*.

Dalmas (1) raconte que, dans une variété qu'il importe de ne pas oublier, car elle n'est pas très rare, la gastrorrhagie supplémentaire semble liée à un état nerveux évident. Il a vu plusieurs fois les gastrorrhagies chez les hystériques.

Georget (2), passant une revue des diverses maladies que l'hystérie lègue aux malades, lorsqu'elle a duré longtemps, signale les maladies du cœur, des irritations chroniques du poumon et du canal alimentaire, et consécutivement des hématémèses, des vomissements dits nerveux et des irrégularités menstruelles.

Forget (3), parlant de l'hystérie locale, aurait constaté plusieurs fois des hystéries stomachiques ou gastriques, et dans ce cas, des hématémèses.

J. Parrot (4) possède une conception plus large de l'hématémèse. Pour lui, toutes les hémorrhagies simultanées (hémorrhagie membraneuse ou parenchymateuse, sueur de sang), précédées ou accompagnées de symptômes nerveux, sont des hémorrhagies névropathiques. Elles ne sont qu'une dépendance d'un même trouble nerveux général qui provoque aussi bien l'hématémèse que l'attaque.

Un peu plus tard, en 1861, Archambault (5) considère comme d'une interprétation difficile la production simultanée d'une hémiplégie et d'une hématémèse, et la disparition complète des deux symptômes.

Enfin, en 1874, sous l'inspiration de Charcot, Ferran (6) fait sa thèse sur le vomissement de sang dans l'hystérie.

Depuis ce moment, d'assez nombreuses recherches ont été faites sur l'hématémèse hystérique par Lorey, Rathery, Weisz, Henle, etc.

En 1893, Josserand (7), dans le *Lyon médical*, attire l'attention sur une variété d'hématémèse nerveuse, qu'il considère comme caractéristique de l'hystérie.

Enfin, en 1895, dans son livre sur l'hystérie, M. Gilles de la Tourette (8) donne de l'hématémèse hystérique une description minutieuse et complète, où il étudie en plus les rapports de cette manifestation avec l'ulcère de l'estomac.

La variété d'hématémèse nerveuse signalée par Josserand n'avait été décrite par aucun auteur avant lui. Ferran, dans une de ses observations, parle bien d'une hématémèse rosée, mais le fait ne le frappe pas; il note ces deux mots dans son texte sans les souligner. Parrot (observation XI, thèse Ferran) parle aussi d'un vomissement de deux cuillerées d'un « sang fluide et vermeil » chez une hystérique, à côté d'autres hémorrhagies, mais il n'en dit pas davantage. D'après M. Hanot, Lasègue aurait remarqué ce symptôme, et il en aurait déjà saisi toute l'importance. Néanmoins, il n'en est fait aucune mention dans ses livres. En même temps que Josserand, M. Albert Mathieu avait été frappé de l'importance séméiologique de ces hématémèses; il considère comme très justifié le nom

1. Dalmas, *Dict. de méd.*, 30 vol., t. XII, Paris, 1835.
2. Georget, *Dict. de méd.*, art. *Hystérie*, 1837.
3. Forget, Recherches cliniques sur les névroses de l'hystérie (*Gaz. méd. de Paris*, 1847).
4. J. Parrot, Etude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques (*Gaz. hebd.*, 1859).
5. Archambault, Hématémèse suivie d'anémie et d'hémiplégie chez une femme de 40 ans (*Union méd.*, 1861, n° 79, p. 284).
6. Ferran, Thèse de Paris, 1874.
7. Josserand, Sur une variété d'hématémèse nerveuse (hémosialémèse hystérique) (*Lyon méd.*, 1873, p. 219).
8. Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. III, p. 315.

de *pituites hémorrhagiques des hystériques*. Sa communication à la Société des hôpitaux et la thèse de son élève Herman, que nous résumons ici, sont les documents les plus récents qui aient paru sur ce sujet (1).

Symptômes. — Josserand décrit ainsi le liquide de cette variété d'hématémèse :

« Il s'agit d'un liquide rouge manifestement hématique, mais moins coloré que le sang normal, plus aqueux, comme dilué; cette dilution peut échapper au premier abord, l'expectoration empruntant à sa masse et à son épaisseur une teinte très foncée; mais une goutte versée sur un linge blanc y fait une tache beaucoup plus pâle que du sang pur. En deuxième lieu, ce liquide est visqueux, comme sirupeux, et glisse lentement sur le fond du vase lorsqu'on l'incline, comme s'il y adhérait un peu: du sirop de ratanhia, un peu étendu d'eau, réalise une contrefaçon qui a plus d'une fois trompé des assistants, même prévenus. Ce sang dilué et visqueux a pour troisième caractère de n'être pas spumeux comme celui de l'hémoptysie, et enfin il se conserve indéfiniment sans se coaguler, comme le ferait du vin ou du sirop. »

M. Albert Mathieu compare ce vomissement à « du sirop de groseille étendu d'eau ». Cette légère divergence peut se concilier facilement, car cette dernière teinte est celle de l'hématémèse fraîche, tandis que la première est celle de l'hématémèse remontant à plus de 2 heures.

Tel est le liquide vomi. Quel est le tableau clinique qui accompagne cette évacuation?

Les hématémèses hystériques ordinaires ont lieu chez des hommes ou des femmes, présentant, d'une part, des hémorrhagie (hématidroses, ménorrhagies, larmes de sang, épistaxis, etc.); d'autre part, des troubles gastriques (anorexie, gastralgie, vomissement). La dyspepsie amène la localisation de la « diathèse vaso-motrice ». Charcot a montré la tendance des hystériques à reproduire, suivant les sujets, tel ou tel ordre de phénomènes; c'est ce qu'il a voulu désigner par le mot de diathèse; c'est la diathèse vaso-motrice (Gilles de la Tourette).

Il n'en est pas de même ici. La coïncidence d'autres hémorrhagies est assez rare. Ce qui existe constamment, ce sont les phénomènes dyspeptiques.

C'est à l'occasion d'une émotion, d'une peur, d'une colère, d'une contrariété, que l'accident se produit. Le malade éprouve un malaise, une inquiétude générale; d'autres fois, c'est sans cause nettement appréciable.

Deux ou trois heures à l'avance, il souffre de son estomac; il y ressent une brûlure intolérable qui l'avertit de ce qui va se passer : il peut le prédire.

La pituite elle-même est immédiatement précédée d'une aura sensitive manifeste : boule au creux épigastrique, sensation de strangulation, battements dans les tempes, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, vertiges, etc. Puis elle survient : c'est un vomissement véritable; la malade sent très bien que le liquide vient de l'estomac; elle fait des efforts pour le rejeter (obs. II, thèse Ferran).

Quelquefois la pituite s'accompagne de toux; celle-ci est causée par une sensation de picotement au fond de la gorge coïncidant avec le passage du liquide.

Chez un malade de M. Mathieu, c'est au cours d'une véritable attaque que se produisait le rejet du liquide sanglant : cet homme perdait connaissance, ses membres devenaient raides; au bout de quelques instants apparaissait à sa bouche un liquide sanglant; puis il reprenait connaissance et rejetait dans un crachoir deux ou trois gorgées semblables. Chez une infirmière, dont l'observation est rapportée par M. Herman, le vomissement hémorrhagique se produisait tantôt immédiatement après une attaque convulsive, qui était généralement forte, tantôt en dehors des attaques, à l'occasion d'une contrariété minime, d'une émotion légère : après des phénomènes d'aura (chaleur, inquiétude, douleur ovarienne, brûlure à l'estomac), survenait une sorte de contraction générale involontaire, puis brusquement le sang était vomi en une seule bouffée, éclaboussant les draps et la chemise; quelques gorgées sanglantes étaient encore rendues et tout rentrait dans l'ordre, à part une certaine lassitude qui persistait comme après les grandes attaques.

Quoiqu'il en soit, la pituite n'est jamais bien considérable : deux ou trois gorgées, de quoi couvrir le fond du crachoir ou de la cuvette, et c'est tout.

D'autres hémorrhagies peuvent se produire en même temps, ainsi que cela résulte clairement de certaines observations de Ferran. La coïncidence de troubles menstruels, de retards, a été notée.

Après le rejet de la pituite, la malade se trouve soulagée; les douleurs stomacales, son inquiétude disparaissent : c'est comme si on lui enlevait un poids de l'estomac. Dans le jour, elle reprend sa besogne avec un nouveau courage; la nuit, elle s'endort paisiblement, contraste frappant avec l'agitation qui la tenait éveillée auparavant.

Examen du liquide. — D'après l'analyse de Nové-Josserand, le liquide examiné par la méthode chromométrique représente une solution de sang au 12e. Mais la numération des globubes montre qu'il contient quarante fois moins de globules rouges qu'il ne devrait. C'est donc du sang au 1/12 relativement à l'hémoglobine, et au 1/500, relativement au nombre des hématies. On peut conclure de ces faits qu'il s'agit de sang dilué dans un liquide qui l'empêche de se coaguler, et qui dissout en grande partie son hémoglobine. Or, M. Mayet a montré que précisement la salive ne détruit pas les hématies, mais les décolore.

L'expectoration sanglante, versée dans un verre conique, y dépose en trois couches, qu'on peut comparer, comme superposition et comme épaisseur, aux trois couches d'acide nitrique, d'albumine et d'urine dans l'examen par le procédé classique de Gubler. La zone la plus inférieure, d'un blanc grisâtre, est constituée, par des cellules épithéliales pavimenteuses et par des éléments arrondis qui ressemblent aux corpuscules salivaires; la zone moyenne, très mince, est rose et se compose exclusivement de globules rouges sensiblement décolorés; enfin la couche supérieure, de beaucoup la plus considérable consiste en un liquide un peu filant, beaucoup plus rouge que la zone des hématies; il est coloré par l'hémoglobine dissoute, car bien qu'offrant la réaction bleue avec le gaïac et la térébenthine et les bandes d'absorption caractéristiques au spectroscope, il contient à peine quelques globules.

Enfin M. Josserand, mélangeant artificiellement de la salive et du sang dans la proportion de 1 de sang pour 12 de la salive, a obtenu un liquide tout à fait semblable à celui de la pituite hémorrhagique : même aspect sirupeux, visqueux, filant, même apparence dans le verre à urine avec les trois couches caractéristiques; enfin approximativement même richesse en hémoglobine et même pauvreté en hématies.

1. A. Mathieu et Milian, *Soc. méd. des hôp.*, 24 janv. 1895, p. 61.— F. Herman. Sur une variété d'hématémèse nerveuse fréquente dans l'hystérie (Thèse de Paris, déc. 1895).

D'où il conclut : 1° le liquide est du sang dilué; 2° le liquide qui dilue le sang, qui l'empêche de se coaguler et qui dissout son hémoglobine est la salive.

Ajoutons que M. Albert Mathieu a constaté nettement dans ce liquide la présence de la salive par la réaction usuelle de l'amidon transformé en sucre, et celle de l'acide chlorhydrique libre par les réactions colorantes employées en clinique.

Étiologie et pathogénie. — 1° *D'où vient le sang?* Étudiant l'hématémèse hystérique en général, Hérard et Cornil, Cartaz (1) pensent qu'il s'agit d'hémorrhagies pharyngiennes dues à une rupture de varices. Joal croit à des hémorrhagies de l'amygdale linguale; Ruault (2) à des hémorrhagies laryngées; Compaired (3) à des varices de la base de la langue.

Pour ce qui est du genre d'hémorrhagie que nous étudions, Josserand s'exprime ainsi : « Quant à nous, le sang paraît avoir une origine plus profonde. Nos malades le vomissent, disent-elles, on en ramène par le lavage de l'estomac, et enfin, lorsque le phénomène est remplacé par des vomissements alimentaires, les flaques de sang qui recouvrent les aliments semblent bien témoigner en faveur de l'origine gastrique de l'hémorrhagie. J'ajoute pourtant que lorsqu'on assiste à l'accident on a plus d'impression d'un vomissement œsophagien. »

Si l'on analyse les différents faits, on voit que l'origine ne paraît pas toujours identique :

L'observation II de la thèse de Ferran montre une exhalation sanguine qui se faisait de diverses parties de la muqueuse buccale, sans aucune trace d'érosions ou d'ulcérations. Jamais, d'ailleurs, ce vomissement sanguinolent n'avait été mêlé de matières alimentaires. Fréquemment, ces pituites hémorrhagiques sont précédées d'une abondante sialorrhée, et c'est la fin de la sialorrhée qui est sanguinolente.

Mais à côté de cela, d'autres faits affirment l'origine stomacale : Nové-Josserand signale la présence des flaques de sang au milieu des vomissements alimentaires. La plupart des malades sentent le liquide monter de l'estomac.

Enfin, dans une observation de M. Mathieu la présence du suc gastrique était révélée par la réaction de l'acide chlorhydrique libre.

En résumé, il est des cas où le sang paraît venir de la cavité buccale, et d'autres sans doute plus nombreux, où il paraît venir de l'estomac.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de la diversité d'origine de la pituite. On sait en effet quels rapports physiologique et pathologique intimes existent entre les deux sécrétions salivaire et gastrique. Le pneumogastrique, c'est-à-dire le principal nerf de l'estomac, joue un rôle considérable dans la sécrétion de la salive; il prend part à la conduction centripète qui provoque la dite sécrétion. On sait, d'autre part, que le vomissement est souvent précédé d'une abondante salivation. Il est donc très naturel qu'un phénomène de même ordre puisse se produire dans des organes, différents il est vrai, mais liés par d'intimes connexions.

2° *Comment le sang sort-il des vaisseaux ?* Robert Whytt (4) cité par Dubois d'Amiens constate à l'autopsie que l'estomac d'une hystérique ayant eu de son vivant des hématémèses ne présente aucune lésion. Monneret (1) a observé 8 cas : les organes qui avaient fourni le sang conservaient leur structure normale : estomac, intestin, muqueuse buccale, voies aériennes. Il n'y a donc pas de lésions apparentes.

Les auteurs ont discuté à perte de vue sur ce sujet. Il est probable que c'est le réseau sous-jacent aux culs-de-sac glandulaires de la muqueuse qui est la source de l'hémorrhagie.

3° *Sous quelle influence immédiate se fait cette hémorrhagie ?* Pour Boerhaave (2), Van Swieten (3), Pinel (4), Gendron (5), c'est la pléthore résultant chez les femmes de la suppression des règles; il s'agit de déviations vicariantes; pour d'autres, c'est l'hydrémie.

Ferran considère la pléthore et l'hydrémie comme des conditions adjuvantes, la première par excès de tension, la deuxième par la fluidité plus grande du sang qui dès lors s'écoule plus facilement. Il en admet une troisième, une friabilité des vaisseaux analogue à celle de l'hémophilie. Mais la cause primordiale est le système nerveux.

L'influence du système nerveux sur les sécrétions et, corrélativement, sur les vaisseaux des glandes n'est plus à démontrer. Ce qui a lieu à l'état physiologique existe à l'état pathologique. D'ailleurs de nombreux exemples prouvent cette influence. On a pu, d'autre part, provoquer le phénomène par la suggestion. M. Gilles de la Tourette (6) rapporte de très curieux exemples d'hémorrhagies provoquées de la peau, c'est-à-dire d'hémorrhagies dont la pathogénie est identique à celle du phénomène qui nous occupe. Tel est le malade de M. Tocachon, pharmacien à Charmes-sur-Moselle. Une malade de Magnus Huss pouvait à volonté provoquer des hématémèses et d'autres hémorrhagies.

4° *Chez qui le symptôme se rencontre-t-il?* C'est chez des malades déjà ou en même temps atteints d'autres hémorrhagies : otorrhagies, épistaxis, hémoptysie, hématidrose, etc., en un mot, chez les hystériques en proie à la diathèse vaso-motrice, ainsi que le dit M. Gilles de la Tourette.

Souvent aussi ce sont des malades ayant des troubles gastriques. Le plus souvent ce sont des femmes entre 20 et 30 ans, mais parfois aussi des hommes et de jeunes sujets.

5° *A quelle occasion survient le symptôme ?* C'est souvent à propos d'une attaque, sinon à la suite, que survient l'hématémèse.

Ou bien c'est une émotion, une peur, une contrariété qui la provoquent.

Quelquefois, c'est après un traumatisme à la région épigastrique.

6° *Valeur séméiologique du symptôme*. — Le phénomène se produit chez des individus porteurs de stigmates hystériques évidents. Il présente, comme nous l'avons dit, tous les caractères d'une attaque en miniature. C'est un équivalent de l'attaque hystérique. Aussi, la pituite hémorrhagique mérite-t-elle peut-être d'être considérée comme un symptôme propre à l'hystérie et, en clinique, d'être élevée, pour sa valeur diagnostique, au rang d'un véritable stigmate. « On peut affirmer l'hystérie à la simple vue du crachoir », dit Nové-Josserand.

1. Cartaz, *Britisch. med. Assoc.*, 1888.
2. *Soc. française de laryngologie*, 1889.
3. *El Siglio medico*, 1891.
4. Robert Whytt, *Traité de l'hypochondrie et de l'hystérie*, Paris, 1833, p. 318.

1. Monneret, *Path. gén.*, Paris, 1857, p. 408.
2. Boerhaave, *Aph.*, 1826.
3. Van Swieten, *Comment. in aph. Boerh.*, Parisiis, 1765, Morbi Virginum, t. IV, p. 375.
4-5. *Loc. cit.*
6. Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. II, p. 467.

Marche. Durée. Terminaison. — La pituite hémorrhagique est quelquefois le premier phénomène de la névrose, mais, en général, elle survient dans l'hystérie confirmée.

La marche est absolument irrégulière, apparaissant tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, et à des intervalles plus grands encore. Elle coïncide souvent avec des troubles menstruels, mais sans présenter les caractères de suppléance qu'on prête à l'hématémèse hystérique en général. Elle a pourtant quelquefois une périodicité remarquable, se juxtaposant aux règles.

L'un de ses caractères les mieux établis est sa tendance désespérante à récidiver. La pituite peut se reproduire pendant des années, de même qu'elle peut cesser subitement et rapidement à l'égal de tout phénomène hystérique.

Malgré la répétition du symptôme, l'hystérique conserve la mine fleurie. Mais il ne faut voir là rien de merveilleux ni de surnaturel. Les idées étranges qu'on avait à cet égard sont tombées devant la simple analyse des faits. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau (1) ont montré ce qu'il fallait penser de cette prétendue résistance des hystériques à toutes les causes de dénutrition. L'hystérique qui ne mange pas, l'hystérique qui perd beaucoup de sang maigrit. C'est un fait indéniable.

Mais ici les malades hystériques n'éprouvent aucun désagrément de ces hématémèses, parce que celles-ci sont, en réalité, formées d'une quantité de sang bien minime et qu'ils compensent largement ce léger déficit par les aliments qu'ils absorbent.

Le pronostic en est donc bénin.

Diagnostic. — Avant de porter le diagnostic de pituite hémorrhagique hystérique, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une supercherie. On a cité des cas curieux de simulation.

Il faut s'informer aussi s'il ne s'agit pas de liquide extrait par succion d'une dent, ou de gencives saignantes. Ecarter aussi la possibilité d'une épistaxis ou d'une hémoptysie.

En principe, les hématémèses organiques sont beaucoup plus abondantes que celles dont nous nous occupons : un verre, un bol, une cuvette. L'hématémèse hystérique est constituée par quelques gorgées.

Les premières sont épaisses, formées de sang rouge ou noir mais à peine dilué, se prenant en caillots; nous avons vu combien les secondes sont différentes.

Traitement. — Les malades ne devront pas être traités avec la sévérité de régime qui est de mise contre les lésions organiques, comme l'ulcère rond. Aussi M. Mathieu a-t-il pratiqué le gavage à la sonde chez une hystérique présentant à la fois la pituite hémorrhagique et une anorexie intense; la malade guérit rapidement. On évitera tous les éléments irritants, on pourra recourir aux applications froides ou chaudes sur la région épigastrique, à quelques calmants anodins (morphine à petites doses, eau chloroformée étendue). On soumettra les malades à l'hydrothérapie. Mais surtout on emploiera la suggestion, non la suggestion hypnotique, mais la suggestion à l'état de veille et particulièrement la suggestion médicamenteuse.

1. G. de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, Paris, 1890.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Le foie chez les diabétiques (1),

Par M. le Dr Triboulet.

Une opinion assez généralement répandue, et considérée peut-être trop souvent comme définitive, semble établir que :

1° *Le foie est normal chez les vrais diabétiques;*

2° *Le diabète des maladies de foie est une glycosurie symptomatique, et que les altérations du foie ne peuvent à elle seules causer le diabète* (Demange, art. *Diabète* du *Dict. encycl. des sc. méd.*).

Or, pour infirmer la première assertion, il suffit d'exposer les observations nombreuses où l'organe hépatique est modifié objectivement, ainsi que l'indiquent l'anatomie pathologique, la clinique, et aussi la physiologie humaine et comparée : à l'encontre de la deuxième formule se pose une théorie contraire, appuyée sur l'enchaînement de faits anatomo-cliniques exposés par M. Glénard dans une série de travaux (2).

I. *Le foie est normal chez les vrais diabétiques* (Griesinger, Seegen, Durand-Fardel).

En opposition à cette *règle* on a signalé dans l'ordre des constatations anatomiques pures (Lécorché, *Du Diabète*, Paris, 1877, p. 166 et suiv.) : l'hypertrophie par hyperémie (Gerlach, Andral), par hépatite interstitielle, par prolifération des cellules hépatiques (Stokvis, Frerichs, Pavy), la dégénérescence graisseuse (Zimmer), et encore l'atrophie.

Des recherches plus récentes (Hanot) ont fait connaître des types divers de cirrhose porto-biliaire ou biveineuse, avec endophlébite sus-hépatique, pour lesquelles « il ne serait pas impossible que le sucre en excès jouât le rôle de l'alcool dans la cirrhose veineuse péri-lobulaire ».

Enfin, au nombre des altérations hépatiques observées au cours du diabète, il faut placer les faits aujourd'hui assez nombreux qui concernent la cirrhose hypertrophique pigmentaire et le diabète bronzé (Hanot et Chauffard, Letulle, Brault et Galliard, Barth, P. Marie, Dutournier, etc.).

L'*observation clinique* pourrait fournir des preuves plus constantes encore, mais elle a été négligée trop souvent. Pourtant, il existe de différents côtés des statistiques fort importantes qui nous montrent comme premier fait la fréquence de l'hypertrophie hépatique chez les diabétiques (Lancereaux, Bouchard, Frémont, Glénard). Ce dernier auteur, grâce à des procédés d'exploration minutieux, trouve que dans 60 p. 100 des observations le foie des diabétiques est modifié, l'hypertrophie seule existant dans 35 p. 100 des cas.

Ce serait encore faire de l'observation clinique, avant de parler de l'immunité du foie dans le diabète, que de soumettre les fonctions de cet organe au contrôle que nous permettent des recherches de physiologie pathologique de plus en plus précises : fonction uréogénique, modifications des pigments, variations de la glycosurie alimentaire, diminution dans la fonction d'arrêt des poisons, résistance de la cellule hépatique aux agents d'intoxication et d'infection; et, tant que l'incertitude per-

1. D'après un travail paru dans la *Revue de médecine*, fév. 1896, p. 133.
2. Glénard, *Études sur le foie et l'hépatisme*. Paris, Masson, 1890 et 1895.

sistera sur ces divers points, on ne saurait être autorisé à affirmer l'intégrité de l'organe.

L'existence de modifications antérieures, fonctionnelles ou organiques du foie est souvent certaine, et plus souvent encore vraisemblable, le diabète s'observe fréquemment chez des obèses, gros mangeurs à estomac dilaté, chez qui le désordre gastrique développe et entretient la congestion hépatique (Hanot et Boix); il y a association fréquente de la lithiase biliaire et du diabète; et, encore, le diabète peut survenir au cours d'un alcoolisme chronique ayant provoqué déjà des phénomènes hépatiques avérés.

Enfin, des perturbations dites physiologiques (grossesse, allaitement), des états infectieux variés au nombre desquels, au premier chef, les ictères, primitifs et secondaires, bénins ou graves, ont pu modifier le foie dans le sens d'une glycosurie légère, *transitoire*, dont l'existence passée serait à rappeler quand, chez les mêmes sujets, plus âgés, se montre un diabète confirmé.

La *physiologie* nous laisse prévoir aussi l'influence nocive probable de la suractivité fonctionnelle de la cellule du foie : « les influences physiologiques qui augmentent la richesse glycogénique du foie peuvent-elles, poussées à l'exagération, irriter la cellule? » (Roger.) Et l'expérimentation nous conduit plus loin, car on a pu provoquer l'apparition d'un état nettement comparable au diabète sucré de l'homme, avec sanction anatomique [congestion hépatique, dégénérescence graisseuse suivant un processus péri-sus-hépatique et péri-portal (Gley et Charrin, Kaufmann].

II. *Les altérations du foie ne peuvent à elles seules causer le diabète* (Demange).

On voit de combien de manières le foie peut être intéressé chez les diabétiques avant la glycosurie confirmée, comme pendant tout le cours d'un diabète. Est-il permis de rejeter les éléments précédents pour éliminer *a priori*, et dans tous les cas, le rôle du foie dans la pathogénie du diabète, comme le font la plupart des auteurs? N'est-il pas possible, au contraire, en serrant de près l'interprétation, d'arriver, dans certains cas, à parler d'un diabète d'origine hépatique?

Voici rapidement résumés les arguments *contre* la théorie dite hépatique du diabète : rareté des constatations nécropsiques positives, absence d'une lésion spécifique, nulle identité entre la glycosurie *transitoire* et le trouble *permanent* du diabète; nécessité d'un foie normal comme intermédiaire du diabète, puisque les altérations intercurrentes du parenchyme diminuent ou peuvent supprimer même la glycosurie d'un diabète préexistant.

Mais on peut invoquer déjà *pour* une opinion moyenne les faits certains où le diabète existe et où se rencontrent des lésions hépatiques soit anciennes, soit récentes, ce qui conduit à une interprétation réservée : « l'hypertrophie du foie dans les maladies chroniques, diabète sucré, obésité, goutte, est-elle le résultat ou la cause du vice de nutrition? » Il est probable qu'il s'établit là un cercle vicieux entre la nutrition défectueuse et le foie malade, ces deux facteurs s'influençant réciproquement (Boix, thèse de Paris, 1895, p. 74).

Si, enfin, on peut établir entre le diabète et les lésions du foie un ordre d'enchaînement que les preuves cliniques nous présentent comme celui de l'effet à la cause, on est autorisé, semble-t-il, à parler d'un *diabète pathogène*. C'est justement cette dernière manière de voir que tendent à confirmer les travaux de M. Glénard.

Ses recherches systématiques, poursuivies pendant des années, lui ont montré que le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant, et les variations objectives observées chez les diabétiques ne sont que les phases de ce processus (cette évolution comportant d'ailleurs des phases d'amélioration ou d'aggravation).

D'autre part, aucune de ces variétés objectives du foie n'est caractéristique du diabète et ne le distingue à la fois de celui de l'alcoolisme et de celui de la lithiase biliaire, la parenté de ces processus avec les autres maladies générales du groupe dit de l'*arthritisme* ou du ralentissement de nutrition s'affirmant par des formes d'altération objective du foie communes à toutes ces maladies. L'auteur propose le terme d'*hépatisme* pour exprimer cette parenté par un trouble fonctionnel du foie. (Ce terme ne préjuge encore rien sur la phase à laquelle le foie entre en scène dans la pathogénie de toutes ces affections, ni sur la nature de sa perturbation, mais affirme l'importance de son rôle.)

Cette parenté est telle que ce qui s'applique à l'un des processus du groupe familial peut s'étendre aux autres.

Or, parmi le grand nombre de causes qu'on peut accuser simultanément de provoquer l'altération du foie dans le diabète, il en est chez l'homme une qui les domine toutes par sa fréquence, c'est l'alcoolisme. L'éthylisme est une cause certaine de diabète (65/234 hommes diabétiques) et, dans la grande majorité des cas (76 fois sur 100 diabétiques à antécédents alcooliques) où on trouve l'éthylisme à l'origine de cette maladie, on remarque l'absence d'une autre cause diabétogène. Il existe donc bien un *diabète alcoolique*.

Ce diabète alcoolique est un diabète *vrai*, et non une glycosurie symptomatique. Et pourtant, il se comporte exactement comme une maladie alcoolique du foie à marche progressive, aboutissant à une phase terminale anatomique, la cirrhose. Mais ce qui nous intéresse ici particulièrement, c'est que cette affection présente une période *intermédiaire* souvent longue où le malade, bien qu'alcoolique, est avant tout, pour la clinique, un diabétique. Or, chez ce diabétique, pendant la vie, une exploration minutieuse permet de reconnaître des altérations *intermédiaires* du foie répondant à ce que M. Glénard appelle la *précirrhose*, caractérisée par une hypermégalie de vraie cirrhose hypertrophique, ou par une segmentation de l'organe sous l'influence d'une cirrhose parcellaire uni- ou hémilobaire qu'on reconnaît à la présence d'une rénitence, d'une déformation, d'un ressaut, grâce à l'exploration par le *procédé du pouce*. Cirrhose et diabète présentent alors une connexité réelle et indiscutable.

Dès lors, certaines des altérations du foie constatées dans le diabète alcoolique se retrouvant aussi, avec des caractères identiquement les mêmes, dans le diabète vierge de tout éthylisme, n'est-on pas en droit d'en inférer, que d'autres causes diabétogènes pourraient peut-être tout aussi bien que l'éthylisme n'engendrer le diabète que par l'intermédiaire de lésions du foie analogues à celles que détermine l'alcool? (F. Glénard, *loc. cit.*, *passim* et conclusions.)

CORRESPONDANCE

Rio de Janeiro, 9 mars 1896.

Mon cher collègue,

Je viens de lire dans le numéro du 30 janvier de votre estimable *Gazette* quelques lignes relatives à l'emploi du chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de la malaria infantile,

et je m'empresse de vous prévenir que, dès 1893, j'ai essayé ce nouveau médicament chez les jeunes sujets, publiquement, dans mon service en faisant à plusieurs reprises des conférences cliniques à propos des résultats observés.

Cela est indiqué dans mon rapport concernant cette année.

Agréez, mon cher collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Moncorvo,
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars 1896.

M. Louart (Théodule-Charles-Augustin). *De la fracture de Dupuytren avec cal vicieux et de son traitement.* N° 184.

M. Larroque (Gabriel-Firmin). *Les gommes épisclérales.* N° 187.

M. Aubry (Henri). *Du sarcome diffus de la muqueuse utérine.* N° 199.

M. Bouglé (Julien). *Contribution à l'étude des fractures spontanées.*

La fracture de Dupuytren est toute solution de continuité de l'extrémité inférieure du péroné avec ou sans lésion de la malléole interne. Elle peut toujours être réduite, nous dit M. Louart, si dans les cas les plus difficiles on transforme la fracture fermée en fracture ouverte pour faire disparaître les obstacles à la réduction. Les consolidations vicieuses consécutives à cette fracture n'existeraient plus si l'on prenait soin, après une bonne réduction, de bien appliquer et de bien surveiller les appareils plâtrés et si l'on évitait d'enlever trop tôt ces appareils et de laisser marcher les malades sans soutien direct du membre, dès les premiers temps.

Si, parce que ces préceptes n'ont pas été minutieusement observés, la déformation se produit et se consolide, on peut, dès les premières semaines, recourir à l'ostéoclasie manuelle. Passé ce délai, il faut s'adresser à l'ostéotomie oblique du péroné et tenter la réduction. La réduction étant impossible après cette première section, on pratique l'ostéotomie cunéiforme du tibia et on essaye de réduire. En cas d'insuccès avec cette double ostéotomie, on a recours à la résection tibio-tarsienne, qui n'est bonne qu'autant que l'on conserve les deux malléoles; à aucun prix on ne doit sacrifier la malléole externe.

L'histoire des gommes épisclérales est tout à fait récente. D'après les recherches de M. Larroque, les observations publiées se rapportent toutes à la syphilis acquise; on ne connaît pas de cas dans la syphilis héréditaire. La gomme se développe sur l'épisclère, habituellement à une certaine distance de la cornée; elle est presque toujours unique. Elle se développe sans grande réaction inflammatoire, formant une tumeur plus ou moins volumineuse, recouverte par la conjonctive, et s'ulcère quelquefois au bout d'un temps très variable. Rarement, la sclérotique est perforée. Des accidents spécifiques concomitants sont assez fréquemment observés du côté de l'œil. Le traitement antisyphilitique général agit avec une grande rapidité, et le pronostic est favorable quand on agit assez tôt.

Toute intervention opératoire est absolument contre-indiquée.

Parmi les différentes formes que peut affecter le sarcome de l'utérus, M. Aubry en décrit une caractérisée par l'infiltration diffuse ou en nappe de la muqueuse de cet organe par des éléments sarcomateux : on peut l'appeler sarcome diffus de la muqueuse utérine. C'est une affection très rare, et c'est pour cela que l'étude en a été négligée jusqu'ici. Ses caractères sont cependant assez tranchés pour légitimer une description spéciale.

L'étiologie en est très obscure; seul l'âge semble jouer à ce point de vue un rôle important : c'est surtout une maladie des femmes avancées en âge.

Le sarcome de la muqueuse utérine semble avoir une tendance à rester localisé à cette membrane; la tunique musculaire échappe, pendant longtemps tout au moins, au processus de dégénérescence; elle subit simplement de l'hypertrophie. Au point de vue macroscopique, cette variété de sarcome se présente sous l'aspect de nodosités plus ou moins volumineuses, de bosselures arrondies tapissant toute l'étendue de la surface interne de l'utérus; au point de vue microscopique, elle est constituée le plus souvent par des cellules rondes, quelquefois par des cellules fusiformes, ou un mélange des deux.

Les principaux symptômes de cette affection sont : des hémorrhagies utérines, de l'hydrorrhée, une augmentation progressive et régulière du volume de l'utérus, etc. La santé générale se maintient bonne assez longtemps. La coexistence du sarcome de la muqueuse et d'un hématomètre s'observe assez souvent; en raison même de cette fréquence, on est autorisé à penser qu'il existe entre les deux des relations de cause à effet. Les affections qui présentent le plus d'analogie avec cette variété de sarcome sont l'épithéliome du corps de l'utérus et l'endométrite chronique végétante; l'examen histologique seul permet d'établir un diagnostic exact.

Le pronostic est très grave d'une façon générale; mais, tandis qu'il est fatal si l'on abandonne l'affection à sa marche naturelle, il paraît moins redoutable si l'on intervient par l'hystérectomie totale.

Nous citerons les pages où, à la fin de sa thèse, M. Bouglé résume la partie originale de ses recherches :

Les maladies du système nerveux, qu'elles portent sur les nerfs périphériques, sur la moelle ou sur l'encéphale, peuvent s'accompagner de lésions osseuses, caractérisées tantôt par des phénomènes hypertrophiques, tantôt et surtout par des phénomènes atrophiques. Le travail de raréfaction est plus ou moins accentué; en tous cas, il diminue la résistance des os et les prédispose aux fractures.

Il faut surtout insister sur les lésions osseuses du tabès, car ce sont les plus fréquentes et les mieux connues. Sans vouloir faire une généralisation trop hâtive, il semble permis de rapprocher ces altérations osseuses de celles des autres affections de la moelle et de celles qu'on rencontre chez les aliénés et les paralytiques généraux.

On doit faire une exception pour la paraysie infantile; tout en pensant que, là encore, l'action nerveuse centrale est en cause, il est certain que le résultat est différent. M. Marie a émis l'opinion de l'origine infectieuse de la paralysie infantile, c'est peut-être là une des causes de la réaction différente sur le tissu osseux.

Il serait intéressant de chercher s'il existe des lésions comparables sur les os des sujets atteints d'hémiplégie cérébrale infantile. Nous avons observé une fracture chez un malade de ce genre dans le service de M. Déjerine, à Bicêtre, mais la cause de l'accident ne nous a pas paru suffisamment légère pour permettre d'affirmer une friabilité préalable de l'os brisé.

Ce n'est pas sans une secrète pensée qu'en regard des maladies nerveuses que nous venons de résumer, nous avons, dans la première partie de cette étude, envisagé les fractures dans le cancer, le diabète, la tuberculose, la syphilis et dans l'arthrite sèche.

Pour cette dernière affection, nous avons été frappé de la grande ressemblance de ses ostéo-arthropathies avec celle du tabès; mais nous n'osons pas encore affirmer l'origine nerveuse de cette ostéopathie.

Les faits que nous avons pu recueillir pour la syphilis sont tellement vagues qu'il est impossible de rien avancer.

Nous avons donné une observation démonstrative, croyons-nous, de fracture spontanée dans le diabète sucré. Malheureusement, l'examen anatomique n'a pas confirmé jusqu'à présent cette donnée de la clinique. Ce n'est que par analogie que nous pouvons admettre qu'il existait dans le cas de notre malade une ostéoporose de l'humérus.

Quant à savoir si cette lésion est plus ou moins prononcée, généralisée ou non à tout le squelette, aucun fait ne permet de le dire.

Ce qui est certain, c'est que la fracture spontanée est très rare dans le diabète sucré, puisque nous avons eu beaucoup de difficulté à en rassembler quelques cas et que nous avons dû faire rentrer dans le même chapitre des faits disparates de pseudo-diabète phosphaturique et polyurique qui, en réalité, devraient être étudiés à part comme étant symptomatiques d'affections générales cachectisantes telles que la phthisie au début.

Dans la tuberculose, nous avons rappelé l'existence de deux modifications distinctes du tissu osseux : d'une part, un état de condensation du tissu osseux très spécial et qui s'étend à tout le squelette, d'autre part, une lésion d'atrophie graisseuse qui se localise au voisinage des tumeurs blanches, mais n'est pas directement produite par le bacille de Koch. Faut-il voir une analogie entre ces altérations osseuses locales non spécifiques de la tuberculose et celles qui avoisinent une arthropathie tabétique? L'arthrite tuberculeuse n'agit-elle pas indirectement sur la nutrition des os par l'intermédiaire du système nerveux, ou bien faut-il admettre avec Pilliet l'action directe de la toxine tuberculeuse sur les tissus péri-articulaires?

Nous croyons avoir démontré que le cancer peut, au moins parfois, s'accompagner d'une lésion généralisée à tout le squelette sans invoquer l'infection cancéreuse locale. Ce dernier fait peut se présenter, M. Hanot en a récemment cité un cas (1), mais sur les os que nous avons étudiés, il n'existait pas dans la moelle d'éléments cancéreux. Cette altération générale du squelette dans le cancer ne serait-elle pas sous la dépendance du système nerveux central? Le poison cancéreux, quel qu'il soit, ne porterait-il pas son action primitivement sur les cellules nerveuses? On a décrit, il y a quelques années, des névrites périphériques chez les cancéreux (2) qui parurent un moment expliquer les troubles trophiques qu'on rencontre parfois chez ces malades. On s'aperçut plus tard que ces lésions nerveuses périphériques avaient, en réalité, moins d'importance qu'on ne l'avait pensé tout d'abord, comme pour les névrites périphériques du tabès.

Les lésions de raréfaction osseuse que nous avons signalées dans le cours de cette étude se rapprochent beaucoup de celles de l'ostéoporose sénile; il semble que les différentes maladies générales que nous avons envisagées, ainsi que les diverses affections nerveuses, agissent à la façon de la vieillesse usant et raréfiant les os; mais cette ostéoporose sénile elle-même, est-ce une altération purement locale, liée à l'amoindrissement de la force vitale des éléments osseux?

On le voit, l'étude que nous avons entreprise nous porte à placer sous la dépendance du système nerveux l'ensemble des phénomènes de nutrition des tissus, des os en particulier. Toute lésion osseuse caractérisée par un vice de nutrition en dehors d'un processus inflammatoire quelconque, aurait son explication dans une altération correspondante du système nerveux.

C'est là une grave question fort discutée aujourd'hui et que nous nous ne nous permettrons pas de résoudre.

Nos prétentions sont plus modestes : nous avons voulu seulement apporter des faits. Ayant eu la bonne fortune de pouvoir rassembler un certain nombre d'observations inédites de fractures spontanées dans diverses maladies, nous avons recherché dans la littérature médicale les cas qui pourraient en être rapprochés.

Nous avons été frappé, en étudiant à l'Ecole pratique les squelettes des cadavres destinés à l'enseignement de l'anatomie, de la fréquence des altérations osseuses, du moins de ces lésions grossières qui se traduisent à l'œil nu par un amincissement du tissu compact de la diaphyse des os longs étudiée sur une coupe transversale et par une friabilité plus ou moins grande de ces os. L'étude des lésions du squelette indépendantes de tout processus inflammatoire n'a guère été faite et nous pensons qu'il y aurait beaucoup à récolter de ce côté.

Nous sommes obligé de convenir que le résultat de nos recherches anatomiques et cliniques est peu considérable; nous croyons avoir fait œuvre utile cependant en attirant l'attention sur cette question de pathologie générale à l'heure où la doctrine des fractures spontanées de causes générales menace de disparaître devant les nombreux travaux récents qui ont montré la fréquence des lésions spécifiques locales dans les os atteints de « fracture spontanée ».

1. M. Hanot, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1875.
2. M. Auché, Névrites périphériques chez les cancéreux (*Revue de médecine*, octobre 1890).

Thèse de la Faculté de Lille

M. Chocquet (Emile). *De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche.*

D'après M. Chocquet, l'arthrite déformante est une entité morbide bien définie. Plusieurs hypothèses ont été émises sur sa nature. Son anatomie pathologique a été étudiée d'une façon précise.

Les conséquences de cette affection sont variables. Les désordres qu'elle occasionne peuvent être bénins et ne se manifestent que par intervalles et d'une façon modérée. Un traitement médical suffit alors généralement à faire disparaître les accidents qu'elle provoque.

L'arthrite sèche se manifeste encore par des troubles plus graves de l'article. Dans les cas où elle est accompagnée d'hydarthrose rebelle ou de poussées inflammatoires aiguës, fréquentes, douloureuses, quand la présence d'ostéophytes ou de corps étrangers articulaires viennent s'ajouter à ces symptômes et rendre les mouvements de la jointure plus difficiles, on doit avoir recours à une intervention chirurgicale.

Enfin, à toutes ces variétés d'arthrite, un même traitement est applicable : l'arthrotomie, opération qui, avec les progrès de l'antisepsie, est devenue inoffensive et semble devoir donner les meilleurs résultats.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Streptococcie aiguë post-diphthérique par R. Millon et H. Leroux (*Revue des maladies de l'enfance*, 1896, vol. XVI, fasc. I, p. 20). — L'observation extrêmement détaillée se rapporte à un cas de septicémie post-diphthérique où l'examen du sang fait pendant la vie a permis de constater la présence des streptocoques.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans qui, tout d'abord, contracte une angine diphthérique, associée, d'aspect malin, rapidement guérie sous l'influence du sérum de Roux (2 au 7 août). Amélioration dans l'état général, puis au 9e jour de la maladie, apparition d'une éruption, vague d'abord et polymorphe, généralisée ensuite, rubéolique, scarlatineuse et même purpurique. En même temps que l'éruption, apparaissent des phénomènes du côté des ganglions du cou, voire même de la parotide, et de tout le système ganglionnaire lymphatique; l'hyperthermie reprend violemment (9 au 16 août). Grâce à une médication énergique, la température baisse, l'éruption disparaît, l'état s'améliore, lorsqu'apparaissent les premiers accidents nerveux : aphasie, dysphagie, troubles cardiaques et syncope (22 août). Cette syncope, en raison de la fugacité des signes physiques cardiaques et du renouvellement postérieur des accidents du même genre, paraît être d'origine bulbaire.

Etat stationnaire du 22 au 26; l'éruption fait place à la desquamation, mais la santé générale ne se relève pas, l'amaigrissement devient extrême, les phénomènes d'ordre cérébro-spinal persistent à l'état subaigu, et, à différentes reprises, la fièvre reprend par poussées, ramenant l'éruption à son maximum d'intensité et déterminant des desquamations secondaires, subintrantes et des plus abondantes. Puis, le 6 septembre, à la suite d'une injection de sérum antistreptococcique, l'hyperthermie reparaît, toujours accompagnée d'éruption scarlatiniforme et nécessite une nouvelle série de bains froids. En même temps, les symptômes méningitiques se précisent et s'aggravent : aphasie persistante, hébétude, syncopes, inégalité des pupilles,

strabisme, contracture musculaire, épilepsie spinale, paralysie de l'intestin, fonte musculaire, dissociation du pouls qui reste fréquent et de la température qui tombe parfois au-dessous de 36°.

Cet état dure plusieurs jours; en même temps est apparue une stomatite intense, ressemblant énormément aux stomatites diphthéroïdes à streptocoques et staphylocoques, s'accompagnant de lésions nettement impétigineuses de la peau. Ces lésions locales sont d'une intensité extraordinaire, elles s'accroissent du 9 au 11, puis diminuent, pour reprendre du 15 au 23.

A partir de ce moment, amélioration progressive et continue, réapparition de l'intelligence et de la parole qui avait disparu depuis 1 mois, température stationnaire et réglée par les applications plus ou moins prolongées de glace, sur la tête et le cœur; cessation progressive des accidents méningés: réveil de l'appétit; disparition des lésions impétigineuses muqueuses et cutanées, mais abcès multiples. Enfin, convalescence extrêmement longue et délicate, et, au bout de 3 mois, retour à la santé, avec restitution de l'intelligence, aussi vive qu'avant la maladie.

Pour les auteurs, toute la série d'accidents survenus après la diphthérie doit être mise sur le compte de la streptococcie, mais nullement sur celui d'une modification produite dans l'organisme par le sérum de Roux. Dans les cas associés, dans les angines à bacilles de Löffler et à streptocoques, le sérum de Roux agirait tout à fait indirectement : en débarrassant l'organisme de l'élément löfflerien, il éviterait la symbiose microbienne et ses effets désastreux, mais il ne débarrasserait pas l'individu des autres espèces pathogènes qui se trouvent dans la fausse membrane ou qui la font naître; il ouvrirait donc, par la survie qu'il donne à l'individu, un champ nouveau où les affections additionnelles vont pouvoir se donner libre cours.

De la leucocytose dans les maladies infectieuses, par L. Stiénon (*Ann. de la Soc. roy. des sciences médic. et natur. de Bruxelles*, 1896, p. 185). — Le processus de la leucocytose ne consiste pas seulement dans une augmentation du nombre des leucocytes. Il consiste encore dans une sorte de maturation précoce, d'involution prématurée des globules blancs, caractérisée par l'abondance des leucocytes à noyau polymorphe et résultant sans doute de l'action délétère des virus infectieux. Ces modifications peuvent exister même sans augmentation du nombre des leucocytes. Elles sont suivies d'une phase de réparation dans laquelle abondent les éléments jeunes, à noyau simple et éosinophile.

La varicelle du larynx, par Marfan et Hallé (*Revue des maladies de l'enfance*, 1896, vol. XIV, fasc. I, p. 1). — Les auteurs attirent l'attention sur une nouvelle manifestation de la varicelle, la varicelle du larynx, dont ils ont observé 2 cas, un qui a guéri après trachéotomie, l'autre qui a succombé malgré cette intervention. Dans les 2 cas, l'examen bactériologique a montré qu'il ne s'agissait pas de diphthérie. En compulsant la littérature du sujet, les auteurs n'ont trouvé que 2 observations analogues : une d'Ollivier, l'autre de Manouvrier. Ces 4 observations forment la base de l'étude que les auteurs consacrent à la varicelle du larynx.

Les déterminations laryngées de la varicelle sont précoces; elles se produisent dès le début de l'éruption ou très peu de temps après, ce qui contribue à les séparer des laryngites dues à une infection secondaire et étrangère.

La laryngite varicelleuse est caractérisée anatomiquement par de petites ulcérations circulaires, peu nombreuses, siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. Autour de ces ulcérations, la muqueuse peut être le siège d'une hyperhémie plus ou moins intense et plus ou moins étendue. Ces deux ordres de lésions expliquent les deux formes cliniques qui trahissent l'existence de l'exanthème laryngé. Tantôt, comme dans les 2 cas des auteurs, la varicelle du larynx détermine une laryngite avec sténose permanente simulant le croup diphthérique et nécessitant la trachéotomie; tantôt, comme dans le cas d'Ollivier, elle se traduit seulement par des accès de spasme de la glotte, qui peuvent être mortels.

La varicelle du larynx est donc grave, puisque sur les 4 cas observés, un seul a pu être sauvé par la trachéotomie. Dans les autres cas, la mort est survenue, soit dans un accès de spasme de la glotte, soit par le fait d'une broncho-pneumonie secondaire dont le développement a certainement été favorisé par les lésions spécifiques du larynx.

Lorsqu'une laryngite suffocante se développe au cours d'une varicelle, il ne faut pas en conclure tout de suite qu'elle est de nature varicelleuse, quoique cela soit très probable quand elle paraît dès le début. La diphthérie, notamment, peut coïncider avec la varicelle, de sorte que pour écarter l'idée de diphthérie, il faudra auparavant pratiquer l'examen bactériologique des sécrétions de la gorge.

Quant au traitement, la trachéotomie ou l'intubation s'impose dès que le tirage devient intense et persistant ou quand il se produit des accès de suffocation qui menacent la vie.

Les troubles digestifs des hystériques, par R. Verhoogen (*Ann. de la Soc. roy. des sciences médic. et natur. de Bruxelles*, 1896, p. 1). — Il y a lieu de décrire une *dyspepsie hystérique*, qui peut exister soit à l'état isolé, soit en même temps que d'autres manifestations de la névrose et même acquérir la valeur d'un équivalent. Il serait prématuré de préciser par quels caractères ce syndrome diffère de la dyspepsie neurasthénique ou des autres types de dyspepsie nerveuse; cependant, l'auteur pense que ce qu'on a appelé la neurasthénie gastrique, est le plus souvent constitué par la seule dyspepsie hystérique, et que les accidents digestifs sont rares dans la vraie neurasthénie. Dans l'épilepsie, on observe aussi des accidents analogues, crises de salivation et de diarrhée qui constituent des équivalents épileptiques.

Ce travail est une véritable monographie des troubles digestifs chez les hystériques.

Tachycardie paroxystique (Ueber paroxysmale tachycardie), par Loeser (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIII, fasc. 3, p. 648). — L'auteur publie avec beaucoup de détails deux observations de tachycardie paroxystique où l'examen du cœur pratiqué pendant les accès a montré que les accès de tachycardie ne s'accompagnaient d'aucune dilatation des cavités cardiaques. Ce point paraît fort important à l'auteur puisqu'il tranche le différend entre Huppert, Bouveret, Langer et autres, d'un côté, qui considèrent cette dilatation, quand elle existe, comme secondaire à la tachycardie, et Martins, Hochhaus, de l'autre, pour lesquels la dilatation du cœur serait primitive et la tachycardie un phénomène secondaire.

En s'appuyant sur ces deux observations et plusieurs autres trouvées dans la littérature et où l'examen du volume du cœur a été fait pendant l'accès, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° La tachycardie paroxystique est une maladie autonome devant être séparée de la tachycardie que l'on observe à titre de symptôme dans un grand nombre d'affections.

2° La dilatation du cœur est fréquente, mais nullement constante pendant l'accès dont elle constitue par conséquent une simple complication.

3° L'incertitude qui règne au sujet de la pathogénie de la tachycardie paroxystique ne permet de formuler aucune hypothèse sur la nature et le mécanisme de la dilatation secondaire du cœur pendant l'accès.

Histogénèse du tubercule miliaire (Beitrag zur Histogenese der miliaren Tuberkels), par Kockel (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIII, fasc. 3, p. 574). — Pour étudier l'histogénèse du tubercule, l'auteur a injecté à des lapins et à des cobayes, directement dans la veine mésentérique, des cultures tuberculeuses et dans une autre série, à titre de comparaison, du froment finement pulvérisé. Les animaux étaient ensuite sacrifiés à des intervalles variables et leurs foies examinés au point de vue de l'évolution des tubercules qui s'y formaient. Les recherches ont montré les faits suivants :

1° Après l'injection de cultures tuberculeuses dans la veine porte, il se forme des thrombus contenant des bacilles, mais qui ne se vascularisent pas ou se vascularisent à peine. La nécrose des cellules hépatiques qui survient à la suite de ces injections n'est pas spécifique de la tuberculose, puisqu'elle s'observe aussi après l'injection de poudres inertes. Cette nécrose

est très certainement produite par les thromboses de la veine porte.

2° Le premier produit spécifique des bacilles ayant pénétré dans le foie est le tissu de granulation qui apparaît le long de la capsule de Glisson; il est spécifique, parce qu'il n'a aucune tendance à la cicatrisation et que plus tard il subit la dégénérescence caséeuse.

3° Les tubercules miliaires proprement dits du foie apparaissent au neuvième jour après l'injection. Ils se développent toujours à l'intérieur des capillaires et, au début, ne renferment pas de vaisseaux.

4° Tous les produits tuberculeux du foie proviennent, d'une façon exclusive, de la prolifération des cellules endothéliales et des cellules conjonctives; les cellules hépatiques et les leucocytes n'interviennent probablement pas dans l'histogénèse du tissu tuberculeux.

5° Le tubercule miliaire du foie débute souvent par l'apparition d'une cellule géante, lesquelles cellules, dans le foie, se développent anx dépens des thromboses capillaires hyalisées et des cellules endothéliales.

6° Le réticulum du tubercule du foie est essentiellement un produit de coagulation formé par les solutions fixatrices.

7° La caséification des produits tuberculeux doit être attribuée aux bacilles tuberculeux qui s'opposent à la formation des vaisseaux, ou bien encore à l'oblitération des vaisseaux existants par la prolifération particulière de l'endothélium.

8° La propagation secondaire des bacilles tuberculeux contenus dans les thromboses de la veine porte s'effectue principalement par l'intermédiaire des leucocytes.

9° Il est possible que le parenchyme du foie exerce une action bactéricide sur les bacilles tuberculeux.

Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie du furfurol. Symptômes de l'intoxication aiguë par le furfurol, par A. Joffroy et R. Serveaux (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 195). — Appliquant à l'étude de la toxicité du furfurol la méthode exposée par eux dans des mémoires précédents (voir *Gaz. hebd.*, p. 188, *Merc. méd.* 1895, p. 592), les auteurs montrent l'utilité de la distiction qu'ils ont établie entre la toxicité expérimentale et la toxicité vraie. La toxicité expérimentale du furfurol est sensiblement la même chez le chien, le lapin et le cobaye et a pour coefficient 0gr24. Mais la toxicité vraie diffère : son coefficient est 0gr20 chez le chien et 0gr14 chez le lapin.

L'intoxication par le furfurol produit des troubles respiratoires assez particuliers (pauses respiratoires) précédant l'arrêt du cœur, des convulsions et de véritables attaques épileptiques, des paralysies motrices et sensitives, de l'hypothermie, de la diarrhée parfois sanguinolente et des vomissements sanglants.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Acide benzoïque.

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau (1 p. 400), soluble dans la glycérine, l'alcool faible (1 partie se dissout dans 3 parties d'alcool à 60°), l'éther.

Propriétés thérapeutiques. — Stimulant. Anticatarrhal. Antiseptique faible.

A été employé dans la pneumonie à forme adynamique (Leyden), la fièvre typhoïde, le typhus (Zuelzer), le collapsus, la néphrite (Rohde), l'urémie, avec des succès divers.

C'est dans les cas de pneumonie avec cyanose, adynamie cardiaque et tendance à la syncope que l'acide benzoïque donne les meilleurs résultats; il agit à la fois comme expectorant et comme excitant (Rohde, Bourneville). Dans le mal de Bright, il n'aurait, au contraire, aucune action (Muñoz, Rohde).

Dose usuelle. — *a*) *Chez l'enfant :* De 1 à 5 ans, 5 centigrammes par injection, 10 centigrammes en 24 heures; de 5 à 15 ans jusqu'à 30 centigrammes. — *b*) *Chez l'adulte :* 10 centigrammes par injection (jusqu'à 50 centigrammes et même 1 gramme en 1 heure). Les injections peuvent être répétées en série, jusqu'à 4 fois dans la journée.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats :* La douleur est assez vive, mais ne persiste pas au delà de quelques minutes. Si la solution est récente et absolument stérile, il n'y a pas à craindre d'indurations consécutives.

b) *Eloignés :* L'élimination se fait très rapidement par les émonctoires naturels (glandes sudoripares, glandes salivaires, rein, poumon). Le pouls se relève, il y a de l'accélération passagère des contractions cardiaques, les mouvements respiratoires prennent de l'amplitude; enfin il y a une tendance marquée à la diurèse.

FORMULES

Acide benzoïque . . . . 1 gr.
Alcool à 60°. . . . . 10 gr.
1 à 2 cent. cubes.

(Rohde, Dujardin-Beaumetz.)

Acide benzoïque . . . . 2 gr. 50
Alcool à 90°. . . . . } āā 15 gr.
Eau distillée. . . . . }
1 à 4 cent. cubes en 1 heure.

(Rohde, Bourneville.)

Cette solution doit être chauffée à 35°, 38° avant d'être injectée.

Acide benzoïque . . . . 1 gr.
Glycérine neutre . . . . 12 gr.
Très douloureuse. — 1 à 4 cent. cubes.

Associations. — Les propriétés stimulantes de l'acide benzoïque sont exaltées par son association avec le camphre.

C'est encore dans la pneumonie à forme adynamique qu'on peut utiliser cette combinaison; mais cette solution a l'inconvénient d'être très mal acceptée des malades, en raison des vives douleurs qu'elle provoque. Aussi lorsque nous parlerons du camphre, nous verrons comment cette association est avantageusement remplacée par l'huile camphrée, telle qu'elle a été préconisée par M. Huchard.

Néanmoins les formules suivante peuvent rendre de grands services dans les cas de faiblesse cardiaque, de syncope, chez les pneumoniques et même être utilisées, comme l'a proposé Gutmann dans le traitement des formes graves de l'anémie.

FORMULES

Solution alcoolique d'acide benzoïque à 1/12. . . . . } āā 1 gr.
Solution alcoolique de camphre à 1/12. . . . . }
Alcool faible . . . . 12 gr.
Plusieurs fois une seringue entière dans l'espace d'une heure

(Leyden et Rabow, Rohde.)

Acide benzoïque . . . . } āā 1 gr.
Camphre . . . . }
Alcool à 60°. . . . . 18 gr.
1 cent. cube comme stimulant.

(Dujardin-Beaumetz.)

Acide benzoïque. . . . . } āā 1 gr.
Camphre. . . . . }
Alcool à 60°. . . . . 12 gr.
1 cent. cube comme stimulant puissant dans l'anémie.

(Gutmann.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des médecins de France.

37° séance annuelle.

C'est par une cordiale et généreuse allocution de M. le président Lannelongue que s'est ouverte la 37° assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, le 12 avril 1896; rappelant la réception qui lui a été faite par la Société locale des médecins des Bouches-du-Rhône et souhaitant la bienvenue aux membres du nouveau Conseil administratif, MM. G. Masson, Cerise et Marie, il évoque le brillant et fécond passé de l'Association, en émettant l'espoir que bientôt de nouvelles œuvres viendront témoigner de sa puissante vitalité.

Pour le nouveau trésorier de l'Association la tâche était singulièrement malaisée. M. Blache s'en est tiré en précisant avec la plus lumineuse clarté la situation financière de l'œuvre et en établissant avec une entière franchise le caractère et la valeur de ses ressources.

L'exercice 1895-1896 s'élève, en recettes et en dépenses, à 39 922 fr. 59, comprenant entre autres : aux recettes, une somme totale de 24 088 fr. 68 versée par les sociétés locales, 3 675 fr. 15 pour les intérêts de la réserve, et 12 148 fr. 16 encaissés au premier jour de l'exercice. Parmi les dépenses, on remarque une somme de 4 690 fr. allouée sous forme de subvention à 18 sociétés locales et une somme de 8 000 francs représentant l'allocation de la caisse des fonds généraux à la caisse des pensions viagères.

Celle-ci a reçu en 1895-96 une somme de 67 346 fr. 76 provenant de legs, versements volontaires, arrérages de rentes, intérêts de fonds versés. Les sociétés locales lui ont fait un versement supérieur à celui de l'exercice précédent.

La caisse des pensions viagères possédait au 16 mars 1896 un avoir total de 1 756 274 fr. 73, dont 1 373 561 fr. à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse pour le service de 80 pensions; 379 068 fr. 66 en réserve à la caisse des dépôts et consignation pour le service des pensions à créer et 3 645 fr. 07 en caisse du trésorier; elle possède encore par affectation spéciale, 6 646 francs de rentes constituées.

L'actif de la caisse des veuves et orphelins, que l'Assemblée a décidée dans la séance du lundi, était à la même date de 3 020 francs.

Si bien que l'avoir total de l'Association, composé des fonds que réunissent la caisse des fonds généraux, celle des pensions et celle des veuves et orphelins, s'élève à 1 854 134 fr. 56, auxquels il faut joindre 1 175 000 francs environ que possèdent les sociétés locales, soit un avoir d'un peu plus de 3 millions de francs.

Dans un intéressant exposé rétrospectif, M. Blache examine les progrès successifs des finances de l'Association et le développement des secours et pensions qu'elle a distribués depuis sa fondation.

Le total des subventions accordées par le conseil général s'est élevé à 45 454 fr. 50 dont 19 650 francs alloués pendant ces 10 dernières années; 80 francs seulement en 1878, 4 690 francs en 1895-96. Jusqu'au 15 mars 1896, 63 sociétés (dont une dissoute) ont reçu des subventions dont l'ensemble varie de 100 francs à 2 820 francs; une seule a touché 3 700 francs.

Quant à la somme totale des secours alloués par les sociétés locales depuis leur affiliation elle s'élève à 1 343 241 fr. 64, c'est du moins le chiffre des secours dont le conseil général a été avisé; il est donc minimum.

La caisse des pensions viagères fondée en 1863 n'a commencé à servir ses rentes qu'en 1873-74. Elle a constitué 287 pensions, en comptant les 11 accordées par l'Assemblée de cette année, soit de 8 (en 1883) à 19 (en 1890) et le montant des rentes constituées a oscillé entre 3 900 francs (en 1876) et 12 600 francs (en 1895). Leur ensemble s'élève à 157 700 francs pour les 273 pensionnés jusqu'à fin 1895. Certains d'entre eux ont joui de leur titre pendant 15 ans, un grand nombre pendant 10 ans; enfin, quelques-uns, et c'est le petit nombre, n'en ont profité que pendant 2 ou 3 ans. Une somme de 800 000 fr. au minimum a été ainsi répartie entre les pensionnés.

Les sommes distribuées depuis la fondation se montent, au total, à 2 200 000 francs environ.

Actuellement, la caisse des pensions viagères, après la constitution des 11 pensions nouvelles, n'a plus qu'une réserve de 130 000 francs et les fonds disponibles de l'Association ne sont que de 210 000 francs, dont 130 000 francs ne sont en réalité pas disponibles, puisque, versés au compte des fonds de retraite, ils ne peuvent plus recevoir d'autre affectation. Ces ressources, quelque considérables qu'elles soient, sont loin d'être suffisantes pour satisfaire les désirs des sociétés, en raison surtout de la diminution des taux d'intérêts. Il y a 20 ans, avec 13 000 francs on constituait une pension de 600 francs; aujourd'hui il faut 22 856 francs pour une pension de 800 francs. Si l'on remplaçait toutes les anciennes pensions de 600 francs par de nouvelles pensions du même taux, il faudrait employer un capital de 1 500 000 francs en chiffres ronds, soit 126 000 francs de plus qu'elles n'ont coûté. 90 pensions à 800 fr. coûteraient à l'heure actuelle 2 057 000 fr.; or, la caisse des pensions ne possède que 1 756 000 francs. Étant donné que le bénéfice annuel de la caisse des pensions viagères n'est que de 70 000 francs au maximum, il faudra près de 20 ans pour servir 90 pensions à 1 200 francs, en admettant qu'elles ne soient jamais constituées à un taux inférieur de 3 fr. 50 p. 100, à moins de nouveaux legs considérables.

Les comptes de M. le trésorier sont approuvés, sur le rapport de M. Motet. « Recettes et dépenses s'équilibrent aisément, dit-il, et malgré des subventions plus nombreuses aux sociétés locales, votre situation est bonne, puisqu'elle se solde par un accroissement important de votre fortune. Vous pouvez donc en toute sécurité approuver les comptes qui vous sont présentés, et voter en même temps des remerciements à votre trésorier pour son excellente gestion pendant l'exercice 1895-1896. »

M. Lereboullet, secrétaire général donne ensuite lecture du *Rapport sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1895.*

Il débute en ces termes :

Messieurs,

Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre quand on s'intéresse aux choses de la médecine. » Ces paroles qu'un des maîtres les plus autorisés de l'École française prononçait le 24 mai 1885, à l'ouverture de son cours officiel de pathologie générale, ont été justement applaudies de tous ceux qui considèrent le progrès scientifique comme l'un des caractères essentiels de la vitalité d'une nation. Certes l'on doit s'estimer heureux d'avoir assisté à la genèse et à l'évolution d'une science nouvelle qui, perfectionnant nos méthodes de recherches, a permis à la chirurgie de tout oser et à la médecine de tout prévoir. Certes nous devons tous nous applaudir de voir la thérapeutique et l'hygiène s'appuyer sur des données positives, soit pour guérir

des affections réputées jusqu'alors comme incurables, soit pour arrêter les épidémies et prévenir la contagion.

Mais si nous quittons les hautes sphères d'où la science dicte à la pratique médicale les procédés et les méthodes qui contribuent à accroître la durée de la vie humaine pour examiner, au point de vue professionnel, la situation créée aux médecins par les lois, les administrations et surtout les mœurs contemporaines, c'est avec moins de sérénité que nous devons apprécier non les progrès accomplis, mais les changements apportés à notre existence ; c'est même avec une réelle tristesse qu'il nous faut constater les déboires plus nombreux chaque jour que rencontrent ceux qui n'ont pour se défendre que l'honnêteté, le respect de la dignité professionnelle et le sentiment du devoir.

Puis, après avoir énuméré toutes les circonstances dans lesquelles l'Association a pu venir en aide aux médecins qui ont fait appel à ses bons offices, il examine les diverses propositions discutées au Conseil.

Au sujet de la reconnaissance d'utilité publique il s'exprime dans les termes suivants :

A ce propos il nous a été demandé si la reconnaissance d'utilité publique de l'Association toute entière ou de quelques-unes des sociétés qui la constituent ne serait pas pour nous d'une réelle utilité. Les renseignements très précis que j'ai pris à cet égard me permettent de répondre négativement à cette première question.

L'approbation conférée aux Sociétés analogues à celles qui constituent notre fédération médicale leur confère la personnalité civile sauf le droit de posséder des immeubles, et nous devons reconnaître que cette possession entraînerait des obligations et des responsabilités dont nous ne saurions sans danger assumer la charge.

Nos fondés de pouvoir, en admettant que nous puissions déléguer ainsi nos droits à des tiers, auraient-ils toujours les aptitudes voulues pour ne pas faire péricliter les intérêts que nous serions appelés à leur confier, pour mettre en plein rapport les fermes ou les maisons qui appartiendraient à l'Association, pour recueillir les fonds provenant de baux et loyers, pour faire les réparations jugées nécessaires, pour acheter ou revendre en temps opportun les immeubles que nous aurions acquis ? Et, s'il survenait un découvert, quelles responsabilités encourraient ceux d'entre nous qui n'auraient pas su garantir la fortune de l'Association ?

D'autre part les statuts qui doivent être rédigés en vue de la reconnaissance d'utilité publique sont très étroits. Ils ne renferment qu'un très petit nombre d'articles que le Conseil d'Etat impose rigoureusement à toutes les sociétés qui sollicitent leur transformation. Il y a quatre ans une commission du Conseil général a tenu plusieurs séances chez son président M. Lannelongue pour essayer d'adapter notre réglementation fédérative aux statuts modèles que nous proposait le Conseil d'Etat. Bien que les avis si autorisés de Me Bétholaud et de ses éminents confrères ne nous aient pas manqué durant le cours de cette laborieuse étude, nous n'avons pu aboutir et nous avons dû renoncer aux bienveillantes propositions qui nous étaient faites. L'autonomie des Sociétés locales et la décentralisation que nous cherchons toujours à maintenir auraient sombré si la reconnaissance d'utilité publique eût été acceptée par l'Association tout entière.

M. le ministre de l'Intérieur estime cependant que, prise isolément, chacune de nos Sociétés pourrait se faire reconnaître. Y aurait-il avantage à procéder de la sorte ? Je ne le pense pas. Nos statuts, dans l'état actuel de la législation, sont assez facilement revisables à la condition que l'on ne modifie pas le caractère primordial des œuvres d'assistance que nous tenons surtout à faire prospérer. La fondation de Caisses nouvelles, l'augmentation du taux des cotisations, d'autres transformations jugées nécessaires seraient très facilement et très rapidement approuvées. La reconnaissance d'utilité publique impose, au contraire, pour la modification d'un seul article des statuts, toute une série de formalités, de démarches et de dépenses qui entravent pour de longs mois le progrès que l'on veut réaliser. L'autorisation formelle de la section du contentieux du Conseil d'Etat est indispensable. Toute une procédure est à introduire pour l'obtenir. Ne vous hâtez point dès lors de réclamer, en vue d'obtenir un titre qui ne vous donnera que peu d'avantages positifs, cette investiture nouvelle. Mais dites bien haut à tous ceux qui voudraient vous constituer nue propriétaires des libéralités qu'ils veulent faire à l'Association ou vous donner, après leur mort, un témoignage de leur constante sollicitude, que pour ne pas vous créer d'insurmontables difficultés, ils n'oublient pas que nous vivons sous le régime de la loi organique du 26 mars 1852 ; qu'avant de rédiger leurs testaments ou leurs actes de donation ils veuillent bien consulter le Conseil général de l'Association qui s'empressera de leur dire dans quels termes devront être précisées leurs volontés bienfaisantes. Et le jour où vous apprenez qu'un legs vous a été fait, n'attendez pas non plus pour faire intervenir près du ministère de l'Intérieur ceux qui, j'en ai l'assurance formelle, sont assurés d'y trouver pour les cas de ce genre toute la bienveillance que nous pouvons souhaiter.

En procédant ainsi vous éviterez toutes les divergences d'appréciation que suscitent près des administrateurs départementaux les incorrections plus apparentes que réelles des statuts qui nous réagissent. Ainsi nous parviendrons à vous garantir l'intégralité de la fortune que prétendent vous assurer ceux qui songent, en écrivant leurs dernières volontés, à laisser dans la mémoire de leurs confrères un souvenir d'affectueuse gratitude.

Il résume ensuite, dans les termes suivants le fonctionnement de l'administration :

L'Association générale des médecins de France est constituée par la fédération de 97 sociétés locales. Celles-ci sont autonomes. Pleine et entière liberté leur est donnée, conformément à des statuts approuvés par le Préfet de leur département, pour administrer ce que nous avons appelé *la Caisse des fonds généraux*, c'est-à-dire la Caisse des sociétés départementales. Celles-ci ne sont astreintes vis-à-vis de la Caisse centrale qu'au versement du dixième de leurs revenus annuels et des droits d'admission de leurs sociétaires. Si l'on demande aux Sociétés locales d'élever le taux de cotisation de leurs membres ce ne peut être que pour leur réclamer directement l'accroissement de fortune qui en résultera, c'est uniquement en vue de leur permettre de réaliser plus complètement qu'elles n'ont pu le faire jusqu'à ce jour tout le bien qu'attendent d'elles ceux qui ont droit à leurs subventions confraternelles ou encore de créer, grâce à leurs allocations volontaires et facultatives, des Caisses nouvelles.

Alors donc que l'on cherche à opposer l'Association générale aux Sociétés locales, lorsqu'on parle de la fortune de l'Association et des charges qu'elle impose aux Sociétés locales, on méconnaît absolument l'organisation de notre grande fédération confraternelle. La Caisse centrale, alimentée par des dons, des legs et par les subvention des Sociétés locales ne peut jamais posséder à son fonds de réserve un somme considérable. Ce fonds de réserve (art. 2, § 3 des statuts de la Caisse des pensions viagères) ne devrait même jamais dépasser 50 000 francs. Le surplus de l'avoir de la Caisse centrale doit être versé chaque année à la Caisse des pensions viagères.

Parlant des œuvres de prévoyance, le Secrétaire général, après avoir signalé la fondation de la Caisse des veuves et orphelins dont il est parlé plus loin, s'exprime ainsi :

Les œuvres de prévoyance, nous l'avons maintes fois déclaré, doivent être approuvées, défendues, et, je le voudrais surtout, soutenues par l'Association générale. Malheureusement ce que je viens de vous dire de notre situation, créée par la lettre même de nos statuts, nous a interdit jusqu'à ce jour les subventions que, sous forme de prêt ou d'allocations temporaires, je demandais l'année dernière d'accorder généreusement à tous ceux qui, s'étant inscrits à l'une des Caisses de prévoyance fondées en vue d'assurer des retraites ou des indemnités en cas de maladie, ne seraient pas en mesure de payer leurs primes annuelles. Il appartiendra aux Sociétés locales d'étudier à ce point de vue ce qu'elles pourront faire en distrayant de leur fortune lorsqu'elle est suffisante des *prêts d'honneur* destinés à un autre but, mais analogues à ceux que quelques-unes d'entre elles ont déjà consenti. Mais il importe qu'aucun de nous ne se désintéresse de

cette question. S'il arrive — et nous aimons toujours à l'espérer — qu'une loi plus libérale nous mette à même d'étendre la sphère de nos attributions et de constituer des Caisses de prévoyance, il faudra tout d'abord rechercher dans quelles conditions et comment les œuvres nouvelles devront être administrées. Comme l'a si bien dit notre Président, dans son discours de Marseille, toutes les sociétés locales devront garder « la gestion de leurs ressources et une autonomie entière, tout en ayant toujours le plus grand intérêt à resserrer encore les liens qui les unissent les unes aux autres ». N'est-ce pas affirmer que nous ne pouvons songer à imposer une règle uniforme à tous nos sociétaires; que nous devons tenir compte des divergences d'opinion que créent, suivant les régions, les aspirations et les mœurs du corps médical; qu'avant de vous proposer le fractionnement des cotisations, la création de livrets individuels et la spécialisation de notre comptabilité tels que l'exigera la loi nouvelle, il convient de vous encourager à tenir compte dès aujourd'hui des avantages que présentent, au point de vue de la Prévoyance, les Sociétés déjà fondées par plusieurs de nos confrères.

Certes nous ne nous refuserons pas, le jour où vous le croirez utile et où la législation nous le permettra, de nous entendre avec ces Sociétés confraternelles pour réaliser le progrès qu'attendent et espèrent de nous ceux qui ont surtout en vue l'assurance contre la maladie ou la vieillesse. Combien nos résolutions seraient plus faciles et plus sûrement acceptées de tous s'il nous était démontré, par le plus grand nombre d'adhésions qu'elles recevraient du corps médical français, que les idées de prévoyance tendent à être mieux comprises et que la majorité des médecins tient à prouver, non par des protestations platoniques, mais par une adhésion effective et par des actes mûrement réfléchis, que les œuvres de prévoyance sont facilement réalisables.

Enfin, après avoir annoncé que la Société du Rhône, se refusant à verser sa cotisation statutaire, a été exclue de l'Association générale des médecins de France, M. Lereboullet rend hommage à la mémoire des membres du Conseil et des présidents des Sociétés locales décédés dans le courant de l'année 1895.

Conformément aux propositions du Conseil, sont nommés : M. Hameau (d'Arcachon), vice-président; M. Blache, trésorier général; M. Philbert, secrétaire; MM. Bergeron, Durand-Fardel, Hallopeau, Leroux, A.-J. Martin et Worms, membres sortants, sont réélus membres du Conseil; MM. Lande (de Bordeaux) et Thibierge sont appelés à faire partie du Conseil, en remplacement de MM. Hameau et Philbert.

Lecture est ensuite donnée par M. Reynier de son rapport sur les 15 pensions viagères à accorder en 1896; celles-ci sont adoptées dans la séance suivante.

Deux questions ont surtout préoccupé les membres de l'Association à la séance d'affaires du lundi : celle de l'augmentation du droit d'admission ou de cotisation et celle de la création d'une caisse de secours pour les veuves et les orphelins.

Les résultats de la nouvelle enquête faite auprès des Sociétés locales, résultats exposés dans un rapport de M. Douvre, ont donné : sur la question du droit d'admission à 20 francs, 15 votes nettement affirmatifs, 4 avec maintien de la cotisation à 12 francs, 23 négatifs et 5 abstentions; sur la seconde question du droit de cotisation à 20 francs, 19 sont positifs, 29 négatifs et 1 abstention. D'ailleurs, presque toutes les sociétés attendent avec impatience, avant de modifier leurs statuts, la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels; un certain nombre ne demanderaient pas mieux que d'augmenter leur cotisation, si l'Association générale élargissait le champ de ses libéralités en créant de nouvelles œuvres. Enfin, de nombreuses sociétés admettent que le chiffre du droit d'admission soit porté à 20 francs, tout en maintenant la cotisation à 12 francs, parce qu'ils trouvent juste que ceux qui entreront à l'avenir et profiteront des avantages résultant des versements opérés par les anciens sociétaires, paient un droit d'entrée plus élevé.

Ces diverses opinions ont été exposées en séance par de nombreux délégués, notamment par MM. Delvaille (de Pau), Smester, Gérard (de Laon), Langlet (de Reims), Créquy, Durand-Fardel, Noquet (de Lille), Hameau (d'Arcachon), Legludic (d'Angers), Sannoy (de Ham). Sur la proposition de M. le président, l'Assemblée, à la majorité moins 7 voix, se prononce pour l'élévation du droit d'admission à 20 francs. Quant à l'élévation de la cotisation, elle reste facultative et ne pourra être utilement discutée que lorsque la législation en cours de discussion devant le Parlement aura pu apporter des modifications fondamentales à l'Association elle-même.

Dès maintenant, toutefois, l'Assemblée accepte à l'unanimité, les statuts proposés par le Conseil pour la création d'une caisse de veuves et orphelins.

Sur le rapport de M. A.-J. Martin, qui a été analysé (*Gaz. hebd.*, p. 359), les vœux suivants sont pris en considération :

1° Que les rapports présentés chaque année à l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, soient adressés aux délégués des Sociétés locales 10 ou 12 jours avant la réunion (*Société des Landes*).

2° Qu'il soit accordé dorénavant aux Sociétés locales 1 délégué à l'Assemblée générale pour 50 sociétaires (*Société de la Vienne*).

3° Qu'aussitôt que la loi le permettra, l'Association générale ajoute à ses caisses déjà existantes, une caisse indemnité-maladie, alimentée par des souscriptions volontaires (*Société de Saint-Quentin*).

4° Que l'Association générale vote en faveur de chacun des pensionnés à 600 francs, une somme de 100 francs, à condition que les Sociétés locales accordent de leur côté un secours de 100 francs aux mêmes pensionnés, afin d'uniformiser le taux des pensions viagères en les portant toutes à 800 francs (*Société des Landes*).

5° Que les retraites en faveur des anciens pensionnés de l'Association générale qui ne touchent que 600 francs, tandis que les nouveaux reçoivent 800 francs, seront unifiées à ce dernier taux (*Société du Pas-de-Calais*).

6° Qu'à l'avenir, les pensions attribuées au taux de 800 francs, s'appliquent de préférence aux plus anciens pensionnés, le nouveau pensionnaire entrant alors en possession de la pension moins élevée de son collègue (*Société du Jura*).

7° Que toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux soient données au concours; que les places de médecins et de chirurgiens titulaires soient données, sans contestation possible, aux adjoints et suivant l'ordre de leur nomination (*Société de la Seine-Inférieure*).

8° Que la déclaration des maladies dites épidémiques soit faite par la famille et non par les médecins, auxquels elle porte un préjudice considérable; que les pouvoirs publics rendent les mesures de désinfection obligatoires et sérieuses (*Société de Saône-et-Loire*).

— Au banquet, que présidait M. Brouardel, en remplacement de M. Lannelongue, empêché par un cruel et récent deuil de famille, les délégués des Sociétés locales avaient répondu en grand nombre à l'invitation du Conseil général. Des toasts ont été prononcés par M. Brouardel, aux délégués; par M. Hameau, au Conseil général; par M. Motet, aux membres du Conseil judiciaire et aux nouveaux membres du Conseil administratif; par M. G. Masson, au nom de ces derniers, à la Société.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Observation d'un cas de paralysie diphthéritique survenue un mois après la sérumthérapie,

Par M. le Dr Le Filliatre,

Lauréat de la Faculté de médecine, ex-préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Les paralysies diphthéritiques survenant après la sérumthérapie n'étant pas encore très connues, il nous a paru intéressant, sur le conseil du Dr Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, de rapporter l'observation suivante :

Le 3 décembre nous sommes appelés après du nommé Marius M..., âgé de 2 ans et 10 mois, l'enfant est atteint de croup. Le diagnostic *diphthérie* est confirmé par l'examen bactériologique du Dr Miquel à qui nous avions adressé des tubes ensemencés.

Le 3 décembre au soir nous faisons une 1re injection de sérum de 15 cent. cubes dans le flanc droit de l'enfant, 48 heures après une 2e injection de 10 cent. cubes est faite dans le flanc gauche : 12 heures après les fausses membranes ont complètement disparu. L'enfant respire facilement, le pouls est normal, la fièvre nulle, l'adénopathie sous-maxillaire seule persiste. L'enfant continue à se bien porter jusqu'au 5 janvier 1896, *début de la paralysie diphthéritique.*

Comme antécédents héréditaires, rien du côté du père et de la mère, un frère mort à 10 ans de croup, un 2e frère mort à 5 mois d'une entérite aiguë et une sœur âgée de 15 ans présentant actuellement des accidents hystériques liés à de la chorée.

Comme antécédents personnels, coqueluche à l'âge de 2 mois qui dure jusqu'à 7 mois faisant apparaître une hernie inguinale droite qui persiste toujours; phénomènes d'entérite il y a 6 mois survenant à la suite d'un corps étranger (petit grelot en cuivre) avalé par l'enfant, la diarrhée persiste pendant 2 mois jusqu'au moment où le grelot est expulsé de l'intestin.

Le 5 janvier la mère et l'entourage s'aperçoivent que l'enfant parle du nez; le 6, l'enfant se met à baver et sa voix est tellement nasonnée qu'il est presque impossible de le comprendre.

Jusqu'au 9, ces symptômes persistent seuls. Le 9 janvier au soir la mère remarque que son enfant penchait la tête en avant ; le 10 au matin, le menton tombait sur la poitrine et l'enfant était incapable de relever sa tête; la voix est toujours aussi nasonnée, l'enfant salive de plus en plus et la déglutition se fait difficilement, les liquides seuls peuvent être absorbés.

Ces symptômes vont augmentant jusqu'au 18 janvier époque à laquelle la mère nous fait appeler. A ce moment l'enfant présente à s'y méprendre l'attitude d'un mal de Pott cervical, mais aucune douleur à la pression sur les apophyses épineuses; les mouvements communiqués de la tête sur le cou, les mouvements propres du cou se font sans douleur; en outre pas de troubles de la sensibilité cutanée; *les réflexes rotuliens paraissent normaux, le réflexe pupillaire est conservé.* Quand on dit à l'enfant de relever sa tête, il ne le peut, le menton reste collé sur la première pièce du sternum et les muscles du dos seuls se contractent. Cette paralysies des muscles de la nuque semble porter principalement sur les muscles extenseurs du cou (splénius, grand et petit complexus, transversaire, grand et petit droit postérieurs de la tête, petit oblique, petit dentelé portérieur et supérieur).

Les mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête se font à grand' peine et les s. c. m. semblent seuls entrer en jeu.

Les muscles des régions sus-épineuses paraissent paralysés ainsi que les muscles élévateurs et adducteurs de l'omoplate (angulaire de l'omoplate, trapèze dans la moitié supérieure rhomboïde).

Rien du côté des muscles de la région antérieure, rien du côté des membres, le ventre est bombé dans son tiers inférieur par suite d'une paralysie des muscles de l'abdomen plus marquée au niveau des grands droits.

L'absence de la douleur provoquée par la pression et par les mouvements, les antécédents du petit malade, le début de l'affection, la voix nasonnée, la parole incompréhensible, la salivation, la paralysie de l'orbiculaire, des lèvres, des buccinateurs, des dilatateurs des narines, du voile du palais, des muscles de la nuque et des grands droits de l'abdomen nous font rejeter l'idée première d'un mal de Pott cervical pour porter le diagnostic de *paralysie diphthéritique.*

Nous faisons confirmer notre diagnostic par M. le professeur Marie et comme traitement on se contente d'électriser chaque jour les groupes musculaires atteints.

Le 23 janvier la salivation a disparu; le 24, la parole devient compréhensible, le voile du palais se contracte, le 26, les mouvements d'extension de la tête deviennent possibles, les muscles de l'abdomen paraissent normaux ainsi que les dilatateurs des narines.

Le 8 février 1896 tout symptôme de paralysie a complètement disparu.

En somme cette forme de paralysie tardive survenue un mois après le croup, à siège spécial, d'une durée de

33 jours, *sans trouble de la sensibilité avec des réflexes normaux*, nous a paru être relativement bénigne.

Serait-ce là un type anormal de paralysie diphthéritique? Serait-ce là une simple coïncidence pathologique relevant d'une autre cause que de la diphthérie ou du sérum? Serait-ce enfin une paralysie diphthéritique modifiée dans sa localisation et son évolution par la sérumthérapie? Ce sont là autant d'hypothèses qu'il nous est permis de faire et que l'avenir seul pourra peut-être résoudre.

REVUE DES CONGRÈS

VIIe SESSION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

Éruption bulleuse simulant les éruptions bromiques.

M. du Castel a présenté une syphilitique ancienne, qui est restée 4 ans sans suivre un traitement. Il y a un mois elle vit apparaître une éruption sur les mains, et l'attribuant à la syphilis, elle reprit le traitement spécifique sous forme de sirop de Gibert, qui semble avoir exagéré son affection. Actuellement les lésions sont constituées sur la figure et le cou par une saillie érythémateuse qui devient bulleuse, et sur les mains on voit de larges surfaces dénudées, avec soulèvement épidermique autour. Au premier abord, la lésion donne l'impression d'une éruption bromique, mais la malade n'a pas pris de bromure. Il ne s'agit pas non plus d'une éruption iodique. Aussi M. du Castel se demande s'il ne faut pas admettre un érythème polymorphe.

M. Hallopeau trouve que l'éruption a tous les caractères de certaines éruptions iodiques.

M. Gastou a observé un cas semblable dans le service de M. Fournier. Les bulles y ont été suivies de véritables végétations qu'on eût pu attribuer à du mycosis.

Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire.

M. Balzer a observé un garçon de 5 ans 1/2, syphilitique héréditaire, soumis au traitement préventif, qui est venu consulter. En l'examinant M. Balzer découvrit chez lui une plaque gangréneuse du voile du palais, qui disparut et se cicatrisa régulièrement sous l'influence de l'iodure de potassium à hautes doses, bien supportées, d'ailleurs, par les enfants. Quant à la cause de cette gangrène M. Balzer l'attribue à une artérite syphilitique de l'artère palatine postérieure.

M. Barthélemy pense qu'en dehors de l'artérite la lésion a pu être produite par des microbes. D'autre part, on connaît des gommes gangréneuses qui se produisent sans artérite.

M. Balzer croit que pour se manifester l'action des microbes devait être secondée par une modification des tissus due à une lésion artérielle.

M. Hallopeau croit que l'intensité seule du virus syphilitique suffit à provoquer des gangrènes en masse par l'oblitération vasculaire qu'elle produit.

Dysphagie de la période secondaire de la syphilis.

M. Augagneur. — Chez les syphilitiques, la dysphagie se manifeste d'une façon irrégulière, tantôt avec des lésions pharyngées, plaques muqueuses par exemple, tantôt sans lésions pharyngées.

Généralement elle est peu accusée, et si on examine au laryngoscope le pharynx, on voit à la partie postérieure de la langue une tuméfaction qui varie suivant les cas, tantôt grosse comme une amande, mamelonnée, rouge livide, tantôt simplement recouverte d'un enduit pultacé et sillonnée de rhagades.

La déglutition s'accompagne d'une douleur au niveau de l'os hyoïde et du plancher de la bouche, répondant au siège de l'amygdale linguale, de l'anneau lymphatique de Waldeyer. Son mécanisme trouve son explication dans la disposition anatomique des lésions ; en effet, au moment de la déglutition, le tissu lymphatique qui forme l'amygdale linguale est tiraillé par le muscle lingual. Ce phénomène qui n'est pas autrement perçu dans l'état de santé devient l'occasion d'une douleur assez vive, lorsque cette masse lymphatique gonflée se trouve prise entre le bol alimentaire qui la comprime et le muscle lingual qui la tiraille.

M. Renaut a trouvé la dysphagie moins fréquente que ne le dit M. Augagneur.

M. Jullien fait observer que dans la région de l'arrière-langue M. Lewin a signalé un état lisse particulier dû à l'atrophie des éléments lymphatiques de la partie postérieure de la langue auquel il attribue une grande valeur même au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis.

Deux nouveaux cas de lichen plan avec éléments acuminés.

M. Hallopeau. — La coïncidence de ces deux ordres d'éléments n'est pas très rare : chez l'un des malades que nous présentons, les lésions sont presque exclusivement limitées à la muqueuse buccale : on y voit à côté de plaques étoilées caractéristiques des nodules acuminés très résistants; c'est à tort que divers auteurs ont conclu de cette coïncidence à une identité de nature entre le lichen plan et le pityriasis rubra pilaire.

Il ne faut pas seulement considérer les caractères objectifs des lésions élémentaires, mais aussi leurs localisations, leur mode de groupement, les sensations subjectives qui les accompagnent et leur structure; à ces différents égards, le pityriasis rubra pilaire (lichen ruber acuminatus des Allemands) diffère du lichen plan, ce sont des espèces distinctes.

Trois cas de leucémie avec adénopathies énormes et prurigo intense.

MM. Hallopeau et **Prieur.** — Ces faits présentent surtout de l'intérêt au point de vue des relations que l'on peut invoquer entre le mycosis fongoïde et la leucémie; divers auteurs tendent à croire que le mycosis n'est autre chose qu'une lymphadénie cutanée; les lésions histologiques sont en faveur de cette manière de voir, mais il n'en est pas de même de la clinique; en effet, un des caractères du mycosis est de donner lieu à un prurit intense, sans éruption de prurigo; or, chez les 3 malades observés par nous, la leucémie et les lymphadénies coïncident avec une éruption prurigineuse intense que n'explique aucune altération appréciable de la peau; la cause prochaine de ce prurit reste indéterminée.

Sur une urticaire pigmentaire en bandes transversales parallèles au trajet des nerfs et cicatrices.

MM. Hallopeau et **Bureau.** — C'est la seconde fois que nous constatons ces 2 particularités; la disposition en bandes transversales est des plus frappantes chez ce malade : elles sont parallèles et forment des demi-ceintures rappelant la disposition du zona. Ce fait rapproché de la présence de cicatrices plaide en faveur de la nature trophonévrotique de cette dermatose.

Sur la dermatite bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques, sa nature tropho-névrotique et sa transmission héréditaire pendant plusieurs générations.

MM. Hallopeau et **G. Bureau.** — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : cette dermatose constitue une espèce morbide nettement différenciée; de légers chocs suffisent à provoquer le développement de bulles citrines ou sérosanguinolentes qui s'agrandissent progressivement ; leur siège de

prédilection est le côté de l'extension des articulations des membres, mais on peut également les observer sur le tronc et dans la bouche; généralement indolentes, elles peuvent devenir le siège ou être précédées de vives sensations prurigineuses; elles laissent à leur suite des macules, des cicatrices et des nodules miliaires dus à l'oblitération par l'épiderme régénéré des conduits glandulaires; la distribution des éléments éruptifs peut correspondre à des trajets nerveux; il s'agit selon toute vraisemblance, non d'une dystrophie, mais d'une trophonévrose, évidemment héréditaire.

Desquamations linguales tardives au cours de la syphilis traitée par le mercure.

M. Morel-Lavallée. — Dans le cours d'une série d'injections de calomel faites pour une syphilide papulo-tuberculeuse plantaire, j'ai vu survenir chez mon malade, syphilitique depuis plus de 10 ans, une glossite desquamative en aires, revêtant l'aspect typique des plaques muqueuses. C'étaient des taches ovales carminées, lisses, à grand axe antéro-postérieur, à la surface desquelles le gazon papillaire était absolument rasé, et sans rebord saillant ou coloré. Ces plaques blanchissaient par le nitrate d'argent, donc ce n'était pas de la glossite scléreuse.

Le malade nous raconte alors que depuis qu'il avait été contaminé et qu'il se soignait, il avait souvent remarqué sur la langue de semblables lésions qui avaient évolué et guéri seules en 2 ou 3 semaines.

En 1893 déjà, nous avons signalé une glossite semblable due à l'antipyrine et nous nous rappelons d'ailleurs l'herpès lingual récidivant attribué par M. Fournier au traitement mercuriel; aussi rejetons-nous ici l'hypothèse de plaques muqueuses, d'accidents secondaires tardifs d'ordre contagieux, et regardons-nous comme vraisemblable l'idée d'une desquamation linguale sous l'influence du traitement par les injections mercurielles.

Syphilis tertiaire.

MM. A. Fournier et Gastou présentent les pièces provenant d'un syphilitique qui, venu dans le service pour des syphilides tuberculo-squameuses disséminées, fit du pseudo-rhumatisme infectieux, lequel se localisa surtout à l'articulation sterno-claviculaire gauche. Malgré le traitement (iodure et calomel en injections) survinrent des accidents pulmonaires sans signes cardiaques et le malade mourut au bout de 3 semaines en état de cachexie.

A l'autopsie : épanchements pleural et péritonéal séreux; végétations dures et non friables de la valvule mitrale; lésion du rein droit ayant l'aspect d'un infarctus; lésion grisâtre de la rate, irrégulière et occupant la surface et la profondeur.

Histologiquement, les végétations étaient formées d'un tissu fibrineux et réticulé, contenant des lacunes vasculaires remplies de globules rouges, de leucocytes, de microcoques et bâtonnets indéterminés; dans le foie, altération de sclérose embryonnaire trabéculaire sans néocanalicules. Dans le rein et la rate, inondation sanguine dissociant et comprimant les éléments de l'organe. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une endocardite infectieuse syphilitique qui aurait été la cause des lésions et de la mort.

Durée anormalement longue de la contagion dans les cas bénins de syphilis.

M. Barthélemy. — M. Fournier a fait souvent remarquer la durée anormalement prolongée des accidents secondaires. Dans ces cas, les lésions sont remarquablement bénignes et superficielles : mais cette récidive des accidents résulte de l'absence de traitement et le danger social n'en est que plus considérable. Dans les cas de contagion par ces lésions, M. Barthélemy a été frappé de la bénignité des syphilis prises de la sorte. Il se demande donc si le temps n'aurait pas atténué les lésions contaminantes.

M. Feulard. — Pour résoudre cette question, le meilleur moyen serait de rechercher la contagion conjugale surtout chez les malades qui se sont mariés après avoir consulté leur médecin.

M. Ferras a vu un cas très net de contagion de plaques transformées par le tabac ou l'alcool chez les vieux syphilitiques. Or, on admet que dans ces cas la contagion est peu possible.

M. Augagneur. — La syphilis même bénigne et avec des accidents bénins donne la contagion.

M. Leredde a vu un malade qui eut des plaques muqueuses 4 ans seulement après le chancre et la roséole.

Curabilité de la syphilis dépigmentaire.

M. Jullien a présenté une jeune femme chez laquelle, au cours de la syphilis en pleine floraison et remontant à 3 ou 4 mois, on constata l'apparition de taches blanches, dont les dimensions pouvaient aller de celle d'un pois à celle d'une pièce de 2 francs, et qui tigraient le cou, la poitrine, le dos, sans guère dépasser le thorax.

Sous l'influence du traitement par les injections de calomel il se manifesta une atténuation sensible de l'éruption achromique, et sa disparition est vraisemblablement prochaine.

Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives.

MM. Gastou et Canuet ont observé un garçon de 5 ans 1/2 qui a fait des poussées successives de véritable gangrène cutanée multiple ayant en certains points l'aspect clinique de l'ecthyma, en d'autres points la forme de folliculites pustulo-ulcéreuses. Cette affection, survenue dans le cours d'un impétigo, a duré un mois environ, a évolué par poussées successives, s'est accompagnée d'angine, de stomatite diphthéroïde impétigineuse, de blépharo-conjonctivite, de coryza, de bronchite et de fièvre.

Il ne semble pas qu'elle rentre dans l'ecthyma simple, mais plutôt dans le groupe des affections dénommées gangrènes multiples disséminées de la peau, sans qu'elle affecte nettement un des types de ce groupe.

Anatomiquement, elle se caractérise par une inflammation diffuse de la peau, avec prédominance d'altération au niveau des glandes sudoripares et de leurs conduits.

Sa nature bactériologique la met dans les staphylococcies cutanées à côté de l'impétigo et du furoncle.

Psoriasis palmaire à propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main.

M. Darier. — Le terme de psoriasis palmaire et plantaire a servi autrefois à désigner toutes les éruptions squameuses de la paume des mains et de la plante des pieds : on ajouta, avec Hebra et Hardy, qu'il était le plus souvent syphilitique de nature. Puis on décrivit sous ce nom les syphilides palmaires, confondant plus ou moins toutes les autres dermatoses du même siège sous l'appellation d'*arthritides palmaires de Bazin*. Ce terme englobe des éruptions qu'il faut distinguer et notamment : des dermites artificielles, la dysidrose, la trichophytie, les kératodermies, l'eczéma, le lichen et le psoriasis vrai.

J'ai l'honneur de vous présenter 2 malades et la photographie d'un troisième atteints d'un psoriasis vrai limité exclusivement à l'une des mains, avec intégrité de toutes les autres régions des téguments. Si cette maladie épargne d'ordinaire les régions palmaire et plantaire, elle peut, par contre, s'attaquer exclusivement à l'une des mains. Cette variété, d'un diagnostic délicat, s'observe, comme le psoriasis en général, chez l'homme de préférence. L'éruption débute par un point quelconque de la face palmaire et s'étend lentement; lorsqu'elle occupe toute la paume, la peau y est rouge, luisante, non épaissie ni indurée, plus ou moins recouverte de squames lamelleuses, fines, assez adhérentes. Lorsque l'envahissement n'est pas total, l'éruption est formée de taches ou de placards nettement limités par un bord en arcades sans épaississement de l'épiderme à ce niveau. Dans tous les cas observés, l'éruption gagne par continuité la face dorsale des doigts et de la main, et nous l'avons vue deux fois gagner la face antérieure du poignet. Là, le caractère psoriasique s'accuse davantage. Les placards ont une tendance à prendre une disposition circinée et gyroïde. Un ou plusieurs des ongles sont d'ordinaire striés ou ponctués. Il n'y a pas de trouble notable de

la sensibilité. La durée est extrêmement prolongée et peut atteindre plusieurs années sans envahissement du reste du corps; dans un cas, l'autre main fut prise après 2 ans. Cette variété est particulièrement rebelle au traitement; elle guérit cependant.

Le diagnostic ne peut reposer que sur les caractères de la lésion elle-même. L'éruption est très rouge, les squames sont minces, les bords circinés, l'envahissement du poignet et du dos de la main est de règle, les ongles peuvent être altérés.

Les dermites artificielles sont croûteuses, mal limitées, épargnent les ongles et guérissent facilement.

Les kératodermies sont symétriques, sans rougeur, et fortement kératosiques.

La trichophytie palmaire est caractérisée par sa collerette et ses vésicules.

La dysidrose à certains stades pourrait en imposer, mais la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules.

Le lichen palmaire est peu connu, sinon en coïncidence avec des éléments de lichen plus caractéristiques, au poignet.

Plus délicat est le diagnostic de l'eczéma et celui des syphilides palmaires. L'eczéma est d'ordinaire moins rouge, recouvert de squames cornées plus épaisses, donne lieu régulièrement à des crevasses ou rhagades profondes. Les bords sont diffus, effacés, non pas nets et circinés; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis. Mais alors l'eczéma y prend des caractères typiques. Les ongles sont souvent altérés sous une forme identique à celle du psoriasis. Habituellement l'éruption est symétrique. Reste à prouver que l'eczéma palmaire puisse s'observer sans eczéma sur d'autres régions ou au moins en l'absence d'un état séborrhéique prononcé.

Les syphilides palmaires, avec lesquelles il est important de ne pas confondre le psoriasis palmaire vrai, naissent sous forme de taches rouge sombre, qui d'emblée sont résistantes au toucher, s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant au centre et peuvent confluer en placards circinés. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans : l'infiltration du derme qui leur sert de base, l'épaisseur de la bordure cornée et parfois dans les fissures qui les cernent en dessinant des cercles ou des arcades; on peut ajouter qu'elles n'ont nulle tendance à gagner le poignet, ni surtout la face dorsale de la main et des doigts, sauf le cas d'éruption papulo-squameuse généralisée; les ongles enfin ne sont ni ponctués ni striés. Il est donc possible de diagnostiquer les diverses éruptions qui longtemps ont été confondues sous le nom de psoriasis palmaire véritable, ce qui est capital au point de vue du pronostic et du traitement.

Un point de technique de l'épilation électrolytique.

M. W. Dubreuilh. — Quelque bien faite que soit une épilation électrolytique, il repousse toujours un certain pourcentage de poils qu'il faut opérer une seconde fois. Ces échecs tiennent soit à des fautes opératoires, soit à des conditions anatomiques particulières. Lorsqu'un poil est arrivé au terme de sa croissance, sa papille s'atrophie, son bulbe se transforme en un bouton globuleux dur et corné, et il est graduellement chassé par la rétraction du follicule jusque près de l'orifice folliculaire où il reste jusqu'à ce qu'il soit remplacé par un autre poil formé au fond du même follicule. Ce poil à bulbe plein ne s'allonge plus; il n'est implanté qu'à une faible profondeur, guère plus d'un millimètre, mais il est cependant au moins aussi adhérent qu'un poil vivant, car il est fixé par la kératinisation des gaines épithéliales.

Lorsqu'on cherche à électrolyser un de ces poils, on éprouve une grande difficulté à faire pénétrer l'aiguille, ou bien elle ne pénètre que peu profondément, beaucoup moins que dans le follicule voisin, et, après le passage du courant, le poil ne s'arrache que difficilement; quelquefois l'aiguille s'enfonce assez profondément, mais c'est parce que, quittant le follicule rétracté, elle a pénétré dans le derme. Dans les 2 cas, on n'a électrolysé qu'un poil mort, et le poil de remplacement a échappé à la destruction. Il y a donc tout avantage à ne pas perdre son temps sur les poils à bulbe plein. On peut bien les reconnaître quelquefois à ce que leur racine est plus mince et moins coloriée que leur extrémité, mais ce caractère est infidèle, car il peut se manifester longtemps avant que l'atrophie de la papille soit complète. Un seul signe est certain, c'est l'accroissement qui n'appartient qu'aux poils à bulbe creux et cesse dès que la papille est atrophiée.

Voici dès lors comment je procède : Une ou deux semaines avant de commencer l'épilation d'une région, je fais couper tous les poils à quelques millimètres de longueur, et j'électrolyse uniquement ceux qui ont grandi et qui sont sûrement vivants. Quant à ceux qui n'ont pas grandi, je me borne à les arracher à la pince pour déblayer le terrain. Quelques semaines après apparaît à leur place un jeune poil à extrémité conique que j'opère dans des conditions particulièrement avantageuses; car un poil est d'autant plus facile à détruire par l'électrolyse qu'il est plus jeune.

Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques.

MM. Gastou et Babon. — Dans une note précédente, nous avons cherché à établir chimiquement l'existence des gastropathies médicamenteuses des syphilitiques. Des recherches de M. Babon dans le service de M. Fournier, il résulte que la formule chimique de ces gastropathies est l'hypopepsie plus ou moins accentuée suivant la durée de l'action médicamenteuse, avec retard de l'évacuation gastrique, s'accompagnant généralement de fermentations anormales tardives. Cliniquement les gastropathies se manifestent par un ensemble de symptômes qui en font presque une entité morbide; la cause occasionnelle est le médicament (iodure, mercure, sirop de Gibert surtout, d'après Hayem), la cause prédisposante, une tare stomacale antérieure (chlorose, dyspepsie, éthylisme) ou une affection pouvant avoir un retentissement sur l'estomac (rein flottant, affections utérines, fibrome utérin).

Le début en est brusque ou progressif, tantôt les malades sont pris, au moment de l'ingestion du médicament, de brûlures, de douleurs au creux épigastrique, de régurgitations acides et sont forcés d'en suspendre l'emploi, tantôt l'action est plus lente et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que les symptômes gastriques apparaissent.

La période d'état est constituée par les accidents de la période digestive : une demi-heure après le repas les malades sont pris d'une somnolence invincible, de douleurs atroces à l'épigastre et à la région interscapulaire, le ventre se ballonne, ils ont des éructations gazeuses, mais jamais de vomissements. Au bout d'une ou deux heures ces symptômes disparaissent brusquement. L'appétit est en général diminué sauf quand il y a abus d'iodure qui produit quelquefois une vraie boulimie. Certains malades souffrent de troubles nerveux se rapprochant de ceux de la neurasthénie. L'estomac n'est qu'exceptionnellement dilaté. Cet état gastrique est exagéré par la continuation du traitement médicamenteux; dans la forme rapide, les symptômes douloureux disparaissent quand on l'abandonne. Dans la forme lente, les malades sont surtout améliorés par le régime; mais ils restent sous le coup de troubles dyspeptiques ultérieurs.

Le traitement prophylactique consistera à éviter l'ingestion médicamenteuse par l'estomac. Ces malades bénéficieront de la pratique des injections mercurielles et des lavements iodurés.

IVe SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

La fièvre puerpérale et la sérothérapie.

M. Charpentier rapporte 40 cas de fièvre puerpérale traités concurremment avec la thérapeutique habituelle par les injections de sérum antistreptococcique soit de Roger et Charrin, soit de Marmorek, d'autre part.

Ces 40 cas ont fourni 22 guérisons, 17 morts et 1 cas nul, soit une mortalité de 47,56 p. 100 qui se réduit à 35,25 p. 100 si l'on écarte 5 cas où le traitement fut appliqué trop tard.

Dans 25 cas où l'examen bactériologique a été pratiqué, on a trouvé 16 fois le streptocoque seul, 8 fois le streptocoque associé au staphylocoque ou au coli-bacille, 1 fois le bacille de Lœffler. La proportion des guérisons a été un peu plus élevée

dans les cas où le streptocoque était à l'état de pureté : 9 guérisons sur 16 cas contre 4 guérisons sur 8.

Le sérum ne réussit pas toujours, même quand il s'agit de streptocoque pur et il est loin d'avoir l'efficacité du sérum antidiphthérique. D'un autre côté il amène des accidents analogues à ceux qui ont été signalés avec le sérum antidiphthérique. La sérothérapie doit donc être appliquée avec une grande prudence et pour le moment elle n'est qu'un adjuvant des autres méthodes.

M. Dubrisay rapporte l'observation d'une femme à laquelle on a fait une injection de 10 cent. cubes de sérum de Marmorek ; 32 heures après le début des accidents septicémiques, survenus au 3e jour de son accouchement, on avait constaté dans le col la présence de streptocoque pur.

La malade reçut en tout 4 injections soit 40 cent. cubes en 4 jours. 5 jours après la dernière injection, les lochies ne renfermaient plus de traces de streptocoques. Le traitement local, sous forme d'injections d'eau iodée, avait été appliqué avant l'emploi du sérum et fut repris dès qu'on cessa les injections. La chute de la température ne s'est faite que 4 jours après l'arrêt des injections. 21 heures après la première injection la malade présenta de l'érythème à la vulve et au sein gauche. Le lendemain elle a eu un abcès au niveau de la piqûre ; enfin la dernière injection a été suivie d'un accès de dyspnée qui a failli emporter la malade.

MM. Bar et **Tissier** établissent tout d'abord qu'à côté de la fièvre puerpérale à streptocoques il y a des infections puerpérales où le streptocoque n'est pas toujours seul en cause. Si Marmorek et Roux croient que le sérum a une action non seulement sur le streptocoque mais aussi sur les autres microbes, M. Sevestre pense que le sérum anti-diphthérique exalte la virulence du streptocoque. Il se peut donc que le sérum antistreptococcique exalte celle des autres micro-organismes qui jouent un rôle dans l'infection puerpérale.

Personnellement MM. Bar et Tissier ont traité 19 cas par le sérum de Roger. Les 19 cas de Marmoreck nous donnent en bloc 10 morts et 9 guérisons. Si on élimine 3 cas où le sérum fut employé *in extremis* et 3 cas où l'examen bactériologique ne fut pas fait, restent 13 cas bien étudiés avec 6 morts. Les 6 cas de Roger, dont il faut éliminer 1 cas, ont donné 4 morts sur 5 cas.

Il est très probable que les sérums employés, suffisants dans la streptococcie cutanée (érysipèle) ne le sont plus dans les infections générales. Dans l'érysipèle des enfants même, ils ont donné 4 morts sur 4 cas, ce qui tient à ce que l'érysipèle des nouveau-nés est très grave.

Les échecs tiennent peut-être aussi à ce que l'injection est faite trop tard. On sait en effet que Marmorek obtient d'excellents résultats quand il immunise les animaux, mais, lorsqu'il veut traiter une infection déjà déclarée, il échoue. Aussi dans les cas où les résultats ont été satisfaisants, tout porte à croire qu'on a eu affaire à des cas bénins ou bien que l'injection a été faite de très bonne heure. Marmorek attribue les échecs au traitement intra-utérin. Mais MM. Bar et Tissier croient qu'on ne doit pas supprimer le traitement local.

Les résultats sont donc médiocres. En fait d'accidents MM. Bar et Tissier ont vu des abcès et, dans un cas, le pus d'un de ces abcès renfermait beaucoup de streptocoques.

Dans un autre cas il s'agit d'une femme qui a reçu une centaine de centimètres cubes de sérum en 20 jours. 4 jours après la cessation des injections, la température s'est abaissée peu à peu, puis la malade s'est affaiblie progressivement jusqu'à la mort. Dans un autre cas, encore 10 jours après l'arrêt des injections de sérum, une femme fut prise d'accidents très graves avec douleurs rhumatismales, érythème, anhélation, tendance à la syncope et ces accidents ont duré plusieurs jours.

En résumé, si on ne peut compter sur les sérums, on ne peut pas dire non plus qu'ils soient nuisibles. Dans les infections légères ils peuvent rendre des services. Ils peuvent aussi donner des accidents.

M. Charpentier partage entièrement l'avis de M. Bar, et pense que si le traitement intra-utérin était appliqué dès les premiers symptômes de l'infection, on obtiendrait presque toujours de bons résultats.

M. Boissard trouve MM. Bar et Charpentier trop réservés. Personnellement, il a constaté que les résultats du sérum sont franchement mauvais.

M. Bué a constaté deux fois de l'albumine chez 4 femmes traitées par le sérum.

M. Bar n'a jamais constaté que le sérum ait provoqué l'albuminurie.

Nouveaux résultats de la palpation de l'épaule.

M. Fabre (Lyon) a recherché si, pendant la grossesse, le fœtus se déplace et quelles sont les lois qui président à ces déplacements, en déterminant les 4 points suivants : 1° Rapports de l'épaule suivant le degré de la descente fœtale ; 2° détermination de la position du fœtus suivant les rapports de l'épaule avec la paroi abdominale ; 3° déplacements du fœtus pendant la grossesse ; 4° déplacements qui se produisent dans un bassin vicié.

Ces recherches ont donné les conclusions suivantes :

Dans la présentation du sommet, tant que la distance de l'épaule à la symphyse pubienne est supérieure à 13 centimètres, l'engagement n'est pas commencé. Quand cette distance est de 13 centimètres, le sinciput est tangent au plan du détroit supérieur. Au-dessous de 13 centimètres l'engagement est commencé.

On peut aussi fixer la position du fœtus suivant les rapports de l'épaule avec la paroi abdominale. Dans les antérieures, l'épaule est située près de la ligne médiane ou même du côté opposé à l'occiput ; dans les postérieures, à 10 cent. en moyenne de la ligne médiane ; dans les transverses elle se rapproche à mesure que la descente s'opère de 10 à 7 cent.

On peut aussi par le palper de l'épaule suivre le déplacement du fœtus pendant la grossesse. Jusqu'à la fin du septième mois, il y a de très grandes variations. Sur la fin du septième mois, l'épaule est très souvent sur la ligne médiane ou très près d'elle à 8 cent. au-dessus du pubis. A partir du huitième mois, l'épaule s'éloigne de la ligne médiane à 12 ou 15 cent. et remonte en même temps à 15 ou 16 cent. du pubis. A la fin du huitième mois tous les fœtus sont en position postérieure. Pendant le neuvième mois l'épaule redescend très régulièrement ; c'est ce que nous appelons la descente sus-pelvienne de l'épaule pendant le neuvième mois de la grossesse.

Au commencement du neuvième mois, l'épaule est à 17 cent. du pubis et à 15 cent. de la ligne médiane. Elle descend peu à peu en se rapprochant de la ligne médiane. Cette descente se fait différemment à gauche et à droite ; presque toutes les gauches postérieures se transforment en gauches antérieures ; les droites postérieures au contraire conservent leur position. La descente sus-pelvienne est plus rapide chez les primipares. Chez les multipares l'épaule est encore à 8 cent. du pubis au début du travail ; on peut ainsi par la palpation apprécier la descente du fœtus pendant l'accouchement.

Quand on a affaire à un bassin rétréci, on constate que la descente sus-pubienne s'arrête dès que la tête arrive au détroit supérieur. A partir de ce moment, l'épaule peut remonter si le fœtus grossit ; c'est par la constatation de cette ascension de l'épaule qu'on sera amené à interrompre la grossesse.

De la dilatation artificielle du col à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement.

M. Fochier. — Pendant la grossesse, on apprécie le degré de dilatabilité du col de l'utérus en se basant sur deux signes : le ramollissement du col et l'état du segment inférieur.

Trois cas peuvent se présenter : 1° col effacé mince et souple ; 2° col non effacé résistant sur toute sa hauteur ; 3° col rigide. A ces trois cas correspondent trois modes de dilatation. Avec un col effacé, souple, on fait la dilatation très rapide avec la main, en quelques minutes ; avec un col non effacé, résistant, ou un col rigide, on fera la dilatation rapide ou progressive en quelques heures avec les différents instruments en usage, dont le meilleur est le ballon de Champetier, sauf pour les cas de placenta prævia où on lui substituera la main.

Depuis l'introduction de la méthode antiseptique on a rarement affaire à des cols rigides ; presque toujours on peut obtenir

la dilatation progressive sans recourir aux incisions et sans risquer d'avoir des déchirures très profondes.

Néanmoins, il faut bien savoir que la dilatation brusque est une méthode de rupture et non de dilatation.

M. Boissard pense que la dilatation artificielle du col devrait être obtenue au moyen d'un instrument possédant trois qualités : la rapidité, la constance dans les résultats, l'innocuité pour la mère et l'enfant. Comme on ne possède pas encore un instrument semblable, on est obligé d'en employer successivement plusieurs. La dilatation manuelle donne d'excellents résultats.

M. Demelin présente 27 observations de dilatation rapide du col de l'utérus gravide dont les indications ont été les causes diverses de souffrance immédiate de l'enfant : procidence et latérocidence du cordon, issue du méconium, modifications graves des battements du cœur, infections amniotiques, hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, éclampsie, congestion suraiguë des poumons par cardiopathie.

Les moyens employés ont été : 1° dilatation manuelle; 2° écarteur Tarnier; 3° ballon de Champetier; 4° l'extraction du fœtus, tête première [forceps ou basiotribe et tête dernière (version suivie dans un cas de l'application du forceps sur la tête dernière)].

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Une femme est morte d'hémorrhagie cérébrale (vérifiée à l'autopsie), hémorrhagie qui a été l'indication de l'accouchement rapide effectué avec la main dans l'intérêt de l'enfant. Celui-ci survécut. Toutes les autres femmes ont guéri sans accident attribuable à la dilatation artificielle.

Sur 27 enfants, 11 seulement sont morts pendant ou après l'accouchement, 16 autres enfants ont survécu.

M. Demelin n'est pas partisan de la seule dilatation rapide dans tous les cas de placenta prævia et surtout d'éclampsie. Il n'a recours à ce procédé que dans les cas d'une gravité immédiate comportant un danger sérieux actuellement existant et non pas seulement probable.

Les présentations verticales, surtout engagées, contre-indiquent le ballon de Champetier qui tantôt ne déplace pas la partie fixée, tantôt réussit bien à soulever la présentation, mais amène une rétraction de l'anneau de Bandl au-dessus d'elle. Par contre, il rend les plus grands services lorsque le placenta est inséré vicieusement, et il peut être appliqué aussi aux présentations de l'épaule avec rupture précoce des membranes.

L'écarteur de Tarnier répond, au contraire, aux engagements profonds, ainsi qu'aux procidences du cordon ombilical. On peut l'employer de deux façons, ou bien en le laissant en place suivant la technique habituelle, pour attendre la contraction utérine qu'il aura produite, ou bien, mais exceptionnellement, en exerçant des pressions manuelles modérées et intermittentes sur les manches de l'instrument appliqué.

La main est un très bon agent de dilatation; elle exerce son action sur le col incomplètement dilaté avant une application de forceps ou avant une version; mais il faut savoir que la tête du fœtus à terme ne traversera pas toujours l'orifice bien qu'il ait été franchi par la main tout entière. Les tractions qu'on doit exercer sur le forceps sont fort souvent dangereuses avec une ouverture cervicale insuffisante et la tête venant dernière est fréquemment aussi arrêtée par le col.

Toute la question est dominée par les indications. La dilatation artificielle rapide du col ne peut être légitimée, excusée que lorsque l'enfant ou la mère sont menacés de mort. On ne saurait tolérer d'indications relatives, et l'ouverture hâtive du col imparfaitement motivée doit être considérée comme coupable.

Les dangers sont grands, en effet, si on n'use pas de toute la modération nécessaire; les enfants courent des risques sérieux dans les tentatives d'extraction prématurée et les femmes sont exposées aux conséquences des déchirures du col et du segment inférieur.

Il est donc urgent de donner immédiatement la note restrictive et d'insister sur la rareté des cas où l'on est obligé de hâter la dilatation. Le médecin pour être en droit d'intervenir dans ce sens, doit avoir la main forcée par une menace de mort pour la mère ou pour l'enfant. Encore est-il exigible que cette menace soit dûment constatée, car la dilatation artificielle rapide est capable de causer des désastres si elle est imprudemment employée.

M. Budin croit qu'il ne faut pas perdre de vue l'existence de l'anneau de Bandl qui ne se dilate pas toujours en même temps que le col. Il faudrait obtenir cette dilatation en excitant la contraction utérine.

XVII° RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE BALNÉOLOGIE,

Tenue à Berlin du 6 au 9 mars 1896.

Traitement de la phthisie par la tuberculine.

M. Kaatzer a soigné par les injections de tuberculine 70 phthisiques. Sur ce nombre il a eu 31 morts, 21 guérisons, 12 améliorations; chez 6 l'état est resté stationnaire. La dose initiale de tuberculine a varié de 0,1 à 3 milligrammes. En moyenne chaque malade avait reçu 1 147 milligrammes pendant tout le traitement dont la durée a été de 7 à 21 semaines.

Le traitement par la tuberculine ne doit être employé que chez les phthisiques apyrétiques chez lesquels il n'existe pas d'infections secondaires. Il faut donc avant d'entreprendre le traitement soumettre le malade à des examens répétés pour voir si ces crachats renferment à côté des bacilles spécifiques encore d'autres microorganismes pathogènes. Si tel est le cas, le phthisique doit être préalablement soumis à un traitement destiné à aseptiser ses voies respiratoires.

M. Hansemann considère la tuberculine comme un moyen dangereux. La tuberculose a généralement une tendance à la guérison. Or la tuberculine amène la fonte des tubercules et mobilise ainsi les bacilles.

M. Liebreich se méfie de la tuberculine qui est du reste abandonnée même en médecine vétérinaire.

Du transport des maladies infectieuses dans les villes d'eaux.

M. Fürst. — On sait depuis longtemps que les familles qui vont aux villes d'eaux et dans les stations balnéaires avec leurs enfants emportent souvent des maladies infectieuses. Le plus souvent, c'est la coqueluche pour laquelle on conseille un changement d'air. Très souvent encore, il s'agit des convalescents de diphthérie chez lesquels on peut encore trouver des bacilles diphthériques virulents dans la gorge. Enfin, dans quelques cas, il s'agit des exanthèmes fébriles, des catarrhes intestinaux.

Dans l'intérêt du public, il est indiqué de s'opposer dans la mesure du possible, à cette importation des maladies qui peuvent contaminer les autres malades. A cet effet, on peut éclairer le public sur le danger que comporte ce voyage avec des malades; en second lieu, les médecins d'eaux pourraient attirer l'attention des médecins praticiens sur ces inconvénients, pour leur demander qu'ils s'opposent à ces voyages.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. L.-G. Richelot. — La trachéotomie, *chez l'adulte*, est une opération souvent pleine de périls et on doit lui substituer la laryngotomie intercricothyroïdienne.

Dans cette opération, aucun organe, aucun vaisseau n'est à craindre ; inutile de placer des écarteurs, de disséquer couche par couche, de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Mettez l'ongle de l'index gauche au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane; soulevez-le pour agrandir l'espace entre les cartilages, ou, ce qui revient au même, défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque; incision d'un centimètre, un coup de pointe à la membrane, et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini.

Une canule de 9 à 10 millimètres, qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit largement à la respiration. Je l'ai vue fonctionner pendant de longs mois. Je l'ai toujours vue facilement tolérée, même chez les tuberculeux et les cancéreux dont les cartilages sont ramollis, fracturés.

Dans un cas récent, je ne puis dire que cette opération ait été facile. Néanmoins, elle ne m'a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision ; comme toujours, la région à traverser était simple. Au contraire, la trachée se dérobait absolument derrière le sternum et les grosses veines; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx aurait dû se retirer sans rien faire. Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas-là elle est seule possible, et par suite elle conserve toute sa supériorité.

Je termine en répétant ce que j'ai dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence ». C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

Rayons de Röntgen.

M. Guyon présente des expériences de MM. Chappuis et Chauvel sur le diagnostic des calculs rénaux et biliaires par les rayons Röntgen. Ces expériences, seulement cadavériques jusqu'à présent, prouvent qu'on peut voir ainsi dans le rein des calculs, même uriques. Il était à craindre qu'on ne pût aboutir à rien, car l'acide urique pur est perméable aux rayons, mais dans le rein il n'est jamais absolument pur, et cela suffit pour le rendre opaque à ces rayons. Il faut ajouter que, sur les organes détachés, une pose de deux secondes suffit.

M. Fournier présente des photographies dues à MM. Oudin et Barthélemy. Une d'elles concerne des arthrophies psoriasiques et démontre l'intégrité du squelette. Dans un autre cas on a pu déterminer qu'au milieu d'un phlegmon de la main il existait une pointe brisée que sans cela on aurait facilement méconnue.

M. de Ranse fait une communication sur le traitement hydrominéral des pseudo-angines de poitrine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 Avril 1896.

Sur une variété de streptocoque réfractaire au sérum de Marmorek.

M. Méry a isolé du sang d'une malade atteinte de scarlatine, un streptocoque sur lequel le sérum de M. Marmorek s'est montré expérimentalement absolument sans action. Des souris et des lapins inoculés par voie sanguine, péritonéale et sous-cutanée, avec ce streptocoque, ont reçu le sérum de Marmorek curativement et préventivement; tous sont morts, quelquefois plus rapidement que les animaux témoins.

Des expériences comparatives faites avec un streptocoque renforcé, fourni par M. Marmorek, ont établi d'une façon des plus nettes l'action du sérum sur ce streptocoque beaucoup plus virulent, et son inaction absolue sur la première variété.

Il semble donc établi qu'il y a chez l'homme plusieurs variétés de streptocoques et que l'unicité du streptocoque n'existe pas plus en pathologie humaine qu'en pathologie animale. MM. Nocart et Lignières ont montré que, parmi les streptocoques du cheval, une variété, celle de l'anasarque, est très sensible à l'action du sérum de Marmorek; au contraire, vis-à-vis du streptocoque de la pneumonie du cheval et surtout du streptocoque de la gourme, le sérum est absolument inactif.

Le streptocoque étudié par M. Méry paraît très voisin de celui de la gourme.

Ces faits n'infirment en rien la haute valeur du sérum de M. Marmorek; mais ils expliquent son inégalité d'action.

Passage du mycélium de l'aspergillus fumigatus dans les urines au cours de l'aspergillose expérimentale.

M. Rénon. — Lorsque, chez des lapins inoculés par la voie veineuse avec des spores virulents d'aspergillus fumigatus, on examine l'urine recueillie dans la vessie après la mort, on y rencontre presque toujours du mycélium : la présence de ce dernier se constate facilement par les cultures sur liquide de Raulin et par l'examen du dépôt centrifugé. L'urine contient de plus de l'albumine ainsi que l'avaient observé déjà Grawitz et Kauffmann. Si les recherches portent sur l'urine recueillie de la même façon chez des lapins sacrifiés un temps variant de 24 à 48 heures après l'injection, on y trouve d'autant plus souvent du mycélium qu'on s'éloigne du moment de l'inoculation. Chez des animaux sacrifiés 5, 7, 10 et 15 minutes après l'injection, on ne constate pas de spores dans l'urine : elles n'ont point encore traversé le filtre rénal.

Ces recherches ont permis de mettre en lumière dans tous les cas l'intégrité de l'uretère, alors que la vessie était souvent atteinte. Ces lésions vésicales, de forme tuberculeuse, amènent une rétention d'urine avec distension extrême de l'organe : elles paraissent dues à une diffusion du champignon par la voie sanguine, les spores ne poussant pas dans l'urine généralement alcaline des lapins. Dans les cas exceptionnels où cette urine est neutre ou acide, elles s'y développent très difficilement et jamais elles n'y viennent à fructification.

Ce passage du mycélium de l'aspergillus fumigatus dans l'urine s'explique par les lésions considérables du rein au cours de l'aspergillose.

Mécanisme du pneumothorax à soupape.

M. Lorrain. — Contrairement à l'opinion généralement admise, l'entrée de l'air dans la plèvre se fait pendant l'expiration et non pas dans l'inspiration.

M. Lorrain rapporte deux cas dans lesquels la pression intrapleurale était supérieure à la pression atmosphérique même pendant l'inspiration. Ce n'est donc pas à ce moment que l'air bronchique peut pénétrer dans la plèvre, puisqu'à ce moment, l'air bronchique a une tension inférieure à la pression atmosphérique.

C'est pendant l'expiration et surtout les fortes expirations comme la toux que se fait la pénétration de l'air dans la plèvre, dans le pneumothorax en soupape.

Immunité contre le venin de vipère.

M. Phisalix a voulu voir si les substances antitoxiques qui se trouvent dans le sang du hérisson et qui expliquent l'immunité dont jouit cet animal envers le venin de vipère ne se trouvent pas aussi dans le sang d'autres animaux. Il a constaté que si l'on injecte à des cobayes une grande quantité, 15 centimètres cubes environ, de sérum de cobaye mélangé avec du venin de vipère, les animaux succombent bien plus tard que les animaux témoins. La survie est encore plus grande quand on opère sur des chevaux avec de grandes quantités de sérum de cheval mélangé avec du venin de vipère.

De ces faits, M. Phisalix conclut que l'existence des antitoxines très actives dans le sang des animaux naturellement réfractaires au venin de vipère n'est que l'exagération d'une propriété normale, physiologique, qui existe chez tous les animaux.

Rachitisme expérimental.

M. Charrin. — La Société connaît une partie des résultats que j'ai obtenus, avec M. Gley, en matière d'hérédité, en faisant agir sur les générateurs des produits microbiens.

Nous avons réalisé le nanisme, l'infantilisme, diverses difformités, pied bot, etc. Nous avons présenté des animaux à poils hérissés, atteints de diarrhée, offrant un abdomen volumineux, l'aspect du rachitisme.

Aujourd'hui, nous présentons leur squelette, sur lequel il est aisé de constater l'énormité des épiphyses, l'épaisseur des diaphyses, des soudures incomplètes, des métatarsiens renflés, des nodosités costales, des humérus contournés, un bassin incurvé, vicié.

Le problème paraît donc résolu.

Des cultures en milieu défini.

MM. Hugounencq et **Doyon.** — Arnaud et Charrin ont montré que, pour étudier les toxines produites, il était urgent de connaître au préalable la composition du milieu ; ils ont été conduits, par ce procédé, à établir la genèse des albumoses toxiques là où faisait défaut tout principe protéique.

Leur milieu est classique.

Outchinsky en a fait un second, pour l'agent de la diphthérie surtout.

Nous avons jugé leur valeur ; nous avons, en général, obtenu des résultats excellents sauf pour le bacille de Lœffler semé dans le liquide d'Outchinsky.

M. Kauffmann fait une communication sur les oxydations des substances albuminoïdes dans l'organisme et la production de la chaleur.

MM. Richet et **André Broca** étudient la chaleur dégagée par un muscle pendant la contraction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 Avril 1896.

Nouvelle méthode abdomino-périnéale pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum et de l'S iliaque en cas de cancer.

M. Chalot (de Toulouse) a enlevé, le 3 décembre 1895, 37 centimètres de la portion terminale du gros intestin, atteinte de cancer par la voie abdomino-périnéale. Le procédé suivi par l'auteur est le même que celui décrit par Gaudier, sauf cette différence que M. Chalot fait la ligature préalable des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs. Par des recherches faites sur le cadavre, il a déterminé la situation exacte de ces vaisseaux et le point de repère que l'on doit suivre pour aller les lier. L'artère hémorrhoïdale supérieure est toujours située à gauche de la ligne médiane, au milieu de la graisse que recouvre le péritoine pariétal postérieur. La veine du même nom l'accompagne. Pour aller lier ces vaisseaux, on doit après ouverture de l'abdomen, reconnaître l'anse sigmoïde, reconnaître le promontoire et son plan médian. C'est au niveau du plan médian du promontoire que l'auteur propose d'aller porter la ligature.

Cette hémostase provisoire étant faite, il suffit de désinsérer le rectum de tous ses moyens d'attache aux parois pelviennes, afin d'opérer facilement la descente de l'intestin par la voie périnéale. La création d'un anus iliaque termine l'opération.

A cette nouvelle méthode d'opérer, M. Chalot reconnaît deux avantages : éviter plus sûrement l'infection, éviter l'hémorrhagie qui accompagne l'extirpation par la voie sacrée, hémorrhagie qui provient des vaisseaux hémorrhoïdaux moyens. Ces deux avantages doivent faire préférer cette méthode à celle que M. Quénu a proposée et qui consiste à ne pas ménager le sacrum et à terminer l'extirpation du rectum par une laparotomie.

Le malade opéré par M. Chalot a succombé. En se basant sur ce fait qu'il a été le premier à utiliser sur le vivant la voie abdomino-périnéale, et ceci sans connaître les recherches de M. Gaudier, M. Chalot réclame la priorité de cette nouvelle méthode abdomino-pelvienne de l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu assure à M. Chalot que toutes les fois que le rectum est abordé, non à la façon de Kraske et de Hochenegg, mais par l'incision en T de Heineke, le malade perd à peine une cuillerée de sang. Quant à l'infection, M. Quénu pense avoir moins de chances d'infecter son malade s'il termine l'opération par l'abdomen, de façon à n'avoir pas à revenir dans la cavité abdominale à deux reprises différentes. Enfin, pour ce qui est de la priorité, M. Quénu pense — et son avis est partagé par toute la Société — que la priorité appartient à M. Gaudier.

Sigmoïdostomie périnéale pour atrésie congénitale du rectum.

M. Chalot a eu l'occasion de pratiquer une colostomie périnéale pour atrésie du rectum chez une petite fille chez laquelle, incisant le périnée et ne trouvant pas l'ampoule rectale, il a délibérément ouvert l'abdomen, non sur la ligne médiane, mais au niveau de la fosse iliaque gauche. Il a trouvé, là, l'anse sigmoïde terminée en cul-de-sac et adhérente à la corne gauche de l'utérus par un petit filament. L'ampoule sigmoïdienne ayant été vidée, nettoyée et refermée, M. Chalot a perforé, avec l'index, ce qui aurait dû être la cloison recto-vaginale, et attiré en bas l'anse sigmoïde qu'il a définitivement fixée au périnée.

M. Chalot appelle cette opération une *sigmoïdostomie périnéale*. C'est une opération simple et qui s'exécute avec la plus grande facilité. La petite malade de M. Chalot, opérée il y a 2 mois, se porte à merveille et son anus fonctionne bien. Il est actuellement impossible, étant donné l'âge de l'enfant, de dire si le sphincter anal aura plus tard son intégrité physiologique, mais il y a tout lieu de penser qu'il n'existera pas d'incontinence.

Traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Kirmisson revient sur la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche, soulevée à la séance précédente par M. Broca.

Il a fait sa première opération sanglante le 5 octobre 1891. Mais M. Broca l'avait devancé, en France, puisqu'il fit sa première intervention sanglante, pour luxation congénitale de la hanche, à la fin du mois d'août 1891, dans le service de M. Terrier qu'il remplaçait à l'hôpital Bichat. Mais, depuis 1891, les opérations de ce genre se sont multipliées, et M. Kirmisson en a publié 8 dans la *Revue d'orthopédie* de 1893. Actuellement ces opérations sont en assez grand nombre, opérations par le procédé d'Hoffa ou par celui de Lorenz, pour permettre de porter un jugement sur le traitement opératoire de cette luxation.

Si l'on veut juger la gravité de ces opérations, il faut se reporter aux statistiques qui ont été publiées. La discussion qui a eu lieu au Congrès allemand de chirurgie, en 1895, portait sur la statistique de Hoffa. Hoffa dit avoir fait 112 opérations sur 82 malades. Il a eu 7 morts dont 3 dues à des causes étrangères à l'opération et 4 dues à l'acte opératoire lui-même.

En 1894, à l'American Orthopedic Association, Bradford dit n'avoir fait que 5 opérations sur lesquelles il a eu 3 morts : l'une par diphthérie et septicémie, l'autre par diarrhée, la troisième par scarlatine ; et 2 guérisons, mais pas de guérisons vraies. Gibney a noté à la même séance 2 morts sur 6 opérés. M. Broca a eu, pour sa part, 3 morts sur 37 opérations. Mais il faut dire qu'au fur et à mesure qu'on s'est familiarisé avec l'opération, les cas de mort sont devenus plus rare. Ainsi la dernière série de 31 cas de M. Broca ne comporte plus de morts ; de même Lorenz, qui a publié une série de 100 cas opérés par son procédé sans un seul cas de mort.

Toutefois la statistique de Lorenz comprend divers ordres de faits : les faits du début, dans lesquels Lorenz s'est plus ou moins conformé à la méthode de Hoffa. Sur 12 observations, il a eu 3 suppurations très graves et 2 morts par septicémie. Plus tard, Lorenz a changé sa manière d'opérer et il a eu une série de 100 opérations sans un cas de mort. Mais si l'on prend soin de lire attentivement chacune de ses observations, on voit qu'il a eu ici une hémorrhagie grave, là des symptômes de septicémie suivis d'érysipèle. Les malades ne sont pas morts mais de sem-

blables accidents prouvent néanmoins le caractère de gravité de ces opérations.

L'étude des résultats fonctionnels qui ont été obtenus par les divers chirurgiens, conduit à ceci : dans une statistique personnelle des 8 premiers cas, M. Kirmisson avait eu 2 récidives dont l'une appartient à M. Broca. Hoffa, sur 82 malades, a eu 11 récidives, 3 en arrière, 12 en avant. Il y a donc une particularité, à propos de ces luxations récidivantes, c'est qu'elles se font le plus souvent en avant, et cela vaut mieux.

Mais comment se présentent les résultats que les opérateurs donnent comme des succès? Hoffa, avec une grande probité scientifique, dit que l'on n'obtient jamais, même dans les résultats les meilleurs, la *restitutio ad integrum;* mais qu'il persiste toujours, après l'opération, un raccourcissement de 1 à 3 centimètres. Il est certainement avantageux de diminuer la longueur du raccourcissement et de l'abaisser à 1 centimètre; mais il faut convenir que personne n'a obtenu moins que le chiffre donné par Hoffa. En 1894, à Rome, Lorenz a présenté 2 malades, qui devaient être ses plus beaux succès, et il disait, en rapprochant leurs talons, qu'ils ne présentaient plus d'inégalité dans la longueur des membres. Mais M. Kirmisson n'a pas eu de peine à lui démontrer, le centimètre à la main, qu'il persistait, là aussi, un raccourcissement d'un centimètre. En 1894, Bergmann, pour sa part, a déclaré qu'il avait toujours obtenu des résultats mauvais, dont 2 ankyloses. Hoffa lui-même a vu 9 fois l'ankylose se produire. Lorenz dans son livre déclare que, 2 fois sur 68 cas de luxation unilatérale, il a noté, après l'opération, un raccourcissement de 1 ou 2 centimètres. Dans les autres cas, il n'est rien dit du raccourcissement. En somme, les résultats de Lorenz diffèrent encore très peu, sur ce point, de ceux des autres chirurgiens. Dans ces luxations doubles, 5 fois Lorenz a vu des récidives se produire avec inégalité dans la longueur des membres, 4 fois il a eu une ankylose plus ou moins complète, 14 fois une guérison avec plus ou moins de flexion de la cuisse sur le bassin.

Mikulicz cite le fait d'un malade opéré par Lorenz, qui présentait longtemps après l'opération de la flexion un membre douloureux, en somme, un état grave et un mauvais résultat opératoire.

Il faut donc bien savoir que les résultats sont souvent avantageux, mais souvent aussi très imparfaits.

Il y a un fait sur lequel Lorenz n'insiste pas, c'est au sujet de l'âge des malades. Il semblerait, *a priori*, que l'on dût obtenir les meilleurs résultats chez les enfants les plus jeunes. Or, il n'en est rien. Dans le livre de Lorenz, on note 16 opérations faites sur des enfants de moins de trois ans ou de trois ans au maximum, et parmi lesquelles il y a eu 6 récidives, quatre fois un raccourcissement de un centimètre à un centimètre et demi; une fois enfin, chez un enfant de deux ans, l'opération avait duré une heure, et, de trois centimètres, le raccourcissement n'a été abaissé qu'à deux centimètres.

De ces faits, il résulte que l'opération que l'on fait pour réduire les luxations congénitales de la hanche est loin d'être une opération bénigne, et que ses résultats ne sont pas absolument sûrs.

C'est pour tous ces motifs que M. Kirmisson préconise le traitement orthopédique. Depuis quelques années, Schede (de Hambourg) a conseillé, dans le traitement des luxations de la hanche, une méthode non sanglante, et il faut dire, tout de suite, que Lorenz a reconnu les avantages de cette méthode et l'a mise en pratique. Mais il importe de distinguer ici les deux méthodes non sanglantes : celle de Schede et celle de Lorenz.

La méthode de Schede consiste dans une immobilisation et une extension préalables du membre inférieur pendant un certain nombre de mois. On amène ainsi la tête fémorale dans le voisinage de la cavité cotyloïde, et, après l'immobilisation et l'extension combinées, on fait marcher les enfants avec un appareil qui fixe la tête fémorale dans sa nouvelle position et la force à y rester. Mais il est nécessaire de mettre le membre dans une position forcée d'abduction pendant l'immobilisation. De là, la destinée de l'attelle spéciale construite par Schede. De là, aussi, cet appareil de Mikulicz qui avait pour but d'immobiliser le membre dans l'abduction, appareil auquel M. Kirmisson objecte qu'il immobilise le membre inférieur seul et non le bassin. Aussi, M. Kirmisson prit-il une gouttière dans le genre de la gouttière de Bonnet, qui permet de régler l'abduction.

La méthode de Lorenz, au contraire, ne recherche pas la réduction lente par l'immobilisation prolongée, mais veut obtenir la réduction forcée. Cette pratique de Lorenz a contre elle les dispositions anatomiques de la luxation congénitale, dispositions qui sont loin de ressembler à celles d'une luxation traumatique, et M. Kirmisson pense qu'il faut toujours soumettre les enfants à une longue extension. C'est le seul moyen d'essayer d'obtenir une néarthrose de guérison.

En résumé, M. Kirmisson pense qu'il faut traiter les petits malades de très bonne heure et ne pas les abandonner à leur infirmité, comme le faisaient autrefois nos maîtres. Il faut donc commencer par la méthode orthopédique indiquée par Schede. Puis, si le succès n'est pas obtenu, on sera toujours à temps de faire plus tard une opération sanglante par l'un des procédés perfectionnés.

M. Reynier présente un malade atteint d'une fracture de la rotule, il y a 3 ans. Il a été traité par la griffe de Duplay. C'est un résultat dont l'ancienneté constitue la plus grande valeur.

M. Guinard présente un corps étranger de la main ayant 3 millimètres de dimension, et dont la présence dans les métacarpiens a été révélée par les rayons de Röntgen.

M. Naud (de Champigny) présente une table d'opération légère, permettant les pansements du thorax et de l'abdomen, sans déplacer le malade, facile à démonter et à transporter chez les clients dans une boite d'un volume moyen.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Avril 1896.

Tolérance d'une communication interventriculaire.

M. Potain. — On sait qu'une communication interventriculaire congénitale peut être tolérée fort longtemps sans entraîner des troubles bien appréciables.

Mais les cas de ce genre sont très rares; dernièrement M. Potain a observé un cas de ce genre chez une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui a eu trois enfants, les a nourris et n'avait, jusqu'à ces temps derniers, jamais rien éprouvé du côté du cœur. Elle entra dans le service de M. Potain pour quelques malaises dyspeptiques. En examinant à tout hasard le cœur, M. Potain trouva un souffle continu et toujours le même, très fort, très doux, à tonalité très haute, ayant en quelque sorte le caractère d'un frémissement intense, avec maximum à la partie interne du troisième espace intercostal, et ne s'accompagnant d'aucune modification de la forme du cœur ou de celle de l'aorte. Il en a conclu qu'il s'agissait d'un bruit interventriculaire.

M. Siredey a soigné un jeune homme de dix-neuf ans entré dans le service pour une affection fébrile et qui n'avait présenté aucun trouble circulatoire, sauf peut-être un peu d'essoufflement quand il marchait un peu vite ou courait. Or, on constatait chez lui les deux signes pathognomoniques du rétrécissement de l'artère pulmonaire, le frémissement cataire et un souffle asystolique à gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal, c'est-à-dire au point qui correspond précisément à l'infundibulum du ventricule droit et à l'orifice de l'artère pulmonaire.

Ce malade mourut subitement. A l'autopsie on trouva quelques granulations tuberculeuses sous-pleurales au sommet gauche; un rétrécissement très serré de l'artère pulmonaire, se continuant jusqu'à sa bifurcation; une endocardite aiguë végétante au niveau de l'orifice de cette artère; la persistance du trou de Botal et enfin une communication interventriculaire, en forme de croissant, des dimensions d'un haricot et siégeant à la base du septum.

M. Rendu cite, à l'appui de cette tolérance pour de très grosses lésions congénitales, le cas de M. Barth qui a apporté, il y a quelques années, le cœur d'une femme qui avait vécu, sans rien présenter d'extraordinaire, jusqu'à quarante-cinq ans, et qui n'avait cependant qu'un ventricule. C'était un véritable cœur de serpent.

Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique.

M. H. Huchard. — J'ai constaté quatre fois seulement cette forme particulière du pouls, toujours chez de jeunes sujets, et avec une sténose orificielle très serrée. Récemment j'en ai rencontré un nouvel exemple chez un malade du service de M. Rendu, âgé de vingt-six ans et atteint d'un rétrécissement aortique des plus nets, dont la cause reste inconnue.

Ce qui caractérise le pouls anacrote c'est qu'il est, en même temps, à dicrotisme ascendant et à dicrotisme descendant.

Ce pouls ne se trouve signalé dans aucun livre de pathologie, mais ses caractères sont inscrits sur certains tracés sphygmographiques du livre de Lorrain paru en 1870.

Il s'agit dans ces cas de Lorrain du pouls de la convalescence et surtout du pouls constaté après la compression de l'aorte chez les femmes en couches.

D'après Eichhorst, il serait favorisé par la prolongation de l'afflux intra-aortique du sang et par la diminution de l'élasticité du canal artériel. Landois dit qu'on l'observe fréquemment dans la sténose de l'aorte, parce qu'alors le sang ne peut pénétrer que lentement dans le vaisseau.

Cette explication semble à M. Huchard incomplète et même erronée, car alors le fait devrait se constater dans presque tous les cas de rétrécissement aortique. Or, d'après ses observations, le pouls anacrote ne se rencontre au contraire que dans la sténose très serrée de l'orifice aortique coïncidant avec une intégrité presque absolue du système artériel, deux conditions rarement réunies dans une maladie déjà rare par elle-même, surtout chez les jeunes gens. Par suite de cette sténose très accusée, la systole ventriculaire se ferait pour ainsi dire en deux temps, ce qui donnerait lieu à un double soulèvement vasculaire, perceptible seulement chez les enfants et les jeunes sujets en raison de la conservation presque complète de l'élasticité et de la contractilité artérielle.

Telle est l'explication la plus plausible. Elle donne une signification pronostique à l'anacrotisme dans le rétrécissement aortique, puisque l'existence de ce phénomène dans cette maladie semble prouver deux choses : un rétrécissement aortique très serré d'une part, et, d'autre part, une intégrité presque absolue du système artériel. La production artificielle de l'anacrotisme à la suite de la compression de l'aorte chez des jeunes accouchées démontre la réalité de l'explication que je propose.

M. Potain a rencontré l'anacrotisme, dans des cas où il n'y a pas de rétrécissement aortique, voire même dans des cas d'insuffisance aortique. On l'observe également chez des sujets qui n'ont aucune lésion orificielle. Aussi doit-on l'attribuer aux artères et non au cœur. Il se passe alors du côté de l'artère ce qui se passe du côté du ventricule gauche dans le bruit de galop rénal. La paroi artérielle, trop distendue, ou bien devenue inextensible, donne lieu au soulèvement artériel qui caractérise l'anacrotisme.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 14 Avril 1896.

Cas intéressant de blépharoplastie.

M. Darier présente un malade, soigné à différentes reprises pour un épithélioma de la paupière, par le violet de méthyle, auquel il a enlevé par le bistouri et la curette la partie malade et fait une blépharoplastie par la méthode de Knapp. Il a obtenu un bon résultat.

Aniridie.

M. D. de Lavigerie cite un cas d'aniridie complète des deux yeux chez une petite fille, avec quelques opacités périphériques des cristallins : on ne trouve rien à noter dans les antécédents héréditaires; l'acuité visuelle à distance était réduite à 1/5 et n'était améliorée ni par les verres, ni par la fente sténopéique; pas de colobome de la choroïde.

M. Despagnet, dans l'observation qu'il a publiée avait fait remarquer que l'aniridie n'était jamais complète et qu'il existe toujours une parcelle d'iris.

M. Morax. — J'ai vu il y a 2 ans M. Parinaud opérer une jeune fille atteinte de cataracte et d'aniridie complète bilatérale, avec quelques opacités postérieures polaires de l'œil droit. On ne trouva aucun antécédent héréditaire dans la famille de la malade.

De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Complications provoquées par des traitements intempestifs. Prophylaxie.

M. Abadie. — Différents chirurgiens ont rapporté des exemples d'ophthalmies de nouveau-nés où des lotions au sublimé avaient engendré de graves lésions de la cornée, qui devenait blanchâtre dans toute son étendue et guérissait de nouveau, lorsqu'on avait soin d'interrompre les lavages au sublimé. Je viens d'être appelé en ville auprès de deux enfants présentant des lésions de la cornée occasionnées dans les mêmes circonstances : j'ai fait cesser les lavages au sublimé, considérant que les lésions cornéennes étaient dues à l'action nuisible du médicament et tout est rentré dans l'ordre et les malades ont guéri. Je pense donc qu'il ne faut pas employer le sublimé dans l'ophthalmie des nouveaux-nés. M. Ronnéi ne veut à aucun prix admettre le traitement prophylactique de l'ophthalmie purulente et critique la méthode de Crédé. Personnellement, je n'irai pas aussi loin et je crois que l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent à 2 p. 100 peut donner de bons résultats; mais je crois qu'il vaut mieux faire un traitement prophylactique, c'est-à-dire employer des soins minutieux de propreté, éviter que des matières septiques contagionnent la surface conjonctivale de l'enfant, et, pour ce faire, nettoyer soigneusement les paupières et les cils du nouveau-né à l'aide de coton hydrophile et d'eau bouillie; mais si, malgré tous les moyens, on craint une infection, on pourra recourir à la méthode de Crédé, et si une conjonctivite purulente se déclare, il faudra s'abstenir du sublimé et employer immédiatement les cautérisations de nitrate d'argent à 2 p. 100, avec les lotions boriquées ou au permanganate de potasse à 2 p. 1 000.

M. Valude partage l'opinion de M. Abadie au sujet de l'emploi parfois néfaste du sublimé.

Pour éviter l'irritation conjonctivale que produit la méthode de Crédé, il a proposé l'iodoforme en insufflation dans l'œil, immédiatement après le nettoiement des paupières et des cils et alors que le cordon n'est pas encore sectionné.

M. Despagnet craint que la multiplication des antiseptiques augmente les complications de l'ophthalmie qu'on ne voyait point alors qu'on se servait simplement du nitrate d'argent qui n'a pas les dangers qu'on lui prête. Il est vrai de dire qu'il est des cas où la cornée s'ulcère quoi qu'on fasse, mais dans ces cas il intervient un autre facteur de la plus haute gravité, c'est la débilité générale de l'enfant, c'est l'athrepsie. A l'hôpital de Saint-Germain, on fait depuis un an des lotions boriquées à tous les nouveau-nés et il n'y a eu que 2 p. 100 d'ophthalmies.

M. Jocqs a observé, il y a quelque temps, un enfant chez lequel l'instillation de jus de citron avait provoqué une légère conjonctivite, qui, soignée au sublimé, aboutit au 4e jour à un trouble diffus de la cornée.

M. Galezowski pense que le traitement prophylactique de l'ophthalmie n'a aucune valeur et qu'il vaut mieux employer les cautérisations bi-quotidiennes de nitrate d'argent au 1/40 avec lesquelles on guérit toujours, quand on les commence dès le 3e ou le 4e jour de la naissance, les conjonctivites du nouveau-né.

M. Kalt trouve que les lotions au sublimé, même au 1/20 000, sont douloureuses et dangereuses et il ne les emploie plus.

M. Gorecki. — Il semble résulter de la discussion que, ce qui est le plus nécessaire, c'est un bon oculiste. Je ne puis m'empêcher de vous parler d'un fait désastreux, survenu à un confrère dont la fille, était atteinte d'ophthalmie, et qui, au lieu de lotions boriquées, fit des cautérisations de nitrate d'argent toutes les heures, ayant mal compris l'ordonnance : les deux cornées furent détruites.

M. Valude ne peut admettre, comme M. Galezowski le prétend, que la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés est inutile; les statistiques en Allemagne, en Suède, en établissent sa valeur d'une façon incontestable.

M. Abadie. — Je suis heureux de constater que nous condamnons tous l'emploi du sublimé qui a augmenté les dangers de l'ophthalmie depuis que les sages-femmes ont à leur disposition les solutions de sublimé et que nous donnons la préférence au nitrate d'argent bien employé.

Strabisme opéré.

M. Galezowski, après le détachement du tendon et pour obtenir dans certains cas un meilleur résultat, fait la suture verticale de la conjonctive par deux ou trois points.

Action curative de l'érysipèle facial sur diverses affections oculaires.

M. Terson cite l'observation d'un cas de lèpre oculaire de la conjonctive et du limbe où un érysipèle de la face améliora rapidement le mal, et où une récidive ne se déclara que 6 mois après et d'un seul côté. On a aussi signalé la disparition parfois complète du trachome et du pannus de la cornée, au cours d'un érysipèle, en même temps que la guérison d'une irido-choroïdite. L'action de voisinage est aussi importante que l'action générale, seulement rien ne prouve que cette action puisse être durable, si on se rapporte à l'action momentanée de l'érysipèle et des infections générales.

Traitement de l'iritis tuberculeuse.

M. Vignes a obtenu une grande amélioration de l'iritis tuberculeuse par l'emploi des injections hypodermiques d'huile gaïacolée.

Wuillomenet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 11 Mars 1896.

Rayons de Röntgen.

M. Guilloz présente *deux photographies Röntgen* prises par lui au laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Bordeaux en collaboration avec MM. Bergonié et Sigalas. — La première fait voir distinctement le squelette d'une main photographiée à nu; la seconde, intéressant plus spécialement les chirurgiens, est l'*épreuve d'une main recouverte d'un appareil silicaté.* La netteté du squelette démontre tous les avantages qu'on pourra retirer en chirurgie de l'emploi des photographies Röntgen pour s'assurer, en cas de fracture, de la bonne coaptation des fragments osseux et suivre l'évolution du cal sans toucher à l'appareil qui entoure le membre lésé.

M. Stoeber rappelle à ce propos que M. Van Duyse, grâce à un dispositif particulier, vient d'obtenir la photographie Röntgen d'un grain de plomb logé vers l'équateur du cristallin où il était invisible à l'œil nu.

Tumeur du cerveau.

M. Bernheim présente un *cerveau contenant un sarcome fasciculé situé au niveau de la première circonvolution temporale gauche et occupant toute l'épaisseur du lobe temporal.* La tumeur comprime de bas en haut les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes. La branche postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche est atrophiée.

La pièce provient d'un malade, chantre à la chapelle, qui entra à l'hôpital le 8 février dernier. Un mois auparavant il avait été pris brusquement, au milieu d'un repas, d'étouffements et de bégaiement. Ce début avait été suivi d'un affaiblissement graduel général et de troubles persistants de la parole avec perte partielle de mémoire. Puis était survenue une véritable attaque avec parésie de la jambe et du bras du côté droit qui avait motivé l'entrée du malade au service. On constata alors l'existence d'une logoplégie progressive mais incomplète et une hémiplégie faciale très nette du côté droit avec hémiparésie des membres du même côté. Peu à peu l'intelligence s'obscurcit, les paralysies s'accentuèrent, s'accompagnant d'exagération des réflexes tendineux du pied droit, et le malade mourut dans un état de gâtisme complet.

M. Bernheim insiste plus particulièrement sur les troubles de la parole présentés par le malade et fait remarquer qu'il était atteint d'aphasie motrice à peu près complète et présentait en même temps des symptômes très accentués de *surdité psychique.* Ces phénomènes s'expliquent par les lésions du pied de la troisième circonvolution frontale gauche et par celles du tiers moyen de la première circonvolution temporale. Cette dernière région serait en effet le siège de la mémoire acoustique des mots, et sa destruction entraînerait par conséquent une perte partielle de l'intelligence de la parole. — Toutefois M. Bernheim ne croit pas que cette surdité psychique existe jamais d'une façon complète. Même dans les cas où tout le lobe temporal est détruit, il existe chez les sujets une compréhension partielle des mots et les images-souvenirs ne disparaissent jamais complètement du vocabulaire cérébral. On n'a jamais constaté qu'une simple difficulté d'évocation psychique. Ce fait s'explique en admettant que *la première circonvolution temporale n'est pas un centre à proprement parler mais un lieu de passage.*

Pour qu'un mot devienne une réalité psychique consciente, il faut que ce mot réveille l'association d'images correspondant à l'objet qu'il exprime. Par exemple la compréhension du mot « pomme » résulte de l'association des images spéciales visuelles, gustatives, tactiles, olfactives correspondant à l'objet « pomme ». Or la première circonvolution temporale étant nécessaire à la compréhension des mots d'une façon générale, sans que sa destruction ait réussi toutefois à faire disparaître complètement toute compréhension verbale, on peut la considérer comme un lieu de passage entre les régions cérébrales où s'élaborent les images de divers ordres et où cette élaboration se trouve localisée. Dans ces conditions, en effet, la destruction de la circonvolution en question ne supprimera pas toute image, mais en supprimant plus ou moins complètement les associations d'images diminuera considérablement l'intelligence verbale dont ces associations sont la condition nécessaire.

M. Pierre Parisot fait remarquer combien est étrange l'existence d'une surdité verbale incomplète qui, étant donnée la localisation de la tumeur, aurait dû, semble-il, dominer nettement la scène clinique et combien l'existence d'une hémiplégie droite de la face et des membres paraît difficile à expliquer de prime abord puisqu'il s'agissait ici d'une lésion corticale circonscrite. Les lésions de ce genre donnant lieu à des paralysies partielles ou plus souvent à des phénomènes convulsifs, on peut se demander si la cause de l'hémiplégie complète observée ne serait pas indirecte et ne tiendrait pas à une compression de la sylvienne par la tumeur cérébrale.

M. Bernheim n'a jamais observé un cas de surdité verbale aussi caractérisé et ajoute que si l'on compulse les observations publiées, on n'en trouve aucune où la surdité en question soit complète. D'un autre côté les membres du malade n'étaient que parésiés, tandis que la paralysie était beaucoup plus accentuée à la face. Cette modalité symptomatique trouve son explication dans le double fait que toutes les lésions fronto-pariétales peuvent donner lieu à des hémiplégies passagères et qu'ici la lésion était d'ailleurs plus spécialement localisée à une région cérébrale comprenant dans son domaine la circonvolution frontale ascendante.

M. Stoeber demande s'il n'existait pas de phénomènes du côté de l'œil.

M. Bernheim. — Il n'existait ni amblyopie, ni vomissements, ni convulsions épileptiformes, ni douleur, bref aucun des symptômes classiques des tumeurs cérébrales. De plus, le début s'était affirmé brusquement par des troubles de la parole, de telle sorte qu'on avait pensé à un ramollissement intéressant le pied de la troisième circonvolution frontale gauche et le domaine de la sylvienne.

M. Pierre Parisot prend texte de l'observation de M. Bernheim pour exprimer l'opinion qu'une tumeur cérébrale ne peut être diagnostiquée d'une façon certaine.

Le reste de la séance a été occupé par une discussion sur l'*aération des habitations urbaines.*

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 Mars 1896.

Paralysie faciale.

M. **Th. Cohn.** — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, sans tare héréditaire, toujours bien portante jusqu'à l'âge de 3 ans. A cette époque, à la suite d'un refroidissement, au dire des parents, l'enfant a été prise d'une paralysie faciale gauche, et, quelque temps après, de fièvre avec convulsions. Le médecin qui vit la malade à ce moment diagnostiqua une méningite. Cette méningite guérit au bout de 3 semaines; les convulsions ne revinrent plus, mais l'enfant garda sa paralysie faciale qui persista depuis. Quelque temps après, on constata que l'enfant entendait moins bien du côté gauche.

Cet état n'a pas changé depuis cette époque. Actuellement encore, si on examine la malade, on trouve que, à part sa paralysie faciale et cet affaiblissement de l'ouïe, elle ne présente rien de morbide. L'examen des oreilles fait voir une rétraction avec légère atrophie des deux tympans; les fonctions auditives sont normales du côté droit; du côté gauche il existe une surdité d'origine nerveuse.

La paralysie faciale elle-même présente quelques particularités. A première vue elle semble totale, mais un examen plus détaillé permet de constater que tous les mouvements des muscles de la face ne sont pas atteints de la même façon. La malade peut à peine contracter ses lèvres; elle ferme incomplètement les paupières et ne peut ni rire, ni froncer la peau de son front. Par contre, elle peut fort bien froncer les sourcils et la peau du nez, propulser la lèvre inférieure, tirer en dehors la commissure labiale gauche. La position et les mouvements du voile du palais sont normaux, les sensations gustatives sont parfaitement perçues, la sensibilité de la moitié paralysée de la face intacte. Ce qui est anormal, c'est l'amaigrissement de certaines parties de la moitié gauche de la face.

L'examen électrique des muscles fournit des renseignements en rapport avec l'examen clinique. L'excitabilité directe ou indirecte des muscles frontal et articulaire des lèvres est diminuée, et les contractions du second de ces muscles sont paresseuses. Les autres muscles de la face et le peaucier sont normaux.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une paralysie périphérique du facial gauche avec surdité nerveuse du côté gauche. Le siège de la lésion n'est pas très difficile à déterminer. L'intégrité d'un grand nombre de muscles doit faire exclure l'hypothèse d'une lésion centrale; d'un autre côté, l'absence des troubles gustatifs doit faire placer la lésion entre le ganglion géniculé et le noyau; si enfin on ne veut pas admettre que la surdité ait existé avant la paralysie faciale, on est obligé de mettre la lésion au niveau du labyrinthe. Quant à la nature de la lésion, on peut fort bien admettre une hémorrhagie d'une artériole de l'oreille au cours de la méningite.

D'après M. Cohn, ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans ce cas, c'est l'apparition simultanée de la paralysie faciale et de la surdité. Ce fait est unique dans son genre, car dans la littérature il n'existe pas d'autres cas analogues.

On admet généralement que lorsque, dans les lésions du tronc du facial, certains muscles restent intacts, le noyau est pris. Mais récemment on a montré que, dans des lésions indubitables du tronc, l'orbiculaire des lèvres peut rester intact. Ces faits ne sont pas rares et on les a même observés dans la paralysie périphérique chez les goutteux. Pour les expliquer on admet l'existence d'anastosmoses entre les ramifications nerveuses des deux moitiés de la face, grâce auxquelles les muscles du côté paralysé seraient innervés par les nerfs du côté sain. D'autres font observer que toutes les fibres du même tronc peuvent ne pas être atteintes au même degré,

M. Bernhardt fait observer qu'un auteur anglais a récemment publié un cas de paralysie bilatérale du facial et de l'acoustique chez un ancien syphilitique. A côté de son cas personnel, l'auteur anglais a réuni 5 autres cas analogues qu'il a trouvés dans la littérature.

L'intégrité de certains muscles dans les paralysies périphériques est loin d'être rare, et actuellement M. Bernhardt soigne une petite fille atteinte de paralysie faciale et chez laquelle tous les muscles péribuccaux sont épargnés par la paralysie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 Mars 1896.

Tuberculose rénale et bacille du smegma.

M. Mendelsohn a rapporté l'observation d'un malade adressé au professeur Leyden avec le diagnostic de tuberculose rénale et opéré par M. Kœnig qui a enlevé le rein qu'on présentait atteint de tuberculose.

Le diagnostic présentait dans ce cas certaines difficultés tenant à l'absence des symptômes locaux. Le seul phénomène morbide présenté par le malade était une pyurie assez abondante et ce n'est que par la cystoscopie combinée au cathétérisme des uretères qu'on a pu constater que la vessie était saine et que le pus venait du rein gauche. Bien que le médecin qui avait adressé le malade à M. Leyden, ait trouvé des bacilles tuberculeux dans l'urine et bien que la même constatation ait été faite par M. Mendelsohn, M. Leyden pencha plutôt pour une pyonéphrose calculeuse. Ce diagnostic a été confirmé par l'interventions, qui a consisté en une néphrectomie lombaire.

M. Leyden profite de cette occasion pour attirer l'attention sur une erreur grave qu'on commet souvent et qui consiste à prendre pour le bacille tuberculeux, le bacille du smegma, décrit par Lustgarten. Le bacille de Lustgarten se rencontre presque dans toutes les urines, toujours dans les urines de cystites. Ses caractères morphologiques et tinctoriels sont identiques au bacille de Koch si bien que par l'examen microscopique seul le diagnostic différentiel est impossible. Dans un cas observé par M. Leyden, M. Koch a été appelé à se prononcer sur le bacille trouvé dans l'urine et il ne le reconnut pour le bacille de Lustgarten qu'après l'avoir inoculé à des cobayes.

C'est la troisième fois que M. Leyden voit diagnostiquer une tuberculose rénale d'après la présence du bacille de Lustgarten. Ces faits sont donc bons à connaître.

M. Gerhardt pense qu'on pourrait tourner la difficulté en procédant à la désinfection sérieuse des organes génitaux externes sur lesquels se trouve le bacille de Lustgarten, avant de procéder au cathétérisme et à l'examen bactériologique de l'urine.

M. Kœnig a fait la néphrectomie chez une phthisique dont l'urine renfermait des bacilles tuberculeux. Or, le rein extirpé était le siège d'un sarcome; il est donc évident que le bacille trouvé dans l'urine était tout simplement le bacille de Lustgarten.

D'un autre côté il y a des cas où le rein peut être tuberculeux et l'urine ne pas renfermer des bacilles si, par exemple, l'uretère est complètement obstrué par des masses caséeuses. M. Kœnig a observé un cas de ce genre. La malade a été opérée pour des hématuries abondantes présumées de nature tuberculeuse. Le rein était en effet tuberculeux, mais comme l'uretère était totalement obstrué par des masses caséeuses, le sang qui venait avec l'urine provenait certainement du second rein qui, par conséquent, était également malade. L'intervention eut pourtant pour résultat de faire cesser l'hématurie pendant plusieurs années.

M. Senator pense aussi que la confusion entre le bacille tuberculeux et le bacille de Lustgarten est commise souvent et que seule l'inoculation aux animaux permet de les différencier.

M. Fraenkel fait observer qu'avec la méthode d'Ehrlich les bacilles de Lustgarten se décolorent par le lavage, tandis que les bacilles tuberculeux gardent leur coloration. Enfin on peut reconnaître les bacilles tuberculeux dans l'urine à leurs groupements serpentins.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

De l'hypertrophie cardiaque de croissance,

Par le Dr R. Romme.

L'hypertrophie cardiaque de croissance, prévue en 1869 par R. Blache (1), a été intronisée en clinique par Germain Sée (2). Malgré la résistance assez vive opposée dès le début à la nouvelle venue par Constantin Paul (3), Ollivier (4), Muselier (5), Comby (6), elle conquit en peu de temps le public médical et devint rapidement monnaie diagnostique courante. La raison du succès n'avait peut-être rien de scientifique et tenait probable- à ce que, comme le disent Potain et Vaquez (7), le nouveau terme « avait pour les médecins l'avantage de réunir sous une appellation commune des troubles multiples d'origine très complexe et il n'effrayait pas trop les malades, ni leurs proches, car on assurait que la maladie ainsi dénommée était chose essentiellement transitoire et curable ». Pour cette raison ou pour une autre, le fait est que pendant quelques années le nombre des enfants atteints d'hypertrophie cardiaque de croissance se multiplia d'une façon exagérée. On eut des doutes sur l'étiologie du syndrome décrit, mais le second mémoire de Blache (8), très consciencieux, modèle de clarté et de précision, sembla emporter la conviction, et la nouvelle affection ne fut plus discutée.

Elle surgit de nouveau il y a 18 mois environ, au Congrès de Lyon, à l'occasion d'une communication très remarquable d'Huchard (1), suivie d'un travail de Potain et Vaquez (2), et d'un mémoire de Springer (3). Tous ces travaux arrivent à la même conclusion, à savoir que l'hypertrophie cardiaque de croissance n'existe pas, et que, lorsque l'hypertrophie s'observe à l'époque de la croissance, elle tient à d'autres causes que la croissance.

L'hypertrophie cardiaque de croissance de R. Blache et Germain Sée se trouve donc actuellement très menacée, et si l'on envisage que les raisons invoquées par ses adversaires sont inattaquables au double point de vue clinique et anatomique, tout porte à croire que cette hypertrophie est destinée à disparaître des cadres nosologiques.

Nous décrirons ici l'hypertrophie cardiaque de croissance telle qu'elle a été tracée par Germain Sée, et nous reproduirons les critiques qui tendent à montrer que l'édifice construit par Germain Sée et Blache n'est pas très solide.

I

Pour établir la clinique de l'hypertrophie de croissance, M. Germain Sée (4) s'appuie sur les recherches de Beneke, qui ont montré que de la naissance à la 2e année le cœur double de volume; que de 2 à 7 ans il double encore; que de 7 à 15 ans le volume du cœur reste stationnaire et que de 15 à 20 ans les dimensions de l'organe subissent un accroissement rapide. De ces recherches, Germain Sée retient deux faits : c'est que de 7 à 15 ans, il y a un état stationnaire et c'est le corps qui se développe; en second lieu, c'est que l'adolescence détermine une vive croissance du cœur, qui, dans certaines circonstances peut aboutir à l'hypertrophie véritable, à l'hypertrophie idiopatique. D'après Germain Sée, plusieurs éventualités peuvent alors se produire :

1° La croissance corporelle suit son cours régulier, mais le muscle cardiaque s'est accru outre mesure selon des lois régulières; le cœur devance le corps, il est préparé ainsi d'avance à un travail mécanique qu'il ne fournira que plus tard.

2° A la suite des causes inconnues, souvent après une fièvre grave, on voit des adolescents grandir tout à coup dans des proportions gigantesques; le cœur, dans ces cas, est pour ainsi dire obligé de suivre, et pour fournir aux frais d'une circulation aussi étendue, d'une nutrition aussi active, il s'hypertrophiera afin de proportionner son travail à l'obstacle qu'il rencontre.

3° Un travail excessif se trouve imposé à un enfant, à un petit ouvrier auquel on inflige des journées trop longues et qui subit les conséquences du surmenage; son cœur se dilatera, et cette dilatation sera de la dystrophie bien plutôt que de l'hypertrophie.

4° Une malformation du thorax peut mettre le cœur dans une situation mauvaise pour son fonctionnement, et une hypertrophie de cause mécanique en sera la conséquence.

L'hypertrophie une fois constituée se manifestera, en tant que symptomatologie locale, par l'*augmentation du volume du cœur*, surtout de son diamètre longitudinal avec abaissement de la pointe; par l'existence d'un *souffle* qui correspond exactement à la systole, siégeant dans la région de la pointe, plutôt un peu au-dessus, en diminuant un peu d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la

1. Thèse de Paris, 1869.
2. *Académie de médecine*, 1885.
3. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, 1887.
4. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1889.
5. *Gazette médicale de Paris*, 11 juin 1892.
6. *Archives générales de médecine*, 1890.
7. *Semaine médicale*, 1895, p. 413.
8. *Revue des maladies de l'enfance*, 1891, p. 529.

1. *Congrès français de médecine de Lyon*, 1894, p. 788.
2. *Loc. cit.*
3. *Semaine médicale*, 1895, p. 490.
4. *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 434. Paris, 1889.

base, ne se prolonge pas dans les vaisseaux et a un timbre rugueux, plutôt que véritablement soufflant; par de l'*arythmie* se manifestant sous forme d'intermittences ou de battements très rapprochés qui surviennent par série de 3 à 4, pour reprendre ensuite le rythme régulier pendant un certain nombre de pulsations.

Cliniquement l'hypertrophie cardiaque de croissance, caractérisée localement par les signes qui viennent d'être énumérés, peut revêtir trois formes différentes :

1) La forme tachycardique avec palpitations constituant parfois le seul phénomène accusé par le malade.

2) La forme dyspnéique, avec gêne respiratoire parfois constante, même au repos, mais se produisant surtout à l'occasion d'exercices prolongés ou violents.

3) La forme céphalique caractérisée par les maux de têtes frontaux continus qui se renouvellent à chaque tentative de travail intellectuel, se dissipent souvent à l'air et pendant le repos de l'esprit pour reparaître ensuite, souvent des mois entiers, avec ou sans interruption.

En résumé, d'après M. Germain Sée on peut observer pendant la croissance un syndrome clinique constitué par des palpitations de la dyspnée et de la céphalalgie, coïncidant avec une hypertrophie du cœur qui est sa raison d'être et qui, elle, peut relever de la croissance par deux mécanismes : par accroissement anticipé et exagéré du cœur qui précède sous ce rapport le reste de l'organisme (hypertrophie par précocité), ou bien par accroissement secondaire pour subvenir aux besoins de l'organisme dont le développement a subi une poussée subite (hypertrophie par retard).

II

La critique récente de l'hypertrophie cardiaque de croissance a été faite au double point de vue clinique et anatomique.

Dans sa communication au Congrès de Lyon, sur les pseudo-hypertrophies cardiaques de croissance, Huchard a considérablement élargi les idées d'Ollivier en montrant par de nouveaux exemples extrêmement typiques que la croissance n'est pour rien dans l'hypertrophie cardiaque des adolescents, et que presque toujours, quand cette hypertrophie existe, elle relève d'une autre cause, quelquefois latente, le plus souvent facile à découvrir.

Tel est le cas d'un jeune homme de 17 ans qui avait démesurément et rapidement grandi. Il se plaignait depuis 10 mois de palpitations : une tachycardie permanente s'était établie, le cœur battait réellement plus bas qu'à l'état normal, sa matité avait apparemment augmenté surtout dans le sens longitudinal. Le diagnostic d'hypertrophie cardiaque de croissance avait été formellement établi par plusieurs médecins. Trois mois après, toujours sans toux et avec une dyspnée à peine appréciable, survenaient quelques accès fébriles, légers et irréguliers, et 18 mois plus tard le malade succombait à une tuberculose pulmonaire.

L'hypertrophie cardiaque de la croissance, à type tachycardique et un peu dyspnéique suivant la terminologie de Germain Sée, était dans ce cas symptomatique de la tuberculose.

L'estomac peut jouer le même rôle chez les jeunes gens, et, après Ollivier, Huchard a relevé les rapports entre l'hypertrophie cardiaque de croissance et ce qu'il appelle « la dyspepsie des jeunes collégiens ». Nul doute pour lui que chez les adolescents tout comme chez les adultes, il ne puisse survenir une série d'accidents cardio-pulmonaire, ou de troubles cardiaques réflexes sous l'influence des affections de l'estomac, de l'intestin, du foie; ces troubles, tout réflexes qu'ils soient, n'en amènent pas moins des palpitations, de la dilatation du cœur. Exemple, le cas classique d'Ollivier où un collégien, dyspeptique flatulent, est soigné pour une hypertrophie cardiaque de croissance; comme ce collégien avait l'habitude de manger beaucoup trop vite et, étant myope, était obligé de se courber sur son pupitre, il comprimait ainsi son estomac déjà distendu et provoquait les accidents cardio-pulmonaires. Huchard a observé des cas de ce genre « dyspepsie des jeunes collégiens »; de même R. Blache qui dit avoir eu souvent l'occasion de voir des faits analogues chez des jeunes gens atteints de dilatation d'estomac qui provoquait des troubles cardiaques, de la dyspnée et même parfois de la douleur au niveau du cœur toujours, dans ces conditions, augmenté de volume.

Ces cardiopathies réflexes revêtant le tableau de l'hypertrophie cardiaque de croissance s'observent encore, et très fréquemment de l'avis d'Huchard, à l'époque de la puberté chez les jeunes filles, pour disparaître après l'établissement de la menstruation.

Comme exemple choisi parmi plusieurs autres, voici le cas d'une fille de 15 ans 1/2, non encore réglée, chez laquelle tous les symptômes conspirent pour faire admettre le diagnostic d'hypertrophie cardiaque de croissance : allongement et étroitesse du thorax, abaissement de la pointe du cœur, palpitations avec tachycardie, etc. Sur ces entrefaites, la menstruation apparaît, et dès que les règles s'établissent, tous les accidents disparaissent en moins de 2 mois.

Un autre groupe où Huchard, comme Ollivier, a rencontré l'hypertrophie cardiaque de croissance, sont les cas caractérisés par une déformation du thorax consistant dans l'allongement de la cage thoracique avec diminution assez considérable de ses diamètres transversal et antéro-postérieur. Le cœur, quoique ayant conservé son volume normal, est donc apparemment trop gros pour un thorax trop petit; il subit alors un réel mouvement de descente, la pointe peut être sentie sous le doigt au-dessous de la 5e côte et donner l'apparence d'un choc plus énergique en raison du peu d'épaisseur des parois. Si le jeune homme est anémique, ce qui est fréquent, il y a de véritables palpitations, un peu d'oppression et de la céphalée. C'est une fausse hypertrophie, mais qui peut devenir vraie, car le cœur, à l'étroit dans la cavité thoracique, lutte contre cet obstacle, palpite et s'hypertrophie. Mais cette hypertrophie est bien distincte, au point de vue de sa pathogénie, de celle qui serait un simple accident de croissance.

Pour résumer les idées de Huchard, nous pouvons dire que, pour lui, l'hypertrophie cardiaque de croissance relève tantôt d'une tuberculose latente, tantôt d'une dyspepsie, tantôt d'un thorax déformé, tantôt enfin des troubles réflexes d'origine utéro-ovarienne. La confusion est-elle fréquente? Huchard dit qu'il n'a « rencontré la véritable hypertrophie de croissance que très exceptionnellement, et encore quand il dit cela, c'est par pure condescendance pour les enseignements du passé ». Disons, en passant, que Bézy (1) n'a pas non plus observé un seul cas d'hypertrophie de croissance, seulement « il se garde de conclure, devant l'autorité de deux éminents cliniciens (Blache et Germain Sée), que ce qu'il n'a pas vu n'existe pas ».

La critique de Potain et Vaquez est encore plus décisive, car elle s'appuie sur des faits moins discutables que les observations cliniques, ou plutôt que l'interprétation

1. *Arch. médic. de Toulouse*, 1895.

des faits cliniques. Ces auteurs donnent du reste dans leur travail des chiffres, des statistiques, des mensurations exactes se rapportant à un nombre considérable de cas, à des catégories. Prenant la définition de Germain Sée à la lettre, c'est-à-dire en admettant explicitement que l'hypertrophie cardiaque de croissance veut dire hypertrophie du cœur par le fait de la croissance, et de la croissance seule, ils l'ont cherchée, cette hypertrophie, chez des adolescents placés dans les mêmes conditions de vie et d'hygiène. A cet effet, ils ont examiné le cœur de 43 teigneux de 5 à 13 ans de l'hôpital Saint-Louis, de 27 élèves de l'école d'Alembert, âgés de 14 à 20 ans, de 12 soldats de 20 à 24 ans du fort de Nogent, et de 20 soldats de l'école de gymnastique de la Faisanderie, de 20 à 29 ans. Les recherches faites sur cette centaine de cas et qui ont porté non seulement sur le cœur, mais encore sur la taille, le poids et le périmètre thoracique des individus, ont montré que, si l'on prend les moyennes, on trouve un rapport plus ou moins constant entre l'accroissement du cœur d'un côté, la taille, le poids et le périmètre thoracique de l'autre, comme cela ressort du tableau suivant :

AGE	SURFACE DE MATITÉ DU CŒUR	TAILLE	POIDS	PÉRIMÈTRE THORACIQUE
6 ans	40 c. q.	1m,05	19 k.	54 c.
12 —	52 —	1m,31	31 —	63 —
17 —	78 —	1m,60	53 —	82 —
22 à 24 —	87 —	1m,64	63 —	»

On pouvait donc prévoir, d'après ces chiffres exprimant la moyenne, que les anomalies de l'accroissement du cœur, son hypertrophie apparente, pouvaient tenir aux modification de l'un des trois autres facteurs. L'étude des cas a, en effet, montré que le facteur le plus constant était sous ce rapport la taille de l'individu; ainsi une fillette de 13 ans qui avait une exagération considérable de la matité précordiale (66 c. q., au lieu de la moyenne qui, à cet âge, est de 56), était en même temps d'une taille supérieure à la moyenne de son âge (1m47 au lieu de 1m37) et son développement physique est celui d'une personne presque formée. Inversement, un cœur au-dessus de la moyenne se rencontrait chez des individus de taille au-dessous de la moyenne de son âge.

Le poids et le périmètre thoracique, dont l'influence est très manifeste dans les statistiques d'ensemble, interviennent moins quand il s'agit d'étudier les cas particuliers. Quelquefois notamment, on trouve un petit cœur dans un thorax relativement large et, plus souvent, un cœur volumineux dans un thorax étroit : le développement un peu exagéré du cœur semble alors tenir à des déformations rachitiques qui avaient retardé l'augmentation progressive du thorax.

Un autre facteur qui peut influer sur l'augmentation du cœur est l'exercice physique, la gymnastique dans les cas étudiés par Potain et Vaquez. Ainsi, 3 fois où la mensuration de la matité précordiale avait fourni des chiffres exceptionnellement élevés, il s'agissait 2 fois de moniteurs de gymnastique au fort de Nogent et à l'école de la Faisanderie, une fois, la troisième, d'un enfant de l'école d'Alembert, le plus fort gymnaste de l'école qui compte au nombre de sujets d'élite pour les exercices du corps.

L'influence des exercices physiques, de la gymnastique, sur le volume du cœur ressort encore plus nettement lorsqu'on compare 3 séries de cas : 1° les soldats du fort de Nogent ne se livrant à la gymnastique que d'une façon modérée; 2° les élèves de l'école de la Faisanderie; 3° les moniteurs de cette école où se recrutent les moniteurs des régiments. Les moyennes de ces 3 catégories ont été respectivement de 91, de 98 et 101 c. q. Autrement dit, le volume du cœur était d'autant plus exagéré que les hommes étaient soumis depuis plus longtemps à un exercice plus considérable et plus répété. Ce fait se confirme encore quand on prend en considération la durée du service : les tracés montrent alors que le volume du cœur croit proportionnellement à l'ancienneté de la pratique de la gymnastique. D'après Potain et Vaquez, l'hypertrophie cardiaque disparaît elle-même progressivement après la cessation complète des exercices musculaires.

Dans 4 autres cas, où Potain et Vaquez ont trouvé une hypertrophie du cœur, elle tenait manifestement à des causes pathologiques qui l'expliquaient suffisamment en dehors de la croissance : hypertrophie du foie et de la rate d'origine paludéenne dans un cas, dyspepsie avec dilatation de l'estomac dans un autre, goître dans un troisième, tuberculose dans le quatrième.

Il résulte donc très nettement de ces faits qu'en dehors des états pathologiques, des exercices violents, la croissance n'exerce aucune influence sur le cœur ou plutôt que le cœur augmente de volume en rapport avec l'accroissement des autres organes.

Mais il y a plus. Aucun des enfants ou des adolescents chez lesquels, au cours de ces recherches, on a constaté un développement cardiaque plus ou moins exagéré, n'avait attiré l'attention sur son cœur, aucun n'avait eu de palpitations ni d'essoufflement. Quelques-uns des sujets examinés présentaient certains troubles fonctionnels, mais chez ceux-là précisément on ne constatait pas d'exagération du volume du cœur. Chez tous les résultats de l'auscultation étaient purement négatifs.

La démonstration est donc complète chez les adolescents bien portants ou qui, du moins, n'accusent pas de phénomènes morbides. Et il en serait de même, d'après Potain et Vaquez, des adolescents qui arrivent avec le diagnostic d'hypertrophie cardiaque de croissance. Ces auteurs ont eu l'occasion d'examiner un grand nombre de ces malades chez lesquels l'existence des palpitations, de bouffées de chaleur au visage, la constatation de battements un peu exagérés de la région précordiale avec perception d'un souffle plus ou moins diffus et mal défini du cœur paraissait légitimer le diagnostic d'hypertrophie de croissance. Or, dans aucun de ces cas, la percussion n'a permis de reconnaître une augmentation du volume du cœur.

III

Revenons maintenant au travail de Germain Sée et à ses 4 catégories d'hypertrophies cardiaques de croissance.

Trois d'entre elles peuvent être d'emblée et définitivement rayées : c'est, en premier lieu, l'hypertrophie qui s'observe dans les malformations du thorax (4e catégorie) et qui, par conséquent, relève d'une cause pathologique, rachitisme ou autre. La seconde catégorie destinée à disparaître est celle « du petit ouvrier auquel on inflige des journées trop longues et qui subit les conséquences du surmenage » (3e catégorie) : la croissance n'a rien à y voir et l'hypertrophie est produite par le surmenage, comme elle est produite par l'exercice physique chez les gymnastes de Potain et Vaquez.

La 3e catégorie qui ne peut plus persister est celle où, « souvent après une fièvre grave, on voit des adolescents grandir dans des proportions gigantesques; le cœur est obligé de suivre et s'hypertrophie » (2e catégorie). Ici 2 objections peuvent être formulées : ou bien l'hyper-

trophie a été constatée après une fièvre, et alors c'est certainement la fièvre et non pas la croissance qui a touché le cœur; ou bien il n'y a pas eu de fièvre, c'est-à-dire de maladie infectieuse, et les cas deviennent physiologiques puisque, d'après les recherches de Potain et Vaquez, il existe un rapport constant entre le volume du cœur et les dimensions de la taille de l'individu.

Reste la dernière catégorie où « la croissance corporelle suit son cours régulier, mais le muscle cardiaque s'est accru outre mesure selon des lois régulières, s'est préparé d'avance à un travail mécanique qu'il ne fournira que plus tard » (1re catégorie).

Que penser de cette catégorie? Il faut se représenter, par conséquent, un jeune garçon dont le cœur, doué d'une sorte d'intuition qui lui fait prévoir le travail à fournir ultérieurement, a l'heureuse idée de s'hypertrophier d'avance, comme cela, très tranquillement. Cette conception jure un peu avec nos idées actuelles.

Springer accuse tout simplement Germain Sée d'avoir pris un souffle extracardiaque pour un souffle cardiaque, car, dit-il, « le myocarde ne souffle pas ». Mais je ne crois pas que ce soit sur ce terrain qu'il faille se placer. Il me semble plutôt que cette hypertrophie intelligente du cœur peut tenir à une infection passée inaperçue, à une angine diphthérique prise pour une angine érythémateuse simple, à une infection nasale ou naso-pharyngienne que l'on connaissait à peine avant l'essor que la bactériologie a pris ces deux dernières années. Il y aura encore à retrancher de ce groupe tout le chapitre des cardiopathies réflexes sur lesquelles ont insisté Ollivier et Huchard et qui peuvent se trouver sous la dépendance d'une dyspepsie, d'une tuberculose latente, d'une neurasthénie, d'une anémie, etc., états pathologiques dont quelques-uns sont considérés par M. Blache comme adjuvants de l'hypertrophie cardiaque de croissance. Et une fois ce démembrement opéré, il ne restera rien de l'hypertrophie idiopathique du cœur de croissance.

Nous souscrivons donc pleinement aux conclusions de Potain et Vaquez quand ils disent que lorsque, à l'aide des documents physiologiques et pathologiques, on essaie de se faire une idée de ce que peut être l'affection qu'on désigne sous le nom *d'hypertrophie cardiaque de croissance*, on voit que sous ce titre on englobe des faits pathologiques très divers où l'hypertrophie du cœur n'entre, en général, pour rien; et que lorsqu'à la période de la croissance on rencontre une hypertrophie du cœur, elle tient à des causes autres que la croissance (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur l'angiomyopathie (Myopathie d'origine vasculaire) (2),

Par G. Marinesco.

I

Les recherches cliniques et anatomo-pathologiques de ces quinze dernières années ont complètement remanié le chapitre des atrophies musculaires. Dans une leçon remarquable faite à la Salpêtrière en 1885, Charcot a divisé en deux classes les atrophies musculaires. La première est représentée par les atrophies d'origine spinale, qui comprennent, à titre d'espèces : *a*) la sclérose latérale amyotrophique; *b*) l'atrophie musculaire du type Duchenne-Aran, réduite à sa plus simple expression et débarrassée de tous les éléments étrangers.

La seconde classe est constituée par les atrophies progressives primitives qui renferment, mais seulement à titre de variétés : *a*) la paralysie pseudo-hypertrophique; *b*) la forme junévile de l'atrophie musculaire d'Erb; *c*) l'atrophie musculaire de l'enfance, de Duchenne (connue aujourd'hui sous le nom de type Landouzy-Déjerine); *d*) des formes de transition où la faiblesse musculaire est le fait dominant et où l'on ne trouve, en somme, ni atrophie, ni hypertrophie; *e*) la forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive de Leyden, à début par les membres inférieurs.

Ainsi toutes ces myopathies du dernier groupe, si diverses en apparence, se fondent les unes dans les autres pour constituer une seule et même entité morbide : *la myopathie progressive primitive*.

Les myopathies primitives relèvent, comme leur nom l'indique, de lésions primitives des muscles. Quant à la partie du muscle qui est la première atteinte dans les myopathies primitives, l'accord n'est pas encore fait sur ce point : les uns pensent que la lésion débute dans le tissu interstitiel; les autres admettent qu'elle commence dans la fibre musculaire elle-même; enfin, certains observateurs, comme M. Babès, inclinent à croire que la lésion débute par les vaisseaux. Aujourd'hui les divergences sont moins accentuées, et, de l'avis du plus grand nombre — opinion que nous partageons également — l'altération originelle a son siège dans la fibre musculaire elle-même.

Dans le présent travail, nous nous proposons de démontrer qu'il existe une variété d'atrophie ou plutôt de nécrose des fibres musculaires qui est sous la dépendance immédiate des vaisseaux, en d'autres termes qu'elle procède d'une irrigation insuffisante ou défectueuse des masses musculaires. La description de ce syndrome n'a été qu'effleurée et mentionnée d'une façon accidentelle par quelques auteurs, qui n'y ont d'abord attaché aucune importance.

Nous pensons cependant que le syndrome dont nous allons nous occuper mérite une description à part, à cause de la question importante qu'il soulève, c'est-à-dire de l'influence de la circulation sur la nutrition des muscles et sur la production des myopathies. Voici, résumée, l'observation d'un malade chez lequel les phénomènes morbides observés nous semblent venir à l'appui de la thèse que nous nous proposons de développer. Nous la devons à l'obligeance de notre maître, M. le docteur Brissaud.

II

Il s'agit d'un homme âgé de 59 ans, qui a joui d'une très bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque il fut atteint d'une tuberculose testiculaire, qui resta localisée et guérit. La santé redevint excellente jusqu'à l'âge de 51 ans. Le sujet est fils et neveu de suicidés; il a lui-même 3 enfants dont 2 présentent des accidents névropathiques caractérisés : un fils, grand asthmatique, tiqueur; une fille mariée, scrupuleuse, avec accès d'anxiété. Celle-ci a 4 enfants tout jeunes : l'aînée (12 ans) a une incontinence d'urine persistante; le second (10 ans) est atteint d'un ptosis congénital unilatéral.

En 1865, notre homme est pris d'une crise de mélan-

1. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1890.
2. D'après un travail paru dans *la Semaine méd.*, 15 fév. 1896, n° 9.

colie avec délire d'auto-accusation. L'état aigu de cette crise dure quelques semaines, mais toute occupation est devenue impossible désormais; toujours perplexe, agité, irascible, brouillon, le malade est atteint de la manie du voyage. Il cède, sans raisonner, à un insurmontable besoin de circuler, ne fait chez lui que des séjours de quelques semaines. En 1885, il a quelques crises très légères d'angine de poitrine, attribuées par son médecin à l'excès du tabac. A la même époque, il se produit de la claudication intermittente : après 50 mètres de marche très facile, le sujet ressent dans le mollet une crampe très douloureuse qui s'exagère s'il veut poursuivre son chemin; à tel point qu'il est absolument crispé dans tout le côté droit du corps. La douleur n'occupe que la jambe droite; la gauche est totalement indemne. Cette claudication dure environ 2 ans. A partir du jour de son apparition, l'excitation psychique s'apaise, l'état mental redevient tout à fait normal. En 1887, la crampe n'occupe plus seulement le mollet, mais aussi la région antérieure de la jambe et le pied. Le talon est particulièrement sensible. L'épiderme y est épaissi, ridé, comme décollé; des veines nombreuses forment des sinuosités au pourtour de la région, sans dilatations variqueuses. Aucun traitement n'avait modifié la situation, lorsque l'amélioration, sur laquelle on ne comptait plus, se produisit, spontanément : la claudication diminua de fréquence et d'intensité; la douleur du talon, le trouble trophique survenu au pourtour du calcanéum finirent par disparaître.

En 1892, retour de la claudication intermittente, avec crampe réelle dans le mollet droit, qui diminue de volume progressivement. On note un peu de refroidissement du pied avec légère sclérodermie, sans modification des ongles. Peu après il se fait une localisation douloureuse à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du pied droit, mais sans craquements articulaires ni gonflement. Cette douleur est spontanée aussi bien que provoquée, lancinante, diurne et nocturne. A ce moment, voici quel est le tableau clinique présenté par le malade : rapide aggravation des phénomènes nouveaux localisés à l'orteil droit; apparition d'une plaque circulaire de gangrène sèche au niveau même de l'articulation métatarso-phalangienne; douleurs très aiguës, incessantes, non pas seulement dans la région de l'orteil mais encore sur toute l'étendue du membre inférieur droit, jusqu'au tiers supérieur de la cuisse (douleurs profondes, impossibles à localiser, tout à fait différentes de la douleur articulaire du gros orteil); absence de battements dans la pédieuse ; aucun trouble objectif de la sensibilité, conservation des réflexes cutanés et tendineux; tout le membre inférieur droit s'atrophie et se refroidit.

Après la chute de l'eschare, le sphacèle envahit l'articulation, les 2e et 3e orteils, le dos du pied. On procède à l'amputation médio-tarsienne; il ne se produit aucun écoulement de sang par les artères. La plaie se cicatrise cependant assez bien, sauf au niveau du bord interne du pied. Une apparition rapide de sphacèle sur le dos du pied et la partie antérieure de la région malléolaire engage à pratiquer l'amputation de la jambe droite au tiers moyen. Les battements de la crurale sont perceptibles, mais faibles, l'hémorrhagie est insignifiante.

L'opéré meurt subitement un mois après cette dernière intervention. La cicatrisation n'était que partielle. L'autopsie n'a pas été faite.

L'examen du membre amputé nous a donné les résultats suivants :

Les nerfs sciatique poplité externe et tibial postérieur ont une apparence normale. Les artères tibiale postérieure et pédieuse forment des cordons rigides, mais sans aucune induration comme dans l'athérome. Elles présentent les lésions de l'artérite oblitérante progressive. Les veines ne présentent pas de thrombus comme les artères, mais leurs tuniques sont hyperplasiées, surtout la tunique moyenne. Les nerfs examinés histologiquement ne présentent aucune altération. Cette intégrité des troncs nerveux distingue notre cas de ceux décrits par Joffroy et Achard sous le nom de névrites d'origine vasculaire dans lesquels il y avait des lésions nerveuses au-dessous de l'artérite oblitérante.

Les fibres musculaires présentent des lésions multiples que nous diviserons en deux catégories suivant la phase à laquelle elles appartiennent.

Dans une première phase, l'ischémie due à l'oblitération des artères musculaires entraîne des troubles de nutrition qui se traduisent par les lésions suivantes : les fibres sont ou atrophiées, ou plus souvent hypertrophiées ; elles présentent des cassures, des bandes de dégénérescence très colorées, ayant perdu leur striation : ces bandes sont le résultat d'un processus de coagulation partielle. Avec l'œdème de la fibre musculaire, elles constituent les modalités de dégénérescence les plus communes dans l'angiomyopathie.

Dans une deuxième phase se consomme la ruine de la fibre musculaire, les noyaux du sarcolemme s'hyperplasient, la fibre est comme bourrée de ces éléments. Ils rongent la myosine, et ces destructeurs de la fibre musculaire ou myophages peuvent être rapprochés des ostéoclastes du tissu osseux.

Le tissu interstitiel s'hyperplasie et montre de nombreuses cellules graisseuses jaunes à noyau.

Les nerfs intra-musculaires sont intacts. On constate seulement un peu d'épaississement du tissu péri-fasciculaire. L'angiomyopathie est un épisode au cours de l'artérite oblitérante, comme la gangrène, la claudication intermittente.

Charcot a introduit dans la pathologie humaine ce syndrome que Bouley avait décrit chez le cheval. Cette claudication intermittente précède la gangrène et permet de reconnaître l'artérite oblitérante avant que la gangrène ne se soit constituée.

L'angine de poitrine qui, dans l'espèce, n'est que la claudication intermittente du cœur, relève du même mécanisme, c'est-à-dire d'une ischémie plus ou moins complète des vaisseaux nourriciers du muscle cardiaque. La coïncidence de l'angine de poitrine et de la claudication intermittente chez le même individu, comme c'était le cas chez notre malade, le prouve amplement. La claudication intermittente favorise en quelque sorte la production de l'angiomyopathie, dont elle constitue le début. En effet, on sait qu'un muscle en contraction exige un afflux de sang beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Or, chez les individus atteints d'artérite oblitérante où le débit du sang suffit à peine pour la nutrition des muscles au repos, ce débit devient tout à fait insuffisant pendant la contraction nécessaire aux mouvements, le muscle mal irrigué souffre, et cette souffrance se traduit par des crampes et des modifications de structure de la fibre musculaire. La crampe qui caractérise la claudication intermittente, et qui joue probablement aussi un rôle important dans la symptomatologie de l'angine de poitrine, est un phénomène d'ordre musculaire, dû vraisemblablement aux altérations du myoplasma. On n'est pas encore d'accord sur le mécanisme de ce symptôme. Certains auteurs, comme Onimus, voient dans ce phénomène des analogies avec la rigidité cadavérique.

Quoi qu'il en soit, il nous semble bien établi que ce sont surtout les modifications de l'irrigation musculaire qui le réalisent; ainsi, quand le retour du sang veineux s'est fait avec difficulté dans un membre, l'arrêt plus ou moins subit de la circulation sanguine dans les muscles produit des crampes. Ces deux conditions entrent précisément en jeu dans l'artérite oblitérante. Un symptôme qui accompagne assez souvent l'angiomyopathie, c'est la gangrène cutanée des extrémités malades. Elle constitue un phénomène équivalent à la myopathie, c'est-à-dire que les deux troubles relèvent du même mécanisme, l'artérite ou plutôt la vasculite oblitérante. Dans le cas que nous avons examiné, cette analogie n'est pas douteuse, parce que nerfs profonds et nerfs superficiels étaient intacts, ce qui prouve la multiplicité des processus susceptibles d'amener la gangrène ou l'atrophie musculaire; car en dehors des gangrènes (Pitres et Vaillard) et de l'atrophie musculaire d'origine nerveuse, il existe des cas où les lésions procèdent d'une altération vasculaire : les observations de Goldflam, de Laveran, et la nôtre le prouvent. A côté de ces cas, en quelque sorte purs, il en existe de plus complexes où les lésions vasculaires et les lésions nerveuses s'associent et déterminent dans des proportions variables des altérations musculaires et des gangrènes cutanées.

L'artérite oblitérante n'est pas la seule cause de l'angiomyopathie, tous les états pathologiques qui affectent le système circulatoire peuvent réaliser l'atrophie musculaire, en particulier nous citerons la phlébite (A. Broca, Klippel, Quénu, Vaquez), en invoquant comme pathogénie non seulement les lésions nerveuses, mais les lésions mêmes des veines qui suffisent à produire des lésions de la fibre musculaire.

L'artérite oblitérante joue dans la production de l'angiomyopathie un rôle mécanique : est-ce qu'une constriction continue sous l'influence des nerfs vaso-constricteurs ne pourrait pas réaliser les mêmes lésions d'atrophie musculaire? *A priori*, ce rôle du grand sympathique semble possible. D'ailleurs, ne sait-on pas que le développement des muscles durant la vie embryonnaire est sous la dépendance des vaso-constricteurs ainsi que Von Heonowa l'a montré. D'autre part, c'est encore le rôle du grand sympathique que nous avons invoqué dans un cas d'hémiatrophie de la face et du bras publié avec M. P. Marie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en février et mars 1896.

M. Le Mème (Henry). *Quelques considérations sur la fréquence du suicide des aliénés.* N° 148.

M. Lemesle (Henri). *Des irresponsables devant la loi.* N° 172.

M. Thibaud (Eugène). *Les aliénés devant la justice.* N° 220.

M. Roques (Antoine-Sidoine). *Contribution à l'étude de l'ectropion non cicatriciel (pathogénie; traitement).* N° 224.

M. A. Jorand. *Accidents et complications de la symphyséotomie.*

M. Auscaler (Maximilien). *Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins.* N° 180.

M. Lucas (Charles). *Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.* N° 125.

M. Spindler (Paul). *De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.* N° 202.

M. Cocard (Maurice). *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches leur valeur relative.* N° 210.

Tous les aliénés, sauf peu d'exceptions, peuvent avoir recours au suicide, mais il ne se présente pas avec les mêmes caractères dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Chez quelques-uns, nous dit M. Le Mème, les idées de suicide proprement dites n'existent pas : ce sont les maniaques, les impulsifs, les hystériques et en général les alcooliques et les épileptiques : quand le suicide se produit, il est le résultat d'impulsions soudaines, irréfléchies. Les autres : mélancoliques, persécutés, neurasthéniques, certains épileptiques, certains alcooliques et paralytiques généraux hypocondriaques raisonnent et calculent leur acte. Comme mode d'exécution, ils ont souvent recours aux plus étranges et aux plus compliqués. On conçoit dès lors l'embarras du médecin légiste qui se trouve en présence d'un de ces cas bizarres chez un individu dont le suicide est la première manifestation d'une affection mentale et qui était par conséquent libre.

D'après les exemples réunis par M. Le Même, il est permis d'affirmer qu'une surveillance nullement en défaut n'aurait pas été capable d'éviter l'accomplissement de certains suicides. Empêcher les suicides paraît donc impossible, à moins de traiter nos malheureux pensionnaires comme sont traités les criminels que la justice a punis de la peine capitale, ce qui n'est pas admissible; à moins encore de pouvoir donner à nos asiles un personnel de surveillance autrement nombreux que celui que les budgets des départements ou des hospices peuvent leur permettre d'avoir actuellement.

Dans sa thèse, M. Lemesle montre qu'après avoir été méconnu pendant de longs siècle, ce principe a enfin été accepté que la pénalité doit être en rapport avec le degré de responsabitité de l'agent. — La médecine mentale et et l'anthropologie criminelle sont venues indiquer à la fois les difficultés d'appréciation en pareille matière et la nécessité pour chaque inculpé d'un examen psycho-moral.

L'intervention médico-mentale réalise les garanties les meilleures pour cet examen psycho-moral. — Le magistrat et le médecin légiste ont des rôles trop dissemblables et des attributions trop tranchées, pour que le premier puisse dans ce cas particulier remplacer le second. — Le bon sens et même la perspicacité ne suffisent pas pour diagnostiquer la folie. Pour avoir rejeté cette notion la magistrature a commis de nombreuses erreurs en condamnant des irresponsables.

Une inspection médicale de tous les inculpés doit précéder toute procédure; dans cette inspection, le médecin retiendra les cas qui lui sembleront devoir nécessiter une expertise. — Quelques criminologistes ont dit, et beaucoup après eux ont répété de confiance, que cette inspection médicale n'est pas réalisable, en raison de difficultés matérielles : ces difficultés, nous l'avons vu, sont très surmontables. — En attendant cette organisation qui s'impose, il faut, par mesure provisoire, *instituer une inspection médicale des condamnés*, analogue à celle qui fonctionne en Belgique, afin de réparer au plus tôt les erreurs judiciaires que les statistiques nous laissent entrevoir.

A la suite des faits qu'il a réunis, M. Thibaud est amené, directement et logiquement, sans faire de récapitulation superflue, à formuler, comme conclusion, le désir suivant : dans tous les cas où les juges seront appelés à prononcer sur le sort d'un aliéné interné dans un asile public, qu'il s'agisse de l'internement lui-même, de la sortie ou de l'interdiction, le médecin traitant conduira l'interrogatoire et fournira toutes les explications capables d'éclairer l'opinion du juge. Celui-ci pourra ensuite, s'il le reconnaît utile, faire nommer un médecin-expert. En cas de dissentiment entre ce dernier et le médecin traitant, un deuxième expert sera appelé à trancher la question. Bien entendu, jamais les juges ne seront liés par l'avis des médecins.

Il y a deux variétés d'ectropion : l'ectropion aigu consécutif à des poussées congestives intenses et l'ectropion chronique qui

présente différents modes de production et qu'on a divisé en : ectropion cicatriciel; ectropion lacrymal ou sénile; ectropion muqueux. Mais M. Roques pense qu'il n'y a véritablement pas d'ectropion muqueux chronique qui serait le résultat d'une action mécanique ou la conséquence des contractions du muscle orbiculaire; la condition première nécessaire à la formation de cette affection est une parésie de l'orbiculaire. C'est une variété qu'il faut distinguer des précédentes avec lesquelles elle a été confondue, il faut l'appeler ectropion muqueux parétique.

Si les divers traitements qui ont été employés (fer rouge, caustiques, massage, électricité, cautérisations horizontales) ont été quelquefois couronnés de succès, c'est qu'on avait affaire précisément à cette variété d'ectropion où la simple excitation de la muqueuse suffit pour ramener la contractilité musculaire. Lorsqu'il s'agit de cas où à la parésie se joint un certain degré de relâchement sénile, le redressement de la paupière ne se fera que grâce à l'action du tissu de cicatrice. Or les cautérisations horizontales sont insuffisantes, car elles ne peuvent avoir qu'un effet très modéré sur le bord libre, n'agissant que sur une faible partie de la muqueuse ectropionnée. Il faut dans ces cas employer les cautérisations verticales, car leur action se produit sur toute la surface de la muqueuse; seules, elles peuvent amener une rétraction cicatricielle suffisante.

M. Jorand considère que la symphyséotomie est une opération sérieuse; elle donne lieu assez souvent (une fois sur 7 environ) à une *hémorrhagie importante*, difficile à arrêter. Celle-ci a été mortelle dans cinq cas, à sa connaissance, et cette issue fatale s'est produite 3 fois sur 278 opérations (statistique de Neugebauer) : soit une mortalité par hémorrhagie de 1,08 p. 100, mortalité qui, croyons-nous, doit à l'avenir être réduite à 0. Les déchirures vulvo-vaginales antérieures sont fréquentes, souvent bénignes, elles sont plus fréquentes (dans le rapport de 3 à 2) et surtout plus fréquemment graves (3 fois plus) chez les primipares que chez les multipares; sur les 59 cas que M. Jorand a réunis, elles ont atteint 18 fois les voies urinaires et laissé 10 fois à leur suite des fistules uréthrales ou vésicales; ces déchirures ouvrent une porte d'entrée à l'infection et peuvent être ainsi la cause de suppurations plus ou moins longues et même de septicémie mortelle, ce qui en aggrave notablement le pronostic.

Pendant les suites opératoires, peut survenir de l'incontinence d'urine prolongée ou persistante (8 cas); la morbidité est élevée.

Les complications sacro-iliaques sont assez fréquentes; mais presque toujours il s'agit d'une douleur passagère; pourtant elles ont prolongé parfois la convalescence pendant 2 à 3 mois, en déterminant des troubles de la marche. La suppuration des articulations sacro-iliaques est exceptionnelle. La symphyse se consolide généralement bien, et la femme récupère presque toujours intégralement ses fonctions de locomotion. Cependant, chez plusieurs femmes, l'opération a laissé à sa suite du balancement, de la douleur pendant la marche, avec chevauchement des pubis non consolidés, de l'incapacité de travail. Quatre fois on a pratiqué secondairement la symphyséorrhaphie : trois fois avec succès, une fois avec un résultat incomplet. Dans un de ces cas, on a fait en même temps un agrandissement ostéoplastique du bassin avec résultat durable (Frank).

La mortalité maternelle et infantile à la suite de la symphyséotomie est, d'après la dernière statistique de Morisani, de 11,6 p. 100 pour les mères, de 12 p. 100 pour les enfants.

En définitive, la symphyséotomie est une excellente opération; mais elle ne constitue pas le traitement univoque des viciations pelviennes et elle ne reléguera pas dans l'ombre les autres interventions obstétricales, comme l'accouchement prématuré artificiel, le forceps, la version, qui ont leurs indications respectives et à côté desquelles elle doit seulement venir se ranger.

La faradisation, nous dit M. Auscaler, a été appliquée aux fibromes utérins dans trois buts différents : suppression des hémorrhagies, suppression des douleurs, arrêt dans l'accroissement de volume. *a*) L'hémorrhagie due aux fibromyomes est fonction de deux facteurs : la congestion de l'organe par la présence du fibromyome et l'inflammation de la muqueuse; quoique ces deux éléments soient indissociables et qu'ils aient l'un sur l'autre une action réciproque, ils se trouvent avoir dans chaque cas une importance très variable et par suite une influence très différente sur l'hémorrhagie. La congestion prédomine-t-elle? C'est à la faradisation qu'on peut s'adresser pour la diminuer. Est-ce l'inflammation de la muqueuse qui tient la première place? La faradisation est momentanément contre-indiquée et c'est le curettage qui doit la remplacer comme traitement palliatif. *b*). Les douleurs sont influencées par la faradisation suivant un mode que nous connaissons imparfaitement. Celles qui paraissent sous la dépendance de la congestion semblent calmées par la faradisation. Il y a contre-indication quand les douleurs sont dues à l'inflammation des annexes ou à la présence d'un polype intra-utérin. *c*) Le développement de la tumeur n'est pas influencé d'une manière certaine. On doit accueillir avec réserve les cas où la diminution en volume est annoncée par la malade elle-même; cette diminution, quelquefois appréciable au palper, tient à la résorption d'exsudats péri-utérins; la sensation de soulagement, l'amélioration du fonctionnement de l'intestin sont le plus souvent la cause réelle de cette diminution en volume.

Le galvanisme est un procédé mixte. En tant que procédé chirurgical (escharification), il est inférieur aux autres procédés du même ordre. En tant que procédé médical on doit lui préférer la faradisation qui donne des résultats rapides et satisfaisants sans faire courir aux malades le moindre risque d'aggravation.

Dans l'avortement incomplet, la conduite à tenir pendant la période de la délivrance est variable et dépend, d'après M. Lucas : 1° de l'existence de complications, 2° de leur nature et de leur gravité; 3° en l'absence de complications, des indications et des circonstances particulières à chaque cas.

En cas d'hémorrhagie inquiétante, on pratiquera la *délivrance artificielle*, et, dans tous les cas où celle-ci sera impossible, le *tamponnement vaginal*. Dès l'apparition des signes d'infection, il y a lieu de procéder immédiatement au *curage utérin* digital ou instrumental suivi d'un écouvillonnage antiseptique.

En l'absence de complications, certaines circonstances, inhérentes à l'*origine* (manœuvres abortives, endométrite, rétroflexion de l'utérus) ou à la *nature* (gemellité, mort et macération du fœtus) de l'avortement, constituent une indication *suffisante* à l'évacuation *précoce* de la cavité utérine. Lorsque la rétention (totale ou partielle) du délivre se prolonge au delà du *3e au 4e jour*, il y a lieu, en dehors de toute autre indication, d'intervenir, pour prévenir les accidents. Le curettage devra toujours être précédé du curage digital qu'il complète, chacun des deux procédés conservant ses indications particulières. Toute intervention digitale ou instrumentale sera précédée de la *dilatation large* de la cavité utérine, au moyen des procédés ordinaires.

Après de nombreuses mensurations pratiquées dans le service de M. Budin, M. Spindler pense qu'il existe un plus grand nombre que l'on ne le croit d'habitude de placentas insérés sur le segment inférieur de l'utérus. Il n'y aurait guère que dans 1/5 des cas que le placenta se trouverait être sur le segment moyen ou sur le segment supérieur; si toutefois on maintient le chiffre de 10 centimètres comme maximum de la distance minima du bord placentaire au bord de l'ouverture des membranes, pour les cas d'insertion sur le segment inférieur. L'insertion vicieuse du placenta, ainsi que les présentations anormales, ne semblent pas, croyons-nous, provoquer ni la rupture prématurée des membranes, ni l'accouchement prématuré. L'enfant se développe tout aussi bien, que le placenta soit inséré sur le segment inférieur ou sur les segments moyen et supérieur de l'utérus, sauf, bien entendu, les cas où il existe des lésions placentaires.

D'après M. Cocard la laparotomie est le vrai traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Il ne peut y avoir d'hésitation que dans les derniers mois. Elle devra être pratiquée, l'opérée dans le décubitus horizontal. Le chirurgien devra absolument éviter à la matrice un contact prolongé avec ses mains, mais surtout avec l'air extérieur. L'influence du contact de

l'air, des mains du chirurgien, et des instruments en général avec l'utérus, ainsi que les tiraillements d'un pédicule trop court sont les causes primordiales de l'interruption de la grossesse. L'ovariotomie double paraît avoir été plus grave que l'unilatérale. Dans tous les cas où la laparotomie sera pratiquée, il sera nécessaire de faire immédiatement des injections de morphine pour empêcher les contractions de l'utérus (Pinard). Le refoulement des kystes pelviens ne devra être pratiqué qu'avec la plus grande modération. L'opération césarienne sera faite quand au moment du travail, on s'apercevra de l'existence d'un kyste pelvien, rétrécissant la filière à tel point que l'enfant ne puisse la traverser sans danger certain. Les kystes de l'ovaire qui sont le siège d'accidents durant les suites de couches sont dès lors justiciables de la laparotomie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Comment débutent les dégénérescences spinales, par Klippel (*Archives de neurologie*, 1er janvier 1896, p. 33). — La question du début des dégénérescences dans la moelle épinière n'est pas encore complètement résolue, aussi l'auteur s'occupe dans son travail de l'évolution histologique des lésions des fibres nerveuses dans les diverses dégénérescences de la moelle. Dans les dégénérescences au début on trouve, au milieu des fibres saines, des tubes nerveux offrant les caractères suivants : tuméfaction, augmentation du volume de la myéline par rapport à l'état normal et aux éléments voisins, tranformation hyaline et liquéfaction de la myéline se manifestant d'abord autour du cylindre-axe avec disparition en ce point de cerles concentriques, contournement flexueux du cylindre-axe en voie d'atrophie se présentant en ligne incurvée. Plus tard désintégraton du cylindre-axe. Quelquefois il est rejeté à la périphérie. On constate ces lésions à une période où il n'existe encore que des altérations minimes du côté des vaisseaux et du tissu névroglique, ce qui prouve que la lésion a pour point de départ la fibre nerveuse elle-même. Au point de vue des phases dégénératives du cylindre-axe on peut admettre 2 ou 3 stades, dans le premier on constate le contournement du cylindre-axe ce qui donne des aspects variables. Dans le 2e la désintégration granuleuse, le morcellement du cylindre-axe apparaît, tandis que la myéline se liquéfie du centre à la périphérie. Enfin la résorption complète de ces gouttelettes et débris marque le dernier degré de la destruction. C'est en étudiant des moelles qui sont indemnes en apparence qu'on surprend l'altération naissante, celle-ci apparaît avec évidence comme une 1re phase d'évolution anatomique correspondant à une évolution clinique silencieuse.

On trouve des lésions de ce genre dans le cordon postérieur des paralytiques généraux, dans les cordons latéraux dans les dégénérescences secondaires à des foyers encéphaliques. L'auteur a trouvé dans la corne postérieure des paralytiques généraux des lésions semblables et qui portent nettement sur les tubes nerveux coupés transversalement. Il pense avec Joffroy que dans cette dernière maladie la corne postérieure est affectée. Ces lésions n'ont rien de spécifique, car elles marquent le début non d'un processus spinal, mais du plus grand nombre des dégénérescences spinales. Elles précèdent la sclérose et la prolifération névroglique.

Lésions des cordons postérieurs d'origine exogène (Atlas der pathologischen Anatomie des Nervensystems, Ve livraison), par G. Marinesco. Berlin, 1896, Hirschwald éditeur. — Le sujet de cette livraison photographique, la 5e de l'atlas d'histologie pathologique du système nerveux, a trait aux lésions des cordons postérieurs d'origine exogène.

Après quelques considérations sur la théorie des neurones et son application à la pathologie nerveuse, l'auteur passe en revue les divers types de sclérose de la moelle, qu'il divise en scléroses parenchymateuses ou systématisées, vasculaires, névrogliques et enfin scléroses mixtes. Les scléroses systématisées peuvent porter d'une façon isolée sur le neurone sensitif direct, le neurone sensitif indirect, le neurone moteur direct et le neurone moteur indirect. Les lésions des cordons postérieurs d'origine exogène sont celles qui affectent le neurone sensitif direct dont le type est fourni par le tabès à début lombaire ou cervico-bulbaire.

L'auteur discute les théories actuelles sur la genèse des lésions tabétiques et il montre que chacune d'elles est passible d'objections plus ou moins sérieuses. En tout cas il s'inscrit en faux contre la théorie interstitielle avec ses diverses variantes. Quelle est la portion du neurone sensitif direct primitivement atteint dans le tabès? C'est là que les difficultés surgissent. Est-ce le corps cellulaire ou ses terminaisons? L'auteur conclut que le tabès relève toujours d'une intoxication qui, dans la plupart des cas, est la syphilis. Or, comme presque tous les poisons affectent de préférence le centre trophique du neurone ou ses terminaisons, il est probable que la lésion tabétique débute par les collatérales des racines postérieures ou par les ganglions spinaux. La localisation des lésions tabétiques ne dépend pas seulement de la nature du poison mais encore du défaut de résistance des fibres atteintes. Dix planches fort belles, exécutées avec beaucoup de soin par la photogravure, sont annexées à cet atlas. Elles se antérieur est diminuée. Elle est conservée quand la section porte entre la 3e et 4e racine. Pas de contracture; analgésie complète dans le train postérieur. En ce qui concerne les réflexes superficiels, il est facile, quelques jours après l'opération, d'obtenir le réflexe plantaire; les jours suivants, les réflexes crémastérien et abdominal réapparaissent; les réflexes cutanés restent dans cet état sans aucune modification. Il est assez difficile d'étudier les réflexes tendineux chez les chiens opérés. Aussi faut-il les rechercher plusieurs fois par jour. Cependant les auteurs donnent comme résultat certain les constatations suivantes : chez tous les chiens, après section de la moelle supérieure, les réflexes patellaires sont abolis. Après section de la moelle lombaire, ils sont toujours très exagérés : une pression légère amène un soulèvement brusque de la jambe. Cette exagération est permanente.

Les auteurs ont constaté chez les premiers chiens (section cervico-dorsale) la persistance du réflexe anal. L'excitation de l'anus amène des contractions rhythmiques du sphincter. L'excitation du pénis et du gland détermine non seulement l'érection, mais des mouvements caractéristiques du coït. La miction se fait ou spontanément ou par la compression de la vessie.

Les extrémités postérieures sont plus chaudes que les antérieures, mais cette élévation de température est passagère. Si on maintient les membres dans un bon état de propreté, il ne se produit pas de décubitus. Chez un des chiens, les auteurs ont constaté de la tuméfaction des deux cuisses.

Les auteurs ont examiné la ligne de néoformation réunissant les 2 surfaces de section de la moelle; ils n'ont pas trouvé de substance nerveuse, ce qui confirme l'opinion de M. Marinesco.

MÉDECINE

De la dégénérescence amyloïde et des altérations cirrhotiques provoquées expérimentalement chez les animaux, par N.-P. Krawkow (2e mémoire) (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 244). — Chez les oiseaux, la dégénérescence amyloïde produite par les injections répétées de cultures de staphylocoques provoque des lésions semblables à celles de l'homme : elle frappe surtout les capillaires, les artérioles, parfois les veines et le tissu conjonctif, mais respecte les cellules qui présentent d'autres altérations dues à la compression et aux lésions vasculaires. La dégénérescence amyloïde atteint d'abord la rate, puis l'intestin, le foie, les reins. Elle se développe très rapidement (on connaît aussi chez l'homme des cas aigus). Avec les toxines microbiennes, l'auteur n'a obtenu de dégénérescence amyloïde qu'en employant les produits du bacille pyocyanique. Avec l'essence de térébenthine il n'a pu observer que des traces d'amyloïde dans la rate d'une poule. L'introduction de microbes par la voie digestive n'a donné que des résultats négatifs.

Effets des odeurs, des vapeurs irritantes et du travail intellectuel sur le cours du sang, par T.-E. Shields (*The Journal of experiment. Medicine*, New-York, janvier 1896, p. 71). — Recherches faites avec le pléthysmographe. Toutes les sensations olfactives tendent à produire la

contraction des vaisseaux périphériques et probablement la congestion du cerveau. Les vapeurs irritantes agissent de même. Il n'y a pas de différence sous ce rapport entre les bonnes et les mauvaises odeurs. Le travail intellectuel produit les mêmes effets.

Les altérations vasculaires de la méningite tuberculeuse, spécialement l'endartérite tuberculeuse, par L. Hektoen (*The Journal of experiment. Medicine*, janvier 1896, p. 112). — Dans la méningite tuberculeuse, les bacilles apportés par le sang provoquent la formation de tubercules dans la couche interne et une infiltration sous-endothéliale diffuse; ces lésions peuvent s'étendre à toute la paroi artérielle. En sens inverse, la prolifération tuberculeuse peut débuter par la tunique adventice et gagner les autres tuniques. Les veines sont le siège d'une infiltration plus ou moins étendue qui résulte toujours des foyers adjacents, extra-vasculaires ou artériels. Dans la prolifération sous-endothéliale, les cellules épithéloïdes dérivent plutôt de la couche conjonctive sous-endothéliale que du revêtement endothélial.

Sur l'action de la pipéridine et de quelques-uns de ses composés, par A.-R. Cushny (*The Journ. of experiment. Medicine*, New-York, janvier 1896, p. 202). — La toxicité de la pipéridine et de la série de ses composés méthylé, éthylé, propylé, croit en progression géométrique.

Splénomégalie primitive, épithélioma primitif de la rate, par R. Picou et F. Ramond (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1896, p. 168). — Cas de splénomégalie primitive chez une jeune femme originaire du Brésil. La rate extirpée pesait 2 800 grammes. L'examen histologique a montré la présence d'alvéoles renfermant des cellules rondes ou polyédriques par pression réciproque et quelquefois des cellules volumineuses à noyaux multiples. Les vaisseaux sont sclérosés. Un ganglion du hile présente une structure analogue à celle de la rate. Les auteurs pensent qu'il s'agit peut-être d'un épithélioma.

CHIRURGIE

Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique, par Quénu et Longuet (*Rev. de Chir.*, 1896, n° 2, p. 97). — Les auteurs qui ont réuni dans leur travail 48 cas de cancer secondaire de l'ombilic dont un personnel, attirent l'attention sur l'importance de cette manifestation constituant quelquefois un signe précoce de la carcinose viscérale profonde et latente. En effet, dans la moitié des cas, ces cancers secondaires de l'ombilic avaient leur point de départ dans la portion de la muqueuse digestive qui s'étend du cardia au rectum; dans un tiers des cas, ils étaient symptomatiques du cancer de l'appareil génital (utérus et ovaires) de la femme.

Le cancer secondaire de l'ombilic serait, d'après les auteurs, relativement fréquent surtout si l'on songe que bon nombre d'entre eux passent inaperçus quand le tableau clinique est dominé par un cancer viscéral non latent. Il est plus fréquent chez la femme (70 p. 100 des cas) que chez l'homme et s'observe aux âges extrêmes de 33 et 76 ans. Son diagnostic clinique ne présente rien de particulier. Sa pathogénie est obscure, en tous cas la contamination de l'ombilic peut se faire soit par continuité, soit à distance par apport d'embolies cancéreuses suivant la voie lymphatique.

Opération de la hernie crurale par voie inguinale, par Tuffier (*Rev. de chirurg.*, 1896, n° 3, p. 240). — L'auteur rapporte dans son travail 7 observations de hernie crurale opérée par la voie inguinale d'après le second procédé de Ruggi-Parlevecchio simplifié et sans transplant aponévrotique, procédé consistant essentiellement à faire une incision inguinale à travers laquelle on va chercher le sac crural que l'on fait sortir par la plaie inguinale.

En rapportant ces observations, l'auteur veut simplement montrer par des faits que la voie inguinale pour la cure de la hernie crurale est une voie utile à connaître, facilement praticable, aussi bien pour la cure radicale simple que dans les cas d'étranglement. Elle peut même devenir la voie d'élection quand la région inguinale est flasque, déprimée, permettant de craindre l'apparition d'une hernie de faiblesse à ce niveau. Elle paraît à l'auteur formellement indiquée dans les cas rares où une hernie crurale coïnciderait avec une hernie inguinale.

Lipomes rétro-péritonéaux, par Josephson et Vestberg (*Arsberat. fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stokholm*, 1895, p. 99).— Ce travail où les auteurs ont réuni 3 observations personnelles et un certain nombre de cas publiés dans la littérature est destiné à mettre en lumière les symptômes qui permettent d'arriver au diagnostic précis de lipome rétro-péritonéal.

Pour eux, une tumeur abdominale qui, sans s'accompagner de symptômes de malignité, acquiert rapidement des dimensions notables, donne à la palpation la sensation de fluctuation ou de pseudo-fluctuation et repousse d'un côté le gros intestin, doit faire penser à la possibilité d'un lipome rétro-péritonéal. Si la tumeur occupe la région lombaire et si, en la repoussant à travers la paroi abdominale, on sent le néoplasme revenir en arrière, on peut diagnostiquer avec certitude un lipome, surtout si la tumeur paraît lobulée, de consistance inégale.

Le traitement comprend l'extirpation après laparotomie. Cette intervention donne actuellement une mortalité de 25 p. 100.

MÉDECINE PRATIQUE

Grippe fébrile sans localisation.

1) Repos absolu au lit. Comme alimentation : lait, laitages ou, si le lait n'est pas supporté, potages légers. Comme boisson : tisane de café ou vin de Champagne coupé d'eau de Vichy (Célestins).

2) Pour combattre la fièvre, les douleurs rachialgiques et la céphalée, faire prendre toutes les 4 heures un des cachets suivants :

Antipyrine	0 gr. 50
Chlorhydrate ou bromhydrate de quinine	0 gr. 20

Dans un cachet. En prendre 4 dans la journée.

Aux enfants on fera prendre toutes les 4 heures une cuillerée à bouche d'un sirop formulé de la manière suivante :

Antipyrine	1 gr.
Sirop de framboises	120 gr.

3) Après 3 ou 4 jours, dès que les douleurs des membres auront disparu ainsi que la céphalée, on cessera l'usage de la quinine et de l'antipyrine, et, si la fièvre ne reparaît pas, on reprendra progressivement une alimentation de plus en plus reconstituante à laquelle on ajoutera, comme tonique, l'usage de la kola, de la coca ou des glycéro-phosphates de chaux et de soude. Par exemple :

Teinture de kola	} ââ 10 gr.
Teinture de coca	

20 à 30 gouttes à prendre à la fin de chacun des deux principaux repas dans un verre à liqueur de curaçao ou de vin de Malaga;

ou encore

Glycérophosphate de chaux	} ââ 0 gr. 20
Glycérophosphate de soude	
Glycérophosphate de magnésie	

Dans un cachet. Prendre un de ces cachets deux fois par jour à la fin des repas.

Ces cachets pourront être remplacés par un vin ou un élixir à la kola et aux glycérophosphates.

4) Si la fièvre persiste et surtout si elle reste assez élevée sans complications broncho-pulmonaires ou intestinales, il conviendra de la combattre d'abord par des lotions froides alcoolisées ou vinaigrées faites sur toute la surface du corps et renouvelées toutes les 3 ou 4 heures, par des lavements froids et même, si la température reste très élevée, par des bains tièdes progressivement refroidis.

5) S'il y a anorexie, diarrhée, embarras gastrique, on fera prendre tous les matins un verre à boire d'eau de Carlsbad ou d'eau de Chatel-Guyon et 2 ou 3 fois par jour un des cachets suivants :

Benzonaphtol	0 gr. 25
Benzoate de bismuth	0 gr. 30

Dans un cachet.

En même temps on instituera le régime lacté absolu s'il est bien toléré ou, si le lait ne peut être supporté, un régime composé de purées de légumes et de jus ou gelées de viande.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Café (Infusion de), Caféine.

Propriétés thérapeutiques. — Le café est un tonique cardiaque, que l'on peut employer, sous sa forme la plus simple, en infusion, dans la pratique hypodermique (Garrison). Cette préparation sera susceptible de rendre de grands services, en particulier à la campagne, dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium : elle a du reste été utilisée avec succès, dans un cas d'intoxication par l'élixir parégorique, chez une fillette de 10 ans (Simons).

Voici la formule à laquelle on aura recours.

FORMULE

Café	50 gr.
à infuser dans	
Eau bouillante	50 gr.

1 à 2 cent. cubes toutes les 10 minutes, contre l'empoisonnement par l'opium.

(Garrison, Simons.)

On emploie plus généralement la caféine, qui est l'alcaloïde retiré des grains de café. On la trouve également dans les feuilles sèches du thé et dans la noix de kola. On lui donne également en raison de cette origine, le nom de *théine*.

Solubilité. — 1 partie de caféine se dissout dans 93 parties d'eau et dans 28 d'alcool à 10°.

On augmente cette solubilité en associant la caféine à un sel alcalin (benzoate ou salicylate de soude). Il faut pour dissoudre 25 centigrammes de caféine dans 1 centimètre cube, 30 centigrammes de sel alcalin. Ce degré de concentration de la solution ne devra jamais être dépassé pour l'usage hypodermique.

La solution doit être injectée à la température de 35° environ : il est toujours facile d'obtenir cette température en faisant chauffer au bain-marie non seulement le flacon, mais encore la seringue et l'aiguille; sans cette précaution le refroidissement du petit volume du liquide que représente 1 centimètre cube étant très rapide, on court le risque de voir se recristalliser la solution, et d'éprouver quelque difficulté à pousser l'injection.

La caféine est encore soluble dans les acides, avec lesquels elle ne forme pas de sels définis. C'est donc improprement que l'on dit *citrate, bromhydrate* de caféine, etc.; lisez : caféine *dissoute* par l'acide citrique, l'acide bromhydrique, etc. On rend ainsi la caféine soluble en toutes proportions dans l'eau : mais c'est là une pratique défectueuse, en raison des différences que peuvent présenter entre elles les solutions préparées par différents pharmaciens.

Enfin la solution doit être stérilisée à basse température (65°) ou mieux être préparée aseptiquement.

Usages thérapeutiques. — La caféine est à la fois tonique du myocarde, diurétique et stimulante. Elle trouve donc son indication dans la plupart des affections cardiaques (Huchard, Eulenburg, Riegel. Dujardin-Beaumetz), dans le collapsus, les empoisonnements, les infections (la grippe en particulier), la pneumonie, la bronchopneumonie infantile (Sevestre, Bruneau), la fièvre typhoïde, le choléra (Huchard et Lermoyez, Oser), l'anasarque (Gubler); et aussi, avec un succès moindre, contre les névralgies (Eulenburg, Pletzer), la migraine (Ewald), et, à faibles doses, contre la neurasthénie, le morphinisme chronique.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 18 mois à 2 ans, 10 centigrammes par injection, jusqu'à 30 centigrammes en 24 heures; de 2 à 10 ans, 20 centigrammes par injection, jusqu'à 50 et même 60 centigrammes par 24 heures (Sevestre); de 10 à 20 ans, jusqu'à 80 centigrammes et même 1 gramme par 24 heures. — *Chez l'adulte :* 25 centigrammes par injection, jusqu'à 1 gr. 25 en 24 heures.

EFFETS DE L'INJECTION.

a) *Immédiats :* Peu douloureuse, surtout si elle est faite à chaud, si l'on ne concentre pas la solution au delà de 25 centigrammes par centimètre cube, et qu'on utilise des préparations alcalines à l'exclusion des préparations acides.

b) *Eloignés :* L'action sur le pouls et sur le cœur se manifeste dès les 15 à 20 premières minutes : la pression artérielle s'élève, le pouls devient plus régulier, moins fréquent et augmente d'amplitude.

L'injection peut être répétée si le nombre des pulsations tend à augmenter et si l'arhytmie cardiaque persiste.

La diurèse se manifeste dans les 6 premières heures qui suivent l'administration d'une dose assez élevée du médicament (environ la moitié de la dose maxima) : elle peut atteindre dans certains cas favorables une forte proportion. Gubler, Huchard).

Chez les enfants en bas âge, on observe quelquefois un peu d'excitation cérébrale, qui est sans danger (Sevestre). Dans un cas de pneumonie du sommet, nous avons vu une injection de 50 centigrammes de caféine être suivie d'un délire furieux ayant débuté une demi-heure après la piqûre, et ayant persisté 3 heures. Ce sont là des faits exceptionnels, qu'il est cependant utile au praticien de connaître, pour éviter des erreurs d'interprétation.

FORMULES

Caféine	2 gr. 50
Benzoate de soude	2 gr. 95
Eau distillée	Q. s. p. 10 cent. cubes.

1 à 5 cent. cubes suivant âge.

(Tanret.)

Caféine	2 gr.
Benzoate de soude	3
Eau distillée	6

Même dose.

(Huchard.)

Caféine }	ââ 5 gr.
Benzoate de soude }	
Phosphate de soude	10 gr.
Eau pure stérilisée	100 gr.

5 à 10 cent. cubes comme tonique du cœur et diurétique.

(Huchard.)

Caféine	4 gr.
Salicylate de soude	3 gr. 10
Eau	6 gr.

A chaud. 1 à 2 cent. cubes.

(Tanret, Dujardin-Beaumetz.)

Cinnamate de soude. . . . . 2 gr.
Caféine. . . . . 2 gr. 50
Eau distillée. . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes.

1 à 2 centimètres cubes.

(Eulenburg.)

Bromhydrate de caféine. . . . . .
Citrate — . . . . } 1 gr.
Valérianate — . . . .
Eau distillée. . . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes.

1 à 5 cent. cubes.

(Eulenburg.)

Association. — La caféine a été associée à l'éther pour combattre la dyspnée excessive de la phtisie aigue.

FORMULE

Citrate de caféine. . . . . 2 gr.
Ether sulfurique. . . . . 20 gr.

2 cent. cubes matin et soir.

(Bernheim.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les réformes hospitalières.

Dans sa séance du 17 avril dernier, le Conseil municipal a délibéré sur le rapport déposé par M. Dubois, au nom de la 5e Commission, à la suite du débat dont nous avons entretenu nos lecteurs, il y a quelques mois. Si la cause de la liberté n'a pas triomphé sur toute la ligne, grâce à la belle défense de MM. Strauss et Dubois, il est certain qu'elle a fait des progrès importants, et surtout il est évident que le Conseil, éclairé par les dernières discussions, est animé d'un grand esprit de conciliation.

Ce n'est certes pas à notre confrère, M. Dubois, que nous devons cette conciliation, et je tiens avant tout à protester contre l'insinuation qui sert d'exorde à la harangue de M. le rapporteur.

« Bien que les réformes, publiées par le *Bulletin municipal*, eussent été répandues dans le public par toute la presse, aucune protestation ne s'était produite; mais dès que, dans le courant d'octobre dernier, c'est-à-dire dix-huit mois après notre délibératcon, l'application en fut commencée, une agitation des plus vives éclata, dont les auteurs étaient les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. »

Cette manière d'écrire l'histoire est malheureusement inexacte.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, bien avant la mise à l'étude du projet M. Dubois, avaient étudié et adopté un projet que leur avait soumis M. le Directeur général, et ils étaient d'accord avec le Conseil de surveillance. Et M. Strauss, responsable avec M. Dubois du rapport actuel, a la mémoire bien courte s'il a oublié les débats qu'il a eus à soutenir — malgré une abstention volontaire qu'un jour M. Périer, si j'ai bonne mémoire, a fait mentionner au procès-verbal — avec nos représentants élus, porteurs de nos justes doléances. Nous en étions restés là et à des articles dans la Presse médicale — M. le Dr Dubois aurait pu avoir connaissance de ce qui a été écrit, en particulier, ici même et, par M. Ricard, dans la *Gazette des hôpitaux* — et nous n'avons pas cru devoir saisir de la question la Presse politique jusqu'au jour où nous avons appris, ô surprise! que M. le Directeur général, abandonnant le projet sur lequel il avait fait délibérer pendant plusieurs mois le corps médical et le Conseil de surveillance, leur imposait, sans délibération, le projet qu'il avait combattu lors de son dépôt devant le Conseil municipal. Alors nous avons tous protesté, nous avons, dans une lettre lue par M. Périer au Conseil de surveillance dès le mois d'avril, dégagé notre responsabilité des incidents que nous prévoyions et qui se sont, malheureusement, réalisés : M. P. Strauss n'est-il donc pas membre du Conseil de surveillance, pour laisser dire à son collaborateur que nous avons gardé le silence jusqu'en octobre? Alors aussi, tandis que les articles continuaient dans la presse médicale — toujours inconnue à M. le Dr Dubois — j'ai inséré dans *le Temps,* journal politique assez répandu, un article où je combattais l'étroite circonscription chère à MM. Dubois, Strauss et Peyron. Enfin, le 4 mai, MM. Potain, Hayem, Millard, Guyon, Ch. Périer, — tous gens obscurs, ignorés sans doute de M. le Dr Dubois — ont fait fait une démarche auprès de M. le ministre de l'intérieur.

Ces rectifications historiques n'ont pas d'intérêt pratique : mais elles complètent utilement le texte un peu trop bref de notre sympathique confrère M. le Dr Dubois.

Après avoir fait ces quelques réserves sur l'entrée en matière de M. le Dr Dubois, je reconnaîtrai que le rapport en lui-même avait des allures conciliantes et que si la 5e commission a tenu, sur quelques points, à maintenir un texte qu'à mes yeux il eût mieux valu modifier, elle a cherché à mettre de l'huile dans les rouages en autorisant une application libérale.

C'est ce qu'a fait ressortir M. André Lefèvre, qui une fois de plus a soutenu devant le Conseil la cause de la liberté. Après avoir supprimé le Bureau central, il fallait fournir aux Parisiens des indications sur l'hôpital auquel chacun d'eux est théoriquement rattaché : et, comme le dit fort bien M. Dubois, 95 fois sur 100 un malade a pour désir de rester aussi près que possible des siens. Mais, sans bénéfice pour les 95, le règlement primitif molestait gravement les 5 autres, et l'actuel, si on l'appliquait, les molesterait encore. Le droit à choisir un service est accordé aux malades, ce que toujours nous avons réclamé, mais avec des formalités administratives ennuyeuses; ces formalités toutefois sont et resteront lettre morte, puisque déjà depuis l'avènement du nouveau régime, même lorsque existait le règlement draconien contre lequel nous protestions, des instructions officieuses avaient été données pour que l'application ne froissât personne et la tolérance avait fini par triompher. Pourquoi donc, comme le réclamaient, aux deux extrêmes, MM. Lerolle et A. Lefèvre, ne pas accepter une rédaction claire qui mît les malades à l'abri des absurdités dont quelques directeurs — rares je le veux bien — les ont fait souffrir en octobre dernier? Pourquoi laisser à l'état de *faveur* — chose bizarre dans un régime démocratique — ce qui aurait dû être un *droit?* Pourquoi avoir laissé défendre la cause de la liberté par les socialistes et les monarchistes, c'est-à-dire par ses ennemis naturels?

Dans la question des consultations, ceux de nos collègues qui se montraient intransigeants ont eu tort, et ce n'est pas un mal : défectueuses autrefois, les consultations pourront être bonnes à l'avenir, quand elles seront outillées et organisées à souhait. Et, comme l'a dit en termes fort justes M. le directeur général, le système d'avenir consistant à avoir, au lieu de nos grandes casernes actuelles, de petits hôpitaux disséminés pourvus

chacun d'un seul chirurgien, les difficultés possibles entre le consultant et les traitants seront plus au moins vite aplanies : tous les hôpitaux fonctionneront comme depuis sa fondation l'hôpital Bichat, c'est-à-dire admirablement bien. Mais quand sera complétée l'organisation nouvelle? Combien d'années faudra-t-il pour qu'on ait renversé les grands hôpitaux? Pour en juger, voyez depuis combien de temps est décidée en principe la désaffectation de l'hôpital Trousseau! Dès lors, je persiste à croire que le règlement aurait été meilleur si on y avait nettement affirmé que les chefs de service ont droit de contrôle sur la consultation. Cela devient moins important avec les modifications apportées au mode de recrutement des assistants, au fonctionnement des consultations spéciales, à la répartition des malades admis, etc., tous points sur lesquels nous obtenons satisfaction. Le règlement actuel ne vaut pas, à mon sens, celui qu'avait élaboré M. Peyron et qu'on aurait heureusement complété en créant dans chaque hôpital une consultation indépendante, comme l'a proposé il y a longtemps M. Bourneville quand il a demandé la suppression du Bureau central. Mais l'amélioration est évidente sur le régime qu'en octobre dernier on a voulu imposer aux malades et aux médecins, et nous ne saurions oublier l'appui que dans cette circonstance nous ont donné devant le Conseil les Drs Levraud et Lamouroux.

A. Broca.

CHRONIQUE MÉDICALE DE LONDRES

Le procès Kitson-Playfair. — Cours sur les maladies des tropiques. — L'épidémie de petite vérole à Gloucester.

L'émotion produite dans le corps médical anglais par le résultat du procès en diffamation intenté par Mme Kitson au Dr Playfair, le spécialiste pour les maladies des femmes, dure encore et n'est pas près de s'éteindre. Les détails du procès sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici; le point important c'est que le jury a alloué 300 000 francs de dommages-intérêts à Mme Kitson pour le préjudice causé à sa réputation par les confidences que le Dr Playfair a cru devoir faire à sa femme, d'après certains faits venus à sa connaissance, au cours des soins professionnels qu'il avait donnés à Mme Kitson et qu'il a interprétés d'une façon désavantageuse pour l'honneur de la malade. L'unanimité avec laquelle le public anglais a applaudi à ce verdict témoigne du profond intérêt qu'il a pris aux débats d'une cause qui mettait à l'ordre du jour la question toujours brûlante du secret professionnel. Le corps médical anglais se vante d'un code d'esthétique très sévère; malheureusement ce code est surtout fait en vue de semer le plus d'entraves possibles sur le chemin des jeunes médecins qui luttent avec les difficultés du début. L'étiquette médicale est un épouvantail qui trop souvent donne beau jeu à la jalousie des confrères moins heureux. Quand on voit des questions d'étiquette ridicules soumises chaque semaine à la décision des journaux scientifiques par des médecins qui devraient avoir d'autres soucis, on ne s'explique pas qu'une profession si jalouse de la menue monnaie de son honneur, ait accepté jusqu'ici sans murmurer la théorie « monstrueuse » qu'un de ses membres devait s'abaisser à aller dénoncer à la police la malheureuse jeune fille qu'il aurait été appelé à soigner et chez laquelle il trouverait au cours de son examen des signes suggestifs d'un avortement clandestin. J'ai employé le mot « monstrueux » à dessein, car c'est celui, dont l'éminent juge (M. Justice Hawkins) s'est servi au cours de ce procès pour qualifier une pareille supposition. C'est cette courageuse déclaration du juge sur une des questions les plus épineuses des rapports entre médecins et malades qui forme le vrai point intéressant de cette cause célèbre et le corps médical anglais a contracté une grande dette envers l'homme de loi, qui a enfin détruit une pareille croyance et affermi la théorie du secret professionnel en Angleterre.

L'école de médecine de l'hôpital Saint-Mary, une des jeunes écoles les plus brillantes de Londres, vient de prendre l'initiative d'une excellente idée, celle de fonder une chaire spéciale pour les maladies des tropiques. Cette branche de la médecine a une importance qui grandit chaque jour en vue de l'expansion coloniale de l'Angleterre, et du nombre d'étudiants qui seront appelés dans l'avenir à pratiquer la médecine dans ces pays. L'idée est d'autant plus heureuse que j'apprends que ce cours sera confié à un professeur ayant eu une expérience personnelle des maladies dans les climats chauds. Il y a nombre de médecins dans l'armée qui, arrivés à la limite du service, sont obligés de se retirer et qui ont passé 20 ans ou plus, soit aux Indes, soit dans une autre des colonies anglaises; ils ont une connaissance pratique des maladies de ces pays qu'aucun autre médecin n'est à même d'obtenir, et en utilisant ainsi l'expérience qu'ils ont acquise on augmentera considérablement la valeur de ce nouveau cours.

Quoique ce soit à l'Angleterre que revient l'honneur d'avoir découvert le vaccin contre la petite vérole, il existe encore dans certaines provinces une opposition très vive à la vaccination, et comme l'application de la loi est facultative et dépend entièrement des autorités locales, il se trouve un certain nombre de villes où les fanatiques qui croient voir dans le vaccin l'origine de tous les maux sont arrivés à avoir raison du bon sens et à proscrire la découverte Jenner. La ville de Gloucester est de ce nombre, et aujourd'hui ce grand centre industriel est décimé par une épidémie de petite vérole qui prend des proportions de plus en plus alarmantes. Jamais leçon n'a été donnée à un moment plus propice, et il est à espérer que la Commission royale du Parlement, qui siège depuis plusieurs années, n'hésitera plus à recommander aux Chambres de rendre la vaccination obligatoire pour toute l'Angleterre, sans perdre son temps à écouter les objections ridicules de gens ignorants, qui sacrifient leurs enfants à leurs fausses théories.

Le rapport du Dr Bond, le *Medical Officer of Health*, est éloquent comme statistique. Sur 366 cas, 207 n'avaient jamais été vaccinés : 158 n'avaient été vaccinés qu'une fois : sur 81 décès, 70 étaient des personnes qui n'avaient jamais été vaccinés, et les 11 autres n'avaient été vaccinés qu'une fois. Sur les 70 décès, 67 étaient des enfants au-dessous de 10 ans. La semaine dernière il y a eu 201 nouveaux cas et 45 décès. Il y a eu en tout 1 302 cas de petite vérole depuis le commencement de l'épidémie.

Les commentaires sont superflus.

Louis Vintras,
Médecin de l'hôpital français de Londres.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tenu à la Sorbonne du 7 au 11 avril 1896.

Récents travaux relatifs à la pathogénie de la grippe et la diplobactérie spécifique.

M. Teissier (de Lyon) a exposé pour la première fois les résultats de ses recherches sur la pathogénie de la grippe et a donné, tout en y apportant les réserves que comportait encore le nombre restreint de ses observations, la description de la *diplobactérie* qu'il avait isolée et qu'il considérait comme l'*élément spécifique de l'influenza*. Il a la satisfaction de constater aujourd'hui que, sauf quelques exceptions très rares, les investigations bactériologiques faites en France et dans certaines régions à l'étranger ont absolument confirmé les données qu'il avait développées.

L'élément pathogène de la grippe-influenza est une *diplobactérie spécifique* se cultivant bien sur gélatine, se colorant vivement par la méthode de Ziehl, ne décolorant pas par le Gram, et douée de caractères morphologiques bien spéciaux, savoir : la propriété de se grouper en chaînettes dans le sang au moment de la période fébrile et d'apparaître dans l'urine sous forme de *diplobacilles mobiles* d'aspect encapsulé au moment de la défervescence. Il insiste tout particulièrement alors sur l'aspect éberthiforme des cultures sur pommes de terre et le caractère sporifère de ces cultures.

Les recherches de M. Teissier ont été confirmées en France. En dehors du professeur Cornil et du docteur Desser, qui auraient retrouvé dans l'expectoration, mais une fois seulement, l'élément de Pfeiffer, tous les travaux d'ensemble sur la question concluent en faveur de l'élément pathogène décrit par lui. Ainsi dans sa thèse inaugurale, M. Jarron déclare avoir retrouvé la diplobactérie de M. Teissier, soit seule, soit associée à d'autres micro-organismes, 41 fois sur 62 malades systématiquement examinés. A Grenoble, MM. Trouiller et Esprit ont retrouvé, cultivé, puis inoculé à l'animal, à titre de contrôle, dans une nombreuse série de cas de grippe développés épidémiquement en 1894-1895, les mêmes éléments pathogènes. On pourrait joindre à ce faisceau de faits si démonstratifs les observations isolées du professeur Pierret (méningite grippale), du professeur Boudet (pneumonie grippale), de Porte (méningite grippale avec diplobactérie spécifique dans le cerveau), où l'élément pathogène de la grippe qu'il a découvert a été manifestement isolé ; les observations précises de Coronado Tomas, qui concernent 10 cas de grippe suivis à Cuba, en 1893, et dans lesquels le diagnostic pendant entre la grippe et la tuberculose aiguë fut tranché en faveur de la grippe, grâce à l'examen bactériologique qui permit de reconnaître dans les crachats la diplobactérie de M. Teissier, et dans le sang la forme streptobacillaire.

Un certain nombre de faits nouveaux ont été acquis depuis cette époque, qui méritent d'être signalés, car ils permettent l'interprétation plus facile de la majeure partie des accidents ou des complications relevés au cours de la grippe : c'est d'abord l'*action pyogène de cette diplobactérie* mise en évidence par M. Teissier, en collaboration avec Henri Frenkel ; les *propriétés nécrobiotiques* démontrées en collaboration avec Gabriel Roux et qui rendent compte de ces gangrènes grippales qui sont bien loin d'être des exceptions cliniques ; la grande virulence de ses produits solubles bien étudiés encore par Jarron, Trouiller et Esprit, et qui sont susceptibles d'exalter les propriétés pathogènes des agents ordinaires de la suppuration. Et comme complément de toutes ces recherches, ce qu'il faut surtout bien mettre en relief, c'est l'importance des applications pratiques qui en découlent. Grâce au diagnostic rapide qui résulte de la constatation facile et sans artifice aucun de préparation, dans le sang fraîchement recueilli de ces éléments pathogènes, il a été possible jusqu'à présent d'élargir considérablement le domaine clinique de la grippe et de dépister ces formes obscures qui se présentent souvent sous le masque de la fièvre typhoïde, de la méningite ou de la tuberculose aiguë, formes cliniques bien personnelles, que le critérium bactériologique a permis de préciser et que les recherches plus récentes de Lemoine, de Lille, d'Egger, de Lestra et d'Anguin ont définitivement affirmées.

Recherches sur l'innervation et la circulation de la glande thyroïde.

M. Magon (de Marseille) conclut de longues expériences poursuivies depuis plus de 5 années :

1° Que des délabrements profonds, des tiraillements et des élongations du vago-sympathique déterminent, chez le chien, la mort comme après la thyroïdectomie.

2° Que la torsion ou la ligature des artères carotides peut amener la mort en produisant des symptômes et des lésions anatomopathologiques semblables à celles de la thyroïdectomie.

3° La section des deux nerfs récurrents peut produire les mêmes lésions et les mêmes symptômes.

4° La ligature soit de l'extrémité supérieure, soit du milieu, soit de l'extrémité inférieure, l'ectopie, peuvent produire les mêmes lésions et les mêmes symptômes.

5° Les injections d'acide acétique, d'essence de térébenthine, de solution alcoolique, d'huile de croton, de chlorure de zinc ou même d'un peu de lycopode délayé dans de l'eau, toutes ces injections poussées dans le corps thyroïde ou autour des vago-sympathiques peuvent produire les mêmes lésions et les mêmes symptômes.

6° L'extirpation d'un lobe du corps thyroïde n'amène pas l'hypertrophie du lobe de l'autre côté.

7° L'extirpation ou la ligature des deux extrémités d'un seul lobe du corps thyroïde peut être mortelle chez le chien, contrairement à l'opinion commune émise par Vassale.

8° Le gonflement rapide de la région sous-hyoïdienne (myxœdème), les lésions de nutrition de l'œil, les contractions fibrillaires qui naissent quelquefois instantanément dès qu'on lèse le corps thyroïde, la carotide ou le vago-sympathique et ses branches, indiquent qu'il s'agit d'accidents occasionnés par l'intermédiaire du système nerveux et non de phénomènes d'intoxication.

9° Il est probable que les relations étroites qui unissent la circulation du corps thyroïde à celle du vago-sympathique donneront l'explication de la plupart des accidents consécutifs aux lésions du corps thyroïde.

M. Poncet (de Lyon) répond à M. Magon qu'il semble que la glande thyroïde a un rôle physiologique tout différent de celui qu'on lui donnait jusqu'à ce jour; il se fonde, pour appuyer cette opinion, sur la chirurgie, et spécialement en ce qui touche le goître, qui provoque, lorsqu'il apparaît chez les jeunes êtres, le crétinisme — et les crétins ont d'abord été des goitreux, pour devenir ensuite des idiots; — il y a des athyroïdiens et des hypothyroïdiens chez lesquels la glande, étant atteinte de sclérose du tissu et des éléments glandulaires, produit l'arrêt de développement des fonctions intellectuelles.

Traitement de l'albuminurie.

M. Duhourcau. — La question du traitement de l'albuminurie préoccupe particulièrement les médecins depuis quelques années. Les études des hydrologues démontrent de jour en jour davantage que, parmi les moyens utiles à opposer à cette maladie, il faut compter les eaux minérales. Après les observations cliniques, dont les premières ont été communiquées au congrès de Biarritz en 1886, M. Duhourcau est arrivé à ces conclusions que, si l'on constate quelquefois un état stationnaire de l'albuminurie chez les malades traités par les eaux sulfureuses, leur état général est toujours amélioré; mais le plus souvent il y a un amendement sensible de l'albuminurie elle-même, du diabète soit albumineux, soit sucré, en même temps que l'état général se relève.

Mode d'infection de l'actinomycose humaine.

M. Poncet (de Lyon) rappelle qu'il a communiqué l'année dernière au Congrès des Sociétés savantes 8 observations personnelles d'actinomycose, et qu'à ce propos il a insisté sur la fréquence probablement aussi grande de cette maladie parasitaire en France que dans les pays voisins. M. Poncet a observé depuis lors 5 nouveaux cas; et aujourd'hui, grâce aux recherches de l'école lyonnaise, le nombre des cas connus d'actinomycose va chaque jour s'accroissant.

La plupart des cas d'actinomycose dont l'étiologie put être établie reconnaissent une origine végétale. La contagion par les animaux est exceptionnelle, malgré la fréquence bien connue de la maladie chez le bœuf et malgré le nombre des faits de plus en plus fréquents où elle atteint les autres animaux domestiques. C'est de même la raison pour laquelle, parmi ces derniers, les herbivores et les rongeurs sont frappés presque exclusivement : bœuf, âne, cheval, chèvre, mouton, lapin, cobaye, rat, etc. Si le chien et le porc ont pu être infectés, c'est à titre d'omnivores, et par conséquent ils rentrent par là dans la catégorie précédente.

Les oiseaux de basse-cour nourris de graines échappent-ils à la contagion? C'est là un point qui appelle encore des recherches. M. Dor (1893) a tenté vainement d'inoculer à des pigeons les grains retirés pourtant des lésions d'un emboqueur qui avait l'habitude de nourrir ses animaux bec à bouche (cas de M. Rochet). Ici encore, l'origine végétale est probable : les pigeons étaient sains, mais les ulcérations déterminées par leur coup de bec sur les lèvres de l'éleveur avaient servi de voie d'entrée au champignon qui devait se trouver sur les graines.

Tel est d'ailleurs le mécanisme le plus habituel de la contagion et la cause de la fréquence des localisations dans le domaine des voies digestives et respiratoires supérieures ou sur les parties découvertes des téguments : tantôt c'est un épi mâchonné par un batteur en grange ou par un promeneur qui ulcère légèrement les gencives et donne naissance à une actinomycose cervico-faciale (plusieurs cas de Poncet, Boström, Reverdin, Guermonprez et Becue). Boström, incisant un jour un foyer mycosique parotidien, en vit sortir une barbe de céréales couverte des végétations caractéristiques du champignon. Tantôt ce sont des poussières de foin qui entraînent avec elles, dans la trachée, des filaments du parasite et déterminent une bronchite, avec toutes les complications de l'actinomycose pleuro-thoracique (Buzzi et Conti, Illich). Ou bien le parasite, dégluti avec des graines ou avec des poussières, ne s'arrête que dans l'intestin : Cart rapporte une observation d'actinomycose appendiculaire, à l'ouverture de laquelle on trouva dans l'appendice un grain de blé chargé de mycélium.

M. Poncet a opéré récemment une malade qui était atteinte de fistule trachéo-œsophagienne consécutive à un abcès œsophagien, reconnaissant pour cause l'ingestion de grains frais de maïs. Son chef de laboratoire, M. Dor, a trouvé dans les crachats de cette femme, atteinte en même temps d'actinomycose pulmonaire, le mycélium caractéristique.

Enfin, plus rarement, c'est au niveau d'ulcérations cutanées qu'évolue la lésion : dans les faits publiés par les professeurs Albert (de Vienne) et Wölfler (de Gratz), la porte d'entrée était constituée par des écorchures ou des « durillons forcés » sur les mains de plusieurs moissonneurs. Une malade de Braatz présentait une eschare de décubitus, dans le pus de laquelle on aperçut des grains jaunes qui furent examinés ensuite au microscope; cette femme, dépourvue de tous soins hygiéniques, couchait depuis des mois sur une paillasse moisie.

Aussi avait-on admis, même avant la connaissance du parasite et du mode d'infection, une influence saisonnière sur l'évolution de la maladie; depuis longtemps les vétérinaires savaient que la « langue de bois » et les tumeurs du maxillaire et des joues s'observent chez le bœuf surtout d'avril en octobre, alors que les animaux sont aux pâturages (Nocard). Et Boström, sur un total de 84 cas chez l'homme, en note une proportion de 77 p. 100 qui évoluent d'août en janvier, au moment du battage des céréales.

Le champignon peut se développer aussi sur les grands végétaux et même sur le bois travaillé : certains malades nient toute ingestion de céréales crues et rapportent, au contraire, leurs lésions à une blessure par une écharde ou une épine d'arbuste (Müller, Boström, Poncet).

Tous ces faits ramènent à sa juste valeur la part qu'il faut faire au traumatisme lui-même, élément simplement occasionnel.

Bien que la contagion animale soit rare, elle semble pourtant indéniable, d'après des observations de Guder, Hartmann, Illich, Poncet, dont les malades, cultivateurs ou valets d'écurie, soignaient habituellement des bêtes infectées et avaient été inoculés soit directement à la main par des ulcérations, soit par l'intermédiaire des poussières. Il n'est pas invraisemblable d'admettre que, dans ces cas, le parasite avait conservé une virulence exceptionnelle et qu'il existe chez les animaux des actinomycoses malignes d'emblée, au même titre que chez l'homme, ainsi que nous le montrera l'étude clinique.

De ce résumé étiologique, on peut déjà conclure que l'actinomycose doit être une affection facile à disséminer : l'agent causal s'adapte facilement aux nécessités des milieux et ses spores sont douées d'une résistance considérable à la destruction. Qu'elle ait été et soit encore aujourd'hui plus fréquente en Allemagne, en Autriche et en Russie, c'est un fait possible : ces pays présentent de vastes régions humides et de grands centres de culture de céréales favorables à la conservation du parasite. Mais puisqu'on a noté sa présence à peu près partout, en Europe, en Egypte, dans l'Amérique du Nord et en Australie, on voit qu'il est légitime d'admettre une répartition moins exclusive et une délimitation moins nette des « centres d'infection » qu'on ne l'avait fait jusqu'à ces dernières années. Quand on saura diagnostiquer partout l'actinomycose, on en fera une maladie de tous les pays.

Diagnostic de la généralisation des cancers par l'examen du sang.

M. Nepveu (de Marseille) a, dès 1874, démontré qu'il était facile de diagnostiquer ainsi la généralisation viscérale des tumeurs mélaniques (globules blancs chargés de pigment noir, globules rouges teinte sépia, cylindres capillaires noirs); plus tard, il a fait ressortir ce fait que dans les carcinomes et les épithéliomes les capillaires étaient envahis par la néoplasie et que les cellules néoformées étaient à l'état libre dans certains capillaires ou formaient de véritables boudins épithéliaux; ainsi s'explique la présence de quelques cellules épithéliales que les auteurs ont parfois signalées dans le sang.

Les nouvelles recherches que M. Nepveu présente au Congrès

ont pour but d'établir que ce phénomène est plus général et moins rare qu'on ne le croyait. Les éléments cellulaires du carcinome ou corpuscules élémentaires, qui ont été signalés tout récemment par les auteurs, qui les ont pris pour des parasites, se retrouvent dans le sang, soit de pièces durcies, soit sur le sang pris sur le vivant. Ces corpuscules élémentaires, résultat d'une activité cellulaire désordonnée, tumultueuse, peuvent se colorer facilement à l'aide du séro-méthylène éosiné sur des pièces fraîches ou d'une solution alcoolique de méthylène éosiné.

Nature et pathogénie du béribéri.

M. Nepveu, de l'étude minutieuse de l'observation et des pièces d'un cas de béribéri que le Dr Clouard lui avait envoyés du Sénégal, tire deux sortes de conclusions, anatomiques et pathogéniques.

Au point de vue anatomique, le béribéri est 1° une lésion infectieuse, dégénérescence granulo-graisseuse des cellules du foie, du rein, des fibres musculaires du cœur, de la myéline de certains nerfs. 2° A côté de ces lésions il y en a d'autres dans le tissu conjonctif des principaux organes. On y observe en effet une grande quantité d'éléments jeunes (foie, rein, rate, cœur, centres nerveux (Nepveu) et spécialement la moelle épinière). Dans quelques cas rares on pourrait s'expliquer de la sorte certaines scléroses de ces organes. 3° La karyokinèse leucocytique est considérable dans le sang de la rate et des capillaires du foie.

Toutes ces lésions légères et réparables dans la grande majorité des cas ne sont que rarement graves, mortelles, plus rarement encore durables. Les lésions conjonctives doivent à ce titre attirer plus particulièrement l'attention. Et l'apparition en si grand nombre de jeunes cellules dans le foie, les reins, la moelle épinière, permet de croire à l'existence de lésions, de scléroses persistantes de ces organes dans le béribéri.

Au point de vue pathogénique, on doit remarquer que le foie est, de tous les organes, le plus constamment atteint, que les reins et la rate sont aussi touchés moins fortement; le point de départ de la lésion semble être surtout le tube digestif.

Les auteurs ont de tous côtés signalé les défectuosités de l'hygiène (séjour sur un sol inondé de matières fécales) (Firket); agglomération, encombrement, prison, vices d'alimentation, riz, avoine, poisson gâté (Japon), toutes circonstances aggravées par les conditions singulièrement déprimantes des climats tropicaux (Leroy de Méricourt). Quelques-uns ont même plus particulièrement pris à partie les plaies de l'intestin causées par l'ankylostome, plaies suivies d'hémorrhagies et de résorptions putrides graves.

L'existence d'un bacille paraît être en bonne voie de démonstration. Le *bacillus berberius* de Lacorda (1885), le microbe de Cornelissen et Sigenoya (1886), le bacille d'Ogata (1888), les microorganismes de Peckelhong et Wenckler, les bacilles de Masto et Morelli, embarrassent par leur diversité. L'auteur lui-même a pu signaler un bacille long et grêle dans le foie de pièces durcies par l'alcool sans possibilité de culture.

Les recherches expérimentales offrent plus de précision. Ogata (1888) inocule au lapin son bacille, comme plus tard Masto et Morelli (1893). Les phénomènes nerveux observés dans le béribéri sont les suivants : abolition des réflexes tendineux, paraplégie, suffusions séreuses dans le péritoine, le péricarde, arrêt du cœur en systole.

Toutes ces recherches rapprochent singulièrement le béribéri de ces maladies infectieuses expérimentales à type spinal, produites chez le lapin par l'inoculation ou l'injection intraveineuse de streptocoques (G.-H. Roger, 1892), colibacille (Gilbert, Lion, Thoinot et Masselin, 1894), de bacilles d'Eberth (Vincent), de divers bacilles (Ducamp).

En résumé, les lésions du béribéri, ses causes connues jusqu'ici en font une infection générale à type hydropique ou spinal, infection aiguë le plus souvent, suivie parfois de scléroses diverses (moelle épinière, foie).

Fièvre typhoïde dans l'armée.

M. Decaux fait une communication sur la fièvre typhoïde dans l'armée de 1880 à 1893; il a réuni sous forme de courbes les chiffres de la statistique de la mortalité générale, de la morbidité et de la mortalité typhoïdiques et de la mortalité clinique typhoïdique. L'auteur montre que cette maladie a diminué d'une façon progressive (maximum de la morbidité, 17,7 p. 1000 en 1881; minimum, 9,6 p. 1000 en 1894; maximum de la mortalité, 6,4 p. 1 000 en 1881; minimum 1,5 p. 1 000 en 1893). Elle atteignait la moitié de la totalité des décès en 1881, elle n'en forme plus que le quart en 1893. Ce sont toujours les mêmes corps d'armée qui présentent le minimum d'atteintes (1er, Lille; 2e, Amiens; 4e, le Mans; 5e, Orléans; 8e, Bourges), ou le maximum (15e, Marseille; 16e, Montpellier; 19e, Algérie et Tunisie); la chaleur et l'insalubrité des régions produisent ici la gravité de la maladie. Il y a en France, deux foyers habituels ; l'un comprend le Nord-Est et le Sud-Est, l'autre le Midi et l'Ouest; il y a immunité relative du Centre et de l'extrême Ouest. Quant à la mortalité clinique, elle montre qu'en général la fièvre typhoïde sporadique est toujours grave et la fièvre typhoïde épidémique bien moins grave. Les variations suivant les armes font voir que la diversité des services, le mode de recrutement et la salubrité des garnisons sont ici en jeu; les armes les plus favorisées sont celles à effectifs faibles ou disséminés (secrétaires d'état-majors, ouvriers) ou recrutés parmi les Arabes (tirailleurs algériens) par immunité ethnique. Les autres armes en Afrique sont très atteintes (zouaves, compagnies de discipline, etc.); de même le train des équipages et les infirmiers qui ont une grande partie de leurs effectifs en Afrique, sont peu favorisés. Enfin, les courbes mensuelles accusent en France trois maxima pour la mortalité générale : le premier en janvier, dû aux maladies aiguës de l'appareil respiratoire et au relèvement prématuré de la fièvre typhoïde (chez les jeunes soldats); le deuxième en avril, plus constant (maladies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire, fièvres éruptives); enfin le troisième en août, constant, dû à la fièvre typhoïde. En Algérie-Tunisie, on note une exacerbation estivo-automnale de juillet à octobre, qui est due à la fièvre typhoïde et secondairement à l'impaludisme.

M. Decroix demande si le maximum de la fièvre typhoïde a lieu en garnison — comme de son temps — en Algérie, plutôt qu'en expédition.

M. Decaux répond qu'à l'heure actuelle, c'est l'inverse : les expéditions donnent le maximum; en Tunisie, notamment, les soldats venus du camp du Pas-des-Lanciers, où venait de sévir une épidémie, en avaient apporté le germe.

Symptômes d'excitation médullaire dans la neurasthénie.

M. Lemoine (de Lille). — Chez quelques neurasthéniques, on peut obtenir des signes parfois très marqués d'excitation des centres réflexes de la moelle.

Ils consistent surtout en : 1° exagération du réflexe rotulien et du réflexe plantaire; 2° trépidation épileptoïde du pied; 3° parfois légère atrophie des membres inférieurs; 4° troubles vésicaux surtout le spasme du col de la vessie venant interrompre la miction; 4° tremblement localisé ou généralisé.

Ces symptômes sont ordinairement passagers. Cependant on peut les voir persister pendant plusieurs mois; ils guérissent très facilement.

Cette forme de neurasthénie est importante à connaître, pour ne pas la confondre avec une myélite.

Recherches sur le chloridène.

MM. Soulier et **Briau** (de Lyon). — Le chloridène (bichlorure d'éthylidène), donné *à dose relativement massive* (5 à 6 centimètres cubes) et *à bonnet fermé* (bonnet usuel de l'éther), procure une anesthésie suffisamment longue (5 à 10 minutes, et même plus).

En ajoutant de temps en temps 2 centimètres cubes environ, on peut prolonger l'anesthésie aussi longtemps qu'avec les agents ordinaires.

Les avantages du sommeil par le chloridène sont son arrivée rapide et surtout l'extrême simplicité du réveil qui, le plus ordinairement, n'est suivi d'aucun des inconvénients habituels : malaise, vomissements, syncope.

Les inconvénients du chloridène sont : plus de difficultés, dans certains cas, d'avoir une résolution musculaire complète et la trop grande facilité du réveil qui hache, pour ainsi dire, les anesthésies prolongées.

C'est, évidemment, un anesthésique convenant plutôt aux opérations de courte durée et très douloureuses, la dilatation anale, par exemple.

Il est indiqué d'une façon particulière chez les alcooliques qui résistent si souvent à l'éther.

La rapidité agréable du réveil, l'absence des désagréments consécutifs le rendent précieux pour les anesthésies pratiquées en dehors des milieux hospitaliers.

Sérothérapie anti-tuberculeuse.

M. Duhourcau rappelant les travaux de Ch. Richet et Héricourt, de Broca, Courmont et Dor, fait connaître le mode général de préparation des sérums antituberculeux employés par ces médecins et aussi par les docteurs italiens, Maragliano d'un côté, Mataro de l'autre. Il ajoute que le Dr J. Ferran (de Barcelone), en suivant une voie différente, serait arrivé à préparer un sérum plus actif contre la tuberculose soit chez les animaux, soit chez les malades atteints de tuberculose locale, par exemple du lupus de la face. Il présente à l'appui de son dire deux photographies d'une malade atteinte de cette dernière affection, qui se serait améliorée sous l'influence de l'injection sous-cutanée, dans l'espace de 2 mois, d'un volume total de 300 centigrammes de sérum antituberculeux de J. Ferran. Il ne connaît pas le mode de préparation du sérum de J. Ferran.

M. Nepveu dit qu'à Marseille les sérums Maragliano et Mataro n'ont pas été employés, et que l'emploi du sérum de Maragliano est interdit en Italie, comme celui de Koch l'est en Allemagne. Il regrette que ces sérums expédiés en France y soient employés et que même on puisse injecter à des malades la tuberculine de Koch, réservée au bétail.

M. Poncet fait la même observation pour les hôpitaux de Lyon où ces injections de sérum antituberculeux ne sont pas en usage.

Étiologie du goître.

M. G. Legerot. — Il résulte d'expériences et de recherches faites depuis deux années que le goître est développé dans le Jura non seulement dans les terrains du trias, mais encore dans les différents étages du terrain jurassique, et que l'on rencontre des goîtreux à des altitudes de 250 mètres et de 600 mètres.

Ces recherches lui permettent de formuler l'hypothèse que le goître est dû non point à l'eau ni à l'état hygrométrique des lieux de production de cette affection, mais bien à la contagion et qu'il existe peut-être un hématozoaire producteur se localisant dans la glande thyroïde et provoquant le goître.

M. Gaudy (de Bagnères-de-Bigorre) parle du goître dans les Pyrénées. Citant les Drs Cazalas, Garrigou, Chopinet, etc., il dit qu'aucun agent spécial du goître n'a été reconnu, et il constate que cette affection endémique diminue visiblement à mesure que s'améliore l'hygiène de l'alimentation et de l'habitation. Il mentionne aussi l'importance de l'aération des lieux habités par les goîtreux, et il signale quelques commencements de goître acquis qui ont cédé à un traitement hygiénique.

Quelles mesures législatives y a-t-il lieu de recommander pour concilier, à l'égard des aliénés dits criminels, la protection due à la vie des personnes avec le respect de la liberté individuelle?

M. Pascaud expose que l'aliéné criminel, irresponsable puisqu'il ne peut avoir conscience de l'acte coupable auquel il se livre, ne saurait être considéré comme punissable; la société n'en doit pas moins protéger ses membres contre les individus atteints de démence tout en conciliant le mieux possible la liberté individuelle avec les nécessités de la sécurité sociale. Cela exposé, M. Pascaud rappelle d'abord en quelques mots le régime antérieur à la loi de 1838 et constate que celle-ci contient une véritable lacune parce qu'elle n'a consacré aucune disposition spéciale aux aliénés criminels, et examine alors les législations étrangères.

Comme conclusion et moyens pratiques de réforme, M. Pascaud propose de donner au ministère public la mission de requérir l'internement de l'aliéné criminel renvoyé des poursuites soit par ordonnance de non-lieu ou par un acquittement en matière correctionnelle, soit par un jugement de la chambre du conseil le déclarant irresponsable après un verdict de non-culpabilité. Le préfet serait tenu de faire droit à ces réquisitions; on organiserait des asiles ou tout au moins des quartiers spéciaux dans les établissements existants pour les aliénés criminels en vue d'éviter un contact funeste avec les autres déments. Les sorties ne seraient plus ordonnées qu'après l'examen de l'aliéné par une commission spéciale; elles seraient définitives ou conditionnelles, subordonnées à des prescriptions spéciales dont l'inexécution serait suivie d'une réintégration immédiate dans l'asile. La justice pourrait toujours avoir le dernier mot, en ce sens que le ministère public, dûment avisé de la libération, y pourrait faire opposition dans les cinq jours de la signification et que le tribunal devrait statuer dans le même délai, sauf l'appel qui serait interjeté dans les 3 jours et jugé dans la huitaine. Ces garanties seraient suffisamment efficaces tant au point de vue de la sécurité publique que de la liberté individuelle.

M. Camoin de Vence discute la question des asiles d'aliénés dits criminels au point de vue de l'intervention de l'autorité judiciaire.

On a toujours compris, et il est indiscutable que l'intervention de l'autorité judiciaire est la seule garantie sérieuse pour que la liberté individuelle ne soit pas violée. Si l'administration et la police ont la charge de prendre les premières mesures que commande la sécurité publique, c'est évidemment à la magistrature qu'appartient le droit de prononcer sur la privation prolongée de la liberté individuelle.

En Italie l'article 30 du projet de loi italien dit que le tribunal ou la cour pourra ordonner l'internement de l'aliéné criminel dans le manicome, après rapport de deux médecins aliénistes. C'est là le seul système raisonnable.

Le projet de loi français, voté en 1887 par le Sénat, a prescrit de faire construire ou approprier des asiles spéciaux pour les aliénés criminels. C'est le juge qui ordonne l'internement. Pour la libération, c'est le tribunal qui statue en chambre du conseil, sur l'avis motivé du médecin traitant et du médecin inspecteur.

Telle a été l'opinion formelle du conseil supérieur de l'Assistance publique, qui n'a pas hésité à reconnaître la compétence de l'autorité judiciaire.

Le décret du 10 janvier 1895, en Portugal, est la dernière œuvre législative sur la matière. Il ordonne que les aliénés criminels soient internés dans des asiles spéciaux. C'est le juge qui ordonne l'examen médical, qui statue sur l'internement et sur la mise en liberté.

L'école anthropologique s'est efforcée de battre en brèche l'autorité judiciaire. Nous avons toujours combattu et ici encore nous repoussons énergiquement les prétentions des lombrosiens. S'il est vrai que la physiologie est une science, elle n'est pas toute la science. Elle ne doit pas tout envahir. Il faut résister à ses empiètements. La justice ne saurait abdiquer ses droits au profit des doctrines anthropologiques.

C'est aux médecins de déterminer le rôle joué par la maladie mentale dans l'accomplissement du crime. C'est à la justice de déterminer le degré de responsabilité et de fixer les mesures à prendre.

M. Joret-Desclosières demande, dans le cas où l'aliéné, d'après l'avis des médecins, reviendrait à meilleure santé, quelle serait, dans le système défendu par les préopinants, l'autorité qui prendrait l'initiative de la mise en liberté.

M. Pascaud répond qu'à son avis, la commission de la prison ayant statué dans le sens de la liberté provisoire, sa décision sera notifiée au ministère public qui fera ou non opposition. En cas d'opposition, le tribunal sera aussi saisi, il statuera et, dans un délai très court, il pourra être fait appel de sa décision.

M. Camoin de Vence se range à l'avis de M. Pascaud.

M. Pierre Lallier, de la Société de législation comparée, recherche à son tour quelles mesures la société peut et doit prendre pour sa sauvegarde contre les aliénés criminels dont les droits à la liberté sont néanmoins imprescriptibles. Après discussion de différents points et solutions admises par les législations étrangères, il recherche celles qui pourraient trouver place dans notre droit et formule ainsi ses conclusions :

Créations d'asiles spéciaux, distincts de la prison et de l'asile ordinaire, et réservés aux aliénés criminels. — Placement nécessaire dans ces asiles de tous les aliénés qui ont commis un crime ou un délit contre les personnes, ou le crime d'incendie; placement dans leurs familles ou dans les asiles ordinaires des autres aliénés criminels. — Reconnaissance du droit d'ordonner le placement à l'autorité judiciaire qui prononce le non-lieu ou l'acquittement. — Sortie soumise à la triple intervention des médecins de l'asile, de l'autorité administrative après expertise, et de l'autorité judiciaire après débats contradictoires. — Sortie provisoire pour les aliénés guéris que de mauvaises habitudes pourraient entraîner à une rechute.

L'atavisme et les faits.

M. Debierre (de Lille). — L'atavisme est établi aujourd'hui sur des faits avérés, et les phénomènes de la fécondation et de la segmentation de l'œuf, les théories actuelles de l'hérédité en donnent une explication satisfaisante. Mais si on ne peut contester la théorie quant au fond, on peut soutenir que beaucoup de faits, notamment tirés des anomalies musculaires, que l'on a considérés comme des faits positifs ne le sont pas du tout.

Le *dédoublement* du muscle tibial antérieur de la jambe de l'homme et la formation avec le muscle surnuméraire d'un long abducteur du gros orteil; la *fusion* du long fléchisseur propre du pouce de la main de l'homme avec le fléchisseur profond des doigts et, partant, la disparition du long fléchisseur propre du pouce que l'on a considéré comme un muscle exclusivement humain, ont été regardés comme des caractères réversifs, des anomalies d'ordre atavique.

Mais que penser de l'opinion de ceux, par exemple, qui ont été chercher chez les serpents le réprésentant du muscle présternal?

Pour qu'une anomalie soit franchement d'ordre réversif il faut que, d'une part, l'organe accidentel soit normalement représenté à l'état permanent dans la lignée philogénique supposée, à la fois pendant la vie fœtale de l'espèce et chez un rameau collatéral de l'espèce humaine, le rameau simien.

Le même double caractère se retrouve pour les fentes branchiales (kystes branchiaux), les protovertèbres caudales (hommes à queue), etc., etc.

Mais envisage-t-on la polydactylie de l'homme ou des chevaux, la polymastie de la femme, les anomalies du grand pectoral, que l'on a regardées comme d'origine atavique, la double preuve exigée ci-dessus fait défaut, et les lois même de la descendance, la loi de caractérisation et les données embryologiques plaident contre de telles suppositions.

L'homme a sans doute dans sa lignée ancestrale un mammifère, il a plus près de lui un primate inconnu, mais il n'est pas du même rameau que les singes, les carnassiers ou les rongeurs. Une forme simienne quelconque de son organisation n'est donc pas une forme forcément atavique.

Les arrêts de développement, ainsi que les organes surnuméraires, ne sont pas forcément d'ordre atavique, et il n'est pas bien certain que beaucoup de dispositions musculaires considérées par certains anatomistes comme de nature atavique le soient davantage que l'appendice vermiculaire du cæcum, la polydactylie ou l'ectromélie.

IVe SESSION DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

Coma éclamptique.

M. Schwab rapporte l'observation d'une femme de vingt et un ans, primipare, qui, vers le cinquième mois de sa grossesse, fut amenée dans le service de M. Maygrier, à Lariboisière, dans un état de coma complet. Cette femme avait présenté pendant les trois jours précédents une série de crises convulsives. Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine. On fit le diagnostic de coma persistant; cette femme expulsa un œuf complet renfermant un enfant macéré. Les jours suivants la malade présente un aspect typhique, elle est atteinte de diarrhée profuse et le coma persiste. La température est élevée, 39°4, 40°3, le pouls petit. On prescrit des bains à 22° qu'on donne toutes les trois heures quand la température dépasse 39°. Le 30 novembre, quatre jours après l'entrée, l'intelligence de la malade se réveille, mais, fait important, il est impossible à la malade de faire un mouvement. On constate cependant que la paralysie, complète à droite, est moins prononcée du côté gauche.

Les jours suivants, les mouvements reparaissent à gauche, mais une hémiplégie droite complète persiste, sans troubles de la sensibilité. A partir du 9 décembre, l'hémiplégie disparaît peu à peu et la guérison est complète dans les premiers jours de février.

Cette observation est intéressante, d'abord par le diagnostic de coma éclamptique et par la durée de ce coma, ensuite par l'époque d'apparition de l'éclampsie entre le quatrième mois et demi et le cinquième mois de la grossesse.

Les bains froids ont donné de bons résultats en présence de l'état typhique de la malade.

L'intérêt tout particulier de l'observation réside dans les troubles nerveux : coma persistant, hémiplégie droite consécutive, perte de mémoire. Or, tous ces phénomènes ont disparu spontanément et rapidement sans que l'hystérie puisse être mise en cause. Nous avons pensé à une hémorrhagie sous-méningée au niveau des centres psycho-moteurs, complication rare au cours de l'éclampsie, signalée cependant déjà par Mme La Chapelle, Baudelocque, Velpeau et Prestat, MM. Charpentier et Molas, et quelques autres.

Recherches expérimentales à propos de l'ischio-pubiotomie.

M. Budin. — M. Farabeuf a constaté que sur un bassin atteint d'ankylose de l'articulation sacro-iliaque gauche, de 84 millimètres de diamètre antéro-postérieur et ne laissant pas passer une sphère de 90 millim., la symphyséotomie ne livrait pas un passage suffisant à la sphère, tandis que celle-ci passait librement après l'opération de l'ischio-pubiotomie. M. Farabeuf en tirait cette conclusion que l'ischio-pubiotomie est l'opération de choix ponr agrandir le bassin oblique-ovalaire dit de Nægele.

J'ai fait quelques expériences à ce sujet. Je me suis servi pour celles-ci de bassins de Nægele moulés en fonte.

Les mensurations de ces bassins sont les suivantes : diamètre promonto-sous-pubien : 90 millim.; petits diamètres obliques : anatomique, 8 cent. 2; le plus grand, 8 cent. 7; grands diamètres obliques : anatomique, 9 cent.; le plus grand, 12 cent. 4.

J'ai employé ensuite une tête dont le diamètre bi-pariétal est de 9 cent. 7 et le diamètre bi-temporal de 8 cent. Cette tête, placée sur le détroit supérieur, ne passait dans aucune position. J'ai pratiqué alors la symphyséotomie; le grand diamètre oblique passait de 12 cent. 4 à 13 cent. 9; les petits diamètres obliques n'ont pas changé. J'ai fait sur un bassin semblable l'ischio-pubiotomie. On obtenait un écartement semblable pour les grands diamètres obliques et les petits diamètres obliques s'allongeaient aussi.

Ces deux opérations permettaient à la tête de franchir le détroit supérieur. Mais dans l'un et l'autre cas, la tête s'arrêtait au détroit inférieur. Il est, en effet, un diamètre extrêmement court dans le bassin de Nægele, c'est celui qui s'étend de l'épine sciatique du côté sain à la tubérosité de l'ischion du côté ankylosé. Ce diamètre est à peine modifié dans l'une et dans l'autre opération. C'est lui qui arrête la tête.

Que faut-il conclure? Si les deux expérimentateurs arrivent à des conclusions différentes, c'est qu'ils ne se sont pas placés dans les mêmes conditions. Le bassin de Farabeuf n'était sans doute pas un bassin de Nægele type.

En résumé, la symphyséotomie n'agrandit au détroit supérieur que le grand diamètre oblique; l'ischio-pubiotomie agrandit les diamètres obliques grand et petit, mais, malgré cet

agrandissement, dans les deux cas, le détroit inférieur s'oppose encore au passage de la tête. Aussi suis-je d'avis que l'ischio-pubiotomie ne doit pas être préférée à la symphyséotomie, opération moins difficile et moins dangereuse.

M. Maygrier présente l'observation d'une opération césarienne pratiquée avec plein succès dans un cas de bassin à forme double oblique ovalaire.

Injection intra-veineuse de sérum artificiel dans les hémorrhagies.

MM. Maygrier et **Le Damany** rapportent l'observation d'une malade apportée à l'hôpital Lariboisière, après plusieurs pertes de sang fort abondantes dues à un placenta prævia, dans un état grave, froide, exsangue, sans pouls et sans connaissance. Une injection sous-cutanée de 32 grammes de sérum ne donnant au bout d'un quart d'heure aucune amélioration, M. Maygrier fait la manœuvre de Braxton-Hicks et laisse l'expulsion du fœtus se terminer spontanément. Aussitôt après l'abaissement du pied, M. Le Damany fait une première injection de sérum. Le pouls, pendant cette injection, reparaît et, à la fin, il est ample, résistant, les lèvres perdent leur coloration bleuâtre et deviennent rosées. L'expulsion du fœtus terminée, l'état grave du début se reproduit. Compression élastique des deux membres inférieurs successivement; amélioration passagère. Une heure après la première, deuxième injection de deux litres de sérum. Même amélioration. La délivrance se fait naturelle et complète. La malade va bien jusqu'à cinq heures du soir. Alors le pouls fléchit de nouveau, devient très petit. Troisième injection de deux litres. Amélioration nouvelle et cette fois définitive. La malade a donc reçu six litres de sérum en sept heures. Pendant toute cette journée et pendant la nuit suivante, des inhalations continues d'oxygène ont été en outre pratiquées. Guérison au bout de vingt-trois jours, malgré une infection utérine qu'un curettage a rapidement améliorée.

MM. Maygrier et Le Damany concluent de ce fait et des faits analogues à l'utilité de ces injections qui ne présentent aucun danger, aucune difficulté sérieuse, et dont les résultats, infiniment plus puissants que ceux des injections sous-cutanées, sont véritablement meilleurs.

L'appareil dont ils se servent pour ces injections est le plus simple et le plus pratique de ceux employés jusqu'à ce jour, et fonctionne à la façon d'un siphon.

Le sérum qu'ils emploient est celui de Hayem, filtré et stérilisé.

Pour faire l'injection, ils dénudent la veine, l'ouvrent en taillant une valve dans sa paroi et introduisent la canule après l'avoir soigneusement expurgée d'air. Une injection de deux litres de sérum doit durer un quart d'heure à vingt minutes.

M. Sebillotte a traité une hémorrhagie grave de la délivrance par de grands lavements d'eau salée. Il est bon de savoir que ce traitement doit être appliqué chaque fois qu'on n'a pas sous la main les instruments et le sérum stérilisé indispensables pour pratiquer une injection intra-veineuse.

Sur les bruits de souffle d'origine fœtale.

M. Fochier. — On peut entendre au niveau de la région fœtale un certain nombre de souffles cardiaques ou extra-cardiaques.

1° Souffles cardiaques. Il y a des endocardites fœtales. J'en ai observé moi-même un cas intéressant. Il s'agit d'une femme qui, à sa troisième grossesse, mit au nonde un enfant qui se développa mal; au huitième ou dixième jour après sa naissance, je constatai au niveau du cœur de l'enfant un souffle râpeux qui l'emporta. A la quatrième grossesse, l'enfant présenta également un souffle râpeux; il mourut en 12 heures. A l'autopsie, nous trouvâmes une endocardite manifeste. Cette malade a eu depuis un hydramnios avec hydrocéphalie et 5 avortements.

L'endocardite fœtale est donc un processus inflammatoire des tout premiers temps de la vie.

Il y a aussi des souffles réellement cardiaques mais provisoires. Dans un cas, le souffle, bien constaté pendant la grossesse, cessa dès la première inspiration du fœtus.

2° Souffles extracardiaques. Il y a aussi des souffles extracardiaques qu'on entend quelquefois pendant plusieurs jours, au niveau de l'épaule le plus souvent, souffles légers, très doux et fugaces. Je les explique en supposant que l'épaule projetée en avant au moment de la contraction cardiaque vient presser sur les vaisseaux maternels et détermine ainsi un rétrécissement qui peut donner naissance à une veine fluide. Dans des conditions spéciales, j'ai entendu un souffle au niveau du siège. Il y avait un fibrome interstitiel qui faisait saillie à ce niveau; là, il n'y avait de possible que le rétrécissement des sinus maternels.

Sur les résultats de l'aération des couveuses par une prise d'air extérieure.

M. Fochier a fait installer dans son service une couveuse métallique réglée et chauffée au moyen du régulateur de D'Arsonval et du thermo-siphon. Pour éviter aux enfants de respirer l'air impur de la salle, il fait faire une prise d'air extérieure. Les résultats obtenus sont excellents.

M. Budin croit qu'il est très important de mettre les couveuses en communication avec l'air extérieur, mais il faut surtout veiller à obtenir une température constante.

M. Hergott (Nancy) a installé dans ses couveuses des appareils qui indiquent au moyen de sonneries les variations trop considérables de la température.

Hyperinvolution utérine après l'accouchement. Transformation anatomique des fibromes pendant la grossesse.

M. Bossi (Novare). — Après certains accouchements, on voit la matrice se réduire d'une façon très considérable. Sur un segment de col utérin j'ai constaté, au moyen de coupes, que la muqueuse était très amincie; la couche musculaire renfermait, en outre, trois sortes de cellules, des grandes, des moyennes et des petites ayant toutes la même forme allongée et munies d'un noyau avec nucléole et granulations abondantes. Ce sont des cellules fibroplastiques. L'atrophie de la matrice après l'accouchement est donc due à une destruction du tissu musculaire lequel est remplacé par du tissu conjonctif.

Dans un fibrome utérin, M. Bossi a trouvé, après une grossesse, une matière presque liquide renfermant des fibres cellules infiltrées de corpuscules graisseux. Il y avait, en outre, des corpuscules graisseux groupés en forme de cellules musculaires, mais sans paroi d'enveloppe; enfin des corpuscules graisseux isolés. Il y avait donc dégénérescence semblable d'un fibrome.

De ces observations il conclut que dans l'hyperinvolution de l'utérus après l'accouchement il y a atrophie musculaire primitive, et que dans l'évolution du fibrome à la suite d'une grossesse, il y a atrophie après dégénérescence graisseuse.

Sur un cas curieux de malformation fœtale.

MM. Lop et **Pajol** (Marseille). — Il s'agit d'un fœtus long de 23 centimètres, en état de macération avancée au cinquième mois de la grossesse; il présente de chaque côté de la tête un repli cutané très large, très mobile qui, du vertex, s'étend jusqu'au tiers inférieur du tronc. En arrière le cou fait défaut. La tête est en extension. Il est impossible de la fléchir sans produire en même temps la flexion de la colonne vertébrale au niveau du dos.

Les muscles de la région postérieure sont profondément modifiés.

Au niveau de la protubérance occipitale externe, le crâne se fusionne avec la colonne vertébrale à la hauteur de la septième vertèbre dorsale; fusion complète de l'occipital avec toute la partie de la colonne vertébrale située au-dessus de la septième dorsale. En avant, au niveau de la septième dorsale, la colonne vertébrale parait se bifurquer de bas en haut en V à sommet inférieur, dont chaque branche donne naissance à une côte par sa face externe. Il y a ainsi six paires de côtes qui paraissent naître de la base du crâne. Pas de traces de vertèbres cervicales.

La cavité cranienne est complètement close; le cerveau est bien conformé quoique un peu ramolli. La cavité rachidienne est également close. Aucune anomalie viscérale.

Rupture des symphyses pendant l'accouchement.

M. Chavane a eu l'occasion de donner ses soins à une primipare de 28 ans dont la grossesse normale ne fut troublée que par quelques douleurs dans le bas-ventre. Le bassin fut reconnu symétrique, régulier, le diamètre promonto-sous-pubien de 10, 9.

Le 14 juin, après trois jours de travail, la poche des eaux étant rompue depuis le matin et le fœtus étant en souffrance, on donne le chloroforme et on fait une application oblique du petit forceps Tarnier. Sous l'influence des tractions faites directement en bas et seulement pendant les contractions, la tête descend un peu et se fléchit légèrement. A la troisième traction, un craquement très net est entendu; quelques secondes après nouveau craquement. La tête descend et l'accouchement se termine rapidement; l'enfant du sexe féminin pèse 4,500 grammes et vit. La délivrance se fait normalement. En examinant la malade, on constate entre les pubis un écartement de 3 cent. environ. Le diagnostic de rupture de la symphyse pubienne s'imposait. Les suites de couches ont donné la certitude que les craquements avaient porté l'un sur la symphyse sacro-iliaque droite, l'autre sur la symphyse pubienne. L'écartement de la symphyse était, le lendemain, de 2 cent. La symphyse sacro-iliaque droite était très douloureuse. Le membre droit était immobilisé en abduction légère et rotation en dehors.

Les suites de couches ont été simples, le rapprochement des symphyses a été facile, les symptômes douloureux du côté de l'articulation sacro-iliaque droite sont allés en diminuant, et le 21e jour la malade pouvait se lever et marcher un peu. Aujourd'hui la malade se fatigue encore assez vite, mais elle a repris sa vie ordinaire. La fesse droite est seulement un peu plus volumineuse que la gauche et l'interligne auriculaire sacro-iliaque est encore un peu douloureux.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre qu'on peut rencontrer des bassins rétrécis là où on les soupçonne le moins.

VIIe SESSION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenue à Paris du 9 au 11 avril.

Sclérodermie chez un enfant.

MM. Brocq et **Veillon** présentent une petite fille atteinte de sclérodermie en bandes et en plaques. Cette enfant, affectée de scoliose, présente en outre sur la peau du tronc des papules squameuses de psoriasis. Sa main gauche, depuis plusieurs mois déjà, est le siège d'une déformation avec tuméfaction assez accusée. L'existence du psoriasis, de la scoliose, des lésions de la main gauche n'est sans doute que le fait d'une coïncidence, mais ces altérations méritent néanmoins d'être notées. Ce qui est intéressant dans ce cas c'est que les lésions externes deviennent secondairement sclérodermiques.

M. Augagneur fait observer que les déformations de la main gauche paraissent être la conséquence de lésions tuberculeuses des os.

M. E. Besnier fait remarquer que ce cas paraît présenter un intérêt tout spécial au point de vue de l'origine de la sclérodermie. Aujourd'hui on a une tendance à considérer cette maladie comme étant le résultat d'une infection. On peut donc se demander s'il n'y a pas de rapport direct entre la tuberculose et la sclérodermie.

Lupus érythémateux du cuir chevelu.

M. Meneau (de la Bourboule). — Lorsqu'on examine attentivement un lupus érythémateux ancien, on remarque d'abord des plaques nombreuses, disséminées, à contours arrondis, sur lesquelles la peau est glabre, d'un blanc nacré, légèrement déprimée, d'aspect franchement cicatriciel. Ces plaques sont circonscrites et limitées par une bordure rouge plus ou moins saillante au niveau de laquelle la peau est le siège d'une certaine infiltration. Sur cette bordure on voit des squames adhérentes blanches, nacrées, sèches, lamelleuses. Quelquefois le follicule, au niveau des plaques en voie d'accroissement, est simplement marqué par un bouchon épidermique, adhérent aux couches profondes, traversé au niveau de sa partie centrale par des cheveux. Ces cheveux sont sains à la périphérie de la plaque, mais, à mesure qu'on les observe plus près du centre de la plaque, ils deviennent grêles et finissent par manquer complètement; le bouchon corné diminue lui-même progressivement et au centre la peau ne présente plus ni cheveux ni bouchons épidermiques.

A la périphérie, on trouve donc des cheveux grêles qui se confondent graduellement avec les cheveux sains, tandis qu'au centre de la plaque, et là seulement, la peau est complètement glabre.

Les diverses formes et apparences de plaques ne sont dues qu'à la proportion très variable entre les deux zones, zone d'atrophie graduelle des cheveux et zones complètement glabres. Le diagnostic de l'affection est facile quand il y a des lésions typiques des régions glabres; mais il devient difficile quand les lésions sont limitées au cuir chevelu. C'est avec la pseudopelade de Arvey et Ducrey-Stanhaz (alopécie atrophique de Dubreuilh) qu'on sera appelé à faire le diagnostic différentiel.

Injection de sérum d'âne à des cancéreux et à des syphilitiques.

M. Augagneur a voulu voir si les résultats annoncés par M. Richet sur la guérison du cancer par les injections de sérum anticancéreux n'étaient pas simplement l'effet de l'injection du sérum normal. Dans ce but, il a injecté à des malades atteints d'épithélioma cutané du sérum d'âne aux doses de 8, 10, 12 centimètres cubes. A la suite de l'injection, la tumeur devient turgide, saignante, puis, dans une deuxième phase, diminue de volume, mais passagèrement. Des phénomènes locaux semblables se produisent aussi à la suite d'injections de sérum chez des malades atteints simplement de végétations.

L'injection amène le même résultat chez les lupiques; après une période d'œdème, de congestion, affaissement passager.

Enfin, chez des syphilitiques, M. Augagneur a vu un sujet atteint de syphilome facial et lingual exubérant, amélioré pendant 1 mois par les injections faites dans le tissu cellulaire. Il y a souvent de l'urticaire autour de la piqûre, ainsi que de la fièvre. Des fois il a vu survenir de l'albuminurie.

Erythème multiforme et néphrite aiguë par surmenage et toxi-infection.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société est celle d'un homme de 62 ans, manœuvre sur les quais, et qui, pendant 10 jours de suite, accomplit une besogne tellement pénible que ses camarades, ouvriers comme lui, étaient obligés de se relayer au 5e jour et de prendre du repos. Il rentre chez lui accablé de fatigue, est pris de frissons violents, et, au cours de cette poussée fébrile, survient une éruption généralisée d'érythème polymorphe. En même temps, la quantité des urines diminue; on y trouve de l'albumine et des cylindres épithéliaux en grande abondance.

Dans le sang on constate une hyperleucocytose manifeste : on y rencontre un bacille prenant le Gram qu'on retrouve dans les urines recueillies aseptiquement et centrifugées sur-le-champ. La température axillaire atteint 39°8, oscille entre 37° et 38° pendant 3 jours et son retour à la normale coïncide avec l'atténuation de l'érythème et avec une crise polyurique. La maladie affecte une allure cyclique et prend fin dans un délai de 15 jours, après avoir entraîné une déperdition de poids de 6 kil. 570 gr. et une perte d'un million d'hématies.

L'éruption qui s'était développée le 21 mars formait des élevures violacées plus ou moins confluentes, non prurigineuses, empâtées et noueuses dans la région du cou et des épaules; des macules rouges saillantes sur le thorax et l'abdomen; d'énormes bulles flasques et irrégulières sur les poignets et les cou-de-pied.

Les muqueuses conjonctivales ont été intéressées dès le début.

Le 5 avril, il ne restait plus que des taches un peu bistrées et des lambeaux de desquamation épidermique dans les régions primitivement bulleuses.

L'absence d'antécédents cutanés, la durée éphémère des lésions, leur indolence, le défaut de prurit, l'évolution aiguë, ne permettent pas de penser à une première manifestation de dermatite herpétiforme de Duhring, malgré la présence d'un très grand nombre de cellules éosinophiles dans la sérosité des bulles. Il ne s'agissait pas davantage d'un érythème médicamenteux, alimentaire ou purement brightique.

C'est dans l'auto-intoxication du surmenage qu'il faut chercher la cause de ces lésions, de même que dans une toxi-infection consécutive avec insuffisance de l'émonction rénale. C'est donc la réalisation sur l'homme de l'expérience qui consiste à surmener et à forcer un animal; on crée ainsi une hypertoxicité d'humeur et une septicémie aiguë, les microbes des cavités naturelles, comme l'intestin, passant dans la circulation. Nous faisons remarquer la rapidité avec laquelle la guérison est survenue sous l'influence du régime lacté et des purgatifs salins.

XIVe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril.

Les maladies rhumatoïdes.

M. Gerhardt (de Berlin) constate que l'on n'est pas encore fixé sur la nature du rhumatisme articulaire aigu et que si le criterium bactériologique fait défaut, il n'en est pas moins indiqué de séparer le véritable rhumatisme articulaire des arthrites et polyarthrites que l'on observe dans les maladies infectieuses comme les exanthèmes aigus, dans le typhus, la dysenterie, la gonorrhée, la pneumonie, la bronchectasie, l'hémophilie, le purpura, le scorbut, les diverses maladies cutanées, comme l'érythème polymorphe, le psoriasis, l'urticaire, la syphilis, etc., et qui présentent des particularités cliniques leur donnant une physionomie à part.

Ces arthrites rhumatoïdes évoluent tantôt sans fièvre, tantôt avec une fièvre plus ou moins vive, et se présentent sous 3 formes principales : douleurs articulaires, gonflements articulaires, suppurations. Dans quelques cas, on a trouvé dans les articulations malades les différents microbes pathogènes de la maladie primitive, de la blennorrhagie, de la pneumonie, de la diphtérie, de l'érysipèle.

Certains phénomènes sont communs à ces maladies articulaires métastatiques. En général, le cœur reste indemne, pourtant, il est fréquemment pris dans le rhumatisme blennorrhagique et scarlatineux. Un autre point commun à ces arthrites rhumatoïdes est l'inefficacité de l'acide salicylique; toutefois, d'après les observations de M. Gerhardt, l'acide salicylique reste inefficace dans le 6e des cas de rhumatisme articulaire vrai, tandis qu'il exerce quelquefois une action très favorable dans les affections articulaires non rhumatismales.

Les articulations atteintes varient avec la maladie primitive. Dans la scarlatine, ce sont surtout les articulations des mains qui sont prises, dans la blennorrhagie, c'est le genou, dans la fièvre typhoïde, c'est la hanche, dans la méningite cérébro-spinale épidémique, ce sont les mains et le genou. La durée de l'arthrite est également très variable : dans la scarlatine, elle est fugace, dans la blennorrhagie, par contre, elle est très longue.

D'autres particularités peuvent encore être notées. Les affections articulaires de la dysenterie par exemple surviennent le plus souvent au déclin de la maladie, frappent principalement les genoux et les pieds, durent environ 6 semaines, les articulations sont plus souvent atteintes dans les cas légers que dans les cas graves. Ces arthrites sont devenues plus rares et cette rareté tient à ce que la dysenterie est devenue plus rare et plus bénigne; peut-être aussi la méthode évacuante généralisée aujourd'hui a-t-elle contribué à ce résultat.

Dans la blennorrhagie, le rhumatisme est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, mais il ne faut pas oublier qu'il est plus difficile de reconnaître la blennorrhagie chez la femme que chez l'homme. Le rhumatisme paraît particulièrement dépendre de la pénétration de l'inflammation dans la partie postérieure de l'urèthre. Habituellement, c'est le genou qui est atteint, mais d'autres articulations peuvent être prises; la monoarthrite n'est pas rare.

Dans la scarlatine, la maladie rhumatoïde survient au début de la maladie et dans 4 p. 100 des cas. Les articulations de la main sont prises le plus souvent; l'affection disparaît au bout de quelques jours d'enveloppement chaud des articulations. Il n'est pas rare de voir survenir des affections cardiaques, mais qui peuvent être causées par le poison scarlatineux.

Dans la fièvre récurrente, l'affection rhumatoïde est rare; dans la pneumonie, elle s'accompagne parfois de suppuration de l'épaule. Dans la méningite, elle est précoce et se trouve favorablement influencée par le salicylate. Elle est rare dans la fièvre typhoïde; dans le rhumatisme syphilitique, les médicaments anti-syphilitiques ont une action favorable, mais non les préparations salicylées.

Le rhumatisme articulaire est très fréquent après une angine catarrhale, dans 80 p. 100 des cas pour les auteurs anglais, dans 21 p. 100 des cas au moins d'après les observations personnelles de M. Gerhardt. Les amygdales sont un lieu de prédilection pour les microorganismes qui pénètrent dans la cavité buccale. On y trouve les mêmes bactéries que l'on a trouvées dans les articulations atteintes de rhumatisme articulaire aigu. Mais on peut se demander s'il s'agit d'une simple métastase bactérienne partant des amygdales, ou d'une action toxique de par ces toxines comme on en voit survenir après les injections du sérum antidiphthérique.

M. Quincke (de Kiel) propose, pour éviter la confusion entre le rhumatisme articulaire vrai et les maladies rhumatoïdes, de désigner ces dernières sous le nom de polyarthrite, en y ajoutant, pour la caractériser, le nom de la maladie primitive, polyarthrite scarlatineuse, blennorrhagique, dysentérique, etc.

Ponction lombaire.

M. Lenhartz (de Hambourg) a étudié les caractères du liquide cérébro-spinal dans 230 cas où, pour une cause ou une autre, il avait pratiqué la ponction lombaire. La quantité de liquide retiré a varié de 20 à 50 cent. cubes; la pression sous laquelle il se trouvait équivalait à celle d'une colonne d'eau de 400 à 600 millimètres. Dans les affections inflammatoires la proportion d'albumine du liquide était en moyenne au-dessous de 0,25 p. 100; dans les affections non inflammatoires, dans les apoplexies séreuses ou en cas de tumeurs cérébrales, cette proportion variait de 2 à 4 p. 100. Le poids spécifique du liquide oscillait entre 1,003 et 1,011.

Sur 19 cas de méningite tuberculeuse l'examen bactériologique a permis de constater 9 fois la présence du bacille spécifique. Dans la méningite cérébro-spinale, le liquide renfermait plusieurs fois le diplocoque spécifique.

Au point de vue thérapeutique, M. Lenhartz a obtenu avec la ponction lombaire des résultats excellents dans la méningite séreuse et la chlorose compliquée de cachexie et de thromboses veineuses. Sur les 30 cas de chlorose traités par la ponction la disparition presque instantanée de la céphalée et l'amélioration rapide de l'état général n'a fait défaut que dans un seul cas.

M. Kroenig (de Breslau) est étonné de voir M. Lenhartz trouver si rarement le bacille tuberculeux dans le liquide cérébro-spinal en cas de méningite tuberculeuse. Personnellement il n'a jamais échoué dans cette recherche; Lichtheine et Turbringer ont trouvé le bacille tuberculeux dans 80 à 90 p. 100 des cas de méningite tuberculeuse traités par la ponction lombaire. Les différences dans les résultats tiennent probablement à la technique de la recherche du bacille.

Comme M. Lenhartz, M. Kroenig a obtenu de bons résultats avec la ponction lombaire dans la méningite séreuse, dans la chlorose grave; des améliorations, passagères, mais très appréciables dans les tumeurs cérébrales. Dans un cas de tumeur cérébrale, la malade succomba 3 minutes après la ponction qui avait donné issue à 75 cent. cubes de liquide. A l'autopsie on trouva un anévrysme ventriculaire.

M. Goldscheider (de Berlin) n'a trouvé que trois fois des bacilles tuberculeux dans le liquide cérébro-spinal, bien que souvent il ait répété la recherche du bacille à l'autopsie.

La ponction n'a jamais eu de conséquences fâcheuses dans la méningite, dans l'urémie, dans les tumeurs cérébrales s'accompagnant de phénomènes méningitiques; cette intervention procure un soulagement momentané au malade.

M. Quincke (de Kiel) signale également les bons résultats fournis par la ponction lombaire qui lui a donné tantôt des guérisons, tantôt des améliorations passagères. Une précaution à prendre, précaution essentielle, c'est de veiller à ce que l'écoulement du liquide ne se fasse pas vite afin qu'il ne survienne pas une décompression brusque du cerveau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 Avril 1896.

Appendicite.

M. Pozzi croit qu'il est difficile de dire en cette enceinte quelque chose de nouveau sur cette maladie étudiée de toutes parts. Mais la question des indications opératoires est encore souvent indécise : il y a même des médecins plus opérateurs que certains chirurgiens. M. Pozzi désire attirer l'attention aujourd'hui sur un cas où l'évolution absolument insidieuse aurait abouti sans l'intervention rapide à des lésions irrémédiables. Il s'agit d'un homme de 40 ans, sujet depuis l'âge de 11 ans à des coliques, à des troubles gastriques. Au cours d'une de ces coliques, le 9 avril dernier, M. Pozzi, constatant un point douloureux très net dans la fosse iliaque, opéra dès le lendemain, soit 48 heures après le début des accidents. Il trouva, très haut, un appendice dur, fixé par des adhérences, gros comme le petit doigt, perforé, mais non entouré de pus. Après résection de l'appendice, la plaie fut drainée et suturée. L'état est actuellement parfait. Donc, l'intervention précoce dans un cas où on aurait dû diagnostiquer une appendicite localement bénigne a montré une perforation gangréneuse en réalité menaçante. Donc, même dans les cas en apparence bénins, l'intervention ne doit pas être différée. M. Pozzi termine en insistant sur le rôle probable de certaines coudures de l'appendice dans la genèse des coliques, d'où la cavité close de Talamon et Dieulafoy.

Dans un autre cas, après des rechutes multiples, un malade a évacué par l'intestin un abcès. Malgré cela, il a eu une nouvelle crise, et cette fois M. Pozzi l'a opéré. Il a trouvé un appendice chroniquement enflammé et tordu sur lui-même.

M. Le Dentu a observé un jeune garçon, entré à l'hôpital en médecine pour un gros abcès appendiculaire. Après une amélioration passagère due au traitement médical, le malade est envoyé dans le service de M. Le Dentu, parce que les symptômes persistaient. M. Le Dentu a encore attendu quelques jours, pour opérer à froid. Il a trouvé un appendice volumineux, légèrement coudé, terminé en une dilatation piriforme, pleine de pus, avec une perforation cicatrisée, adhérente à l'épiploon.

M. Dieulafoy, après avoir donné lecture de ce fait au nom de M. Le Dentu, conclut une fois de plus en faveur de l'intervention précoce et constante.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 17 et 24 Avril 1896.

Double ulcère de l'estomac perforé.

M. E. Apert montre l'estomac d'une jeune fille de 20 ans, qui n'avait jamais souffert de l'estomac et qui a été prise brutalement, en pleine santé, de symptômes de perforation stomacale. La laparotomie, faite 18 heures après le moment de la perforation, n'a pu sauver la malade.

A l'autopsie, on trouva des ulcères perforés remarquables par leur symétrie, l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure. Ces deux ulcères se font vis-à-vis, et on peut se demander s'il ne s'était pas fait d'inoculation d'une paroi à l'autre.

Pneumococcie articulaire, endocardique et méningée.

M. Griffon présente le cœur et le cou-de-pied d'une malade qui mourut dans le coma avec des signes d'arthrite aiguë du cou-de-pied droit et une hémiplégie gauche, après quelques heures de séjour à l'hôpital. La ponction de l'articulation malade, pratiquée pendant la vie, montra la présence exclusive d'un pneumocoque virulent.

A l'autopsie, on trouva une végétation énorme sur la valvule mitrale, un exsudat méningé droit, et, du côté du cou-de-pied, du pus, fusant dans toutes les directions, dans les synoviales tendineuses et dans toute la plante du pied; les cartilages ulcérés par places, les extrémités osseuses présentent des points dénudés.

Fracture de la voûte orbitaire par balle de revolver.

M. Dartigue communique l'observation d'un individu s'étant tiré, dans un but de suicide, une balle de 8 millimètres dans la région temporale droite. Pas de perte de connaissance au moment de cette tentative, seulement, perte totale de la vision à droite, avec ecchymose et œdème considérable de la paupière supérieure et protrusion de l'œil. M. Polaillon est intervenu au 3e jour après l'entrée du malade, par une incision de 3 centimètres faite au niveau du sillon orbito-palpébral supérieur et qui permit au doigt de percevoir une fracture de la voûte orbitaire. A l'autopsie du malade qui a succombé au bout de 2 jours avec des phénomènes de méningo-encéphalite, on trouva un épanchement sanguin sous-dure-mérien, au niveau de la bosse orbitaire, et une fracture de la voûte avec fragment osseux des dimensions d'une pièce de 2 francs. Le cerveau présentait seulement de l'attrition de la substance cérébrale, au niveau des lobes frontaux. L'énucléation de l'œil a permis d'y trouver la balle avec deux petits fragments osseux qu'elle y a entraînés. La balle a donc suivi ce chemin : entrée au niveau de la région temporale, elle a longé parallèlement l'apophyse zygomatique, pénétré dans la cavité de l'orbite, fracturé la voûte orbitaire, et, ayant ricoché à ce niveau, est venue s'enfoncer dans le globe oculaire par son côté nasal.

Hématomèle traumatique sous-cutanée.

MM. Mermet et **Lacour** rapportent l'observation d'un jeune homme de 19 ans, sur la cuisse duquel passa il y a 9 mois, une roue de voiture pesamment chargée : un volumineux hématome, étendu de la crête iliaque à la partie moyenne de la cuisse, se produisit. Depuis cette époque, la collection a persisté sans changement. Guérison par la décortication de la poche 8 jours après une ponction ayant été suivie de la reproduction de la tumeur.

A l'examen microscopique de la poche, on constata que le feuillet superficiel de sa paroi était composé profondément de travées conjonctives plus ou moins irrégulièrement disposées, dont les plus profondes baignaient dans la graisse sous-cutanée; la couche la plus interne était constituée par des lamelles et des cellules connectives disposées parallèlement à la surface de la poche, tassées les unes contre les autres et répondant au type du fibrome lamelleux ou cornéen. Les vaisseaux manquaient dans cette couche; par contre, ils étaient abondants dans la couche profonde. Le feuillet profond, adhérent à l'aponévrose d'enveloppe du membre, était composé dans la profondeur de fibres connectives ondulées, aponévrotiques, plus superficiellement d'un tissu conjonctif adulte sans fibres élastiques et, à la surface, d'une couche de tissu embryonnaire répondant vaguement à celui des bourgeons charnus. Les vaisseaux étaient nombreux dans ce feuillet profond, surtout dans la couche la plus interne où les capillaires forment de véritables bouquets qui allaient se distribuer aux mamelons visibles à la surface de la poche et dont la structure embryonnaire et la fragilité expliquaient la rapide reproduction de l'épanchement.

Tuberculose diffuse.

M. Gouget présente les pièces d'un malade de 19 ans, mort de tuberculose aiguë, à manifestations méningées prédominantes. A l'autopsie, on trouva des granulations sur la pie-mère, avec un exsudat louche, prédominant sur la face externe de l'hémisphère droit. Les deux poumons étaient criblés de granulations tuberculeuses. Le poumon gauche présentait, en outre, une petite caverne, à son sommet. Au-dessous de la bifurcation de la trachée, ganglion caséeux. Suppuration limitée au centre du corps de la 5e vertèbre dorsale, double abcès par congestion. Granulations et même blocs caséeux dans les reins. Infiltration tuberculeuse de la partie inférieure de l'uretère droit. Plusieurs ulcérations tuberculeuses dans la vessie. Foie parsemé de tubercules, à centre verdâtre; systématisation biliaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 Avril 1896.

Greffe et pigmentation.

M. Paul Carnot et **Mlle Deflandre** complètent une première note sur la persistance de la pigmentation dans la greffe ;

La greffe pigmentée croît aux dépens des parties blanches avec d'autant plus d'énergie que l'animal greffé est plus coloré : la greffe rétrocède assez rapidement chez les albinos.

Ce fait explique la rétrocession plus ou moins rapide chez l'homme blanc de greffes épidermiques empruntées à des nègres.

Il semble donc que le pigment soit une production de la cellule épidermique, puisqu'en transplantant la cellule on transplante la propriété chromogène. Mais l'organisme entier y prend part puisque la greffe ne persiste que chez l'animal déjà coloré.

Mycose sous-cutanée innommée du cheval.

MM. V. Drouin et **Rénon**. — Nous venons d'observer chez un cheval une généralisation néoplasique sous-cutanée développée sur la nuque, le long du bord supérieur de l'encolure, à la pointe de l'épaule et à la région inguinale.

Les tumeurs, visibles à l'extérieur ou siégeant sous la peau au fond de fistules purulentes, se composent de productions végétantes parasitaires, rugueuses, dures, du volume d'une noisette, d'une noix et même davantage, nettement différenciées d'avec le tissu environnant qui a pris une consistance scléreuse spéciale : elles naissent au milieu de ce tissu dont elles sont facilement énucléables.

L'examen bactériologique de ces productions végétantes parasitaires fait par cultures sur les milieux ordinaires et sur liquide de Raulin nous a décelé la présence des microbes vulgaires de la suppuration (staphylocoques, streptocoques), d'une levure et de l'aspergillus fumigatus : on ne peut cependant pas conclure à l'existence certaine d'une aspergillose, les fragments ensemencés ayant été en contact avec la litière du cheval, ce qui diminue la valeur des résultats obtenus. Il ne s'agit certainement ni de favus, ni de trichophyton, ni de l'infection à blastomycètes, décrite récemment par Tokiobrige chez le cheval, ni d'actinomycose, ni de botryomycose, et nous ne pouvons rien affirmer sur l'origine et la nature de cette affection mycosique.

Sérum antistreptococcique, préventivement à l'opération de la cataracte, chez les diabétiques.

M. Boucheron a eu l'occasion d'observer un diabétique cataracté, qui ayant été atteint d'une affection streptococcique, une lymphangite du pied et de la jambe, fut soumis, à l'injection de 20 grammes de son sérum.

Mettant à profit le moment où, de par l'injection du sérum, les streptocoques du malade devaient être fort atténués, il a pratiqué l'opération de la cataracte par extraction, en employant, bien entendu, une scrupuleuse antisepsie.

La plaie opératoire se réunit par première intention sans la moindre poussée congestive et le résultat définitif fut parfait.

Ce malade, âgé de 70 ans, avait 46 grammes de sucre par litre d'urine. La lymphangite était bénigne.

C'est la première fois, que le sérum a été employé de cette manière. Ce premier fait indique que le sérum de Marmorek a pu être utilisé chez un diabétique en état de streptococcie, et que l'opération de la cataracte a pu être suivie de succès, après l'action préventive de ce sérum malgré la glycosurie et la streptococcie.

Altération microbienne de la bile.

MM. Hugounencq et **Doyon** ont réussi à isoler un court bacille qui fait apparaître un nouveau pigment biliaire et change la coloration de la sécrétion hépatique.

M. Charrin. — J'ai démontré la possibilité de faire varier, à l'aide des toxines, la quantité comme la qualité de la bile ; Ruffer, Sherrington, Pisenti ont vu ces faits, qui prouvent la nécessité de descendre dans les détails, de ne pas s'en tenir à la formule ancienne : les microbes font la maladie par leurs produits; il faut préciser les lésions, les troubles fonctionnels, etc.

M. Kaufmann a constaté dans une série d'expériences sur la *formation de la graisse dans l'organisme* que toutes les substances, les substances albuminoïdes comme les substances hydrocarbonées, interviennent dans cette formation; toutefois le rôle des substances hydrocarbonées est indirect en ce sens qu'elles favorisent seulement la transformation des substances albuminoïdes.

M. Galippe a recherché *l'urée et l'acide urique*, signalés par des auteurs américains *dans le tartre dentaire* en cas de pyorrhée alvéolaire. Bien que ses recherches aient porté sur 100 cas, il n'a jamais trouvé ces deux substances.

M. Richet fait une nouvelle communication sur le refroidissement du muscle pendant la contraction.

M. Garnault fait une communication sur quelques traitements opératoires de la surdité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 Avril 1896.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Kirmisson, pour appuyer la communication qu'il a faite à la séance précédente, montre un garçon de 11 ans qui, malgré une luxation congénitale double et une ensellure des plus prononcées, marche d'une façon presque irréprochable. Jamais une opération sanglante ne peut donner un résultat fonctionnel meilleur. Il s'ensuit que si la marche s'effectue bien, il est inutile d'opérer.

M. Quénu, bien qu'il n'ait pratiqué que deux interventions pour luxation congénitale de la hanche, est convaincu que la plupart de ces lésions ne doivent pas être opérées et partage entièrement les idées de M. Kirmisson. L'enfant qu'il a opérée était atteinte d'une double luxation. Il fit d'un côté l'opération d'Hoffa, et, malgré la désinsertion des pelvi-trochantériens, il a été impossible de faire descendre la tête, si bien qu'il fut obligé de décapiter le fémur.

L'année suivante, il attaque l'autre côté, et, bien qu'il ait opéré par le procédé de Lorenz, il lui fut impossible de descendre la tête, qu'on a été obligé de réséquer. Les suites de ces opérations ont été relativement bonnes et les résultats fonctionnels satisfaisants dans le sens d'une fixation meilleure et d'une diminution de l'ensellure.

M. Félizet fait observer tout d'abord que les lésions ne sont pas identiques dans la luxation traumatique et dans la luxation congénitale, et que cette dernière, en réalité, est une malformation justiciable d'un tout autre traitement; dans cette circonstance, il n'y a pas à rechercher à placer une tête dans une cavité qui n'existe pas. Si l'on envisage les résultats qu'ont donnés les opérations, ils peuvent être ainsi classés : mort, ce qui est

moins à craindre depuis la pratique de l'antisepsie; insuccès fonctionnel avec ou sans infirmité; succès. En ce qui concerne ces derniers, M. Félizet ne se prononcera que lorsqu'il aura vu les opérés longtemps après l'opération.

M. Broca n'a jamais conseillé d'opérer de parti pris en bas âge, et, dans la communication qui a soulevé ce débat, il a nettement déclaré qu'en règle habituelle il ne fallait pas opérer avant l'âge de 4 ou 5 ans; il diffère donc surtout d'avis avec M. Kirmisson en ce qu'il préfère essayer la méthode orthopédique de Lorenz qui permet la marche; il ne croit d'ailleurs pas, il l'a dit et il le répète, à une réduction proprement dite, immédiatement complète, et il ne serait pas autrement surpris si une fois de plus on aboutissait à un déboire. Les échecs de M. Quénu prouvent seulement que l'opération n'est pas facile les premières fois qu'on l'entreprend. Quant à l'argumentation impersonnelle de M. Félizet, M. Broca, tout en s'y croyant visé, n'a pas de peine à constater que les opinions qui y sont contredites n'ont jamais été les siennes. La théorie pathogénique qui en est le point de départ est précisément celle que M. Broca a soutenue, après son maître Lannelongue. Toujours M. Broca a déclaré qu'il n'opérait pas dans les cas où d'elle-même la tête se fixait, et s'il a opéré 37 enfants c'est sur un total de plus de 200. Chez le malade présenté par M. Kirmisson, il n'aurait jamais opéré et il a refusé l'intervention dans un cas analogue chez la sœur d'une malade qu'il avait opérée avec bon résultat. M. Broca montre les pièces obtenues sur deux fillettes autopsiées au bout de 5 et 13 mois, et on y voit des néarthroses solides, dont l'une a le défaut d'être raide, mais dont l'autre est parfaite. L'aveu des résultats mauvais doit satisfaire même M. Félizet. Quant aux bons résultats, M. Broca en a présenté des exemples à l'Académie de médecine et M. Lucas-Championnière, qui les a vus, peut dire comment se faisait la marche.

M. Lucas-Championnière déclare que le résultat était très bon.

M. Kirmisson n'a pas parlé de l'anatomie pathologique, parce que c'est une question que tout le monde connaît. Quant aux résultats, tout le monde les a exposés sans cacher les insuccès.

Trachéotomie et la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. Richelot, chargé d'un rapport sur un travail où **M. Gouguenheim** propose quelques modifications au manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte (section de la peau au thermocautère et incision de l'aponévrose cervicale sur une sonde cannelée), profite de cette occasion pour exposer ses idées sur la laryngotomie intercricothyroïdienne (voir *Gazette hebdomad.*, n° 33, p. 390).

M. Delorme a toujours recours, et avec succès, à la trachéotomie d'après le procédé de Saint-Germain, opération rapide, sûre, et ne déterminant aucun trouble de la voix.

M. Tuffier partage, sur la facilité et l'utilité de la laryngomie intercricothyroïdienne, les idées de M. Richelot, mais il admet aussi des contre-indications. Ainsi, dans les cas de cancer du larynx, la trachéotomie est l'opération de choix, parce qu'elle se fait loin du foyer malade dont la propagation à la plaie est ainsi rendue plus difficile.

M. Poirier a constaté dans ses recherches anatomiques que l'espace intercricothyroïdien n'est pas toujours suffisamment développé et qu'on le trouve rétréci 1 fois sur 30 ou 40, surtout chez les vieux. En outre, il signale la présence de vaisseaux et d'un ganglion, au-dessous de la membrane intercricothyroïdienne, qui peuvent gêner l'opérateur. Pour ces raisons, il recommande d'opérer lentement.

M. Pozzi est aussi partisan, chez l'adulte, de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Au point de vue opératoire, il recommande de fixer le bord inférieur du cartilage thyroïde avec un crochet. L'ouverture de l'espace intercricothyroïdien devient ainsi facile. La canule doit être très petite.

M. Félizet a pratiqué souvent cette opération sans s'occuper ni de vaisseaux, ni de ganglions, et a toujours parfaitement réussi.

M. Quénu partage les idées de M. Richelot sur les avantages de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Cependant, comme M. Tuffier, il fait une réserve pour les cancers, où il préfère la trachéotomie.

M. Thiéry présente un sujet, marchand de grains, atteint d'*actinomycose de la région sous-massétérine.*

M. Quénu montre un homme porteur d'une *épididymite tuberculeuse, traitée par le curettage.*

M. Picqué présente une femme atteinte d'un *kyste dermoïde du plancher de la bouche.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 Avril 1896.

Diphthérie légère du pharynx.

Croup avec spasme phréno-glottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Mort en 48 heures avec hyperthermie inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie.

M. Variot, après avoir rapporté une observation dont le titre ci-dessus résume les principales phases, fait observer que certains échantillons de sérum, peut-être altérés, contiennent des substances hyperthermisantes, et se demande si en l'absence de lésions organiques suffisantes, on est en droit d'attribuer au sérum l'hyperthermie qui a été suivie de mort chez cet enfant. Il est bien difficile d'être absolument affirmatif, puisqu'on n'a aucun moyen précis de retrouver dans l'organisme les substances toxiques qui peuvent exister dans le sérum. Son observation ne permet donc pas de tirer des conclusions rigoureuses; mais, cependant, la cause de la mort échappe, si on n'attribue pas l'hyperthermie au sérum.

Aussi M. Variot se croit-il autorisé à répéter que ce précieux remède contre la diphthérie doit être manié prudemment, et que le sérum ne doit pas être employé comme vaccin préventif.

M. Sevestre fait observer que le cas de M. Variot est d'une rareté exceptionnelle et ne démontre même pas que la mort soit imputable au sérum. Elle ne prouve donc rien contre la sérothérapie.

Anacrotisme du pouls.

M. Potain, en revenant sur la communication de M. Huchard (voir *Gaz. hebd.*, n° 33), présente une série de tracés où l'on voit que la double pulsation se produit à une période rapprochée du début de la diastole artérielle, bien avant le dicrotisme normal. Il faut donc substituer au mot anacrotisme du pouls le mot plus expressif de dicrotisme initial.

Ce phénomène se rencontre dans de nombreuses circonstances; il peut exister à l'état normal et dans des affections très diverses: maladies de cœur, colique de plomb, etc.

Ce dicrotisme initial est produit, en somme, par la pénétration dans le système artériel d'une onde sanguine un peu volumineuse et par une réaction particulière des parois artérielles. Dans ces conditions, il est facile de comprendre que les causes productives soient multiples et qu'il soit par conséquent impossible de tirer, de ce dicrotisme initial, des conclusions séméiologiques précises.

M. Hanot — Voir *Gaz. hebd.*, n° 31, p. 362.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 16 Avril 1896.

Vomissements incoercibles au début de la grossesse.

M. Le Damany. — Ces vomissements apparurent dès la sixième semaine et, en un mois, mirent la femme dans un état tel que, par suite de l'amaigrissement, de l'hypothermie, de

l'accélération du pouls (140), l'avortement dut être provoqué.

Ces vomissements avaient résisté à tous les traitements employés : oxalate de cérium, électrisation descendante du pneumogastrique, dilatation du col, redressement de l'utérus, etc.

Après l'avortement, les vomissements ont brusquement cessé et la femme a guéri. M. Le Damany en conclut que ces troubles semblent plutôt dus à une action réflexe qu'à une autointoxication.

L'avortement provoqué a produit chez la malade une aggravation momentanée qui montre le danger de l'intervention trop tardive. L'avortement, dans des cas de ce genre, doit être fait rapidement, complètement et avec une antisepsie minutieuse; chez une femme cachectisée, la moindre hémorrhagie, la moindre infection de l'utérus peut être mortelle.

M. Doléris rapporte à ce sujet l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle les vomissements cessent à la troisième application de l'électrode, mais on s'est aperçu ensuite que la pile ne marchait pas et le traitement n'avait agi que par suggestion. Pour lui les vomissements incoercibles s'observent chez les névropathes.

M. Charpentier est d'avis que le traitement de choix c'est l'avortement, et l'avortement précoce.

M. Budin rappelle que lors de la communication de M. Maygrier à propos des succès obtenus par lui grâce à l'électricité, il avait déjà jeté une note discordante en citant un fait où ce traitement avait échoué. Pour lui, comme pour M. Doléris, l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses.

Rupture utérine spontanée.

M. Chéron. — L'une des deux femmes fut apportée morte à la Maternité. C'était une rachitique. A l'autopsie on trouva le fœtus et le placenta dans la cavité abdominale. La déchirure utérine intéressait le segment inférieur et le péritoine du ligament large. L'orifice s'est produit immédiatement en arrière du ligament rond, et, à travers cette déchirure, passait la fesse gauche du fœtus, le pied étant à la vulve.

Le bassin était rétréci dans tous ses diamètres :

Diamètre promonto-pubien minimum.	6 centim.
— transverse.	11 —

Chez la seconde femme la rupture s'effectua quelques minutes après son entrée. Présentation de l'épaule en A. I. D., promontoire accessible, membranes rompues depuis sept heures. Pas de bruits du cœur; rétraction très grande de l'utérus, pas de liquide amniotique. Pendant qu'on s'apprêtait à faire l'embryotomie, la rupture utérine se produisit. Le col se déchira sur son bord droit et la déchirure intéressa bientôt une partie de segment inférieur. Version, irrigations au sublimé et à l'eau bouillie (le péritoine n'était pas intéressé), tamponnement à la gaze iodoformée. Péritonite le 5e jour, mort le 8e.

L'autopsie a démontré que la déchirure se trouvait sur la partie latérale droite intéressant le col et le segment inférieur dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Parotidite ascendante due au saccharomyces albicans.

M. Brindeau. — Enfant né à 7 mois qui présenta du muguet quelques jours après sa naissance; neuf jours après parotidite à droite. Une ponction ramène un liquide contenant du saccharomyces albicans à l'état pur; la bouche de l'enfant contenait alors du staphylocoque blanc. Quatre jours après on incise la parotide; écoulement d'un pus jaunâtre, contenant des staphylocoques. Deux jours après, arthrite des articulations du genou et de l'épaule ; puis successivement toutes les articulations se prennent; en 15 jours on ouvre 30 abcès contenant des staphylocoques blancs, que l'on trouve également dans le sang de l'enfant. L'enfant mourut au bout d'un mois et demi environ. A l'autopsie on trouve un énorme abcès dont le point de départ est la troisième vertèbre cervicale ; le pus a décollé l'œsophage, le foie et les reins sont amyloïdes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Épilepsie jacksonienne par sarcome du cerveau.

M. Czerny. — Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui, à l'âge de 13 ans, avait reçu un coup de pierre sur l'occiput qui l'étendit sans connaissance. L'accident n'eut pas de suite. En 1889 seulement, le malade fut pris d'une céphalalgie tenace et présenta, à la suite, des attaques de convulsions limitées au membre inférieur gauche. Les attaques, qui revenaient assez souvent, ont été supprimées pour 6 mois par le traitement bromuré interne. Elles revinrent ensuite et, à partir de 1893, se manifestaient non seulement dans le membre inférieur gauche, mais encore dans le membre supérieur gauche et dans la moitié gauche de la face. Dans la suite les attaques devinrent de plus en plus fréquentes, se compliquèrent de perte de connaissance, si bien que le malade a été obligé de quitter son métier de maçon.

En novembre 1895, le malade entra à la clinique du professeur Czerny. L'examen fait à ce moment permit de découvrir l'ancienne cicatrice de l'occipital. Pas de troubles de sensibilité ni de motilité, sauf un léger affaiblissement du sens musculaire à gauche. Pas de neuro-rétinite par étranglement. Subjectivement le malade qui accuse une sensation d'inquiétude, d'angoisse, éprouve des fourmillements dans les membres. Diagnostic : épilepsie jacksonienne probablement par tumeur de la région motrice droite.

L'intervention, faite quelques jours après l'entrée du malade, a consisté dans la résection ostéoplastique du pariétal droit à la hauteur de la région rolandique. A l'ouverture du crâne et après incision de la dure-mère, on trouva, implantée sur la surface interne de la dure-mère et recouvrant la partie postérieure de la circonvolution centrale, une tumeur dure, bleuâtre, mesurant 4 cent. 1/2 de hauteur sur 3 cent. 3/4 de largeur et 3 cent. 1/2 de longueur. Plus en avant, atteignant et pénétrant la circonvolution antérieure, se trouvait un kyste des dimensions d'une noix, rempli de sérosité. La tumeur adhérait au cerveau sur une très petite étendue, de sorte que son ablation n'avait présenté aucune difficulté.

Les suites de l'opération furent simples. Le malade, opéré le 25 novembre, eut encore des attaques les 26 et 29 novembre, et le 5 janvier, la dernière, déterminée en apparence par la rétention d'un peu de pus dans la plaie. Depuis cette époque, le malade n'a plus eu d'attaques.

L'examen microscopique de la tumeur extirpée montra qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme de la dure-mère.

Cancer du rectum chez un enfant de 13 ans.

M. Czerny a eu l'occasion d'opérer un cancer du rectum chez un garçon de 13 ans sans antécédents héréditaires ni personnels particuliers, chez lequel l'affection datait de 6 mois environ. Au toucher on trouvait immédiatement au-dessous du promontoire une tumeur polypeuse, ulcérée, paraissant adhérente en arrière. L'examen d'une parcelle amenée avec le doigt permit de reconnaître une prolifération atypique d'épithélium cylindrique. Aussi, en prenant en considération le jeune âge du sujet, avait-on diagnostiqué un adénome papillaire.

La tumeur a été enlevée par la voie sacrée après résection ostéo-plastique de la 4e vertèbre sacrée. L'ulcération carcinomateuse s'étendait sur une hauteur de 4 centimètres, et la prolifération épithéliale, après avoir traversé la couche musculaire, avait envahi la séreuse au niveau du cul-de-sac de Douglas. Toutes les parties malades furent enlevées et l'intestin réuni par une suture circulaire. Comme dans tous les cas analogues, la suture lâcha en arrière, et le malade guérit avec une fistule qu'on pourra fermer plus tard.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin,

Par le Dr A.-H. Pilliet,

Chef du laboratoire de M. le professeur Tillaux à la Charité.

I

Pendant très longtemps on a divisé les métrites en deux classes; la métrite de la muqueuse ou endométrite, et la métrite du tissu utérin lui-même ou métrite parenchymateuse. Mais cette division est restée presque dans le domaine de la théorie; l'endométrite, se traduisant par des phénomènes accessibles, fut décrite avec beaucoup de détails. la myosite intense regardée comme accessoire et peu fréquente, si l'on excepte les cas d'infection puerpérale dans lesquels l'utérus peut se trouver infiltré de pus.

M. de Sinety (1) par exemple, dans son traité si remarquable au point de vue de l'anatomie pathologique, écrit que l'hypertrophie généralisée à toute la paroi de l'organe utérin est un phénomène presque toujours secondaire, et le plus souvent la conséquence d'une métrite, ce qui, dans sa pensée signifie endométrite, comme le prouve le contexte. Pourtant elle peut avoir d'autres origines, elle possède ses lésions propres et ces lésions sont d'autant plus importantes à connaître qu'elles peuvent, une fois diagnostiquées, servir d'indication opératoire. C'est sur les utérus enlevés par l'hystérectomie que l'on peut naturellement les observer avec le plus de profit; et ceci explique que jusqu'à ces derniers temps les auteurs n'ayant guère à leur disposition que des pièces d'autopsie aient attaché peu d'importance à la métrite parenchymateuse et aient réservé toute leur attention pour l'état de la muqueuse.

1. De Sinety, *Manuel pratique de gynécologie*, 1879, p. 230.

Nous nous proposons ici de reprendre l'étude de cette affection, que nous avons pu faire sur des pièces fraîches, enlevées chirurgicalement, et de décrire sans nous occuper du nom : métrite parenchymateuse, interstitielle, myosite utérine aiguë ou subaiguë, ce que l'on trouve dans les coupes de la paroi d'un utérus enlevé avec ses annexes pour lésions inflammatoires.

Dans la période ancienne, comme nous venons de le voir, les documents étaient peu abondants. Pour Virchow, Fœrster, Fanor, l'hypertrophie de l'utérus dans la métrite parenchymateuse est totale; pour Rokitanski, Kiwisch, Gallard, Nöggerath, on trouve au contraire un processus conjonctif. C'est le reflet des grandes discussions d'anatomie générale qui avaient lieu à ces époques et qui n'ont plus qu'un intérêt historique. M. de Sinety distingue deux formes, l'une d'infiltration, avec vaisseaux distendus, éléments embryonnaires autour d'eux, l'autre d'induration, qui succède à la première et se caractérise par la prolifération du tissu conjonctif. Dans un cas d'autopsie, l'utérus d'une femme de 44 ans lui a montré l'hyperplasie des tuniques conjonctives péri-vasculaires et la dilatation des espaces lymphatiques, mais il n'en tire pas de conclusions spéciales.

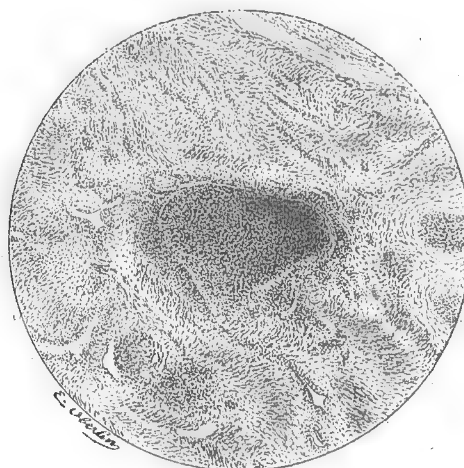


Fig. 1. — Abcès miliaire développé dans l'épaisseur du col utérin. Dilatation vasculaire de voisinage. Utérus opéré par M. Delagenière, du Mans. Préparation de M. Pilliet.

La période moderne nous offre des renseignements plus précis dont la plupart sont rassemblés dans l'article de M. Delbet, du *Traité de chirurgie*. Nous aurons à citer ceux qui nous intéressent à propos de chaque forme.

II

La métrite parenchymateuse peut être étendue à tout l'utérus ou en occuper seulement une partie. Il existe donc une forme généralisée et deux formes distinctes, métrite du corps, métrite du col utérin, tout comme pour les lésions de la muqueuse. Nous nous occuperons d'abord des lésions du col utérin : la forme généralisée et la forme localisée au corps se confondent dans leurs lésions, la première n'est en effet le plus souvent que l'extension de la seconde.

La métrite du col débute à la suite d'une infection de la muqueuse, et peut s'étendre d'autant plus vite que dans la portion cervicale de l'utérus, et sans doute dans la portion qui se dilate au moment de l'accouchement pour former le segment inférieur et l'anneau de Bandl, les faisceaux musculaires sont infiniment moins abondants que dans le reste de l'utérus. Le tissu conjonctif est très lâche, sous l'influence des congestions, ou simplement de la grossesse, ses lymphatiques se dilatent, ses fibres sont écartées par un œdème physiologique qui permet la distension et l'effacement du col; enfin les caractères généraux de la trame conjonctive se rapprochent beaucoup de ceux du tissu muqueux.

L'infection qui envahit cette portion de l'utérus vient quelquefois à la suite d'une blennorrhagie : le col gros, exubérant, baignant dans le pus, se prend en totalité. Elle venait souvent autrefois à la suite des cautérisations de toute nature pratiquées sur un organe que son peu de sensibilité rend passif. Mais sa cause la plus commune, c'est la déchirure du col, la lacération d'Emmet, suite d'avortement ou d'accouchement. La déchirure simple peut en effet s'infecter directement si la malade est atteinte de fièvre puerpérale; mais souvent son infection n'est que tardive. Les lésions de la muqueuse étudiées sur les copeaux du col utérin enlevés par le procédé d'Emmet ou par celui de Schröder ont été bien étudiées par beaucoup d'auteurs et en particulier par MM. Doléris et Bonnet dans leurs recherches sur la métrite cervicale (1). Ces auteurs ont décrit et figuré l'épidermisation de la surface ulcérée, la compression des orifices glandulaires de la muqueuse énervée, la dilatation de ces glandes et l'inflammation canaliculaire qui atteint leurs parties profondes. Mais les lésions profondes ont aussi leur importance. C'est ainsi qu'on observe dans les formes de début une véritable thrombose des lymphatiques par des abcès embryonnaires (fig. 1); tout autour les fibres musculaires sont diminuées ou disparues et le tissu conjonctif a pris un aspect muqueux, déjà signalé par Slaviansky, Olshausen, Wyder, etc., de 1875 à 1878. Les vaisseaux lymphatiques qui ne contiennent pas de pus sont dilatés; les vaisseaux artériels se sclérosent, d'où l'aspect de ces cols, d'abord mous, saignants, puis fibroïdes et durs. Les désordres anatomiques peuvent être plus intenses encore; le col devenu tout à fait champignonnant amène des déviations utérines qui entretiennent son état de congestion. Enfin, dans un cas d'allongement hypertrophique du col publié par M. Potocki et moi à la Société anatomique en 1896, les commémoratifs de lacération du col, l'inflammation des glandes, la sclérose des vaisseaux déterminant des épaississements énormes des artères transformées en blocs fibreux et une dilatation irrégulière des veines devenues de véritables sinus, la transformation fibro-muqueuse du tissu interstitiel et l'augmentation de volume des fibres musculaires restées dans la trame, nous ont paru tellement semblables à ce que l'on observe dans les cols infectés ordinaires que nous regardons l'allongement hypertrophique comme une complication ou, si l'on préfère, un degré très avancé de la métrite parenchymateuse du col suite d'infection.

1. Doléris et Bonnet, Métrite cervicale (*Annales de gynécologie*, janvier 1891, p. 31, février 1891, p. 90, mars 1891, p. 114).

III

La métrite parenchymateuse du corps utérin débute par un processus aigu. Il nous faut étudier d'abord ce qui se passe à ce moment. Puis à cette forme aiguë peuvent succéder deux autres, l'une curieuse à plus d'un titre, que nous désignerons provisoirement sous le nom de forme aiguë vasculaire, ou angiomateuse; l'autre, plus fréquente, la forme scléreuse chronique.

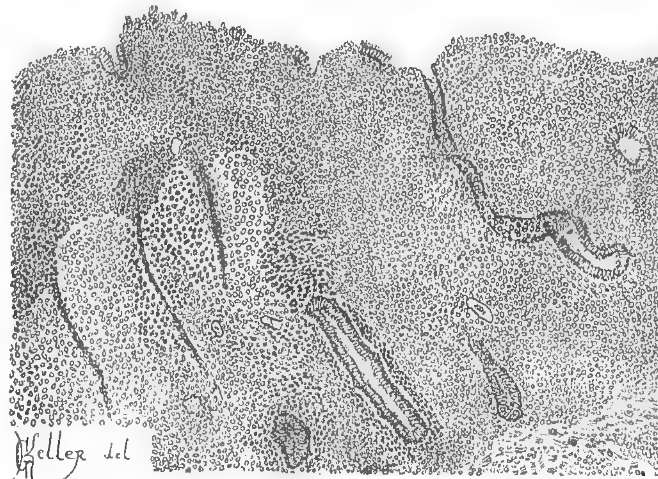


Fig. 2. — Endométrite à forme bourgeonnante. Surface de la muqueuse, glandes rares, tissu embryonnaire abondant. Utérus opéré par M. Delagenière, du Mans. Préparation de M. Pilliet.

Le corps utérin peut être infecté par sa muqueuse ou par la trompe. Il ne faudrait pas croire en effet que l'endométrite est la seule ou même la principale cause de métrite parenchymateuse. Nous avons pu voir cette dernière très développée avec une muqueuse saine au point de vue histologique; et nous avons vu d'autre part des abcès intra-utérins se développer autour de la trompe dans son trajet intra-utérin et infecter tout le muscle à de grandes distances par infiltration.

Quand l'endométrite a précédé, c'est le plus souvent à une forme d'endométrite fongueuse que l'on a affaire; les glandes ont en grande partie disparu, la muqueuse est transformée en bourgeons charnus suppurants (fig. 2), et l'on comprend que l'absence de la barrière réelle, bien que fragile, qu'offre le mucus en général au passage des microbes (Wurtz et Lermoyez) favorise la pénétration du muscle sous-jacent par le parasite. Dans ces cas, c'est immédiatement au-dessous de la couche glandulaire que se trouvent les premières lésions. On constate d'abord que le tissu musculaire est moins serré qu'à l'état normal; ses faisceaux sont feutrés en tout sens, et comme désorientés. Ils circonscrivent des espaces péri-vasculaires élargis, dans lesquels les vaisseaux sont entourés de traînées nombreuses de cellules migratrices. Les traînées anastomosées, se colorant seulement par le réactif, dessinent sur les coupes un réseau très foncé sur le fond de la préparation. Les artères et les veines sont entourées d'anneaux fibreux beaucoup plus épais qu'à l'état normal (fig. 3).

Dans une forme plus aiguë encore les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont englobés de différentes couches de cellule dont l'origine est complexe. Tout d'abord il faut se rappeler que tout capillaire sanguin flotte dans une gaine adventive indépendante de sa paroi pro-

pre; gaine signalée par Robin dans la cristalloïde postérieure des fœtus, par His dans le cerveau, par M. Ranvier dans les nerfs périphériques (fig. 4). Il s'ensuit que, pour les petits vaisseaux, pour les capillaires, l'inflammation des voies du sang ne peut se séparer de celle des

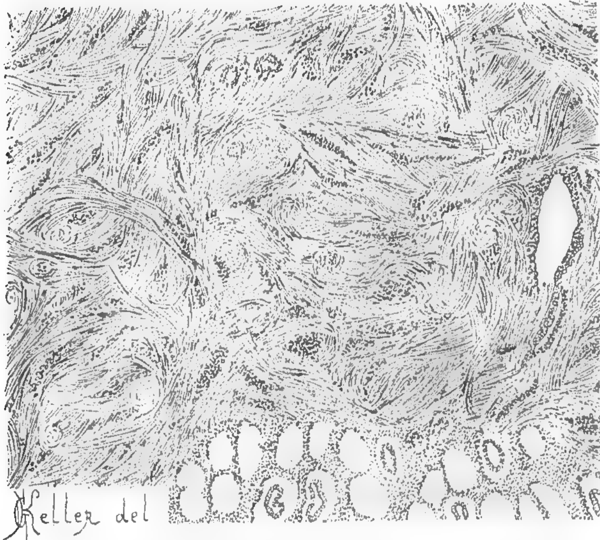


Fig. 3. — Coupe du muscle utérin sous-jacent à la muqueuse dans un cas d'endométrite fongueuse. Opération par M. Delagenière, du Mans. Préparation de M. Pilliet.

voies de la lymphe. Dans le cordon de cellules rondes dont le centre est occupé par un capillaire sanguin, nous aurons donc à reconnaître, du centre à la périphérie, d'abord la lumière du vaisseau, étroite, souvent vide de globules rouges, ou contenant quelques globules blancs, puis l'endothélium vasculaire, tuméfié, ce qui explique l'étroitesse de la lumière. Les cellules de cet endothélium ont revêtu le type cubique que l'on retrouve chez les jeunes animaux et dans beaucoup d'états inflammatoires, d'après les belles recherches de M. Renault (de Lyon). Elles peuvent même être très allongées; et se disposer sur un ou deux rangs. Autour de cet endothélium, les leucocytes accumulés dans la gaine adventive, les éléments proliférés de cette gaine elle-même et enfin les cellules migratrices, ou les éléments fixes du tissu qui viennent s'ajouter à tout cela et former un dernier manchon plus épais naturellement au point de bifurcation des vaisseaux. C'est de cette couche externe que partent les traînées qui dissocient le tissu dans les vaisseaux plus volumineux que les capillaires, l'état des tuniques en général est toujours le même et n'offre que des différences de degré : artérioles épaissies, entourées d'anneaux fibreux, veines épaisses et dilatés, lymphatiques très dilatés, et parois souvent bourgeonnantes. Le tissu conjonctif, fibreux autour des artères, devient plutôt muqueux autour des lymphatiques, les faisceaux musculaires se raréfient quoique l'on puisse constater l'hypertrophie de quelques fibres musculaires lisses en particulier (fig. 4).

IV

Ainsi que nous venons de le voir ce sont les lésions vasculaires qui prédominent dans les affections à marche rapide. Elles peuvent s'aggraver au point de constituer cette forme spéciale que nous avons indiquée sous le nom de métrite vasculaire, ou angiomateuse, et que M. Quénu a récemment bien étudiée dans un mémoire de la Société de chirurgie. Dans son cas, sans prolifération de la muqueuse on trouvait le chorion glandulaire transformé en un tissu caverneux rappelant les angiomes de l'urèthre chez la femme. La malade, âgée de 31 ans, présentait des métrorrhagies abondantes qui avaient résisté aux curettages et aux cautérisations. Nous avons eu l'occasion d'observer un fait semblable dans lequel les dilatations vasculaires, au lieu d'être sous-muqueuses, s'étendaient à tout le corps utérin et sur lequel nous donnerons quelques détails, cette forme le métrite étant relativement plus rare que les autres.

Il s'agissait d'une femme de 29 ans ayant subi plusieurs curettages et l'ablation des annexes sans que les métrorrhagies et les douleurs aient disparu. Elle fut hystérectomisée par M. le professeur Tillaux et sortit complètement guérie de l'hôpital. L'utérus, volumineux, mou, très friable présentait sur les coupes des lésions considérables, plus marquées à la partie supérieure de l'utérus au voisinage des trompes, car c'est par elles que s'était faite l'infection, la muqueuse utérine n'étant que très peu lésée. Les faisceaux musculaires étaient atrophiés, dispersés, séparés par de larges traînées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemé d'hémorrhagies interstitielles. Ce qui frappait le plus dans ces traînées, c'était la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothélium qu'ils paraissaient presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Ces dilatations vasculaires ne sont pas également répandues dans toute la masse, mais groupées en îlots à contours irréguliers. Par places les capillaires sont énormes, irrégulièrement dilatés, présentent des bourgeons saillants dans l'intérieur de leurs cavités, offrent enfin tous les caractères de l'angiome caverneux. Ils contiennent du sang rouge, et autour



Fig. 4. — Métrite parenchymateuse. Traînées de cellules embryonnaires assez peu abondantes, formant surtout des anneaux autour des vaisseaux. Préparation de M. Pilliet.

de ces points ectasiés existent des hémorrhagies diffuses dans le tissu conjonctif. Les lésions des gros vaisseaux, artères et veines, sont les mêmes que dans les cas précédents (fig. 5).

Cette dilatation des vaisseaux avec prolifération de leur

endothélium est due sans doute à la destruction de leur paroi fibreuse par les éléments inflammatoires. Elle doit être aidée par la plasticité naturelle aux capillaires utérins, qui sont sujets pendant les règles et les grossesses à des dilatations et à des rétractions constantes et souvent considérables. On peut même dire que ces capillaires gardent jusqu'à la ménopause un type plutôt fœtal et réagissent plus que ceux de tout autre organe aux excitations, qu'elles soient physiologiques ou inflammatoires.

Quoi qu'il en soit ce type de lésions du tissu utérin n'est pas discutable, et son importance pathologique ne peut que s'accroître. Il explique en effet les douleurs qui persistent après certaines ablations d'annexes suppurées; et les métrorrhagies dont il est la source font concevoir qu'on ait pu le confondre avec un utérus fibromateux, ou même avec un avortement.

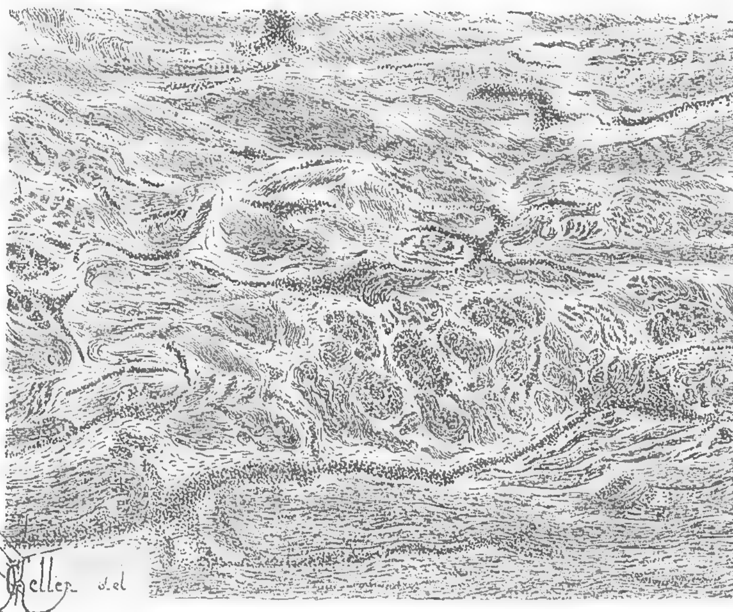


Fig. 5. — Métrite parenchymateuse avec réseau complet de cellules embryonnaires entourant les vaisseaux. Opération de M. Delagenière (prolapsus utérin). Préparation de M. Pilliet.

V

La dilatation vasculaire ne suit pas toujours l'inflammation interstitielle aiguë. On observe alors sous l'action du temps une sclérose plus ou moins avancée, au milieu de laquelle peuvent persister des amas de cellules inflammatoires. Comme il était facile de le prévoir, cette sclérose se cantonne surtout autour des artères, principalement celles du plan moyen de l'utérus. L'organe est volumineux, ferme, dur à couper; sur une section longitudinale, sa couleur est blanchâtre au lieu d'être d'un gris rosé comme sur le muscle utérin sain. On voit au milieu de la surface de section, à égale distance de la muqueuse et du péritoine, de petits pelotons de tissu d'un blanc nacré qui sont souvent fort apparents à l'œil nu et représentent les artères sclérosées, en grande partie oblitérées, entourées de leur coque fibreuse. Ces foyers étendus de sclérose insulaire, péri-artériels sont la caractéristique de cette forme de métrite sur les coupes larges. Nous n'en donnons pas de dessin, car on en trouvera un bel exemple d'après une préparation de M. Fabre-Domergue dans un travail récent (1).

Ces pelotons de vaisseaux sclérosés offrent une grande ressemblance avec ceux que l'on trouve constitués par les artères altérées au centre des ovaires scléro-kystiques.

Tout autour des foyers scléreux on trouve de l'atrophie du muscle et la transformation fibreuse du tissu conjonctif proliféré, dans lequel les lymphatiques sont très élargis. L'augmentation de volume du corps utérin n'est donc causé que par la prolifération conjonctive; car le muscle est en général atrophié.

Il existe naturellement une période où l'on retrouve encore dans ces utérus scléreux des traînées inflammatoires récentes et des dilatations vasculaires sous-muqueuses qui peuvent produire des métrorrhagies répétées. C'était le cas pour la malade dont MM. Pichevin et Petit ont publié l'observation. C'était aussi le cas dans un fait signalé par Delbet et dans un autre opéré avec succès par M. le professeur Tillaux. L'utérus était arrivé au stade de sclérose à la suite d'infection par une trompe suppurée, et les hémorrhagies avaient été assez abondantes pour décider le professeur à l'hystérectomie.

Conclusions. — La conclusion de ces notes sera courte. Il existe une métrite parenchymateuse indiscutable, d'origine inflammatoire, consécutive à une infection qui peut venir du col utérin, de la muqueuse du corps utérin ou de la trompe à son passage dans l'utérus. On peut la diviser pour la commodité de l'étude en plusieurs formes:

A. Métrite parenchymateuse du col.



Fig. 6. — Coupes d'un utérus atteint de transformation angiomateuse des capillaires sanguins à la suite d'une double salpingite. Opération de M. le prof. Tillaux. Préparation de M. Pilliet.

1. Pichevin et Petit, Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus (*Gazette médicale de Paris*, 1895, n° 47, p. 553).

B. Métrite parenchymateuse du corps { aiguë ou subaiguë, angiomateuse, scléreuse.

Les types ainsi constitués se rattachent l'un à l'autre par des liens assez étroits, le processus général de l'inflammation par diffusion le long des vaisseaux étant partout le même. Les progrès de l'hystérectomie, en fournissant aux laboratoires de nouvelles pièces, permettront de compléter ou de reviser ces premières classifications et de débarrasser la science d'une série d'expressions vagues, correspondant à des états morbides mal définis, sans anatomie pathologique précise, tels que les hypertrophies partielles de l'utérus, le gigantisme utérin, la subinvolution, etc., en montrant que la raison d'être de tous ces utérus volumineux, douloureux et saignants, c'est l'infection. Les progrès de l'anatomie pathologique aideront de plus à préciser le diagnostic des lésions, de leur degré de curabilité, et, par conséquent, les indications de l'intervention.

C'est ainsi que dans quelque temps, nous l'espérons, on ne sera pas exposé à enlever des utérus peu atteints, ni à laisser après une ablation d'annexes un utérus bien malade qu'il est nécessaire d'enlever plus tard par une seconde opération.

De même, on ne fera plus de curettages radicalement inutiles quand on saura diagnostiquer les lésions sous-muqueuses, et l'on réservera cette opération pour les cas d'endométrite simple.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme,

Par le Dr Marfan,

Agrégé, médecin des hôpitaux (1).

I

Peu de maladies ont donné naissance à un aussi grand nombre de médications que la coqueluche. Cette multiplicité des remèdes proposés prouve que les résultats obtenus ne sont pas encore très satisfaisants, et elle doit rendre très circonspect lorsqu'on se permet de recommander un nouveau médicament. Je voudrais montrer que le bromoforme est appelé à rendre des services dans le traitement de la coqueluche. Mais je fournirai, au préalable, quelques explications qui me permettront de bien préciser ce que l'on doit attendre de cette substance.

Tout nous porte à croire que la coqueluche, maladie contagieuse, est un catarrhe particulier des premières voies respiratoires, engendré par un parasite spécifique, encore inconnu, qui irrite violemment les principales régions tussipares et provoque ainsi la quinte de toux caractéristique. Cette conception autorise à chercher un traitement spécifique de la coqueluche. Celui-ci devra faire avorter la maladie ou tout au moins abréger notablement sa durée; il faudra donc, pour la coqueluche, que la période spasmodique, qui dure au moins un mois, soit de beaucoup raccourcie par le traitement prétendu spécifique. Or, aucune des médications proposées jusqu'ici ne remplit cette condition, et nous pouvons dire que le traitement spécifique de la coqueluche est encore inconnu.

1. *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1896.

Est-ce à dire que nous soyons désarmés? Non, car nous pouvons recourir à la médication symptomatique. Celle-ci est plus complexe et moins brillante à coup sûr que ne serait une médication spécifique; mais elle est d'une réelle efficacité lorsqu'elle est bien dirigée. La clinique nous apprend que les principaux dangers de la coqueluche tiennent d'une part à l'infection secondaire des bronches; d'autre part au nombre et à l'intensité des quintes de toux. Il en résulte donc deux indications prédominantes : 1° prévenir l'infection secondaire des bronches; 2° diminuer l'intensité et le nombre des quintes de toux.

L'infection secondaire des bronches, autrement dit la bronchite et la broncho-pneumonie, est le principal facteur de la gravité de la coqueluche dans les hôpitaux; elle peut avoir deux origines : la contagion ou l'auto-infection. L'isolement individuel et les précautions prises par les personnes qui approchent du petit malade préviendront l'infection ectogène. L'auto-infection a d'ordinaire son foyer initial dans les premières voies respiratoires; l'antisepsie de ces régions mettra obstacle à l'infection autogène. Voici la preuve que, grâce à ces moyens, on peut prévenir la broncho-pneumonie. A l'hôpital des Enfants-Malades, les sujets atteints de coqueluche sont soignés dans les salles communes. Dans le service de la clinique, ils sont soumis au système d'isolement et aux mesures connexes imaginés par le professeur Grancher; de plus on prend des soins particuliers d'antisepsie du nez et de la bouche. Or, dans l'espace de quatre semestres, nous n'avons pas vu un coquelucheux contracter une broncho-pneumonie après son admission. Dans les cas de broncho-pneumonie coquelucheuse que nous avons observés, l'infection secondaire existait déjà au moment de l'entrée à l'hôpital.

Pour remplir la seconde indication, c'est-à-dire pour diminuer le nombre et l'intensité des quintes de toux, on a vanté successivement tous les nervins. Je disais il y a 3 ans (1) que de cette nombreuse série, il n'y avait guère que deux médicaments à retenir : la belladone et l'antipyrine; que, l'antipyrine me paraissait plus facile à manier, plus sûre, plus efficace; et que je ne m'adressais à la belladone que lorsqu'elle avait échoué.

Depuis cette époque, on a encore préconisé de nouveaux médicaments pour remplir cette seconde indication : le tussol (amygdalate d'antipyrine); l'antispasmine (combinaison d'une molécule de narcéine sodique et de trois molécules de salicylate de soude); enfin le bromoforme.

Je viens d'employer le bromoforme pendant deux années. Je me propose de faire connaître les bons résultats que j'en ai retirés et d'indiquer les règles de son administration.

II

Le bromoforme est obtenu par l'action du brome sur l'alcool en présence d'une base. Sa formule est $CHBr^3$. C'est un liquide limpide, d'une odeur agréable, rappelant celle du chloroforme. Son poids spécifique est 2,9; il est donc deux fois plus lourd que le chloroforme. Il est très peu soluble dans l'eau, beaucoup plus dans l'alcool

1. Leçon sur le traitement de la coqueluche (*Médecine moderne*, 11 mars 1893, n° 20, p. 230).

et la glycérine. Il est plus volatil que le chloroforme. Il s'altère facilement à la lumière, aussi doit-on le garder dans des flacons de verre bleu et à l'abri du jour. Appliqué à la surface des muqueuses, il est un peu irritant; il n'est pas caustique. Administré aux animaux en inhalations ou en injections hypodermiques, il produit la narcose sans troubler la circulation et la respiration. A doses faibles, il est plus excitant que calmant; son action est donc différente de celle des bromures alcalins.

Le bromoforme du commerce est souvent impur. Les impuretés le rendent plus irritant et plus toxique. Il faut donc se procurer le médicament chez un pharmacien qui veuille prendre la peine de le rectifier.

C'est Stepp (de Nuremberg) qui le premier a employé le bromoforme dans le traitement de la coqueluche (1). Dans 70 cas traités par lui, les résultats furent excellents; le bromoforme diminua le nombre et l'intensité des quintes et rendit moins fréquentes les complications broncho-pulmonaires. Stepp cite, en particulier, le cas d'un enfant de 4 mois 1/2, ayant 30 à 35 accès de toux par jour avec phénomènes asphyxiques graves, auquel il prescrivit d'abord 8 gouttes, puis 15 gouttes de bromoforme par jour : l'amélioration se manifesta en 8 jours.

J'ai employé le bromoforme dans une quarantaine de cas ; et je crois pouvoir conclure que, pour diminuer le nombre et l'intensité des quintes de coqueluche, le bromoforme est supérieur à l'antipyrine et à la belladone.

La solution alcoolique de Stepp ne m'ayant pas satisfait, j'ai cherché assez longtemps une bonne formule pour administrer le bromoforme aux enfants. Celle que j'ai trouvée la meilleure est la suivante, due à M. Radais, mon interne en pharmacie :

Bromoforme	48 gouttes.
Huile d'amandes douces . . .	20 grammes.
Gomme adragante	2 —
Gomme arabique	4 —
Eau de laurier-cerise	4 —
Eau Q. s. pour faire.	120 c. c.

Mélangez d'abord le bromoforme et l'huile et agitez fortement; puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme 2 gouttes de bromoforme.

Quant aux doses quotidiennes, voici les règles que j'ai adoptées. Au-dessous de 5 ans, je prescris au début autant de fois IV gouttes par jour que l'enfant a d'années. De 5 à 10 ans, la dose quotidienne de début est de XX gouttes. Mais ce sont là des doses initiales; on doit les augmenter progressivement de II à IV gouttes par jour jusqu'à les doubler; on peut même aller plus loin en surveillant le malade.

Théodor a conseillé de ne pas donner ce remède aux enfants âgés de moins de 1 an, pour lesquels il préfère l'antipyrine. Cependant Stepp administre le bromoforme à tout âge, et tout récemment j'ai prescrit ce médicament à un nourrisson de 7 mois qui l'a très bien supporté. Au-dessous de 6 mois, la dose initiale quotidienne pourra être de 2 à 3 gouttes; de 6 mois à 1 an de 3 à 4 gouttes.

Dans tous les cas, la dose quotidienne doit être fractionnée en trois prises.

Sous l'influence de cette médication, on observe en général les modifications suivantes. Les deux ou trois premiers jours, il arrive fréquemment qu'il semble se produire une aggravation; les quintes paraissent plus violentes et sont plus nombreuses. Mais à partir du troisième ou du quatrième jour, une détente manifeste survient; le nombre des quintes diminue et leur violence s'atténue beaucoup. Les vomissements disparaissent; l'appétit revient; l'enfant atteint la fin de la période spasmodique sans aucun incident. Stepp a avancé que la durée de cette période était raccourcie par la médication au bromoforme; je ne puis, d'après les faits que j'ai observés, confirmer cette assertion.

Pour réussir, il ne faut pas craindre d'augmenter les doses jusqu'à ce que les quintes diminuent de nombre et d'intensité.

La médication par le bromoforme a d'autant plus de succès qu'elle est appliquée plus près du début; c'est ce que montre surtout la pratique de la ville où on est appelé à diagnostiquer et à traiter la coqueluche beaucoup plus tôt qu'à l'hôpital.

Le bromoforme ne réussit pas toujours. Dans 3 cas, l'effet obtenu ayant été nul, j'ai cessé son emploi et j'ai prescrit l'antipyrine qui a produit la sédation des quintes. Mais, d'une manière générale, j'emploie maintenant le bromoforme dès le début de la coqueluche de préférence à tout autre antispasmodique.

D'après Stepp, les cas de coqueluche traités par le bromoforme se compliqueraient rarement de broncho-pneumonie; je ne puis ni confirmer ni infirmer cette assertion en raison même des mesures que nous prenons pour défendre les coquelucheux contre l'infection secondaire des bronches.

Stepp avance aussi que la médication par le bromoforme constitue un traitement efficace de la broncho-pneumonie; la vérité est qu'il n'y a aucun inconvénient à administrer le bromoforme aux sujets atteints de broncho-pneumonie; mais cette substance ne paraît pas avoir une action favorable sur l'infection bronchique; à ce point de vue, elle est seulement indifférente.

En surveillant la médication, ce qui est facile avec les doses progressives, aucun accident n'est à redouter. Pour ma part, je n'en ai pas observé. Une seule fois, chez une fillette atteinte de coqueluche et traitée par le bromoforme, j'ai constaté un certain degré de somnolence et ce symptôme n'a pas été assez prononcé pour faire cesser l'usage du bromoforme pendant plus d'un mois sans inconvénients.

Toutefois, on a rapporté des faits d'intoxication; il est bon de les connaître pour pouvoir en éviter de semblables.

Schlieper, ayant débuté par des doses trop élevées, a vu un enfant tomber dans un sommeil profond, entrecoupé de vomissements, et présenter une respiration extrêmement fréquente; puis le petit malade revint à lui (1).

Nolden a rapporté des cas d'intoxication accidentelle. Il cite d'abord le fait d'un enfant coquelucheux qui s'empara d'une fiole de bromoforme pur et qui en absorba 4 grammes; il perdit connaissance et fut apporté à l'hôpital; on l'enveloppa de linges chauds; on fit une injection d'éther et une autre d'huile camphrée; le lavage de l'estomac fut pratiqué; la guérison fut rapide; la coqueluche suivit son cours. Le second cas est celui d'une petite fille qui, dans les mêmes conditions, absorba 6 grammes de bromoforme; les effets furent les mêmes et on dut pratiquer la respiration artificielle pendant 2 heures; les accidents toxiques guéris, la coqueluche avait disparu. Nolden a relevé 4 autres cas analogues à la suite de l'ingestion de 1 à 2 grammes de bromoforme; dans l'un d'eux, où l'enfant avala une cuillerée à dessert d'un mélange à parties égales d'alcool et de bromoforme,

1. Stepp, Das Bromoform gegen Keuchusten (*Allgem. mediz. Central-zeitung*, 1889, n° 62).

1 *Therap. Monatsch.*, p. 642, déc. 1894.

les accidents furent suivis de mort. C'est le seul cas mortel qu'il ait rencontré.

Muller a vu une éruption grave chez une fillette de 8 mois à qui un médecin avait prescrit du bromoforme pour une légère bronchite; cette éruption polymorphe, à tendance ulcéreuse, rappelait les manifestations cutanées du bromisme (1). Je n'ai rien vu de pareil chez aucun des enfants à qui j'ai prescrit le bromoforme.

Somme toute, en procédant avec prudence à l'administration du bromoforme, les accidents toxiques ne sont pas plus à craindre qu'avec la belladone. On aura soin, ainsi que nous l'avons indiqué, de fractionner la dose quotidienne en trois prises. Lorsque l'enfant présentera une somnolence un peu trop accentuée, on suspendra l'usage du remède. Ainsi, on sera certain d'éviter tout phénomène d'intoxication et on pourra employer en toute sécurité un remède qui paraît destiné à rendre de réels services.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en février et mars 1896.

M. A. Poggi. *Des brûlures.* N° 144.

M. Fournier (Eugène). *Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.* N° 161.

M. Grèzes (Charles). *L'antisepsie médicale dans les pavillons de rougeole de l'hospice des Enfants-Assistés en 1895.* N° 182.

M. Manceau (Henri). *Du salol en chirurgie et en particulier du salol liquide comme véhicule des substances antiseptiques.* N° 189.

M. Minelle (Louis-Joseph-Pierre). *Contribution à l'étude des myxomes de la parotide.* N° 194.

M. André (Léopold). *Quelques considérations sur la prophylaxie de la syphilis extra-génitale.* N° 196.

M. G. Papazoglou. *Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique.*

M. Boignard (Georges). *Du traitement des plaies pénétrantes de poitrine.* N° 212.

Dans les brûlures comme dans toutes les affections, il faut affirme M. Poggi, tenir compte de l'état général du malade et faire marcher de front le traitement local et le traitement général.

En même temps qu'on s'appliquera à calmer la douleur, par les réfrigérants, il faudra, par un traitement hygiénique approprié, entretenir l'état général, dont dépend toujours la marche de la lésion et souvent le sort du malade.

Le nitrate de potasse en solution saturée, comme réfrigérant, dans le traitement local, est si simple, si commode, d'une innocuité telle, il a rendu à M. Poggi des services tels qu'il ne saurait assez en conseiller l'usage dans n'importe quel degré de brûlure.

M. Fournier rapporte 2 observations de rétrécissement du canalicule, produits par l'emploi de la sonde ordinaire; M. le Dr Lagrange en a rapporté 5 ou 6 au Congrès de Rome. D'ailleurs tous ceux qui se sont occupés d'électrolyse, Gorecki, Rohmer et Jessop, ont mentionné la tendance au rétrécissement du canalicule.

Il rapporte aussi 3 observations de rétrécissements cicatriciels, 2 survenus à la suite d'un phlegmon du sac, et le 3e à la suite d'une fausse route.

Il serait aisé de citer les observations de beaucoup d'autres malades, mais ces 3 observations sont suffisantes pour montrer que dans cette variété de rétrécissement, l'électrolyse n'a pas de valeur curative.

Enfin l'auteur publie 15 observations de rétrécissements inflammatoires absolument guéris par l'électrolyse.

On pourrait peut-être objecter que quelques guérisons sont de date récente, et que rien ne prouve qu'elles se maintiendront. Il aurait mieux valu, en effet, choisir parmi les électrolyses pratiquées en 1894, des observations de malades absolument guéris, et dont la guérison persiste déjà depuis plus d'un an, mais l'auteur a préféré recueillir lui-même toutes ses observations; d'ailleurs presque toutes les guérisons se maintiennent depuis 2 ou 3 mois, et, en se rapportant aux observations de la clinique et à celles déjà publiées par Lagrange, il est permis de conclure :

1° L'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des rétrécissements inflammatoires;

2° Elle amène la guérison de ces rétrécissements en une, deux ou plusieurs séances, et en n'employant qu'un faible courant de 3 à 5 milliampères pendant une durée de 3 à 5 minutes.

3° En employant une sonde recouverte d'un caoutchouc isolant à sa partie supérieure, l'électrolyse est absolument sans danger, tandis qu'on produit presque sûrement un rétrécissement du canalicule en employant une sonde ordinaire.

4° Dans le traitement des rétrécissements cicatriciels, l'électrolyse ne peut être considérée que comme un très faible palliatif, bien inférieur au cathétérisme et à la stricturotomie.

M. Grèzes, élève de M. Hutinel, pense que les accidents qui compliquent la rougeole sont dûs à des infections secondaires, et ces infections sont très contagieuses. Les voies de propagation des germes sont assez mal connues, mais pratiquement, il faut tenir compte, en plus de la contagion directe par contact, de la contagion par la voie atmosphérique. Le rôle de l'infection autochtone dans les complications de la rougeole semble réduit à fort peu de chose : l'antisepsie de la bouche et du nez n'a donc pas l'importance qu'on lui a attribuée, d'autant plus qu'elle est d'une réalisation malaisée; les grands lavages du nez sont plus nuisibles qu'utiles; les grands lavages de la bouche, sans avoir le caractère de nécessité qu'on leur a attribué, rendent des services et doivent être employés chez tous les malades. L'antisepsie de la peau, du cuir chevelu, des oreilles, a une importance de premier ordre. Le rôle du médecin dans la protection des rougeoleux contre les infections est considérable; il faut préserver les malades de toute contagion; tout individu infecté d'une manière quelconque est pour le rougeoleux un danger menaçant. L'isolement individuel cellulaire est impraticable et inutile. L'isolement dans la salle commune, au moyen des boxes de M. Grancher est insuffisant. La véritable formule de l'isolement dans la rougeole, c'est l'emploi de petites salles indépendantes les unes des autres, en nombre suffisant pour être fréquemment désinfectées et pour recevoir des catégories distinctes de malades.

Le salol est un agent microbicide actif qui, d'après M. Manceau, en thérapeutique chirurgicale mérite d'être conservé. Son action est due à son dédoublement en un milieu alcalin quelconque en acide salicylique et en acide sulfophénique. Il n'est pas, ainsi que l'on croyait autrefois, dépourvu complètement de toxicité et son emploi devra être attentivement surveillé chez les fébricitants, les individus atteints de néphropathies aiguës ou chroniques, les arthritiques à poussées congestives du côté de la peau.

Utilisant les propriétés particulières de liquéfaction du salol et sa faculté de se combiner à une température de 42° à une autre substance microbicide, MM. Reynier et Isch-Wall ont introduit dans la science toute une série de composés antiseptiques nouveaux, dont le type est le salol iodoformé liquide. Ce salol liquide antiseptique se prend en masse en refroidissant, et peut servir à combler toutes les cavités anfractueuses (osseuses ou cutanées), les trajets fistuleux, etc. Injecté dans les adénites suppurées, il en évite l'ouverture, à condition toutefois d'aspirer le pus de l'abcès avec une seringue de Pravaz, dans l'intervalle de deux injections de salol liquéfié. Ne paraissant pas avoir d'action énergique sur les tuberculoses chirurgicales, ayant de

1. Muller, *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1895, n° 8.

la tendance à la généralisation, il constitue, au contraire, un puissant agent thérapeutique des tuberculoses locales.

Le salol liquide peut former sur les plaies un véritable vernis antiseptique, jouant à leur égard un rôle analogue à celui de la traumaticine.

M. Minelle admet que la parotide peut être le siège de myxome pur; néanmoins ce néoplasme ne se présente dans cette glande que très rarement dans toute sa pureté. En général, le tissu muqueux qui constitue le néoplasme, subit des modifications histologiques importantes. C'est ainsi qu'on peut observer des myxo-fibromes : des myxo-sarcomes, des myxo-épithéliomes, etc. Comme toutes les tumeurs, les myxomes sont fréquemment infiltrés par des cellules embryonnaires en nombre assez considérable pour que les modifications qu'elles présentent dans leur répartition et dans leur quantité se traduisent par des changements dans la forme de la tumeur appréciables par le clinicien. Ce sont là des phénomènes qui pourraient égarer le diagnostic pour un observateur non prévenu. La difficulté du diagnostic rendra toujours nécessaire la confirmation de celui-ci au moyen des méthodes histologiques. Le pronostic, en effet, s'éclairera vivement grâce à l'anatomopathologie. En thèse générale, la même loi histogénétique s'applique à la fois au sarcome et au myxome; ces néoplasmes sont d'autant moins graves que leur structure s'éloigne davantage de celle du tissu embryonnaire. En somme, les myxomes sont des tumeurs relativement bénignes. Néanmoins, dès que le diagnostic est établi d'une façon sûre, on doit sans hésitation recourir à une intervention chirurgicale. Une ablation totale du néoplasme est indispensable pour se mettre à l'abri des récidives locales.

Avec son maître M. A. Fournier, M. André affirme que la syphilis extra-génitale est plus commune qu'on ne le suppose généralement. Elle n'est qu'exceptionnellement occasionnée par le libertinage et revêt assez souvent la forme épidémique. La prophylaxie est possible dans un grand nombre de cas.

Dans la forme « accidentelle », la propreté bien comprise, poussée parfois à ses dernières limites et la vulgarisation des divers modes de contagion possibles semblent être les meilleurs moyens prophylactiques. Le bain du rasoir dans l'eau bouillante devra faire diminuer le nombre des chancres du menton produits dans l'office des barbiers. Les visites périodiques régulières des ouvriers verriers, qui ont déjà donné de bons résultats, doivent être continuées; n'admettre aucun nouvel ouvrier sans qu'il ne soit porteur d'un certificat de santé.

En ce qui concerne les nouveau-nés et les nourrices, les mesures réclamées par le professeur Fournier dans son rapport à l'Académie de médecine le 16 juin 1891 donneraient sans doute les meilleurs résultats. Les dentistes, sages-femmes, médecins doivent prendre les plus grandes précautions de propreté par rapport à leurs clients; l'antisepsie des instruments est nécessaire. La vaccine animale et l'antisepsie parfaite de l'instrument qui sert à inoculer mettront à l'abri de toute infection syphilitique. Le tatouage est une coutume qu'il y a tout intérêt à abandonner; de même la pratique de façonner les seins, celle du léchage, et l'usage de la circoncision d'après le rite hébraïque.

D'après M. Papazoglou, l'acide picrique en solution agit sur les brûlures comme un corps analgésiant. Il agit par ses propriétés antiseptiques en empêchant la suppuration de se manifester, si elle n'a pas encore eu le temps de s'y localiser, et en la diminuant considérablement ou la faisant disparaître, si elle existe déjà. Par ses propriétés kératoplastiques, il facilite la production du tissu épidermique en favorisant ainsi la cicatrisation des larges plaies.

Appliqué immédiatement après l'accident, il empêche la formation des phlyctènes et la congestion cutanée. La cicatrisation des plaies avec le pansement picriqué se fait sous le mode sous-crustacé. L'acide picrique fixe les éléments cellulaires; une couche plus ou moins épaisse se forme à l'aide de l'acide picrique qui se dépose sur les tissus, et cette croûte protège les parties profondes qui entrent ainsi dans la bonne voie de cicatrisation.

L'acide picrique en solution aqueuse saturée étant incapable de provoquer le moindre accident du côté de la peau saine ou du côté de l'organisme entier (causticité, irritation cutanée, empoisonnement général) peut être employé d'une façon systématique pour tous les cas de brûlures, superficielles ou profondes, circonscrites ou étendues avec la même efficacité chez les enfants et les femmes que chez des personnes à peau moins irritable.

Le seul inconvénient observé dans l'emploi de l'acide picrique, consistant dans la coloration des mains du praticien, disparaît grâce à la formule suivante :

Alcool	50 gr.
Acide picrique pulvérisé.	5 gr.

faire dissoudre, puis ajouter :

Eau distillée et bouillie.	1 000 gr.

Le lavage de l'épiderme est alors efficace, mais la coloration des ongles persiste.

M. Boignard conclut qu'il n'y a pas de traitement spécial des plaies de poitrine, et chaque cas comporte une indication particulière. Toute plaie pénétrante ou non devra d'abord être aseptisée et recouverte d'un pansement antiseptique occlusif. La tolérance du poumon pour les traumatismes est très grande. Les corps étrangers peu volumineux sont également en général bien supportés. On ne devra presque jamais, pour ne pas dire jamais, les rechercher immédiatement. Ils ne justifient l'intervention que dans les cas où ils causent des désordres inflammatoires, ou des douleurs tellement insupportables que le malade lui-même demande l'opération. L'emphysème sous-cutané, le pneumothorax et les épanchements légers, cèdent la plupart du temps aux moyens médicaux. On devra toutefois surveiller l'apparition de l'infection.

Dans les cas où il y a un hémothorax de moyenne abondance, il faut ponctionner, et faire l'examen bactériologique du liquide. Si le liquide est trouvé aseptique et qu'il ne se reproduise que lentement, sans tendance à l'augmentation, on pourra le laisser se résorber, ou pratiquer une simple ponction. Si le liquide est septique, quand même il n'y aurait pas de pus, on devra intervenir en pratiquant la pleurotomie avec résection costale et nettoyer la cavité pleurale par des lavages antiseptiques faibles et bien faits. Le traitement des infections secondaires : abcès pleural, abcès pulmonaire, comportent le traitement général de ces affections. S'il y a hernie du poumon, on traversera le pédicule avec un fil double pour faire une ligature en chaîne, on réséquera ensuite la portion herniée. S'il y a, dès le début, hémothorax abondant, hémoptysies abondantes, état général grave, que l'hémorrhagie ne semble pas devoir s'arrêter seule, il faudra attendre peu, faire quelques injections de sérum artificiel, rechercher la source de l'hémorrhagie et la tarir quel que soit son point de départ (cœur, poumon, vaisseaux).

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Louart (Edmond). *De l'influence du courant continu dans les métrorrhagies.*

De ses observations et de l'examen des diverses théories qui ont été faites sur l'action hémostatique du courant continu, M. Louart tire les conclusions suivantes :

Le courant continu a une action indéniable dans le traitement symptomatique des affections utérines, et en particulier sur les hémorrhagies. Le pôle qui paraît avoir l'influence la plus sûre sur ce symptôme est le pôle positif. L'application de l'électrode jusqu'au fond de la cavité utérine ne nous paraît pas nécessaire dans tous les cas. L'action hémostatique ne paraît pas liée à la nature chimique du pôle. Cette action ne peut être attribuée exclusivement ni à la formation d'une eschare, ni à la formation secondaire d'oxychlorure de cuivre, ni à l'action vaso-motrice. Cette action nous paraît très complexe et pourrait aussi être attribuée à l'irritation, d'abord locale, des parois des veines, et, secondairement, à la formation de caillots qui déterminent la cessation de l'hémorrhagie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Les hallucinations unilatérales, par Joffroy (*Archives de neurologie*, 2 février 1896, n° 2). — Il s'agit d'un malade âgé de 65 ans, alcoolique endurci, très athéromateux, ayant eu déjà en 1881 un accès de délire aigu avec hallucinations aiguës et agitation violente. Il présente des phénomènes douloureux prédominant du côté gauche de la face avec paroxysmes rappelant la migraine ophthalmique. Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Du côté gauche : surdité, diminution du goût et de l'odorat. Enfin le malade éprouve habituellement des hallucinations de la vue et de l'ouïe prédominantes à droite. A l'examen de l'oreille M. Lermoyez a trouvé des lésions bilatérales prédominant à gauche intéressant l'oreille moyenne, consistant en un catarrhe chronique avec ramollissement du tympan.

L'auteur, après avoir passé en revue les cas d'hallucination unilatérale connus dans la science, pense que ces hallucinations reconnaissent les unes une origine périphérique, les autres une origine centrale. Dans les 2 cas il y a des troubles sensitifs et des sécrétions subjectives qui sont transformées en hallucinations par le sujet prédisposé. Cette prédisposition est héréditaire ou acquise. L'héréditaire, on la trouve chez des enfants nerveux qui, atteints de chorée, ont des hallucinations, surtout le soir ; on la trouve également chez beaucoup d'hystériques facilement suggestionnables.

Acquise, on la trouve chez les enfants qui ont souffert dans les premiers mois de la vie et dont le système nerveux central a souffert, mais surtout au cours des intoxications chroniques, en particulier l'alcoolisme. A ce point de vue l'étude des observations publiées, donne la conviction qu'elles se rencontrent surtout chez des alcooliques qui ont fait des excès récents. L'alcool joue dans ces circonstances le rôle d'agent provocateur. Si l'on supprime ou diminue la quantité de boissons on obtient une amélioration ou même la guérison de ces troubles. Le malade étant mort, on a examiné histologiquement les circonvolutions cérébrales et on trouva des lésions du lobe frontal des 1re et 2e temporales droites, de la 1re circonvolution temporale gauche. Ces lésions portent sur les cellules, sur les lobes nerveux et les vaisseaux. Partout les cellules nerveuses sont petites, atrophiées, à contours irréguliers. Leur protoplasma est rempli de granulations graisseuses, quelquefois il subit la dégénérescence hyaline, les noyaux sont eux-mêmes atrophiés, à bords irréguliers. En outre, on a trouvé une congestion chronique avec dilatation des vaisseaux, pigmentation des cellules nerveuses et des blocs pigmentaires dans les gaines lymphatiques, lésions qui atteignaient leur maximum dans la 1re circonvolution temporale droite.

Epilepsie sénile (Ueber senile Epilepsie und das Griesinger'sche Symptom der Basilärthrombose), par Naunyn (*Zeitschrift f. klin. Medizin*, Bd. XXVIII, livraisons 3 et 4). — On sait que l'épilepsie sénile a fait dernièrement le sujet de plusieurs travaux. L'auteur produit 3 observations. Il pense qu'il ne s'agit pas de mal comitial classique, vrai, mais que les symptômes observés sont dus à des troubles de la circulation cérébrale par lésion du cœur ou des vaisseaux : le bromure de potassium ne produit aucune amélioration. Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier âgé de 65 ans, sans antécédents héréditaires, mais ayant fait des excès alcooliques. Depuis 1 an 1/2, il présente des accès épileptiques avec perte de connaissance. Sa mémoire est affaiblie, l'acuité visuelle est diminuée, le malade a de temps en temps des vertiges.

Les attaques surviennent 3 ou 4 fois par semaine et durent 2 à 3 minutes. Objectivement, on trouve chez lui de l'artériosclérose généralisée et une légère hypertrophie du ventricule gauche. La compression des carotides pendant une demi-minute à une minute détermine des attaques qui débutent par des secousses des muscles oculaires, des lèvres et des mains, puis le malade présente des conclusions cloniques dans les 4 membres, la dilatation pupillaire et le ralentissement du pouls. L'administration de la digitale a produit une amélioration sensible : les attaques ont cessé et les vertiges ont diminué.

Le 2e malade est âgé de 70 ans, il est atteint depuis 2 ans d'attaques épileptiformes avec perte de connaissance, il est très athéromateux, et, à l'auscultation du cœur, on entend un souffle systolique dans toute la région précordiale. La compression des 2 carotides produit l'accès d'épilepsie. Le traitement bromuré n'a pas eu d'action favorable sur la maladie.

Le 3e malade, âgé de 63 ans, a été amené à l'hôpital avec une hémiplégie gauche après ictus apoplectique. Au cœur, on trouve une double lésion mitrale et de l'insuffisance aortique. L'hémiplégie a disparu plus tard complètement, mais le malade est sujet à des attaques épileptiformes avec perte de connaissance. La compression des carotides provoque le ralentissement du pouls, l'arrêt de la respiration en même temps que la perte de connaissance.

A l'autopsie, on a trouvé des foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit, foyers qui empiétaient sur le pulvinar, le lobule pariétal, les 2e et 3e temporales.

Pour se rendre compte de la valeur pathognomonique du signe de Griesinger, l'auteur a essayé à plusieurs reprises de comprimer les carotides chez différentes personnes.

Chez les individus âgés de moins de 30 ans et qui ne présentaient aucun trouble de l'appareil circulatoire et aucun signe de lésion cérébrale, la compression restait sans effet. Par contre, chez deux hommes âgés de 50 ans, présentant des troubles circulatoires, la compression des carotides a déterminé la perte de connaissance et des convulsions peu accentuées.

Le signe de Griesinger, connu encore sous le nom de signe de la thrombose basilaire, ne peut pas être utilisé pour le diagnostic de cette thrombose, parce que l'apparition des attaques épileptiformes ne dépend pas de cette thrombose, mais des lésions de l'appareil circulatoire.

MÉDECINE

De la destruction des substances albuminoïdes dans le traitement thyroïdien (Zur Frage der Eiweisszerfallen nach Schilddrüsenfutterung), par Richter (*Centralb. f. innere Mediz.*, 1896, n° 3, p. 65). — Pour contrôler les recherches d'après lesquelles l'amaigrissement consécutif au traitement thyroïdien serait dû à la destruction de substances albuminoïdes, l'auteur a procédé de la façon suivante.

Un individu bien portant a été soumis à un régime alimentaire calculé de telle façon que les aliments ingérés présentassent la quantité de calories nécessaires au fonctionnement de son organisme. Après une période préparatoire de 6 jours, il a été soumis pendant 4 jours au traitement thyroïdien (2 grammes pendant le premier jour, 3 grammes pendant les deux jours suivants, 4 grammes pendant le 4e jour) et tenu ensuite en observation pendant 3 jours. Pendant toutes les périodes, on faisait le dosage exact de l'urine et des matières fécales, le dosage des aliments, toujours les mêmes pendant tout le cours de l'expérience, ayant été fait dès le début.

Ces recherches ont montré que bien que le traitement thyroïdien ait amené à la fin de l'expérience un amaigrissement de 2 kilogr., cet amaigrissement ne tenait pas à la destruction des substances albuminoïdes de l'organisme, les chiffres ayant montré qu'il est resté dans l'organisme une réserve de 20,1 grammes de substance albuminoïde à la fin du traitement thyroïdien, et de 75 grammes à la fin de la période d'observation.

Albuminurie physiologique (Beitrag zur Kenntniss der sog. « physiologischen » Albuminurie), par Zeehuisen (*Centralb. f. inn. Med.*, 1896, n° 2, p. 33). — L'auteur a examiné l'urine de 144 conscrits soumis à l'examen ophthalmoscopique au point de vue de l'acuité visuelle. L'examen était fait pour chaque individu pendant 4 jours consécutifs, et les données de l'examen clinique étaient complétées par l'examen du résidu de l'urine soumise à la centrifugation.

Ces recherches ont amené l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° L'albuminurie qu'on observe assez fréquemment (18 fois sur les 144 cas de l'auteur soit une proportion de 15 p. 100) relève d'une néphrite parenchymateuse ;

2° Quand cette albuminurie ne tient pas à une néphrite, elle est d'origine extra-rénale, elle est accidentelle et la réaction d'albumine est due la présence, dans l'urine, des hématies, des leucocytes, des spermatazoïdes.

3° Avec les individus examinés, il n'a pas été possible de constater l'existence d'une albuminurie fonctionnelle.

4° L'albuminurie dite physiologique n'a pu être constatée chez aucun des sujets examinés.

L'épithélium de l'estomac à l'état normal et dans des états pathologiques (Untersuchungen über das menschliche Magenepithel unter normalen und pathologischen Verhältnissen), par Schmidt (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIII, fasc. 3, p. 477). — Les recherches histologiques de l'auteur ont été faites sur les estomacs d'individus ayant succombé à une affection autre que celle du tube digestif, estomacs que l'auteur considère comme normaux; et, d'un autre côté, sur les estomacs des individus ayant succombé à une affection du tube digestif, ou bien qui, pendant la vie, se trouvaient dans des conditions favorables au développement d'une gastropathie aiguë ou chronique.

L'auteur a étudié ainsi 14 estomacs; ses recherches aboutissent aux conclusions suivantes :

1° L'épithélium normal de l'estomac est, aux points de vue morphologique, fonctionnel et embryologique, absolument distinct de l'épithélium intestinal.

2° En dehors des agents nocifs agissant d'une façon aiguë, l'épithélium de la surface de l'estomac se conserve mieux, dans les états inflammatoires de la muqueuse, que l'épithélium glandulaire. Cette différence est particulièrement accusée dans les processus inflammatoires chroniques qui s'accompagnent d'atrophie et que l'on rencontre sous forme de foyers isolés dans les estomacs peu modifiés.

3° Dans ces processus, l'épithélium de revêtement de la muqueuse et l'épithélium des canaux qui traversent les foyers d'atrophie subissent une modification morphologique et se transforment en un épithélium ressemblant à celui de l'intestin.

4° Une transformation analogue s'observe sur l'épithélium, au voisinage des ulcères de l'estomac.

5° La cause de cette transformation et sa valeur physiologique dans ces deux groupes de cas sont encore inconnues.

6° Il est possible que le point de départ du carcinome colloïde de l'estomac soit dans les tubes tapissés d'épithélium intestinal que l'on rencontre dans certains cas pathologiques.

CHIRURGIE

Intoxication par la cocaïne (Ueber Cocainintoxication von den Harnwegen aus), par Schanz (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, nr 12, p. 245). — Dans les 2 cas que publie l'auteur les phénomènes extrêmement graves d'intoxication par la cocaïne sont survenus après l'injection dans la vessie d'une solution contenant 2 grammes de cocaïne pour 30 grammes d'eau. Dans un cas l'anesthésie des voies urinaires a été faite pour faciliter la cautérisation du pédicule d'une tumeur polypeuse de la vessie, enlevée dans une séance précédente par la voie uréthrale. Avant l'accident, le malade avait subi 7 injections analogues soit pour faciliter la cystoscopie, soit pour établir le diagnostic, soit enfin pour subir l'ablation de la tumeur. Dans aucun de ces cas il n'y a eu de phénomènes d'intoxication. Les phénomènes d'intoxication ont été conjurés par la respiration artificielle continuée pendant une heure après l'évacuation de la vessie.

Dans le second cas l'injection de la même solution était faite, pour la seconde fois, pour calmer les douleurs de vessie. Les phénomènes d'intoxication eurent dans ce cas un caractère convulsif et cédèrent aux inhalations de chloroforme. La vessie n'a été évacuée que 2 heures plus tard.

M. Pfister signale aussi (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 14, p. 297) un cas d'intoxication par la cocaïne, celui-ci mortel. Il s'agit d'un malade auquel on injecta dans l'urèthre une seringue (de Pravaz?) d'une solution de cocaïne à 20 p. 100, afin de diminuer la douleur en vue d'un cathétérisme de la vessie. Mais l'injection n'était pas encore terminée que le malade tomba mort, comme foudroyé, et ne put être ramené à la vie.

L'otite dans la rougeole (Ergebnisse der patholog.-anatom. Untersuchung der Ohres bei Masern), par Bezold (*München. med. Wochenschr.*, 1896, nos 10 et 11). — L'auteur a examiné, microscopiquement et bactériologiquement, l'oreille chez 16 enfants ayant succombé à la rougeole et dans tous ces cas il a trouvé la caisse du tympan, l'antre et les cellules mastoïdiennes remplies d'un exsudat purulent. Cet exsudat existait aussi bien chez les enfants qui ont succombé déjà 2 à 3 jours après l'éruption que chez ceux chez lesquels la mort était survenue bien plus tard. L'examen bactériologique de l'exsudat a montré la présence des streptocoques dans la moitié des cas; dans l'autre moitié des cas on trouva des staphylocoques ou des pneumocoques.

L'auteur admet donc avec Tobeitz que l'otite fait partie intégrante du tableau clinique de la rougeole. Il a pu du reste constater sa présence chez tous les rougeoleux sans exception.

Au point de vue anatomique, cette otite est caractérisée par la réaction très faible des tissus envahis par le processus. La muqueuse est tuméfiée et présente par places des fines arborisations vasculaires, un pointillé hémorrhagique, des ecchymoses. Cliniquement, elle provoque des symptômes peu bruyants. La perforation de la membrane du tympan est exceptionnelle et quand elle se produit, elle guérit presque toujours spontanément. La guérison est donc la règle, et les troubles fonctionnels qu'elle laisse sont presque nuls. Du moins ayant examiné l'acuité auditive chez deux groupes d'écoliers les uns ayant eu la rougeole et les autres ne l'ayant pas eue, l'auteur a trouvé les fonctions auditives à peu de chose près égales dans les deux groupes.

Quant à la pathogénie de cette otite, l'auteur rejette l'hypothèse d'une infection secondaire venant du naso-pharynx. Il fait notamment observer que dans les cas qu'il a examinés, la portion cartilagineuse de la trompe était toujours saine; la constance de cette otite est un autre argument contre cette hypothèse. Pour l'auteur cette otite serait produite par une localisation du virus de la rougeole sur la muqueuse de l'oreille et aurait la même signification que la conjonctivite, la bronchite, le coryza, la diarrhée et que l'on observe au début de la rougeole.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Caféine-antipyrine, Caféine-chloral, Caféine et Sérum.

Généralités. — Il est un certain nombre de combinaisons de la caféine, dont les indications méritent d'être connues du praticien. Nous ne les avons pas fait figurer dans notre précédent article pour ne pas jeter de la confusion dans l'esprit du lecteur, ces combinaisons ayant des propriétés assez différentes de celles qu'on est habitué à attribuer à la caféine. Examinons chacune d'elles en particulier.

Caféine-antipyrine. — La caféine formerait avec l'antipyrine un véritable composé chimique : en tous cas l'antipyrine augmente-t-elle, dans une assez large mesure la solubilité de la caféine dans l'eau. 1 cent. cube d'une solution contenant 20 centigrammes d'antipyrine dissout aisément 15 centigrammes de caféine.

Propriétés thérapeutiques. — Cette combinaison agit comme sédatif du système nerveux. C'est un excellent médicament contre l'insomnie des neurasthéniques et des cardiaques, contre les accès d'asthme bronchique.

Dose et effets de l'injection. — 15 à 30 centigrammes de caféine pour 25 à 50 centigrammes d'antipyrine pour une injection. Cette injection est peu douloureuse lorsqu'elle est faite à 38° : son action calmante se manifeste généralement après une demi-heure.

FORMULE

Antipyrine	2 gr. 50
Caféine.	1 gr. 50
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p.	10 cent. cubes.

1 à 2 cent. cubes.

(Maurange.)

Caféine-chloral. — C'est une combinaison chimique contenant parties à peu près égales de caféine et d'hydrate de chloral. La « caféine-chloral » se dissout dans l'eau dans la proportion de 25 à 30 p. 100.

Propriétés thérapeutiques et dose. — A la dose de 20 à 30 centigrammes aurait une action purgative dans 95 cas sur 100. En tout cas ce serait le médicament d'élection de la constipation habituelle.

A la dose plus élevée de 40 à 90 centigrammes et même 1 gramme par jour, calmerait les douleurs vives du rhumatisme articulaire aigu et diminuerait rapidement le gonflement des jointures envahies.

Effets de l'injection. — L'injection est assez douloureuse : elle est suivie d'une sensation locale de brûlure qui peut persister plusieurs heures. Quant à son effet sur l'intestin, il se produit généralement dans les 3 premières heures : l'action sédative sur le système nerveux périphérique est plus rapidement obtenue; elle commence ordinairement vers la fin de la première heure, mais est assez éphémère. L'injection doit donc être répétée toutes les 4 à 5 heures jusqu'à disparition complète des phénomènes douloureux.

FORMULE

Caféine-chloral . . . . 1 gr.
Eau distillée . . . . 4 gr.

1 à 4 cent. cubes.

(Ewald.)

Caféine et Sérum. — L'association de la caféine avec une solution chaude de chlorure de sodium et de phosphate de soude au titre physiologique donne les meilleurs résultats dans le traitement de l'anémie grave et de la chloro-anémie avec phénomènes nerveux.

Dose. — La dose quotidienne de la caféine ne doit pas dépasser 20 à 25 centigrammes, la proportion de sérum restant variable suivant les sujets.

Effets de l'injection. — Ces injections sont à la fois névrosthéniques et sédatives, et favorisent l'élimination des toxines en augmentant la diurèse.

FORMULE

Caféine. . . . . 4 gr.
Phosphate de soude . . . . } àà 7 gr. 50
Chlorure de sodium . . . . }
Eau pure stérilisée . . . . . Q. s. p. 1 litre.

10 à 50 cent. cubes par jour.

(Maurange.)

L'injection doit être faite à 38° et poussée lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est peu douloureuse et s'absorbe avec une très grande rapidité.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine militaire — Ses détracteurs — Ses défenseurs — Histoire de son émancipation.

On ne parle plus des tristes incidents qui ont valu à nos confrères de l'armée une recrudescence d'outrages immérités. Il n'en est pas moins opportun de flétrir ces manœuvres qui se reproduisent à intervalles irréguliers et, sous le moindre prétexte, tendent à affaiblir le prestige et à diminuer l'autorité du corps de santé. Réduits au silence, mes anciens camarades ne peuvent qu'opposer à leurs détracteurs cette indifférence dédaigneuse qui devient de plus en plus nécessaire aujourd'hui que chacun s'arroge le droit de tout écrire et s'imagine tout savoir. Aussi ai-je pensé devoir opposer des faits et des jugements d'une autorité indéniable aux allégations fantaisistes de quelques journaux.

Je ne chercherai pas à discuter — ils sont trop connus — les mobiles de ceux qui s'efforcent d'opposer le médecin d'armée au médecin civil et de rabaisser le premier au profit du second. N'ont-ils pas la même origine? Ne débutent-ils pas par les mêmes études? Ne subissent-ils pas les mêmes examens et les mêmes concours? Ira-t-on jusqu'à soutenir que la pratique rurale soit préférable au stage que subissent à l'Ecole du Val-de-Grâce les docteurs en médecine reçus à Lyon? Ou bien alléguera-t-on que l'éducation professionnelle se perd dans le milieu militaire? On oublie que la pratique médicale la plus constante, la plus régulière, est aujourd'hui imposée aux médecins qui soignent les officiers *et leurs familles*. La responsabilité qui pèse sur le médecin d'armée est, au contraire, des plus lourdes. Elle le lie vis-à-vis de ses chefs techniques et militaires, vis-à-vis des familles et de l'opinion publique. Les insuccès ou les revers qui, dans les grands hôpitaux civils, s'effacent en se perdant dans la multiplicité des faits de la pratique journalière, sont mis en relief dans l'armée par le système d'information rigoureuse qui y fonctionne en vertu des règlements. Ils deviennent de notoriété publique par l'intervention des intéressés et de la presse. Celle-ci n'hésite que rarement à imputer *au major* tous les incidents, tous les accidents que ne peut prévoir la plus scrupuleuse attention. Une enquête est faite. L'innocence du médecin que l'on n'a pas craint d'appeler *une brute galonnée* éclate à tous les yeux. Mais la presse ne désarme pas. « Si ce n'est toi, c'est ton confrère » est toujours sa réponse. C'est ce qui est arrivé à Dijon, où un médecin très capable, très dévoué à ses fonctions, a été indignement accusé; c'est ce qui est arrivé à Vincennes; c'est ce qui vient de se reproduire à propos de l'affaire Lebaudy. Or, je puis l'affirmer pour l'avoir maintes fois constaté, il n'est pas un médecin civil qui puisse, soit à l'hôpital, soit à leur domicile privé, consacrer autant de temps, autant de sollicitude que le médecin militaire aux malades qui lui sont confiés.

Délivrés du souci matériel de la vie, écartés de la clientèle civile par des prescriptions rigoureuses, les médecins militaires peuvent se donner tout entiers, quand cela devient nécessaire, à leurs fonctions médicales; ils peuvent s'adonner aussi à des recherches scientifiques, à des études d'hygiène, d'épidémiologie, de statistique que n'abordent ou ne poursuivent que rarement leurs confrères civils. Des stages dans les grands hôpitaux où existent des laboratoires, des examens et des concours multiples, servent à accroître et à contrôler leur instruction technique.

Aussi très longue serait chaque année la liste des travaux dus à nos confrères de l'armée et récompensés par les Académies et les Sociétés savantes; très longue aussi serait la liste de ceux qui ont conquis de haute lutte le titre de professeur dans les Facultés ou les Ecoles de médecine ou celui de membre des Académies et des Sociétés médicales ou chirurgicales. C'est au corps de santé de l'armée — j'ai été assez mêlé à ces négociations pour avoir le droit d'en parler — que firent appel Chauffard et Gavarret, successivement inspecteurs généraux de l'ordre de la médecine, pour organiser les Facultés nou-

vellement créées. Plusieurs de mes camarades ont alors accepté les propositions si honorables qui nous étaient faites, notre titre d'agrégé du Val-de-Grâce ayant paru suffisant pour nous sacrer professeurs. On sait s'ils se sont montrés à la hauteur de leur tâche.

Qu'on lise les rapports faits à l'Académie de médecine par les divers savants chargés d'apprécier les mémoires envoyés aux concours pour les épidémies, pour les prix académiques, pour les services rendus à la cause de la vaccine, etc. Toujours, qu'ils s'appellent Béhier, Siredey, Ollivier ou Lagneau, nos collègues rendent justice aux travailleurs si nombreux dans le corps de santé de l'armée. Ces efforts individuels prouvent l'ardeur scientifique qui, du bas en haut de l'échelle hiérarchique, anime les médecins militaires.

Mais il y a plus. S'il est vrai que c'est à un médecin de l'armée que l'on doit l'une des découvertes les plus considérables de ce siècle, celle de la nature de la tuberculose, il est non moins vrai que c'est à plusieurs d'entre eux — pourquoi ne pas citer les noms de L. Colin, Vallin, Kelsch, Laveran, Vaillard, etc. — que l'on doit un grand nombre des progrès accomplis de nos jours en épidémiologie et en hygiène. La création de laboratoires de bactériologie, l'adduction d'eau de source pour éviter la propagation de la fièvre typhoïde, les mesures prises en vue d'assurer la prophylaxie de la variole ont précédé, dans l'armée, les mesures analogues ordonnées par les pouvoirs publics. C'est ce que constatait, il y a 12 années déjà, Siredey dans son rapport général sur les épidémies, c'est ce qu'aucun esprit impartial ne saurait contester.

Isoler du corps médical, pour les dénigrer sans motifs réels, les hommes dévoués qui se consacrent au service de l'armée, c'est donc ignorer leur origine universitaire, les services qu'ils rendent à la médecine publique, leurs efforts individuels pour mieux assurer l'œuvre commune de la défense nationale. Et nous ne parlons pas des chirurgiens qui ont eu un rôle si considérable et dont les travaux justement appréciés par la Société de chirurgie et l'Académie de médecine sont restés classiques!

C'est cependant ce qu'un chirurgien éminent qui, pour avoir quelque temps appartenu à l'armée, n'en a pas moins joui d'une renommée incontestée, qui lui est resté fidèle et l'a toujours défendue, c'est ce que L. Le Fort a maintes fois proclamé. Le deuxième volume de ses œuvres complètes, que le Dr Félix Lejars a recueillies et publiées avec tant de soin, est presque tout entier consacré aux études de médecine militaire qui lui sont dues. Certes tout n'était pas à louer dans l'organisation du corps de santé à l'époque où écrivait L. Le Fort, et son indépendance ne lui a jamais permis d'atténuer ses critiques. Il a très justement et très loyalement montré les vices d'une institution que les efforts de ses prédécesseurs n'avaient pas réussi à émanciper. Il a, comme Chenu, comme Michel Lévy, fait ressortir ce qui manquait à notre armée et préparé les bases d'une réorganisation que tous les bons esprits jugeaient nécessaire. Dans ses travaux sur les guerres de Crimée et d'Amérique, sur la campagne d'Italie à laquelle il avait pris part, sur la campagne de l'Est où il avait dirigé une ambulance privée; dans ses études sur la réforme de la chirurgie militaire et sur les rapports entre le service de santé et l'administration de l'armée, il n'a jamais reculé devant l'expression de ce qu'il croyait juste et vrai, mais jamais non plus il n'a cessé de rendre justice à la science, à l'abnégation, au patriotisme de ses confrères de l'armée. Les études auxquelles je fais allusion avaient vivement frappé l'opinion publique. Elles avaient préparé la réorganisation de la médecine d'armée. Un incident inattendu l'a fait aboutir et, ce que l'on semble ignorer ou ce que l'on feint d'oublier, c'est à J. Ferry qu'elle a été due.

Les lecteurs de ce journal et tous ceux qui, il y a 15 ans, ont pris quelque intérêt aux choses de l'armée et de la médecine militaire se rappellent l'émotion qu'a produite la révélation des événements qui se passaient en Tunisie. La presse politique en avait vaguement parlé. Les correspondances de mes anciens camarades m'ont permis de les présenter sous le vrai jour et de prouver qu'en Tunisie, comme en Crimée, en Italie et à Metz l'organisation du service de santé avait été lamentable. Les articles que je publiai dans la *Gazette hebdomadaire*, sans penser moi-même au retentissement qu'ils devaient avoir, furent reproduits et commentés partout. Le général Farre, ministre de la guerre, s'en émut et, le 12 octobre 1881, le *Journal officiel* (p. 5671) publiait en tête de sa partie non officielle une note déclarant qu'une enquête était ouverte pour vérifier l'exactitude de mes déclarations. Cette note était suivie des rapports de M. le médecin principal Baudoin et de M. le général Forgemol qui semblaient les contredire.

Le soir même M. J. Ferry, président du Conseil des ministres, me faisait prier de venir le voir. Durant plus d'une heure il m'écouta, prit des notes sur les renseignements confidentiels que je lui fournis pour lui démontrer l'inexactitude des documents sur lesquels s'appuyait le ministre de la guerre et en particulier celle de la statistique de la mortalité et de la morbidité qui avait été fabriquée de toutes pièces et pour les besoins d'une mauvaise cause dans les bureaux du ministère. M. J. Ferry voulut bien me demander quel pouvait être le remède à apporter à un état de choses aussi regrettable. Je n'eus pas de peine à lui faire comprendre que, placé entre le commandement et l'intendance, le corps de santé ne pouvait avoir aucune initiative ni réaliser aucun progrès. La mise à l'ordre du jour de la loi sur l'administration de l'armée, qui fut aussitôt décidée, mit en pleine lumière l'injustifiable prévention du ministre de la guerre, M. J. Ferry n'hésita pas un seul instant à tenir les promesses qu'il m'avait faites. Le directeur des services administratifs fut déplacé. Le ministre de la guerre dût donner sa démission et la loi qui commençait à assurer l'émancipation du corps de santé fut votée.

C'est donc à J. Ferry qu'est dû le premier acte énergique tenté en vue de soustraire la médecine d'armée à la tutelle de l'intendance. Mais — et je ne saurais trop insister à cet égard — ce qui l'a décidé, c'est l'exposé fidèle des services rendus par un corps qui s'honorait de compter à sa tête des savants partout respectés; c'est l'énumération de leurs titres scientifiques plus encore que le compte rendu de leurs services militaires. Les ministres et les membres du Parlement savent que le dévouement et le travail sont des vertus que doivent avoir tous les officiers de l'armée. Mais aux médecins militaires, ils demandent plus encore. Aussi longtemps qu'ils compteront dans leurs rangs des hommes de science, membres des sociétés et des académies savantes, nos confrères de l'armée pourront dédaigner tous les outrages. Il n'en serait plus de même le jour où l'on ne récompenserait pas par un avancement rapide tous ceux qui rehaussent par la renommée qu'ils ont su acquérir le prestige du corps auquel ils appartiennent.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.
CONGRÈS DE TUNIS,

Tenu du 1er au 7 avril.

Des rechutes dans la fièvre intermittente parfaite.

M. Alcide Treille (Alger) fait voir comment se comportent les rechutes. Il a pris la température 4 fois par jour aux jours apyrétiques, et toutes les heures à partir du début de l'accès jusqu'à la fin aux jours d'accès, dans 30 cas (5 quotidiennes, 9 tierces, 16 quartes) représentant un total de 628 accès observés thermométriquement, dont 315 de rechute. Il a constaté que les apyrexies se font suivant un type impair dans les quotidiennes. Les rechutes ont donc lieu suivant les types septane (loi des rechutes minima), nonane, undécimane.

Les apyrexies sont de type variable dans la quarte, autant on peut dire à type pair qu'à type impair. La durée de l'apyrexie est d'autant plus longue que l'on s'éloigne davantage du début de l'infection.

Dans la quotidienne les accès commencent généralement dans le deuxième quart de la journée, c'est-à-dire de 6 heures du matin à midi. Dans la tierce les accès commencent dans la partie comprise entre 6 heures du matin et 6 heures du soir, tenant par conséquent du type quotidien et de la quarte. Dans la quarte les accès commencent de midi à 6 heures du soir, sauf un cas (fièvre quarte à coupées tierces) dont les accès se montrèrent à toute heure de la journée. Rien de changé d'une manière générale pour les accès de rechute. Cependant il est à remarquer que dans la fièvre quotidienne, les premières rechutes du type transformé ont toujours été anticipantes.

Au bout de quelque temps, dès leur apparition les accès de rechute peuvent être très atténués dans l'un ou l'autre de leurs stades, se réduire à une simple poussée ou à une sous-poussée fébrile. La jugulation spontanée, sans médication aucune, est alors fréquente.

Les rechutes n'ont aucune conséquence fâcheuse sur la santé.

Comme traitement M. Treille n'emploie plus que le chlorhydro-sulfate de quinine qui est un sel excellent. Il emploie de plus en plus des doses faibles de 0gr25 à 0gr50, quitte à les augmenter de 2 en 2 accès s'il est nécessaire. On attaque les accès à chaque rechute, sans s'en préoccuper autrement, ce qui constitue le traitement occasionnel.

Du traitement des fibromes de l'utérus par la médication thyroïdienne.

M. Jouin (de Paris). — 1° La physiologie du corps thyroïde, étudiée seulement depuis quelques années, réserve aux chercheurs des surprises nombreuses et probablement des découvertes d'une importance considérable.

2° L'expérimentation, la clinique, la thérapeutique démontrent, dès aujourd'hui, qu'il existe entre la glande thyroïdienne et le système génital, et particulièrement le système génital féminin, des rapports physiologiques du plus grand intérêt.

3° La médication thyroïdienne a déjà donné des résultats inespérés dans le traitement du myxœdème, du crétinisme, du goitre, de certaines affections cutanées et de beaucoup d'autres maladies qui ne rentrent pas dans le cadre de notre communication.

4° Elle nous a permis à nous-mêmes d'obtenir le plus souvent une amélioration considérable, parfois même la guérison de tumeurs fibreuses utérines et de métrorrhagies rebelles à toute autre médication conservatrice.

5° Sans qu'il soit possible de rien affirmer, on a le droit de se demander devant les cas de ce genre, devant aussi les résultats obtenus chez des malades atteints de kéloïdes, d'hypertrophie de la prostate, etc., si cette médication ne pourrait être un jour appliquée à des tumeurs d'évolution moins avancée, au traitement du sarcome, par exemple.

6° Cette thérapeutique thyroïdienne, méthodiquement suivre avec les précautions et les règles indiquées au cours de notre communication, ne présente aucun inconvénient et est en définitive d'une pratique très facile.

Volvulus.

M. Prioleau (Brive) admet qu'à la suite d'une simple défécation différée alors que le besoin devient impérieux, sous l'influence des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques allant à la rencontre les uns des autres, le volvulus peut se produire. L'entérite glaireuse, la sigmoïdite, l'entéroptose avec exagération du déplacement peuvent agir de la même façon.

Le diagnostic doit s'appuyer sur l'existence d'une douleur localisée, brusque et vive, avec météorisme localisé ; sur l'absence de vomissements ou sur leur apparition tardive.

Comme traitement M. Prioleau préconise les lavements forcés de 3, 4 et 5 litres, avec une douche d'Esmarch et de l'eau glycérinée à 10 p. 100, et au besoin la ponction des anses intestinales distendues.

Hernie inguinale propéritonéale étranglée.

M. Ch. Faguet (Périgueux) a eu l'occasion d'opérer une hernie inguinale congénitale étranglée.

Au cours de l'opération on trouva un sac scrotal du volume d'un œuf de poule très distendu par un liquide séreux et dans lequel baignait, au fond et en arrière, le testicule normal ; un trajet fibreux, très étroit, mesurant environ 4 centimètres de longueur et se dirigeant vers la cavité abdominale ; enfin un sac propéritonéal dans lequel se trouvait une anse de l'intestin grêle étranglée.

L'intestin fut libéré et réduit ; la cure radicale fut faite par le procédé de M. Lucas-Championnière. Suites opératoires et suites éloignées excellentes.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une variété exceptionnelle de hernie inguinale bien étudiée par Krönlein, et dont la patho-

génie a été bien mise en évidence par les recherches de Ramonède sur la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Myélome de la jambe.

MM. Vitrac et **Auché**, de Bordeaux, rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans opérée dans le service de M. Lanelongue, de Bordeaux, pour une tumeur de la partie postérieure et inférieure de la jambe, dont la constitution histologique est des plus intéressantes. La malade, qui avait des antécédents tuberculeux, avait eu il y a 2 ans une entorse tibio-tarsienne gauche; puis 1 an après, elle avait remarqué une tumeur en arrière de la malléole externe, qui avait progressivement grossi sans la faire souffrir, ni la gêner. En novembre 1895, la tumeur remplissait tout l'espace compris entre le tendon d'Achille et le squelette revêtu de sa couche musculaire. Lisse, ferme, régulière, indolente, elle faisait saillie surtout en arrière du péroné, un peu au-dessus de la pointe malléolaire; en dedans, même saillie en avant du bord interne du tendon d'Achille, mais non moins prononcée. Elargissement de tout le tiers inférieur du péroné, et douleur à la pression à ce niveau. Mobilité très restreinte de la tumeur; liberté absolue de tous les mouvements du pied. Le diagnostic porté (synovite tuberculeuse) dut être modifié au cours de l'opération, remplacé par celui de sarcome. La tumeur développée en avant du tendon d'Achille avait respecté les gaines tendineuses de la région; elle avait creusé les os, qui paraissaient comme soufflés, envoyant des prolongements dans la cavité médullaire. Mais chaque loge osseuse était recouverte par une membrane d'aspect périostique. Enucléation en masse ou par fragments de la tumeur; badigeonnage au chlorure de zinc, suites opératoires bonnes. L'os creusé et raréfié (tibia), presque complètement disparu (péroné) s'est reproduit. Il ne reste actuellement, 3 mois 1/2 après l'opération, qu'une rétraction tendineuse avec adhérences qui gêne un peu la marche.

Le néoplasme enlevé est gros comme le poing; à peu près régulièrement encapsulé; la coupe est d'aspect rouge charnue, avec des îlots blanchâtres durs, ou jaunes et mous. Le détail de la structure anatomique, comme il ressort de l'examen pratiqué par M. Auché, permet de différencier la tumeur des sarcomes par l'existence : 1° de vaisseaux, tous munis de parois propres, quelquefois d'une tunique conjonctive épaisse; 2° de tissu conjonctif partout répandu, disposé en faisceaux épais, lames plus minces, ou fibrilles isolées, et toujours dissociant les éléments cellulaires. On trouve en outre de la graisse, des granulations pigmentaires, du glycogène, des cellules qui n'ont pas le groupement de celles du sarcome, et dont les plus particulières sont des plaques à noyaux multiples.

Cette structure est identique à celle des tumeurs décrites à la main, sous le nom de myélomes par Heurtaux après A. Malherbe. Ces myélomes peuvent donc se trouver autre part que dans les gaines tendineuses. Peut-être faut-il les rapprocher des « variétés fibroïdes des tumeurs à myéloplaxes » décrites par Nélaton dans les os.

Paralysie faciale d'origine otique.

M. Cartaz (Paris) relate 2 cas d'otite grippale au cours de la paralysie faciale dont la pathogénie était différente dans chaque cas.

Dans le premier cas, les accidents otiques cédèrent rapidement aux pansements antiseptiques calmants : la douche d'air dans la caisse, mais la paralysie faciale ne fut modifiée qu'après un traitement prolongé par l'électricité. Dans ce cas, il s'agissait manifestement d'une névrite du nerf facial par extension de l'inflammation de la caisse.

Le 2e cas est un exemple très net de paralysie par simple compression par l'exsudat de la caisse ou le gonflement de la muqueuse. En effet, chez ce malade, l'évacuation de l'exsudat après trépanation de la membrane du tympan, a amené dès le lendemain la disparition presque complète de la paralysie.

La rapidité de la disparition des accidents de paralysie, à la suite de la paracentèse du tympan et de la dépression produite par l'écoulement de la sérosité louche distendant la caisse ne permet pas de supposer qu'il y eût déjà inflammation; la compression seule était en cause. Cette lésion du facial, soit par compression, soit par extension de l'inflammation, s'explique aisément si l'on se rappelle que la 2e portion de l'aqueduc de Fallope dans laquelle est logé le nerf n'est séparée de la caisse du tympan que par une lame osseuse mince et transparente, qui peut même faire défaut par places.

Les eczémas des muqueuses.

M. Catois (Caen). — Les manifestations eczémateuses sur les muqueuses peuvent donner naissance à des erreurs de diagnostic et être confondues avec des angines, stomatites, cystites, urétrites, ou balano-posthites aiguës, etc.

Les eczémas des muqueuses se caractérisent le plus souvent par la soudaineté de leur apparition et la rapidité relative de leur apparition. Ils s'observent plus souvent chez l'homme (muqueuse de l'anus, des fosses nasales, de la vessie et de l'urèthre) que chez la femme. Ils sont fréquents entre 35 et 60 ans, rares chez le vieillard.

Les eczémas aigus s'accompagnent rarement de manifestations sur les membranes muqueuses; il n'en est pas de même dans les formes chroniques des eczémas cutanés.

De l'action de l'étincelle électrique dans le traitement des plaies.

M. Catois (Caen). — Les effets physiologiques de l'étincelle provenant du pôle positif de la bobine de Ruhmkorff sont à peu près identiques à ceux produits par l'étincelle obtenue avec la machine électro-statique. Ces effets sont plus intenses que ceux obtenus avec l'effluvation simple. L'application de cette étincelle constitue une médication révulsive et régénératrice qu'on peut employer ou tout au moins essayer dans le traitement d'ulcérations à marche torpide ou de petites tumeurs superficielles des téguments, alors qu'on prévoit un traitement long ou qu'on peut redouter un insuccès avec les applications des topiques usuels, avant de recourir en tout cas à l'intervention chirurgicale opératoire.

Sutures tendineuses.

M. Ch. Faguet (Périgueux) a recours pour les sutures tendineuses des fléchisseurs ou des extenseurs des doigts au procédé classique que l'on oublie trop souvent et par lequel il faut toujours commencer, car il réussit dans la majorité de cas.

M. Ch. Faguet procède donc de la façon suivante : le malade ayant été anesthésié au chloroforme ou à l'éther, et le champ opératoire aseptisé, on applique la bande hémostatique au-dessus de l'insertion supérieure du muscle dont le tendon a été sectionné, puis on comprime de haut en bas, avec la main, la masse musculaire correspondante, et, grâce à cette expression, on voit presque toujours apparaître les extrémités tendineuses dans l'angle supérieur de la plaie; il suffit alors de les saisir à l'aide de pinces hémostatiques, de les rapprocher bout à bout et, mieux encore, de les superposer ou de les juxtaposer sur une longueur de 4 ou 5 millimètres. La suture est faite à l'aide du catgut suivant le procédé de M. Le Dentu; enfin, il est très important de suturer isolément la gaine avant de faire les sutures de la peau.

Dans une de ses observations, il s'agissait d'une section complète des deux tendons fléchisseurs de l'index gauche par un fragment de verre au niveau de la paume de la main. Les extrémités des tendons sectionnés étaient séparées par un intervalle de plus de 3 centimètres. Les suites opératoires ont été excellentes, et le doigt a recouvré tous ses mouvements.

Néphrectomie pour reins polykystiques.

M. Vitrac (Bordeaux) relate les observations de 2 malades opérées par M. Lanelongue, de Bordeaux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 35 ans ayant, avec tous les signes d'une entéroptose généralisée, 2 reins mobiles, dont celui de droite seul formait tumeur. La malade était très affaiblie depuis 6 mois; pas de signes de mal de Bright; hydronéphrose intermittente, albumine; douleurs vio-

lentes depuis 5 ans, survenant par crises; la fixation du rein et le traitement rationnel de l'hydronéphrose étant reconnus impossibles au cours de la néphropexie proposée, le rein fut enlevé. On trouva dans la pièce un gros calcul du bassinet; 3 variétés de kystes, dont la glande était criblée; quelques-uns bourgeonnants; d'autres plus petits avec un épithélium rectangulaire aplati; les plus gros avec des cellules cubiques, ou cylindriques, et une paroi conjonctive souvent épaissie. Peu d'altération du parenchyme rénal interposé entre les kystes, notamment pas d'endartérite; le rapport entre les tubes dilatés et les plus petits kystes est difficile à préciser. Suites opératoires bonnes. Emission normale des urines comme quantité et qualité. Après 3 mois, amélioration considérable de la malade qui a pu reprendre sa vie habituelle.

Dans le 2e cas, une femme de 29 ans présentait à gauche une tumeur dure partiellement fixée et douloureuse; état général grave depuis un mois. Début de la maladie il y a un an seulement par des crises douloureuses avec hématurie; les douleurs seules avaient persisté. Albumine; mais pas d'autres signes d'un mal de Bright. Diagnostic : tumeur du rein; on trouva un rein polykystique avec phlegmon périnéphrétique. Suppuration de presque tous les kystes. Néphrectomie. Les aspects macroscopique et microscopique sont à peu près identiques à ceux de l'observation précédente. Suites opératoires bonnes; dépuration urinaire suffisante. Après 3 mois, état général parfait; pas d'albumine.

En général, on s'accorde à dire que la bilatéralité des lésions condamne à l'abstention dans le cas du rein polykystique. Mais dans 17 cas de néphrectomie pour cette affection, rapportés par M. Vitrac, il y a eu seulement 5 morts, dont 2 ou 3 seules attribuables à la privation d'une des glandes malades par urémie, les 2 autres étant dues à des accidents septiques ou gangréneux secondaires. Aussi pourrait-on se croire désormais autorisé à intervenir radicalement dans les conditions suivantes :

1° Quand le rein polykystique est un obstacle à la cure d'une autre maladie concomitante menaçante par elle-même.

2° Quand il s'accompagne de complications douloureuses, suppurations des kystes intra-glandulaires, hématurie persistante, etc.

Deux contre-indications absolues à la néphrectomie existent même dans ces cas : 1° quand la tumeur est double; 2° quand les symptômes de néphrite chronique prédominent, constituant un « type brightique » de la maladie polykystique du rein.

La néphrotomie enfin qui n'a pas encore été tentée pourrait être une opération utilisable, notamment contre les douleurs, si on considère que le rein polykystique est fréquemment atteint d'hydronéphrose liée à l'ectopie, ou à la présence de calculs.

Tremblement hépatique.

M. Léopold Lévy (Paris) relate une observation de tremblement hépatique, dont il a fait une étude complète. Ce tremblement n'apparaît ni dans le repos absolu, comme celui de la maladie de Parkinson, ni dans les mouvements. Il existe surtout dans la position du serment, augmentant alors progressivement d'intensité et de rapidité et s'accompagnant de fatigue pour le malade. Sa durée est transitoire, et, survenant en même temps que des phénomènes cérébraux, ses caractères l'éloignent du tremblement saturnin : il s'agit d'un tremblement toxique, auto-toxique, hépatique. Cette conception n'est pas plus étrange que celle de convulsions d'origine hépatique ou de tétanie d'origine gastrique.

Dans le cas rapporté ici, le tremblement est à la fois éthylique et saturnin. Bien qu'il soit à peine accentué, il présente de temps en temps un tremblement que sa femme a parfois remarqué quand le malade se sert à table. Sous l'influence de la même cause qui produit du délire sur un cerveau prédisposé survient du tremblement chez un prédisposé, et c'est de cette façon que M. Lévy comprend l'apparition des mouvements. La cause disparaissant, disparaissent et le délire et le tremblement.

Dans sa 2e apparition, le tremblement coïncida avec de la rétention d'urine; mais le fait que la première fois il n'existait pas de rétention d'urine, suffit pour éliminer toute relation entre ces 2 symptômes qui dépendent d'une cause commune.

Effets de la médication thyroïdienne dans 2 cas de psoriasis.

M. Mossé (Toulouse) a eu l'occasion de traiter 2 nouveaux cas de psoriasis par l'ingestion de corps thyroïde et les bains de sublimé.

Dans le premier, observé chez une femme de 33 ans, peut-être syphilitique, le psoriasis de date relativement récente était un accident surajouté à l'ensemble morbide complexe qui avait amené la malade à l'hôpital. Le traitement spécifique d'abord institué resta sans effet. L'ingestion de corps thyroïde de mouton, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, fut rapidement suivie d'une modification favorable de l'éruption, d'ailleurs discrète, qui siégeait sur les bras, les coudes et les genoux. Mais, quelques jours après l'interruption du traitement, elle reprenait peu à peu son caractère antérieur, toutefois à un degré moins marqué.

Dans le second cas, il s'agissait d'un psoriasis généralisé rebelle chez une jeune fille de 16 ans, chez laquelle, depuis 5 ans, les diverses médications successivement mises en usage étaient restées à peu près sans effet. La médication thyroïdienne n'est pas parvenue à triompher elle non plus de cette dermatose tenace. Cependant, l'ingestion de corps thyroïde du mouton amena bientôt une modification sensible et favorable.

Nouvelles mesures calorimétriques sur l'homme.

M. Bergonié (Bordeaux). — Ce travail a été fait dans le laboratoire de physique médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux en collaboration avec M. Sigalas, agrégé. L'appareil dont nous nous sommes servis est l'anémo-calorimètre de M. d'Arsonval, modifié de façon à obtenir des indications aussi rapides que possible.

L'anémo-calorimètre a été étalonné expérimentalement au moyen d'une source de chaleur variable au gré de l'expérimentateur et d'une puissance à peu près égale aux sources vivantes à mesurer. Cette source est constituée par un rhéostat électrique ayant la même surface d'émission et à peu près la même température qu'un sujet adulte. Au moyen de ce rhéostat, nous avons établi une courbe qui relie les quantités de chaleur produites à l'heure par la source au nombre de divisions parcourues en 5 minutes par l'aiguille de l'anémomètre.

Les expériences ont porté sur 2 sujets et ont été faites à des températures très différentes. L'examen des tableaux d'expériences ainsi obtenus a conduit aux conclusions suivantes : 1° On ne peut pas donner un chiffre unique représentant pour l'homme les quantités de chaleur produites par kilogramme et par heure. Chaque sujet a son coefficient calorimétrique propre. 2° Même pour des variations légères dans la température extérieure, il y a des variations notables dans les quantités de chaleur produites. 3° D'une manière générale, les quantités de chaleur dégagée vont en augmentant à mesure que la température extérieure diminue.

Mesure des résistances électriques en clinique.

M. Bergonié (Bordeaux). — Ce moyen de diagnostic et peut-être de pronostic n'a pas donné tous les résultats qu'on peut attendre de lui; cela tient à ce qu'il n'existe pas de méthode vraiment clinique de mesure des résistances.

Celle que nous proposons consiste à utiliser l'instrumentation habituelle du médecin-électricien en y joignant un seul appareil nouveau, le téléphone différenciel. Le circuit servant à la mesure se compose : 1° de la bobine à chariot ordinaire servant à la faradisation; 2° du rhéostat bien connu de l'auteur, à résistance variable convenablement étalonné; 3° de la résistance à mesurer; 4° du téléphone différenciel. Le courant de la bobine médicale traverse parallèlement la résistance à mesurer et le rhéostat pour aboutir dans les deux circuits téléphoniques de façon que leurs actions sur la plaque sonore se neutralisent. Si les deux résistances, celle à mesurer et celle qui lui fait équilibre sont parfaitement égales, le téléphone restera muet; si, au con-

traire, il y a une différence, le téléphone parlera et d'autant plus haut que cette différence sera plus grande.

La précision des mesures faites par cette méthode ne serait pas suffisante peut-être pour un physicien, mais elle est très suffisante pour des mesures cliniques. L'erreur n'a jamais dépassé 1/20 dans les mesures faites dans mon laboratoire par divers expérimentateurs.

Sur les notations acoumétriques.

M. Paul Raugé (Challes). — La sensibilité auditive subit, comme toutes les formes de sensibilité, des variations pathologiques qu'il importe d'évaluer et de formuler exactement. Or, malgré bien des tentatives pour imposer aux recherches acoumétriques un procédé de mesure uniforme et un mode de notation précis, les méthodes pratiquement en usage pour apprécier cette quantité clinique sont, pour le moment, aussi arbitraires que les chiffres qui servent à l'exprimer. Si l'on veut rendre, sur ce point, les observations rigoureuses et les résultats comparables, il est à désirer que les otologistes adoptent un procédé invariable pour mesurer l'acuité auditive et une formule uniforme pour en représenter la valeur. Pour obtenir cette unification, le moyen le plus naturel est de faire, en otologie, ce qu'on fait en oculistique pour évaluer l'acuité visuelle : rapporter toutes les auditions anormales à une unité immuable, qui est l'audition du sujet sain, et exprimer l'acuité auditive par une fraction traduisant mathématiquement ce rapport. Le seul procédé qui permette, en acoustique, d'établir cette relation, consiste à comparer la distance où un son d'épreuve arbitraire cesse d'être entendu par une oreille normale, et celle où il cesse de l'être par l'oreille en observation : l'acuité auditive cherchée se trouve alors représentée, non point, comme l'ont admis Prout et Knapp, par le rapport de ces distances, mais par le rapport de leurs carrés ; c'est-à-dire que l'expression $x = \frac{d}{D}$, qui est celle de l'acuité visuelle, doit prendre ici la forme un peu moins simple $x = \left(\frac{d}{D}\right)^2$, et cela afin d'obéir à la loi connue du carré de l'éloignement, qui régit la propagation des ondes sonores. La formule, ainsi corrigée, exprime les variations de l'acuité auditive en fonction d'une constante indépendante de l'instrument de mesure, puisque c'est l'audition normale qui sert pour ainsi dire d'étalon à toutes les observations recueillies. Ce procédé de notation n'a donc pas seulement pour effet d'unifier les résultats et de les rendre comparables : il a, par surcroît, l'avantage de traduire l'état de l'audition sous une forme très clinique et éminemment suggestive; car, en exprimant le rapport entre l'acuité auditive que possède actuellement le malade et celle qu'il devrait avoir si son oreille était normale, il indique immédiatement la situation fonctionnelle de l'organe et mesure par un chiffre exact le degré de sa déchéance.

Sur la recherche des bactéries pathogènes dans les eaux.

M. Besson, après avoir rappelé la communication faite au Congrès de Buda-Pesth par M. Metchnikoff sur le rôle des microbes empêchants, rapporte un exemple nouveau et suggestif de ces actions empêchantes, quand il s'agit de l'analyse bactériologique des eaux.

Plusieurs échantillons d'eau, prélevés dans la Régence de Tunis, avaient été analysés sans qu'on y rencontrât de bactéries pathogènes. Leur teneur moyenne en microbes s'élevait à 3000 ou 4000 par centimètre cube; parmi les germes isolés se trouvait en abondance un coccus rouge, très analogue au micrococcus prodigiosus, produisant de la triméthylamine dans les cultures et tuant rapidement le cobaye et le rat blanc. M. Besson a eu ensuite l'idée de rechercher dans ces ces eaux la présence de vibrions et en a ensemencé une certaine quantité dans le milieu gélo-pepto-sel préparé selon la formule de Metchnikoff et maintenu dans l'étuve à 30°. Très rapidement le liquide des ballons se couvrit d'une pellicule qui fut réensemencée à la vingtième heure. Au bout de trois passages, quelle ne fut pas sa surprise en obtenant, sur gélose, des cultures pures d'un bacille qu'un examen approfondi démontre être le bacille pyocyanique. Or, jamais les ensemencements de ces eaux faits en plaques de gélatine ne nous donnaient de colonies imputables à ce bacille.

Pensant à une action empêchante, il a alors commencé des plaques concurremment avec le bacille pyocyanique et les différents microbes saprophytes trouvés dans les mêmes eaux, et très rapidement il a acquis la conviction que la présence du microcoque rouge auquel nous faisions allusion tout à l'heure empêchait absolument le développement du bacille pyocyanique sur plaques de gélatine.

Dans les cultures en milieu de Metchnikoff à 38°, au contraire, l'évolution du *microcoque empêchant* est retardée, tandis que le bacille pyocyanique trouve des conditions favorables à son développement rapide. Mais, après avoir prélevé, vers la vingtième heure, un peu de la pellicule qui permet d'obtenir une culture pure de bacille pyocyanique, laisse-t-on le ballon pendant deux ou trois jours à la température du laboratoire et ensemence-t-on alors des plaques de gélatine avec un peu de son contenu, on n'obtient plus sur ces plaques que des colonies de saprophytes et particulièrement du coccus rouge : celui-ci a eu le temps de se développer et exerce dès lors son action empêchante vis-à-vis du bacille pyocyanique.

En recherchant le bacille pyocyanique par la méthode indiquée, il a pu constater sa présence dans un grand nombre d'échantillons d'eaux et de poussières prélevés dans le nord de la Tunisie. Si l'on se rappelle que, ainsi que l'ont montré Kitasato et Metchnikoff, le bacille pyocyanique est un empêchant du vibrion cholérique, on pourra songer à établir une relation entre l'ubiquité de ce bacille et l'absence constante du choléra dans cette région de la Tunisie où cependant les conditions hygiéniques laissent fort à désirer.

Comme conclusion pratique on peut donc dire qu'il est indispensable, dans les analyses bactériologiques des eaux, de pratiquer l'épreuve que M. Metchnikoff recommande pour la recherche du vibrion cholérique, ensemencement de 200 à 300 centimètres cubes d'eau dans le milieu gélo-pepto-sel à 38° avec deux ou trois passages successifs. On retarde ainsi l'évolution des saprophytes et on met les pathogènes dans les meilleures conditions de développement.

En terminant M. Besson rapporte un exemple rigoureusement étudié de la présence du bacille typhique dans une eau de puits. Pour cette recherche M. Besson a utilisé le milieu d'Elsner. Des cas de fièvre typhoïde s'étant développés parmi les personnes faisant usage de l'eau d'un puits à Ras-Tabia, près de Tunis, les cultures d'Elsner ont permis de trouver dans cette eau, à côté du bacille du côlon, un bacille typhique absolument caractérisé et dont la spécificité ne peut être mise en doute.

Ce fait permet de conclure à l'efficacité du procédé d'Elsner pour la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux, et à la nécessité d'introduire désormais cette pratique dans l'analyse bactériologique.

Folie mélancolique avec hallucinations guérie par la suggestion hypnotique.

M. Auguste Voisin (de Paris) rapporte l'observation d'une malade atteinte depuis plusieurs mois de folie lypémaniaque caractérisée par des hallucinations terrifiantes de la vue, avec idées de persécution qu'il a guérie en quelques séances par la suggestion hypnotique. Elle a guéri, par la même méthode, d'aphasie, de cécité verbale, d'agraphie et d'hémiopie consécutives à une pleuropneumonie grave. C'est pendant le sommeil hypnotique qu'il a été possible de lui réapprendre à lire, compter et écrire. Enfin étant devenue enceinte depuis la guérison de sa folie, la malade a accouché pendant l'hypnose, sans avoir la moindre conscience des diverses périodes de l'accouchement.

Endartérite infectieuse d'origine paludique chez un alcoolique.

M. Rogée (de Saint-Jean-d'Angély). — Il existe des endartérites d'origine infectieuse qui peuvent produire des lésions analogues à la gangrène symétrique des extrémités de M. Raynaud. Elles procèdent par diminution du calibre des artères et

pourraient être appelées oblitérantes. Il ne semble pas, par suite, qu'elles puissent être justiciables d'un autre traitement que le traitement chirurgical. La désarticulation du membre atteint, portant sur l'articulation la plus éloignée des parties gangrénées doit être la méthode opératoire de choix et l'amputation doit être rejetée comme exposant davantage à une récidive par difficulté du rétablissement de la circulation par les collatérales.

La désarticulation du genou à grand lambeau est une méthode préférable à l'amputation de la cuisse tant pour la facilité de son exécution que par la commodité d'application d'un appareil prothétique ultérieur.

Sur quelques faits de diphthérie aux sourdes-muettes de Bordeaux.

M. Coyne (de Bordeaux) a observé 4 cas de diphthérie pharyngo-laryngée dans son service des sourdes-muettes au mois de février 1896.

Sur ces 4 cas, 3 ont été sérieux et ont nécessité l'emploi du sérum antidiphthérique. Le résultat a été excellent dans les 3 cas.

Le quatrième cas a été traité par l'antisepsie locale malgré la bénignité d'évolution de la maladie et de la disparition rapide des fausses membranes, les cultures faites deux fois successives et à 3 jours d'intervalle ont permis de retrouver sur les amygdales la présence du bacille de Löffler.

Ces faits sont intéressants : 1° par l'étude clinique de l'évolution de la maladie dans les 3 faits graves ; 2° par la difficulté de retrouver la porte d'entrée de l'infection.

L'étude du cas bénin permettrait de supposer que souvent il y a du microbisme latent bucco-pharyngé ne donnant lieu à des accidents quelconques que si des causes accessoires viennent solliciter l'évolution infectieuse.

XIV° CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril.

Immunité contre le choléra et la fièvre typhoïde.

M. Gruber (de Vienne) a constaté que si l'on verse une culture typhique dans du sérum typhique, ou une culture cholérique dans du sérum cholérique, les bacilles dans le premier cas et les vibrions dans le second deviennent immobiles, s'accolent, et forment des flocons, chaque culture dans le sérum immunisé correspondant. Ce phénomène ne se produit pas quand on met une culture de vibrions cholériques ou de coli-bacilles dans du sérum typhique ou une culture de bacille typhique dans du sérum cholérique ou du sérum coli-bacillaire. Cette réaction, qui peut être utilisée au point de vue du diagnostic bactériologique, est d'autant plus accusée que le sérum spécifique, provenant d'un animal immunisé, est plus actif. Si l'on maintient le sérum pendant quelque temps à une température de 70°, on lui fait perdre ses propriétés bactéricides et agglutinatives. Si l'on le maintient pendant une demi-heure à la température de 60°, le sérum spécifique devient un excellent milieu de culture pour les bactéries correspondantes sans perdre pour cela ses propriétés agglutinatives.

Avec Metchnikoff, M. Gruber distingue dans le sérum immunisé : 1° des substances non spécifiques (alexines) capables seulement d'enrayer dans une certaine mesure l'action des bactéries, en général ; 2° des substances spécifiques dont l'action se manifeste à l'égard de la bactérie correspondante. Il admet donc que l'action spécifique du sérum spécifique, pour ce qui est de l'immobilisation et de l'agglutination des bactéries correspondantes, tient à ce que la substance agglutinante contenue dans le sérum, ramollit la cuticule de la bactérie et la rend perméable aux alexines.

M. Pfeiffer (de Berlin) ne pense pas qu'on puisse identifier les phénomènes qui se produisent *in vitro* avec ceux qui se passent dans l'organisme à la suite de l'injection des anti-toxines. Dans les récipients, il se forme des grappes bactériennes qui résultent d'une diminution progressive dans l'activité locomotrice des microbes au fur et à mesure qu'ils s'affaiblissent.

M. Blachstein (de Goettingue), en cherchant à préciser les caractères spécifiques du vibrion cholérique, a étudié les conditions qui régissent sa virulence. Il a été frappé de ce fait que, quelquefois, les vibrions cholériques isolés récemment de l'intestin des malades et injectés sous la peau des animaux, ne produisaient pas la mort, tandis que des phénomènes septiques mortels étaient produits dans les mêmes conditions par bon nombre de vibrions différents. Dans une autre série de recherches, il a pu constater que le vibrion cholérique présente une phase de virulence latente qui s'observe dans les solutions de nitrate de soude, et une phase de virulence active qui se développe dans les solutions phosphatées contenant quelques traces de fer inorganique. D'un autre côté, en remplaçant la solution phosphatique par de la bile, M. Blachstein a constaté que le vibrion cholérique y acquiert une virulence active à la condition d'avoir préalablement passé par la phase de virulence latente dans une solution de nitrate de soude. Ces faits expliqueraient l'ancienne observation d'après laquelle le vibrion cholérique doit faire un séjour intermédiaire dans le sol pour agir, dans le passage d'un homme à l'autre, aussi activement sur le second que sur le premier.

M. Poehl (de Saint-Pétersbourg) fait remarquer que dans un milieu favorable aux processus d'oxydation, les cultures cholériques perdent leur propriété connue sous le nom de rouge du choléra. Il pense donc que ce sont aussi les modifications chimiques du milieu qui déterminent le gonflement de la cuticule des bactéries et leur agglutination.

Les vasomoteurs dans les maladies infectieuses.

M. Paessler (de Leipzig), pour étudier l'influence des microorganismes pathogènes sur les vasomoteurs, en cas d'infection, a utilisé un fait qu'il a constaté, à savoir que certaines excitations motrices, le massage abdominal, la compression et l'asphyxie déterminent, chez les animaux sains, une élévation de la tension sanguine.

En produisant chez les animaux une infection à l'aide du bacille pyocyanique, du pneumocoque ou du bacille diphtérique, M. Paessler a constaté qu'il se produit dans ces cas une paralysie des vaso-moteurs se manifestant par le défaut de l'élévation de la tension sanguine sous l'influence des excitations motrices et des causes agissant dans ce sens sur les animaux sains non infectés.

Dans l'infection par le pyocyanique ou le pneumocoque, la paralysie vaso-motrice prédomine et la faiblesse du muscle cardiaque ne joue qu'un rôle secondaire. Dans l'infection diphthérique, le cœur conserve sa contractilité malgré les altérations du myocarde, et c'est aux centres vaso-moteurs du bulbe que reviennent les modifications qu'on observe dans le rhythme cardiaque.

Sur les auto-intoxications.

M. Poehl (de Saint-Pétersbourg). — L'accumulation des produits incomplètement oxydés dans l'organisme est la principale condition de toutes les auto-intoxications. L'auto-protection de l'organisme contre les auto-intoxications s'opère par l'entraînement de ces produits hors des cellules et des tissus, ce qui a lieu de diverses manières.

Le principal moyen est cependant l'oxydation par la respiration des tissus. Le ferment oxydant de la respiration des tissus, la spermine, produit de la leucolyse, n'agit qu'en présence de la réaction alcaline du sang. Si l'alcalescence diminue, l'auto-intoxication arrive, la spermine est inactive et forme un phosphate de spermine amorphe ou cristallisé (cristaux de Charcot-Leyden), qu'on ne trouve que dans les maladies associées aux intoxications.

La diminution de la respiration des tissus n'est pas la seule cause des intoxications ; des troubles de l'intestin, des foyers parasitaires, l'abaissement des fonctions des reins, de la peau, des glandes closes (thyroïde, capsules surrénales, etc.), des irritations et la destruction anormale des tissus peuvent donner lieu à l'accumulation des produits de la nutrition dans l'orga-

nisme. L'analyse de l'urine avec la détermination des coefficients urinaires permet de déterminer le caractère de l'auto-intoxication et de contrôler l'effet du traitement. L'auto-intoxication qui part de l'intestin se reconnaît à l'augmentation relative des acides éthylsulfuriques dans l'urine.

Le traitement des auto-intoxications doit suivre les mêmes principes sur lesquels s'appuie l'organisme pour se défendre contre l'accumulation des produits nutritifs. En première ligne ramener l'oxydation à la normale, ce que l'on obtient en donnant de l'oxygène, de la spermine (spermine de Poehl) et en prescrivant des cures d'eau minérale qui relèvent l'alcalescence du sang. L'introduction de l'oxygène agit surtout sur la respiration des tissus, aussi bien dans les auto-intoxications d'origine musculaire que dans celles d'origine nerveuse et sur l'alcalescence du sang.

Pour détruire les produits de la désassimilation, surtout chez les fébricitants, on atteint quelquefois ce but par les antipyrétiques du groupe aromatique qui délivrent les tissus de ces produits en formant des combinaisons avec les acides amidés, etc. L'analyse de l'urine donne ici des indications.

Les indications thérapeutiques du traitement thyroïdien.

M. Ewald (de Berlin), rapporteur, fait remonter les origines de la médication thyroïdienne à Schiff, de Genève, qui a montré que les phénomènes de myxœdème font défaut chez des animaux auxquels après la thyroïdectomie on greffe, dans le péritoine ou sous la peau, une glande thyroïdienne d'un autre animal. La médication thyroïdienne chez l'homme date du jour où il a été établi que le myxœdème, le crétinisme sporadique, le crétinisme endémique, la cachexie strumiprive et la cachexie thyréoprive relèvent de la même cause qui est l'absence et l'abolition fonctionnelle de la glande thyroïde.

Ce sont Horsley et, presque en même temps, Bircher qui ont eu les premiers recours à la médication thyroïdienne chez l'homme. Depuis lors, on a employé tantôt l'extrait glycériné de la glande, tantôt les glandes thyroïdes fraîches, tantôt la poudre de glande, etc. La récente découverte de Baumann, qui a isolé dans la glande son principe actif, la thyroïodine, est d'une importance capitale, car elle permet le dosage exact du médicamédicament et élargit nos connaissances sur les fonctions physiologiques des sécrétions de la glande thyroïde.

D'après les recherches de Baumann confirmées par celles de Roos, de Trempel et d'Ewald, la thyroïodine est réellement la partie active, spécifique de la glande. Un gramme de thyroïodine contient 3 décimilligrammes d'iode.

L'action des diverses préparations thyroïdiennes comprend deux ordres de faits : les uns objectifs touchant aux modifications des échanges interstitiels, les autres subjectifs qui vont du simple malaise aux phénomènes graves du thyroïdisme. Les modifications des échanges interstitiels consistent dans un grand nombre de cas par une exagération considérable du processus de désassimilation, et cet accroissement de la désassimilation n'est pas sans retentir sur l'état général. Aussi dans ces cas trouve-t-on de l'anorexie, de la soif, de l'insomnie, de l'abattement, de l'accélération du pouls, des douleurs lombaires, de l'oppression, de la sténocardie. Mais il faut savoir que ces mêmes phénomènes surviennent dans toutes les modifications brusques des échanges interstitiels avec fonte rapide des tissus adipeux et albuminoïde.

L'administration passagère de thyroïodine, même à la dose de 4 grammes par jour, n'exerce aucune influence sur le pouls. Il ne peut être question d'une intoxication iodée puisque même avec le traitement forcé le malade ne prend jamais plus de 1 à 1 milligramme et demi d'iode. Par contre, on a signalé un certain nombre de phénomènes qui semblent relever d'une intoxication particulière et qui sont la dyspnée, la céphalée, les douleurs dans les membres, la salivation, l'urticaire, les palpitations, le tremblement, etc. Souvent aussi toute réaction fait défaut malgré l'administration de doses élevées.

Parmi les autres phénomènes toxiques, on a encore signalé l'albuminurie et la glycosurie. Pour ce qui de la glycosurie, M. Ewald ne l'a observée que d'une façon tout à fait exceptionnelle, et, dans le seul cas qu'il a vu, la glycosurie, après des alternatives d'apparition et de disparition, s'est établie d'une façon permanente sans toutefois s'accompagner de phénomènes diabétiques. Aussi est-il très étonné de la statistique de Von Noorden qui a observé une glycosurie passagère 5 fois sur 17 obèses soumis au traitement thyroïdien.

Pour comprendre le mode d'action des préparations thyroïdiennes, il faut s'adresser à la physiolologie de cette glande. La glande thyroïde fabrique une sécrétion spécifique composée d'une combinaison organique d'iode. Cette sécrétion forme 0,2 à 0,5 o/o du poids de la glande fraîche; la quantité d'iode qui se trouve dans cette sécrétion spécifique est de 9,3 o/o. A l'état normal, cette sécrétion passe continuellement et par petites quantités et détruit les toxines de nature inconnue, mais dont l'existence est démontrée par l'apparition des phénomènes d'ordre toxique en cas d'absence ou d'abolition fonctionnelle ou après l'extirpation de la glande thyroïde. Ces toxines, qui se forment probablement pendant les échanges interstitiels, sont neutralisées par la sécrétion thyroïdienne spécifique qui agit comme une antitoxine. Si cette sécrétion vient à manquer, les toxines s'accumulent et produisent un ralentissement considérable dans les processus de désassimilation; si cette sécrétion, si la thyroïodine se trouve lancée en trop grande quantité, en quantité plus grande qu'il n'en faut pour neutraliser les toxines, les processus de désassimilation s'accroissent considérablement et amènent les phénomènes de thyroïdisme. Ces faits permettent donc de dire que la sécrétion spécifique, la thyroïodine, joue un rôle principal dans la nutrition intime des tissus.

Au point de vue thérapeutique, il a été démontré qu'il est inutile et même dangereux d'employer de fortes doses de thyroïodine ou d'autres préparations thyroïdiennes. La dose journalière doit être administrée de façon que le malade ne prenne pas plus de 3 milligrammes d'iode avec la préparation qu'on emploie.

Le traitement thyroïdien a été employé en premier lieu dans le *myxœdème* où il a donné et continue à donner des résultats très satisfaisants. Les doses employées varient suivant les individus, mais l'action du traitement se manifeste très rapidement, déjà au bout de quelques jours. Les modifications que l'on obtient, la guérison, ne sont pourtant pas définitives : tôt ou tard après l'interruption du traitement la récidive reparaît. Mais il suffit de remettre les malades au traitement dès l'apparition des signes (tuméfaction de la face, malaise, pesanteur dans les membres) indiquant l'imminence de la récidive, pour maintenir les résultats obtenus précédemment. Tout ce qui vient d'être dit au sujet du myxœdème s'applique également au *crétinisme sporadique* qui, d'après M. Ewald, mérite plutôt le nom de myxœdème infantile.

Les bons effets de la médication thyroïdienne dans le myxœdème, les modifications qui sous son influence surviennent du côté de la peau ont conduit à essayer, surtout en Amérique et en Angleterre, la même médication dans les dermatoses, dans le *psoriasis*, la *sclérodermie*, la *xérodermie*, l'*ichtyose*, le *lupus*, etc. On a signalé des succès, mais les essais faits en Allemagne, en France et un peu partout commandent une certaine réserve en face de ce traitement dans les dermatoses.

Il en est tout autrement de l'*obésité* où les effets de la médication thyroïdienne sont quelquefois tellement frappants que le public, au courant de la chose, a fini par se soigner en dehors des médecins. Avec 3 à 5 tablettes par jour on obtient une diminution de 4 à 5 kilogrammes, souvent même de 10 kilogrammes en l'espace de 4 à 6 semaines. Les résultats obtenus ne sont définitifs que dans quelques cas rares; le plus souvent si le malade ne suit pas un régime particulier, l'obésité reparaît, et il faut alors reprendre le traitement.

Les résultats que l'on recherche, l'amaigrissement, ne sont pas constants et dans un certain nombre de cas le traitement échoue. Ce qui est très particulier c'est que les échecs se rencontrent aussi bien dans les cas où l'obésité est le résultat d'une alimentation vicieuse, que dans les cas où elle se développe malgré un régime des plus sévères. C'est un exemple de la ténacité avec laquelle l'organisme fabrique et fixe, dans certains cas, la graisse. On observe le même fait dans certains cas d'anémie pernicieuse. Dans l'obésité comme dans le myxœdème, la thyroïodine agit de la même façon que les autres préparations thyroïdiennes.

On a encore signalé des succès par le traitement thyroïdien

dans la *tétanie*, l'*épilepsie*, l'*acromégalie*, le *rachitisme*, la *maladie de Basedow*, les *psychoses*, etc., mais les faits sont en trop petit nombre pour permettre un jugement définitif.

En tous les cas, ce que l'on peut dire c'est que nous avons dans le traitement thyroïdien un agent thérapeutique de premier ordre, mais dont le mode d'action est encore fort incertain.

M. Bruns (de Tubingen) co-rapporteur, s'occupe exclusivement des résultats que donne la médication thyroïdienne dans le goitre. Il a été amené à essayer et à préconiser ce traitement après avoir constaté les bons effets de cette médication dans un cas de crétinisme sporadique avec goitre.

Actuellement il possède plus de 350 cas de goitre, en dehors du goitre exophtalmique et du goitre kystique, traités par la médication thyroïdienne. Ces malades ont été traités soit par les glandes en nature, soit par les tablettes anglaises, soit dernièrement par la thyroïodine dont les effets, comme M. Bruns a pu le constater dans 24 cas, sont identiques à ceux des autres préparations thyroïdiennes.

Le traitement thyroïdien réussit dans le plus grand nombre de cas de goitre. Un quart seulement des malades ne retirent aucun bénéfice du traitement. La disparition complète de la tumeur est à son tour rare et ne s'observe que dans 8 p. 100 des cas; dans un tiers des cas on obtient une diminution considérable de la tumeur; dans un autre tiers la diminution est moins accusée mais toujours très notable. L'âge exerce une influence très marquée sur les résultats de la médication : plus le malade est jeune plus on a des chances de réussir.

Les effets de la médication se manifestent de bonne heure et la diminution de la tumeur s'obtient dans 60 p. 100 des cas au bout de 15 jours, dans 40 p. 100 des cas au bout de 3 à 4 semaines. C'est surtout dans le goitre hyperplasique simple que la médication thyroïdienne réussit presque toujours et d'une façon complète; mais même dans ces cas il persiste dans la glande, après la disparition de la tumeur, des nodules qui peuvent devenir le point de départ de la récidive.

En suivant ses malades M. Bruns a pu constater que la récidive se produit dans 75 p. 100 des cas, 1 à 4 mois après la cessation du traitement. Il suffit de reprendre le traitement au premier indice de récidive pour maintenir les résultats obtenus précédemment.

Pour se rendre compte du mode d'action du traitement thyroïdien, M. Bruns a étudié ses effets sur 14 chiens goitreux qu'on sacrifiait à divers intervalles après l'institution du traitement et chez lesquels on pouvait suivre ainsi les modifications successives qui se produisaient dans le goitre. Ces recherches ont montré que sous l'influence du traitement thyroïdien le tissu du goitre, pauvre en substance colloïde, se transforme peu à peu en parenchyme thyroïdien normal avec follicules nombreux gorgés de substance colloïde.

En terminant M. Bruns insiste encore une fois sur ce fait que c'est dans les goitres folliculaires, hyperplastique simples que la médication thyroïdienne donne les plus sûrs et les plus prompts résultats.

M. Magnus-Levy (de Berlin) a constaté que chez les myxœdémateux et les obèses soumis au traitement thyroïdien, il se produit une augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et que ce phénomène persiste encore pendant 5 semaines environ après la cessation du traitement. Il croit en outre que chez les obèses la diminution du poids tient en grande partie à la perte d'eau que subissent ces malades.

M. Blachstein, qui a constaté plusieurs fois une augmentation de la glande thyroïde chez les diabétiques obèses, a essayé le traitement thyroïdien aussi bien chez les diabétiques de cette catégorie que chez ceux dont la glande était normale. D'une façon générale les résultats ont été satisfaisants.

M. Minkowski (de Strasbourg), qui a fait une série d'expériences sur l'extirpation de la glande thyroïde chez des animaux dépancréatisés ou chez lesquels on avait produit un diabète phloridzique, et constaté qu'il n'existait aucune relation entre la fonction de la glande thyroïde et la glycosurie.

M. Heubner (de Berlin) a constaté que dans le rachitisme la médication thyroïdienne exerce une action favorable sur la croissance et les facultés intellectuelles des malades.

M. Schultze (de Bonn) rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans atteinte de goitre avec accidents tétaniques, chez laquelle la médication thyroïdienne a eu pour effet de transformer les accidents tétaniques en convulsions épileptiformes. D'un autre côté les essais faits dans l'acromégalie ont donné un résultat négatif.

M. Rehn (de Francfort s/M.) a pu constater les effets vraiment merveilleux de la médication thyroïdienne étant deux cas de crétinisme sans myxœdème chez des enfants.

M. von Jaksch (de Prague) a eu de bons résultats dans le goitre et le myxœdème; mais dans la maladie de Basedow et la paralysie, les résultats du traitement ont été nuls.

Jamais il n'a trouvé d'iode dans l'urine des malades traités par la thyroïodine, et il pense que cela vient que l'iode s'élimine sous forme d'une combinaison paranucléinique sur laquelle les réactifs ordinaires n'ont pas de prise. Quant à la glycosurie constatée dans certains cas, il croit que la réaction a été formée par des hydrates de carbone que l'urine renferme dans ces cas.

M. von Noorden (de Francfort s/M.) a constaté comme M. Magnus-Levy une augmentation de la consommation d'oxygène chez des individus soumis au traitement thyroïdien. Par contre jamais il n'a trouvé d'augmentation de la glande thyroïde chez les diabétiques. Quant à la glycosurie temporaire, il l'a fréquemment constatée chez les obèses soumis au traitement thyroïdien.

M. Roos signale un cas de chlorose traité avec succès par la médication thyroïdienne.

De l'absorption et de l'élimination du fer.

M. Quincke (de Kiel), pour étudier l'absorption du fer dans l'intestin, a eu recours à des souris blanches nourries longtemps avec du fromage auquel on mélangeait du fer. En examinant leur canal intestinal sur des coupes traitées par le sulfure d'ammonium qui colore les parties ferrugineuses en vert, il a pu constater que le fer n'était absorbé que dans le duodénum. A l'intérieur de chaque cellule épithéliale on trouvait de petites granulations de fer entre le noyau et la membrane cellulaire. De là ces granulations passaient dans les voies lymphatiques, dans les villosités intestinales, les lymphocytes et les ganglions mésentériques. Il a pu constater la présence du fer dans les organes abdominaux, le foie, la rate et même dans les tubuli contorti des reins.

L'absorption se reconnaît même à l'œil nu. Si l'on place le duodénum dans une solution de sulfure d'ammonium, il se colore entièrement en vert foncé. La réaction ne se produit pas chez les souris qui n'ont pas pris du fer; les rats et les cobayes présentent également la même coloration de l'intestin.

M. Siegfried (de Rippoldsau) a fait deux séries de recherches chez l'homme, qui lui ont montré l'action manifeste des préparations ferrugineuses et l'ont conduit aux mêmes résultats. Il a cherché notamment l'influence du climat d'altitude et l'influence de l'oxydule de fer sur le nombre des globules rouges. Mais cette augmentation n'est qu'apparente, elle tient à l'épaississement du plasma sanguin et une fois que l'organisme s'est adapté au climat d'altitude on ne trouve plus de modifications. Avec l'oxydule de fer au contraire le nombre des globules rouges augmente d'une façon durable. Les recherches qui ont été faites avec les préparations et les eaux ferrugineuses montrent que le fer est absorbé.

Indications de la néphrectomie.

M. Küster (de Marbourg) passe successivement en revue les diverses indications de la néphrectomie.

Dans la tuberculose rénale l'indication de la néphrectomie est pressante et l'opération donne des résultats relativement bons. M. Küster l'a pratiquée 11 fois avec 2 morts et 9 guérisons durables.

Dans les suppurations du rein, la néphrectomie n'est indiquée que lorsque, le rein opposé étant sain, le rein malade est complètement détruit par la suppuration.

Dans l'hydronéphrose et la pyo-hydronéphrose traitées dans le temps par la néphrectomie, on fait aujourd'hui la néphrotomie. Sur 21 cas M. Kuster a eu 1 mort; dans 6 cas il a fallu faire secondairement la néphrectomie.

Les plaies des reins avec hémorrhagies incoercibles n'exigent

pas la néphrectomie, mais la néphrotomie avec tamponnement ou suture ultérieurs. On fait l'incision lombaire lorsque le revêtement péritonéal est déchiré, puis lorsque la néphrotomie est terminée on élargit l'incision en avant et on panse la plaie abdominale.

Dans la lithiase rénale, la néphrotomie suffit le plus souvent. La néphrectomie ne convient que lorsqu'il y a de gros calculs remplissant tout le tissu rénal qui est d'ailleurs détruit.

Une opération plastique ou la transplantation de l'uretère suffisent le plus souvent pour guérir des fistules rénales.

Dans l'hémophilie rénale, on ne trouve souvent aucune lésion de la substance rénale. La néphrotomie suffit alors, parfois même il suffit de dénuder le rein pour arrêter l'hémorragie. M. Kuster a opéré 3 de ces cas; dans 2 cas la guérison s'est produite après la néphrotomie, dans le troisième cas le tissu rénal était complètement dégénéré, de sorte qu'il a fallu faire la néphrectomie.

En résumé, donc, en dehors des tumeurs malignes, il ne reste qu'une indication formelle de la néphrectomie, c'est l'existence de la tuberculose unilatérale des reins.

La diathèse urique.

M. Weintrand (de Breslau). Il est démontré aujourd'hui que l'acide urique se forme aux dépens de la nucléine, mais on ne sait pas encore où cette formation a lieu. Kolisch avait admis que l'acide urique se formait dans le rein; mais si l'on donne aux individus présentant des lésions rénales une alimentation riche en nucléine, on ne constate aucune modification dans la formation d'acide urique. Il est même peu probable que la formation d'acide urique ait lieu dans un organe déterminé. Par contre, les recherches personnelles de M. Weintrand lui ont montré que les substances nucléiniques se trouvent régulièrement dans le canal intestinal de l'homme et que cette substance ne vient pas des aliments, mais des sécrétions intestinales puisqu'on la trouve également dans le méconium. Qu'elle n'est pas fabriquée par le foie est démontré par ce fait qu'elle se trouve dans les matières fécales non colorées par la bile.

Si l'on recherche la nucléine dans les matières fécales de l'adulte et dans les matières fécales du nouveau-né, on trouve dans les premières de la xanthine et dans les secondes de l'acide urique. La différence tient probablement aux processus chimiques différents qui se passent dans l'intestin dans les deux cas, à savoir la prédominance des processus d'oxydation chez le nouveau-né, et des processus de réduction chez l'adulte, dus chez ce dernier à la richesse de la flore microbienne de l'intestin. Il suffit en effet de donner à l'adulte du calomel pour voir de l'acide urique apparaître dans des matières fécales.

M. Moritz (de Munich) a constaté que tout cristal d'acide urique provenant de l'urine renferme une substance albuminoïde qui subsiste après la dissolution du cristal. On obtient cette substance en traitant les cristaux par l'eau à 50°-60°, les cristaux se dissolvent peu à peu, et la substance organique devient visible sous le microscope sous forme de fibres. On réussit également avec des solutions alcalines.

Ce fait va à l'encontre de la théorie que soutient Ebstein et qui représente la substance organique des calculs comme le point de départ de leur développement. Possner admet la même théorie pour les calculs biliaires. L'inclusion de la substance organique dans tous les cristaux d'acide urique permettrait de considérer les calculs urinaires comme de simples masses d'acide urique cristallisé.

M. Rosenfeld (de Breslau) a constaté que l'urée et le carbonate d'ammoniaque dissolvent le mieux l'acide urique, mais ce dernier est très mauvais à prendre. On peut prendre sans danger pendant des mois 5 à 20 grammes d'urée par jour, et elle doit être donnée sans interruption. L'urotropine possède la même action, mais elle provoque le ténesme et les vomissements à haute dose. Mais on ne peut obtenir de résultat qu'en réglant le régime alimentaire. On sait en effet que la viande, la graisse et le sucre favorisent la production d'acide urique. Ces substances sont donc nuisibles et il est indiqué de remplacer la viande par les divers succédanés : la somatose, la peptone, l'aleuronate, qui n'ont pas ces inconvénients. L'aleuronate par exemple fait tomber l'acide urique de 25 à 70 p. 100.

M. Leo (de Bonn) a essayé plusieurs fois l'urée dans la diathèse urique sans pouvoir signaler une action particulièrement favorable.

M. v. Noorden (de Francfort) pose en principe que le traitement de la diathèse urique ne peut être que symptomatique. On a essayé d'augmenter les propriétés dissolvantes de l'urine soit en prescrivant de grandes quantités d'eau, ou des fruits, ou un régime quelconque, soit en introduisant dans l'organisme des substances qui facilitent la dissolution de l'acide urique, soit enfin des substances qui agissent par l'alcalescence sur la composition chimique du sang. Le pouvoir dissolvant de l'urine augmente par la quantité d'eau, mais au point de vue thérapeutique cette action est faible. C'est à peine si par le régime on peut arriver à diminuer légèrement la production de l'acide urique, car ce dernier est assez indépendant de l'alimentation; il est certain cependant qu'une alimentation riche en nucléine, augmente l'acide urique. L'emploi de substances chimiques est entouré de difficultés et n'est pas très efficace, surtout en ce qui concerne la lithine, l'uricédine et la pipérazine. Le traitement alcalin, surtout par le bicarbonate de soude, rend l'urine légèrement alcaline et donne lieu à la formation des phosphates mono- et disodique, cause de certaines actions nuisibles.

M. v. Noorden emploie maintenant depuis longtemps des sels calcaires sous forme de carbonate de chaux et de sels végétaux, en se basant sur ce fait qu'avec l'emploi de la chaux il y a moins d'acide phosphorique dans l'urine et davantage dans les fèces. La chaux retient une certaine quantité de phosphore dans l'intestin. Il en résulte une diminution des deux phosphates nuisibles (mono et disodique), tandis que l'urine reste acide.

Il n'est pas possible d'indiquer la quantité nécessaire de carbonate de chaux, mais on peut donner jusqu'à 15 grammes par jour. L'emploi prolongé de la chaux n'entraîne aucun danger pour l'organisme.

M. v. Noorden a traité 46 cas de diathèse urique et a suivi 21 malades, sur ces 21 cas il y a eu 2 récidives. Les résultats du traitement sont donc très favorables et par conséquent encourageants.

La dégénérescence des leucocytes dans le sang leucémique.

M. Gumprecht (de Iéna). — La destruction abondante des leucocytes dans le sang leucémique se manifeste par une augmentation de l'acide urique et des corps alloxuriques de l'urine. La morphologie des cellules détruites est très variable. Les recherches personnelles de M. Gumprecht lui ont montré que pendant cette dégénérescence les noyaux des lymphocytes perdent la chromatine de leurs noyaux, que ces noyaux se désagrègent, perdent leurs contours et se couvrent de vacuoles. Les leucocytes ayant ces caractères se rencontrent dans la leucémie lymphatique aiguë où ils forment 10 p. 100 de tous les leucocytes.

Influence des solutions salines sur la rapidité de la transformation du glycogène en sucre.

M. Edgar Gans (de Carlsbad) en faisant invertir le glycogène avec la diastase dans une solution de chlorure de sodium ou de sel de Glauber ou de bicarbonate de soude ou de carbonate de soude a constaté que le chlorure de sodium et le sel de Glauber n'ont aucune influence sur le dédoublement du glycogène en sucre, tandis que le carbonate de soude diminue beaucoup la rapidité de la transformation du glycogène.

Ce fait explique d'une façon satisfaisante l'action du bicarbonate de soude dans le diabète, par ce fait que la transformation du glycogène en sucre est retardée et que l'organisme a plus de temps pour oxyder le sucre formé.

Des maladies de l'appareil circulatoire dans leur relation avec les maladies du système nerveux chez l'enfant.

M. Lehrbuscher a étudié l'état du cœur et de l'appareil circulatoire chez des enfants atteints d'affections nerveuses. Plu-

sieurs fois il a trouvé dans la paralysie cérébrale, une hypertrophie du cœur gauche, mais il ne s'agissait pas là d'une affection primitive du cœur, car les bruits cardiaques étaient absolument nets. Il y avait donc là plutôt une hypertrophie secondaire sur l'étiologie de laquelle M. Lehrbuscher ne peut donner une explication satisfaisante. En second lieu, dans les maladies diffuses de l'encéphale, il a observé des troubles vaso-moteurs de diverse sorte, comme le refroidissement des pieds et des mains, des frissons. Il signale en outre les troubles de l'activité cardiaque, comme la tachycardie, l'arhythmie, dont l'intensité est parallèle aux états psychiques, de sorte que, par exemple, l'arhythmie est aggravée pendant les périodes d'excitation ; dans des cas rares, il y a augmentation de la matité cardiaque avec renforcement du deuxième bruit mais sans souffle.

Les causes de l'augmentation de volume du cœur doivent être cherchées dans le retentissement des troubles vaso-moteurs sur le cœur ; l'artério-sclérose se développe souvent d'une façon précoce. On observe encore d'autres troubles, de l'appétit exagéré, de l'augmentation de la soif, ce qui entraîne l'ingestion de grandes quantités de liquides. Enfin il faut incriminer les excès de masturbation auxquels se livrent souvent les enfants.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 Mai 1896.

Appendicite.

M. Laveran pense que la théorie de la cavité close développée par M. Dieulafoy est beaucoup trop exclusive. D'abord, l'histologie démontre que les rétrécissements sont d'ordre inflammatoire, donc ils sont effet et non point cause de l'appendicite. En outre, il y a certainement des appendices perforés et dilatés, loin d'être rétrécis. Cette conception a une importance pratique réelle, car la théorie de la cavité close conduit, comme l'a dit M. Dieulafoy, à l'intervention constante, tandis que la théorie inflammatoire soutenue par M. Laveran fait comprendre que le traitement médical puisse réussir : or, la fréquence de ses succès est incontestable aux yeux de M. Laveran.

M. Pozzi lit un rapport sur deux faits de M. Guermonprez relatifs à la contagion du cancer et conclut qu'elles sont insuffisamment probantes (voir *Gaz. hebd.*, 1896, p. 245).

M. Robert (de Pau) lit une observation d'*éclampsie puerpérale* à 7 mois environ chez une primipare de 36 ans. Il pratiqua l'accouchement forcé par dilatation manuelle progressive, sous le chloroforme, le col ayant encore toute sa longueur et n'étant nullement dilaté. La malade guérit sans encombre. M. Robert termine par une théorie établie sur l'analyse chimique des urines.

M. Lévy rapporte un fait de *monstruosité fœtale*.

M. Liétard (de Plombières) lit un mémoire sur la littérature médicale de l'Inde.

Comité secret.

La liste de présentation pour deux places de correspondants nationaux (division de médecine) est dressée ainsi qu'il suit :
1° M. Glénard (de Lyon);
2° M. Mossé (de Toulouse);
3° *Ex æquo :* MM. Debierre (de Lille), Renon (de Saumur);
4° *Ex æquo :* MM. Prosper Lemaistre (de Limoges), Vidal (d'Hyères).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 7, 13 et 20 Avril 1896.

Allongement des membres inférieurs dû à la castration.

M. Lortet ayant eu, au Caire, l'occasion de disséquer un eunuque de vingt-quatre à vingt-cinq ans, dont la taille était de 2 mètres, a constaté les faits suivants : le crâne est bien conformé, malgré un prognathisme maxillaire et dentaire très prononcé. Le bassin est très étroit, presque atrophié. Les trous ovales, énormes, ne laissent entre eux qu'une symphyse pubienne étroite. Les os longs sont tous excessivement grêles et ne présentent pas les arêtes destinées aux insertions musculaires. L'humérus est relativement court (37 centimètres). Le radius et le cubitus sont longs et faibles. Les métacarpiens et les phalanges sont d'une dimension longitudinale exagérée, très minces et constituent une main longue, étroite, presque simienne. Le fémur, très faible, n'offre presque pas de courbure. Le tibia et le péroné, tous deux grêles, sont d'une longueur (45 centimèt. et 44 centimèt.) disproportionnée à la hauteur du sujet. Les métatarsiens et les phalanges du pied sont longs et minces comme ceux de la main. L'accroissement insolite de la longueur des membres a donc atteint surtout les membres inférieurs.

Ce fait, vérifié sur un grand nombre d'eunuques vivants, correspond entièrement à ce qu'on observe chez les animaux châtrés.

Les températures animales dans les problèmes de l'évolution.

M. Quinton. — La température qui préside aux réactions chimiques de la vie relève de deux facteurs : 1° la température du milieu ambiant; 2° le pouvoir calorique propre à l'animal. La température du milieu ambiant est, dans cette matière, d'une importance telle que les lignes *isocrymes* ou du plus grand froid se confondent avec les lignes de répartition des espèces sur le globe. Très élevée aux époques les plus anciennes, la température du globe a été toujours en décroissant et les premiers animaux vivaient par de hautes températures qu'ils recevaient du milieu. Mais à mesure que la température tombait, le pouvoir calorifique apparaissait. Ce pouvoir calorifique, fonction du refroidissement, a déterminé, avec les températures animales, l'ordre d'apparition des espèces.

Un cas de parasitisme passager du « glyciphagus domesticus » de Geer.

M. E. Perrier nous apprend que deux maisons de Barfleur furent envahies par le *glyciphagus domesticus* et rendues inhabitables par la multiplication inouïe de cet acarien, commun en France surtout dans les établissements où les débris organiques sont habituellement accumulés. Ces maisons, toujours d'une absolue propreté, avaient été infestées par une domestique venue de Cherbourg chez des parents habitant lesdites maisons, après avoir été renvoyée de sa place *parce que sa tête était couverte d'une telle quantité de glyciphages* qu'elle ne pouvait la secouer sans répandre sur ses vêtements une abondante poudre blanche, formée par les acariens.

Les deux immeubles furent totalement débarrassés de leurs parasites par les vapeurs d'acide sulfureux, tandis que la jeune domestique et les membres de sa famille, qu'elle avait infestés, furent également et promptement débarrassés de leurs acariens par des lotions à l'eau de Cologne et à la liqueur de Van Swieten. Les effets de ce parasitisme avaient, d'ailleurs, été bénins : ils se bornaient à des démangeaisons assez faibles et à une sensation de fourmillement causée par le contact des pattes et des chélicères en pince didactyle de l'acarien.

Comment les glyciphages étaient-ils arrivés sur la tête de cette jeune fille? Avant de servir chez ses derniers maîtres, elle avait été employée pendant huit ans dans une charcuterie. Or, il est presque impossible que, dans un établissement de ce genre, si bien tenu qu'il soit, les glyciphages ne soient pas plus ou moins abondants. C'est donc vraisemblablement là qu'il faut chercher la cause de la localisation singulière qu'ils ont momentanément présentée.

Adaptation spontanée des muscles aux changements de leurs fonctions.

M. Joachimsthal. — M. Marey a constaté expérimentalement sur le lapin que, si un muscle s'attache à l'extrémité d'un long bras de levier, sa fibre rouge est fort longue, tandis que si le bras de levier a été raccourci (résection du calcanéum par exemple), sa fibre rouge diminue de longueur, tandis que le tendon, au contraire, s'allonge. M. Joachimstal, sur le chat, a vérifié ces faits et a constaté en outre une augmentation de volume du tendon.

De plus, le hasard lui a fourni l'occasion d'observer un cas pathologique également confirmatif de ces faits. Il s'agissait d'un cas de pied bot congénital chez une jeune fille de dix-huit ans qui, dans sa première enfance, avait été traitée au moyen d'appareils de redressement. Le traitement avait été si efficace que l'on ne constatait plus aucune différence entre les deux pieds; la fonction du membre était parfaite; il existait cependant une atrophie frappante du mollet. En examinant cette jeune fille, sous un relief de la peau, doublé d'une pelote de graisse, on sentait le calcanéum très raccourci et réduit à un bras de levier si court que le muscle s'était modifié dans sa forme. Celui-ci était à son tour tellement raccourci qu'il n'occupait plus guère qu'un tiers ou un quart de la longueur de la jambe, à la partie supérieure de laquelle il formait une forte proéminence, tandis que le reste, réduit à l'état de tendon, donnait l'impression d'une atrophie très prononcée du muscle.

Influence des courants induits sur l'orientation des bactéries vivantes.

M. L. Lortet. — Les bactéries vivantes, se présentant sous la forme de bacilles mobiles, sont très sensibles à l'action des courants induits. Elles sont les seuls êtres organisés qui jouissent de la propriété de s'orienter sous l'influence desdits courants et elles s'orientent même immédiatement dans le sens du courant. Cette propriété des bactéries n'est pas physique seulement, mais elle est bien en rapport direct avec la vitalité de leur protoplasma. En effet, dès qu'un liquide antiseptique a immobilisé ou fait périr ces bactéries, l'influence de l'électricité devient nulle.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er Mai 1896.

Anévrysme de l'artère hépatique.

M. Sainton rapporte l'observation d'un homme âgé de 46 ans, entré à l'hôpital pour un ictère et des douleurs abdominales, avec paroxysmes pendant son séjour à l'hôpital où il fut pris d'une douleur brusque de l'abdomen et mourut rapidement dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva le péritoine rempli de sang qui provenait d'un anévrysme situé à 3 centimètres de la naissance de l'artère hépatique, du volume du poing. La rupture s'est faite à la partie antérieure de la poche. Sur l'artère iliaque primitive, du côté droit, existe un caillot ancien.

Tumeur du sein chez l'homme.

M. Termet rapporte l'observation d'un homme âgé de 66 ans, présentant, depuis 3 ans, une petite tumeur du sein droit. Les phénomènes douloureux étaient très intenses ainsi que les hémorrhagies, ce qui nécessita l'extirpation du néoplasme. Au point de vue histologique, il s'agit d'un *épithélioma tubulé*.

Invagination cæcale de l'appendice.

M. Mermet cite l'observation d'une femme de 35 ans qui depuis 3 ans, au moment de ses règles, était prise de douleurs abdominales avec phénomènes de péritonite. La crise finissait au moment de l'apparition des pertes menstruelles, et se reproduisait le mois suivant, laissant, dans l'intervalle, la malade vaquer à ses occupations.

Une première opération (laparatomie médiane) ne permit pas d'arriver sur la tuméfaction pâteuse qu'on sentait dans la région cæcale, mais elle montra au moins l'absence de lésions des annexes. L'incision iliaque faite 5 semaines après mit au jour un appendice vermiculaire adhérent par ses parties latérales et dans sa moitié inférieure au péritoine pariétal; sa moitié supérieure ou mieux ses deux tiers étaient inclus dans l'ampoule cæcale qui lui formait une véritable gaine; les deux péritoines, appendiculaire et cæcal, étaient soudés et l'appendice était immobilisé dans cette situation.

Plaie thoracique et abdominale par balle de revolver.

M. Dartigues communique l'observation d'un individu qui, dans un but de suicide, s'est tiré une balle de revolver dans le 5e espace intercostal droit. La balle pénétra dans la plèvre, ne toucha pas le poumon, retraversa le diaphragme, pénétra dans l'abdomen, perfora l'estomac en deux points, le lobe gauche du foie, retraversa le diaphragme et la cavité pleurale, et vint faire saillie dans le 11e espace intercostal gauche. Le malade eut le lendemain une hématémèse considérable, dont il mourut.

Actinomycose pulmonaire, cutanée et vertébrale.

MM. Macaigne et **Raingeard** rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans, qui, à l'âge de 4 ans, fut pris de fièvre muqueuse et de bronchite. La toux persista et l'enfant se cachectisa. Deux ans après, le malade fit une chute et, à la suite, il présenta un phlegmon de la région dorsale. A l'incision, il s'écoula du pus chargé de grains de sable, au dire de la mère. L'enfant entra à l'hôpital, et présenta alors des altérations cutanées au niveau de la partie supérieure du dos et des lésions pulmonaires. On porta le diagnostic d'actinomycose, grâce à la présence de grains caractéristiques dans le pus. L'enfant mourut de cachexie.

A l'autopsie, on trouva le poumon gauche infiltré de grains actinomycosiques et sclérosé. La plèvre était adhérente au sommet et l'infection pulmonaire communiquait avec celle de la peau. Les ganglions lymphatiques présentaient également des grains d'actinomycose. La moelle dorsale supérieure présentait d'énormes lésions de pachyméningite où l'on retrouvait des grains. La peau offrait également la lésion caractéristique de l'infection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 Mai 1896.

Sur les fibres endogènes dans les cordons postérieurs.

M. Dufour. — Il existe dans les cordons postérieurs deux systèmes principaux de fibres endogènes, l'un de fibres à long trajet, l'autre de fibres à court trajet. Les fibres à long trajet occupent en haut la partie postéro-interne du cordon, et se rapprochent en bas de la périphérie pour se grouper dans le centre ovale de Flechsig. Les fibres à court trajet occupent en haut la zone cornucommissurale et suivent en bas le septum.

Coli-bacille du nourrisson et coli-bacille de l'adulte.

M. Péré. — J'ai déjà montré (1) qu'il existe des coli-bacilles tirés des excréments de certains animaux qui font de l'acide lactique *droit*, dans la solution glucose-peptone et carbonate de chaux; d'autres, tels que celui des fèces de l'homme, qui

1. Sur la formation des acides lactiques stéréo-isomériques (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1893).

font de l'acide lactique *gauche* dans le même liquide de fermentation.

Ayant entrepris l'étude comparée du coli-bacille du nourrisson et du coli-bacille de l'adulte, j'ai bien constaté que les deux microbes possèdent des propriétés biologiques communes : celles de former de l'indol dans les solutions de peptone, de coaguler le lait et de provoquer la fermentation énergique du lactose; mais qu'ils diffèrent l'un de l'autre par la constitution moléculaire des acides lactiques qu'ils forment.

Le coli-bacille du nourrisson m'a donné de l'acide lactique *droit* dont le sel de zinc est *lévogyre*, dans la solution de glucose peptone et carbonate de chaux; à l'inverse de celui de l'adulte qui donne, comme il est dit plus haut, de l'acide lactique *gauche*, à sel de zinc *dextrogyre*.

Cette différence était à signaler, parce qu'elle suscite la question de savoir si un nouveau microbe ne vient pas de l'extérieur supplanter dans l'intestin le microbe d'origine, par le fait du changement de régime alimentaire chez l'enfant; ou si ce changement de régime ne provoquerait pas une modification dans l'une des fonctions biologiques du microbe originel.

Cette dernière hypothèse semble légitimée par ce fait que le microbe du nourrisson peut faire aussi de l'acide lactique *gauche*, ainsi que celui de l'adulte. Il suffit, pour obtenir ce corps, de substituer les sels ammoniacaux à la peptone, dans la solution de glucose-carbonate de chaux; ou bien de cultiver le microbe dans une solution neutre renfermant de l'acide lactique *racémique* comme source unique de carbone, et des sels ammoniacaux comme source unique d'azote alimentaire.

La formation d'acide lactique *gauche* dans ces conditions de culture vient corroborer mes premières observations relatives à l'influence de la *qualité* de l'azote alimentaire sur la constitution moléculaire des acides lactiques formés par un même microbe aux dépens d'un même sucre.

Excrétion de l'acide urique par la salive chez les uricémiques.

M. Boucheron. — L'acide urique qui existe dans la salive des uricémiques peut être décelé dans un centimètre cube de salive par la réaction de la murexide, en ayant soin de faire agir seulement les vapeurs d'acide nitrique et d'ammoniaque sur la salive desséchée à une température peu élevée. Avec un excès de chaleur ou d'acide ou d'ammoniaque la réaction manque. Il en est de même avec un centimètre cube d'urine.

L'excrétion de l'acide urique par la salive se fait dans l'intervalle des repas, et s'interrompt brusquement aussitôt que le contact d'un corps sapide sur la langue, provoque la sécrétion de la salive digestive.

C'est un exemple très net de l'alternance entre les fonctions d'excitation et de sécrétion des glandes salivaires.

L'excrétion de l'acide urique par la salive est aussi une preuve que le rein n'est pas seul chargé d'excréter l'acide urique, et que dans certaines circonstances, ce corps peut être éliminé par d'autres glandes, sauf à être plus ou moins repris par l'absorption intestinale ou évacué directement par le tube digestif.

Recherches des spores de l'aspergillus fumigatus dans le mucus nasal et la salive de personnes saines et malades.

M. Rénon. — Ces recherches ont porté sur 58 cas, et nous n'avons constaté qu'une seule fois la présence du champignon dans la salive et six fois dans le mucus nasal : ceci permet d'expliquer la rareté des cas d'aspergillose des fosses nasales et du pharynx décrits par Schubert, Siebermann, Zernicko, Mackenzie et Dunn.

M. Meignen présente la photographie d'un veau à deux têtes, âgé actuellement de 2 mois 1/2 et parfaitement vivant et bien portant. Les deux têtes sont soudées par l'occipital. Il y a deux bouches qui fonctionnent normalement, quatre yeux, deux oreilles, etc.

M. Mathias Duval remet au nom de **Mme Navine** une note sur la structure des follicules clos de la conjonctive chez les chiens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance solennelle du 29 Avril 1896.

M. Reclus, secrétaire général, lit l'éloge d'Alphonse Guérin.

M. Segond, secrétaire annuel, fait un rapport sur les communications et les discussions qui ont été l'objet des travaux de la Société pendant l'année 1895.

La Société décerne les prix suivants :

Prix Ricord : MM. Péraire et Huguet, ce dernier médecin-major aux hôpitaux de la division d'Alger.

Prix Duval : M. Donnadieu (de Bordeaux).

Prix Gerdy : M. Mauclaire (de Paris).

Prix Demarquay : M. Sieur, répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er Mai 1896.

Cancer de l'ampoule de Vater.

M. Rendu. — Un homme d'âge moyen, de bonne santé habituelle, est atteint d'ictère, sans cause appréciable. A trois reprises différentes la jaunisse disparaît, sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une simple rétention biliaire passagère. Puis l'ictère reparaît de nouveau, se compliquant de fièvre, de tension douloureuse du foie, de phénomènes infectieux rappelant par certains côtés l'ictère grave. La mort survient au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques, parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse, qui, dans les deux derniers jours de la vie, se compliqua d'hémorrhagie intestinale. A l'autopsie on trouva un épithélioma cylindrique, exactement limité à l'ampoule de Vater, une angiocholite suppurée et des abcès multiples du foie, tandis que le pancréas était absolument indemne de toute lésion.

Deux points me paraissent, dans cette observation, mériter d'attirer l'attention parce qu'ils peuvent contribuer peut-être à faire distinguer cliniquement les cancers de l'ampoule de Vater, d'origine exclusivement intestinale, de ceux de la tête du pancréas. Ce sont les alternatives d'amélioration et de récidive de l'ictère dans les premières phases de la maladie, et la diarrhée persistante de la période terminale.

Comme chez le malade de M. Hanot, le début de l'affection a été insidieux et remarquablement bénin. Un ictère indolent, accompagné d'un léger embarras gastrique, impossible à distinguer de l'ictère catarrhal classique, n'altérant pas sensiblement la santé générale, voilà tout ce qu'ont présenté nos deux malades. Puis, quand on les croyait guéris, de nouveau, sans cause provocatrice appréciable, les signes de l'obstruction biliaire se sont reproduits, et cela à plusieurs reprises.

Il est possible de se rendre compte du mécanisme de cet ictère intermittent qui, *a priori*, semblerait imputable à un calcul flottant dans le canal cholédoque. La plaque d'épithélioma qui envahit l'ampoule de Vater ne supprime pas complètement la perméabilité du cholédoque. Elle ne fait que le rétrécir, et ce rétrécissement lui-même peut varier suivant l'état de turgescence et de vascularisation du néoplasme. Cette disposition explique également l'indolence absolue du mal pendant une assez longue période. Le développement de l'épithélioma est lent et absolument insensible, et, d'autre part, l'obstruction biliaire se fait assez graduellement pour n'éveiller pour ainsi dire aucune douleur.

Quand il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas, il ne donne pas nécessairement lieu tout de suite à l'ictère, mais le jour où par son développement il arrive à englober l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère devient définitif et ne rétrograde plus. L'intermittence de l'ictère est donc un signe de présomption du cancer de l'ampoule de Vater, tandis que sa persistance peut faire songer à celui de la tête du pancréas, surtout quand il s'y joint de l'amaigrissement et des signes de détérioration sérieuse de l'organisme.

La diarrhée a vraisemblablement moins de valeur, car elle peut se montrer toutes les fois que la digestion pancréatique est

altérée. Je serais tenté de croire cependant qu'il y a lieu d'en tenir compte quand on la voit persister avec la fixité qu'elle présentait chez mon malade. Quel que soit le siège des cancers épithéliaux de l'intestin, ils donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique, dont on ne comprend la signification que le jour où apparaissent certains symptômes insolites, tels que l'entérorrhagie ou les phénomènes d'obstruction intestinale. Dans l'ictère chronique par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. L'ictère grave lui-même, qui donne si souvent lieu à des hémorrhagies intestinales, n'entraîne pas nécessairement de la diarrhée. C'est donc un accident quelque peu insolite que de la voir survenir au cours d'un ictère, et surtout de la voir persister malgré un traitement rationnel. Il faudra dorénavant, en pareil cas, penser à la possibilité d'un cancer de l'ampoule.

Varicelle chez un garçon de deux ans convalescent de la scarlatine. Rash scarlatiniforme éphémère le second jour de l'éruption.

M. Comby communique une observation dont le titre ci-dessus résume le côté intéressant. On sait que ces rash sont rares dans la varicelle. MM. Galliard et Chauffard en ont cependant signalé quelques cas il y a quatre ou cinq ans.

Déformation des mains dans l'acromégalie.

M. Marie présente deux acromégaliques, un homme et une femme, dont l'un à les mains classiques (hypertrophie en largeur, doigts en battoir, etc.) et dont l'autre, plus jeune, a, au contraire, les mains longues, effilées, développées en longueur. Cette différence de conformation viendrait à l'appui de la remarque faite par MM. Brissaud et Meige dans un livre récent, à savoir que les déformations se font en longueur chez les acromégaliques jeunes et en largeur chez les acromégaliques ayant dépassé 40 ans.

Cette différence tient à la présence des cartilages inter-épiphyso-diaphysaires dans le jeune âge.

M. Jolly, interne à Bicêtre, communique une observation d'éruption syphilitique généralisée chez un ancien paralytique infantile, éruption ayant respecté le membre inférieur droit atrophié.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 Avril 1896.

Tétanie et rachitisme.

M. Cassel, après avoir passé en revue les recherches de ces dernières années, celles de Saltmann, Escherich, Baginsky, Kassowitz et autres qui ont établi la fréquence de la tétanie chez les enfants rachitiques, rapporte le résultat de ses recherches sur ce point de la pathologie infantile.

Sur 7 000 enfants qui ont passé à sa clinique, il en a observé 60, 37 garçons et 23 filles, présentant des phénomènes de tétanie. Les enfants étaient âgés de 4 semaines à 9 mois, et ont été nourris, à part 6, avec les divers succédanés du lait. Une partie de ces enfants ont été perdus de vue au bout de 8 à 15 jours : 17 ont été guéris, 7 sont morts.

Parmi les symptômes que ces enfants ont présentés à côté de leur tétanie, les troubles digestifs tenaient la première place. Le rachitisme a été noté chez 52, soit dans 86 p. 100 des cas, et 11 autres avec un rachitisme grave avec du craniotabès. L'absence de tout symptôme rachitique n'a été notée que dans 8 cas.

Le traitement par le phosphore a donné des résultats satisfaisants mais moins bons que ceux qui ont été fournis par les bains prolongés à 28°-30°, et le chloral qu'on donnait contre l'insomnie. A côté du traitement pharmaceutique, on veillait à la diète, au régime alimentaire et à l'hygiène.

D'après M. Cassel, la tétanie serait une affection idiopathique qui se développerait sur le terrain préparé par les mauvaises conditions hygiéniques.

M. Kalischer a vu en 3 ans 7 cas de tétanie idiopathique sur les 9 184 enfants qu'il a observés. Sur 2 191 enfants âgés de moins de 2 ans, il y avait 5 tétaniques dont 3 atteints de rachitisme. Tous les 5 avaient du laryngospasme que M. Kalischer considère comme une manifestation de la tétanie, comme le prouve du reste l'existence du laryngospasme chez les adultes tétaniques.

D'un autre côté M. Kalischer a observé 82 rachitiques qui n'avaient pas de tétanie. 51 d'entre eux avaient du laryngospasme; 28, le phénomène du facial; 14, les signes de Trousseau. Aucun d'eux n'avait d'accès tétaniques spontanés.

M. Alba considère comme fort problématique l'existence d'une tétanie idiopathique.

M. Heubner fait observer que jusqu'à présent la définition de la tétanie infantile se fait encore attendre. Personnellement il considère le laryngospasme comme une forme tonique et clonique d'une contracture d'origine cérébrale, et ne croit pas qu'on puisse identifier le laryngospasme avec la tétanie, d'autant moins qu'on l'observe dans une foule d'autres affections.

M. Remak considère la tétanie comme une affection très caractéristique et par conséquent autonome; chez l'adulte, il s'agit principalement d'une augmentation de l'excitabilité mécanique et électrique non seulement des nerfs moteurs, mais encore des nerfs sensitifs, due à une sorte d'état d'intoxication dans lequel se trouvent les nerfs périphériques.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 22 Avril 1896.

Affections de la veine cave inférieure.

M. Schlesinger fait observer que l'on diagnostique ordinairement une affection de la veine cave inférieure dans le cas où on trouve de l'œdème et de la cyanose des membres inférieurs avec développement des lacis veineux de la paroi abdominale. Mais il existe des cas où l'affection de la veine cave inférieure évolue sans ces symptômes, ou bien encore des cas où l'on ne trouve que de l'œdème d'un membre inférieur, lequel œdème envahit ensuite la paroi abdominale et le thorax. Ces cas avec œdème unilatéral sont loin d'être rares. Leur pathogénie est multiple. Dans certains cas l'unilatéralité de l'œdème tient au développement considérable de la circulation collatérale d'un côté si bien que de ce côté les phénomènes de stase ne peuvent se développer; dans d'autres cas il s'agit de l'oblitération d'une veine iliaque à la suite d'une ancienne phlébite, ou bien du prolongement d'un thrombus de la veine iliaque dans la veine cave. L'œdème unilatéral peut encore tenir à l'existence des anastomoses particulièrement développées entre la veine iliaque et les veines voisines; il peut enfin exister dans ces cas une anomalie, une veine cave double.

Pour faire le diagnostic d'affection de la veine cave inférieure en cas d'œdème unilatéral, il faut envisager l'état de la circulation collatérale. Si cette circulation se développe de deux côtés, s'il apparaît des phénomènes indiquant une lésion fonctionnelle des reins, comme l'hématurie, l'albuminurie, si des phénomènes d'hyperémie passive des organes se font jour, on peut alors, d'après l'ensemble des signes, diagnostiquer une affection de la veine cave inférieure malgré l'œdème unilatéral.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Étude clinique du rein mobile.

Depuis longtemps les pathologistes, médecins aussi bien que chirurgiens, s'occupent du rein mobile, de ses causes, de ses symptômes et de son traitement. Ce traitement, qui n'a pu devenir opératoire que depuis l'avènement de l'antisepsie, est encore souvent discuté, et les chirurgiens ne sont pas d'accord sur les indications et les résultats de l'intervention sanglante, de la néphropexie. Ainsi, dans un travail récent qui a été longuement analysé ici même, un auteur des plus experts en chirurgie rénale, Israel (de Berlin) se prononce contre l'opération. Tout autre est le jugement porté parmi nous par Guyon, et nous allons le faire voir en suivant pas à pas la thèse établie tout récemment par son élève Walch (1), d'après 18 observations de sa pratique hospitalière.

Fréquence. — Le rein mobile mérite qu'on s'occupe de lui, car il est fréquent : non pas dans les statistiques anciennes, où Rollet ne le trouve que 22 fois sur 5500 sujets, mais dans les récentes où Glénard, Mathieu évaluent cette fréquence chez la femme de 22 à 28 o/o; Godard Danhieux et Verhoogen vont même plus loin et parlent de 46 o/o; chiffre obtenu, il est vrai, dans des conditions un peu spéciales, chez des sujets soignés pour les maladies digestives, et les troubles de ce genre sont particulièrement fréquents chez les malades atteints de rein mobile. Y a-t-il réellement accroissement de fréquence, comme le veut Walch, accroissement parallèle à celui des diverses affections nerveuses? Il est plus probable que ces différences de chiffres tiennent surtout à ce que, de nos jours, on sait mieux rechercher la mobilité du rein.

Etiologie. — Il est inutile d'insister longuement sur l'étiologie du rein mobile : corset, traumatismes, etc., ont un rôle connu depuis longtemps. Longtemps — et Landau est encore de cet avis — la multiparité a été invoquée, mais Lindner, Kuttner, Walch trouvent une fréquence presque égale chez les nullipares et chez les multipares. De même Walch, d'après ce qu'il a vu au cours des opérations, croit qu'on a eu tort d'invoquer la disparition rapide de la graisse périrénale. Avec Becquet, il convient d'insister sur l'augmentation de volume du rein pendant la période cataméniale : mais y a-t-il là, comme le veut cet auteur, une cause de descente, le rein tombant de plus en plus bas à chaque poussée cataméniale? Lancereaux ne le pense pas et il admet que les inflammations utérines et péri-utérines, qui coïncident souvent avec la mobilité rénale, sont l'origine d'un trouble dans l'innervation du rein, contribuant peu à peu au déplacement de cet organe. L'étiologie serait donc purement nerveuse.

D'après Potain, le rein mobile serait toujours consécutif à des phénomènes inflammatoires. En effet, il y a une coïncidence fréquente avec la colite mucomembraneuse, qui serait, dans cette hypothèse, le point de départ d'une inflammation sous-péritonéale qui se propagerait à la capsule adipeuse du rein, propagation facilitée du côté droit par le rapport du côlon avec l'extrémité antéro-supérieure du rein, sans intermédiaire de mésocôlon. Mais cette inflammation ne doit au contraire avoir d'autre résultat que de contribuer à la fixité du rein en transformant le tissu graisseux en tissu fibreux.

Telles sont les principales causes invoquées pour expliquer l'apparition de l'ectopie rénale. Aucune ne peut nous satisfaire, aucune ne peut s'appliquer à tous les cas, il nous faut rechercher une étiologie d'ordre plus général. C'est ce qu'a fait M. Glénard en émettant la théorie de l'entéroptose.

Pour M. Glénard, la cause de tout le mal, c'est le prolapsus primitif de l'intestin, et en particulier du coude droit du côlon, c'est l'entéroptose, qui englobe la neurasthénie de Beard, la dilatation gastrique de Bouchard, la maladie du rein mobile; le rein mobile n'est rien, l'entéroptose est tout. Cependant cette théorie n'est pas applicable à beaucoup de cas. Bien des fois, Walch a constaté l'existence du rein mobile sans entéroptose et il a vu cesser, après la néphrorrhaphie, les troubles gastriques, si accentués auparavant, démontrant bien ainsi que le rein mobile en était la seule cause.

Pour que les différentes causes puissent avoir une action efficace, il faut qu'elles agissent sur un individu prédisposé aux prolapsus par la perte de tonicité de certains tissus, et particulièrement du tissu fibreux et du tissu musculaire. Et, comme l'admettent Litten, Guterbock, Ewald, Stifler, Albarran, la congénitalité joue un grand rôle. Albarran pense que dans la plupart des cas le rein mobile doit être regardé comme un stigmate de dégénérescence; et cette hypothèse, il l'appuie sur des faits anatomiques et cliniques : l'existence dans certain cas d'un vrai mésonéphron; la longueur exagérée du pédicule rénal qui permet d'amener le rein très aisément sur les bords de la plaie; le rein lobulé dont il cite un cas, et dont Walch a pu constater avec lui dans une récente

1. Walch, Étude clinique du rein mobile : indications thérapeutiques (Thèse de doct., Paris, 1895-96, n° 198).

néphrorrhaphie un deuxième cas. Chez ces malades, il a souvent rencontré l'excavation exagérée de la voûte palatine, les oreilles simiesques, la perversion de l'instinct sexuel. Et, comme confirmation, Walch a constaté, sur deux séries de 50 cas, que le rein mobile est deux fois plus fréquent à la Salpêtrière que dans les services de médedecine générale.

Symptômes. — Le rein mobile, en tant qu'entité morbide, n'est pas une simple vue de l'esprit ainsi que le prétendent certains auteurs et en particulier M. Glénard. Dans beaucoup de cas la mobilité rénale doit seule être rendue responsable des différents symptômes observés et qui cessent grâce à la néphrorraphie. La mobilité rénale peut exister sans aucun symptôme, être découverte par hasard. Bien souvent, au contraire, les choses ne se passent pas ainsi et, dans bien des cas, le rein mobile prend assez rapidement les allures d'une affection essentiellement douloureuse.

C'est parfois brusquement, d'une façon dramatique, que débute la maladie. A l'occasion d'une chute, d'un effort, le malade ressent une vive douleur dans le flanc, douleur atroce, poignante, pouvant aller jusqu'à la syncope. D'autres fois, c'est spontanément que le rein mobile révèle sa présence. Telle une malade qui subitement, après déjeuner, est prise d'une douleur aiguë dans le flanc droit, accompagnée de nausées. Le début peut simuler les colipues hépatiques ou néphrétiques : W. Bruce Clarke en rapporte un cas intéressant, où la néphrorrhaphie fit cesser des coliques néphrétiques. Enfin c'est le plus souvent sourdement, progressivement, que s'établissent les différents troubles occasionnés par la mobilité rénale.

Le malade qui vient consulter se plaint presque toujours de douleurs lombaires d'intensité variable. Souvent en outre on constate que le malade est dyspeptique, et parfois il fait de lui-même remarquer que les troubles digestifs sont beaucoup plus accentués quand il souffre davantage de son rein. D'autres fois ces symptômes digestifs font défaut, ainsi que Walch l'a noté dans plusieurs des observations. Enfin, le plus souvent, la malade atteinte de rein mobile est une nerveuse. Elle raconte son mal avec emphase, force détails, elle souffre de partout, c'est la malade « aux petits papiers » de Charcot; on est en présence d'une hypochondriaque, d'une neurasthénique, quelquefois d'une hystérique. En effet, ce qui domine dans le tableau clinique de ces malades, c'est la névropathie. Ce sont avant tout des nerveux, et leurs troubles digestifs ne sont eux-mêmes qu'une névrose. Il importera donc de bien étudier les rapports de la mobilité rénale avec ces différents troubles nerveux, de voir jusqu'à quel point la mobilité doit en être rendue responsable, car de là on doit tirer d'importantes déductions, au point de vue thérapeutique.

Dirons-nous qu'il y a une forme douloureuse, neurasthénique, hystérique, gastralgique? Ces divisions nous paraissent bien artificielles; ces différentes formes peuvent le plus souvent se confondre, se succéder. Tel malade aujourd'hui se présente avec un rein mobile simplement douloureux que vous reverrez bientôt véritablement neurasthénique, et se plaignant de troubles digestifs très accentués.

Donc deux grands ordres de symptômes fonctionnels dominent la symptomatologie du rein mobile : le symptôme douleur, le symptôme dyspepsie, et encore le second est-il presque toujours sous la dépendance du premier. Ces symptômes méritent d'être étudiés en détail.

1° *Douleur*. — Il faut distinguer la douleur lombaire de ses irradiations, ces dernières l'emportent souvent au point de tromper le médecin non prévenu. La douleur lombaire est souvent d'abord légère; puis s'accentue peu à peu au point que dans certains cas les malades tombent dans la morphinomanie. Quelquefois, l'affection présente d'abord les caractères d'un véritable lumbago; c'est ce qui s'observe surtout lorsque les reins se luxent après un violent traumatisme, et Tuffier, quoiqu'il n'ait pu constater la mobilité rénale dans ces cas, pense que certains lumbagos, dits tours de reins, ne sont en réalité que des luxations de cet organe.

Au lieu d'être localisée à la région lombaire, souvent la douleur irradie au loin, et dans des directions bien différentes, vers la fosse iliaque, les organes génitaux, la cuisse, vers les omoplates, l'épaule. Ces irradiations douloureuses peuvent à leur tour dominer complètement la scène; on a alors le type des névralgies iléo-lombaire, sciatique, crurale. Pour Drummond, cette prédominance des irradiations douloureuses sur la douleur lombaire serait rare, car dans une étude qu'il fit en 1890 sur 31 cas de rein mobile, il n'en trouve que deux où la douleur ne fut pas localisée au rein. Fréquentes sont les irradiations douloureuses du côté de la vessie; et ce que l'on note le plus souvent dans les observations, c'est, par réflexe rénovésical, la cystalgie, le ténesme vésical. Ainsi, Walch a observé une malade qui souvent, lorsqu'elle se trouvait en société, ressentait un besoin irrésistible d'uriner; elle se retirait un instant refoulait son rein en appuyant avec ses deux poings de bas en haut sur la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, et tout disparaissait.

Quelque type qu'affecte le cortège douloureux du rein mobile, un de ses caractères constants est d'accroître d'intensité par le mouvement, de diminuer par le repos. Parfois même le moindre mouvement fait renaître les plus vives douleurs. Quand on pousse un peu plus loin l'interrogatoire des malades, on apprend que ce repos demande certaines conditions pour être efficace. Le décubitus sur le côté opposé à la lésion est presque toujours intolérable; c'est quelquefois sur le côté correspondant au rein mobile que se couchent les malades. D'autres reposent presque toujours sur le ventre. Pour la plupart, c'est le décubitus dorsal qui amène le plus grand soulagement. Pendant les crises, les malades prennent les positions les plus diverses, ayant toutes pour but de réduire le rein dans sa loge. L'une s'étend sur le dos le siège très élevé, l'autre se couche sur le ventre les deux poings sous les fausses côtes, ou se penche fortement en avant, le corps plié en deux, en refoulant la paroi abdominale de bas en haut avec ses deux poings fermés.

Parallèlement aux douleurs causées directement par le rein mobile, se développent souvent des symptômes nerveux d'ordre plus général chez les individus prédisposés. Le tableau de la maladie devient alors tout autre, et quelquefois dans ce cas l'attention n'est que peu attirée du côté du rein si l'examen est trop rapide. On est alors en présence d'un malade se plaignant de céphalée diurne, caractérisée par une sensation de malaise indéfinissable, de vide, de pesanteur; le sommeil est de courte durée, agité, accompagné de cauchemars; le travail intellectuel est difficile; la fatigue musculaire qui survient rapidement n'est pas en rapport avec le travail accompli. Les douleurs dont se plaignent les malades sont variables de siège, d'intensité; les digestions sont pénibles. On est en présence d'un neurasthénique, ou tout au moins de malades chez lesquels domine un état de nervosisme très pénible. L'hystérie est fréquente chez les malades atteintes de rein

mobile, et depuis longtemps est notée par Gueneau de Mussy, Chrobak, Lancereaux, Stifler (étude publiée sur 100 cas de mobilité rénale, 15 fois l'hystérie). Certains malades deviennent hypochondriaques. Brochin, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1854, rapporte un fait intéressant : Velpeau connaissait un médecin chez lequel un rein deplacé faisait une saillie très appréciable dans le ventre; contre cette tumeur il avait institué tous les traitements imaginables et avait fini par se rendre malade à force de remèdes; Rayer, non sans peine, ayant fini par le persuader que c'était une simple anomalie, il cessa toute espèce de traitement et revint rapidement à la santé. Le rein mobile peut même causer la folie : Smith rapporte le cas d'une malade ayant passé deux années dans une maison de santé qui en sortit guérie à la suite de la néphrorrhaphie.

Ainsi, si les phénomènes douloureux du rein mobile se présentent souvent avec des caractères tels qu'ils doivent immédiatement mener le médecin à pratiquer l'exploration rénale, d'autres fois ces symptômes sont masqués par des états névropathiques divers, neurasthénie, hystérie. C'est en interrogeant plus minutieusement les malades sur le caractère des douleurs, sur leur siège, que l'attention sera éveillée du côté du rein. Il est d'autant plus important de reconnaître la mobilité rénale, qu'étant souvent la cause de l'apparition de ces névroses, l'on pourra obtenir de très bons résultats par la néphropexie.

Chez presque toutes les malades on note l'exagération des douleurs au moment de la menstruation. Les douleurs deviennent paroxystiques, le rein déplacé est très sensible à la pression, plus volumineux. Quelques malades ressentiraient même des pulsations, des battements douloureux, auraient des crises d'anxiété, d'affolement, des convulsions hystériques.

Si la congestion menstruelle a une telle action sur les douleurs du rein mobile, il est facile d'en déduire que toute inflammation utérine ou péri-utérine devra avoir un effet analogue. Depuis longtemps M. Lancereaux a insisté, dans l'étiologie du rein mobile, sur les affections des organes génitaux, déviations utérines, métrites, périmétrites, ovarites. M. Thiriar renverse la proposition : pour cet auteur, c'est le rein mobile qui est la cause indirecte de ces affections génitales.

2° *Dyspepsie.* — Les dyspeptiques sont nombreux parmi les malades atteints de rein mobile. Mais la dyspepsie ne se rencontre pas fatalement chez tout néphroptosé, ainsi que l'admettent les auteurs qui pensent que le rein mobile est inséparable de l'entéroptose. Drummond sur 31 malades ne l'a trouvée que 19 fois. Dans les 18 observations de Walch, il y en a 5 où les troubles digestifs sont très accentués et dominent complètement tous les autres symptômes douloureux; dans 6 autres, la dyspepsie n'a qu'une très moyenne intensité, et enfin 7 observations ne relatent aucun trouble digestif, quoique dans quelques-unes de ces dernières les phénomènes douloureux du rein mobile fussent très accentués.

La dyspepsie peut revêtir des allures très différentes. Souvent il s'agit surtout de troubles gastriques. Le malade a de l'anorexie, quelquefois un dégoût particulier pour certains aliments, la digestion est longue, pénible, accompagnée de sensation de ballonnement, d'éructations gazeuses, de pyrosis. Si on examine l'estomac de ces malades on trouve parfois de la dilatation, mais beaucoup plus rarement que ne l'ont dit beaucoup d'auteurs. Drummond sur 31 cas de néphroptose n'a pas trouvé une seule fois la dilatation de l'estomac. Stifler, sur plus de 100 cas ne la signale que 3 fois. Au contraire, Bartels, Warneck, admettent qu'il existe un rapport intime entre la dilatation stomacale et la néphroptose, et l'expliquent par la compression du duodénum par le rein mobile. Litten admettait inversement que la dilatation de l'estomac, était le fait primitif, la mobilité rénale le fait secondaire. Kuttner a aussi insisté sur la fréquente coïncidence des deux affections. Sur 89 cas où il a pratiqué l'insufflation de l'estomac il a trouvé 79 fois la dilatation. Hilbert, qui a repris ces expériences, ne trouve que 17 fois la dilatation sur 100 malades examinés dans ce but. Dans 18 observations Walch n'a noté cliniquement la dilatation stomacale que 4 fois.

Les troubles gastriques surviennent quelquefois par crises tellement aigües quelles peuvent simuler un empoisonnement ou les crises gastralgiques des tabétiques. Ces crises, qui doivent être différenciées de celles de l'étranglement rénal, ont été bien décrites par Lindner et surtout par A. Mathieu.

La malade est prise subitement, peu de temps après le repas, de vomissements alimentaires et glaireux; tout aliment ingéré est immédiatement rejeté. Les vomissements sont le plus souvent précédés de douleurs gastralgiques très vives. D'autres fois, c'est progressivement, lentement que s'établissent les troubles de la dyspepsie banale, flatulente. Les vomissements sont d'abord peu douloureux, peu persistants, puis surviennent des crises ressemblant à celles que nous venons de décrire. Quelquefois, les malades se plaignent de douleurs en ceinture d'une intensité extrême, et tout simule les crises gastralgiques des tabétiques. On peut trouver aussi une douleur bien localisée au niveau de l'appendice xiphoïde et de la région dorsale; il y a alors une grande ressemblance avec les symptômes de l'ulcère rond. Si on examine les malades à ce moment, on les trouve le visage exprimant une anxiété extrême, la respiration est pénible, le ventre est ballonné, douloureux, la pression réveille une grande sensibilité sur toute la surface abdominale, mais est particulièrement pénible au niveau du creux épigastrique où elle arrache des cris au patient. Les vomissements surviennent souvent matin et soir, parfois se renouvellent beaucoup plus fréquemment, jusqu'à 15 et 20 fois par jour, à l'occasion de l'ingestion de tout aliment quel qu'il soit. Les crises durent un jour, plusieurs jours, des semaines; elles retentissent alors beaucoup sur l'état général, le malade s'affaiblit, maigrit, prend un teint terreux; le médecin peut être alors entraîné à porter le diagnostic de cancer de l'estomac. L'apparition des crises est favorisée par les émotions vives, le surmenage, la menstruation. Tous ces malades, parfois hystériques, sont des névropathes le plus souvent neurasthéniques. Ainsi donc ici encore, c'est l'élément nerveux qui domine la symptomatologie, démontrant bien une fois de plus que le rein mobile est une affection essentiellement douloureuse. C'est un point important à retenir, car c'est surtout dans les cas de symptômes douloureux que la mobilité rénale peut être regardée comme la cause génératrice, et c'est alors surtout que la néphrorrhaphie a le plus de chances de succès.

Les troubles intestinaux sont fréquents chez les malades atteints de néphroptose. La constipation est habituelle : souvent dans les selles on trouve des restes d'aliments incomplètement digérés, et une plus ou moins grande quantité de mucus. Drummond sur 49 cas note 10 fois ces symptômes de dyspepsie intestinale. Chez certains de ces malades on trouve en même temps la ptose intestinale; l'abdomen est tombant sur les cuisses, il y a un

degré plus ou moins accentué d'éventration. Mais la coïncidence de l'entéroptose et du rein mobile paraît être beaucoup plus rare qui ne le prétendent beaucoup d'auteurs; sur 18 observations Walch ne l'a notée que 2 fois. Parfois, chez le même malade, on a trouvé en même temps que l'entéroptose le prolapsus du foie et de la rate.

La congestion hépatique, ainsi que l'ont signalé Bouchard et Dujardin-Beaumetz, est souvent consécutive aux troubles digestifs. Mais ici, le rein mobile n'agit qu'indirectement, par l'intermédiaire des phénomènes dyspeptiques qu'il provoque.

COMPLICATIONS. — Les accidents qui peuvent venir compliquer la mobilité rénale sont assez nombreux : l'ictère, la pyélonéphrite, la lithiase rénale, l'albuminurie, la pyonéphrose. Toutes ces complications ne sont pas imputables directement au rein mobile, d'autres conditions sont nécessaires pour qu'elles puissent se produire, la mobilité rénale ne joue que le rôle de cause prédisposante. Il n'en est pas de même de l'hydronéphrose, que le rein mobile crée de toutes pièces.

1° L'*ictère*, dont la coexistence est notée par Litten et Stiller, peut parfois être mis sur le compte de la mobilité rénale. Brochin, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1854, cite un cas d'ictère par compression du cholédoque par un rein mobile.

2° Potain a insisté sur les rapports du rein mobile et de la *lithiase biliaire* : le rein mobile serait consécutif à la lithiase et il se produirait alors un déplacement du rein en antéversion. Pour Weisher et Roux de Lausanne, au contraire, le rein flottant peut exercer des tractions sur le canal cystique « par l'intermédiaire du bord droit du ligament hépato-duodénal », gêner ainsi le cours de la bile et favoriser la formation des calculs.

3° La *lithiase rénale* est assez fréquente. Y a-t-il là simple coïncidence? ou faut-il incriminer la mobilité rénale d'aider à la formation des calculs par les difficultés apportées à la circulation? Pour Morris, cette coïncidence est rare. W. Bruce Clarke sur 30 cas trouve 4 fois la lithiase, et il rapporte une observation intéressante ou la malade retira un grand bénéfice de la néphrorrhaphie bilatérale au point de vue de cette lithiase. Jordan Lloyd, Howard-Marsh, Mac Cosh ont cité également quelques faits semblables, et ont montré que parfois il pouvait en résulter de grandes difficultés de diagnostic, car les phénomènes douloureux du rein mobile peuvent simuler le calcul rénal, ainsi que nous l'avons déjà dit à la symptomatologie.

4° L'*albuminurie* a été notée assez fréquemment dans la néphroptose. Hilbert sur 100 cas de rein mobile a trouvé 9 fois de petites quantités d'albumine dans les urines et 5 fois la présence d'une plus forte quantité, c'est-à-dire que dans 14 p. 100 des cas l'urine était albumineuse. Cette proportion est plus forte, dit-il, que celle observée pour toute autre maladie. L'auteur pense qu'il est autorisé à conclure que la mobilité rénale conduit à des troubles de la sécrétion du rein qui aboutissent à l'albuminurie. C'est ainsi que Tidey a publié le cas d'un homme de 33 ans chez qui le port d'une ceinture fit disparaître peu à peu des accidents graves dus à une albuminurie par rein flottant.

5° Plusieurs auteurs ont signalé la *pyonéphrose* comme complication du rein mobile : Vanneufville, Guiard, Albarran. Il semble bien que le rein mobile devienne véritablement un *locus minoris resistentiæ* où l'infection peut se développer quelquefois très rapidement, probablement à cause de la congestion entretenue par la sensibilité rénale. Ainsi, Walch relate un cas où, après la néphropexie, les urines devinrent claires. Cette hypothèse va bien avec ce fait, noté depuis longtemps par Guyon, que la pyonéphrose est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche et en analysant les faits de plus près, d'après les pyonéphroses opérées à la clinique de Necker, Walch constate que chez l'homme, où le rein mobile est relativement rare, la pyonéphrose se rencontre aussi bien à droite qu'à gauche; chez la femme, au contraire, c'est du côté droit, correspondant avec le siège habituel de la mobilité rénale, que la pyonéphrose existe avec une fréquence extrême.

6° Avec l'*hydronéphrose*, nous abordons le chapitre le plus important des complications du rein mobile. La rétention survient subitement et donne lieu à des crises particulièrement douloureuses auxquelles on a donné le nom d'*étranglement rénal*. Subitement, à l'occasion d'une fatigue, d'un effort, quelquefois sans cause apparente, le malade ressent une douleur intense, poignante, du côté du rein. Cette douleur s'irradie souvent le long de l'uretère et simule alors la colique néphrétique; tout le côté droit est douloureux. Le visage est pâle, souvent couvert de sueur, les traits sont tirés, le malade a des lipothymies, parfois même une syncope. La respiration est accélérée, brève, très souvent il y a des nausées et des vomissements. L'abdomen est tendu, douloureux, la sensibilité est superficielle, le malade a une sensation de distension dans le flanc. La crise dure plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours et se termine par une émission abondante d'urine, surtout si la crise a été longue.

Cette terminaison est due à la réduction du rein dans sa loge, réduction spontanée ou facilitée par le médecin ou le malade. Certains malades, comme nous l'avons dit plus haut, savent en effet très bien prendre la position nécessaire à la réduction du rein.

On ne retrouve pas toujours la débâcle urinaire, soit qu'elle passe inaperçue pour des personnes qui n'observent pas, soit que la crise étant de courte durée, la rétention soit elle-même très minime. Il semble en effet que ces crises douloureuses très passagères ne sont dues qu'à la mise en tension brusque du rein par arrêt de l'excrétion urinaire : la preuve en est que ces douleurs surviennent dans une position donnée, et disparaissent lorsque les malades ont opéré eux-mêmes la réduction de leur rein en modifiant cette position.

Quelle interprétation peut-on donner à ces faits? Nous ne ferons ici que résumer la question d'après la thèse de Navarro.

Nous ne citerons que pour mémoire la théorie de Dittel, qui un des premiers décrivit ces accidents sous le nom d'*étranglement rénal* : il s'agirait d'une migration du rein qui viendrait s'emprisonner dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la séreuse réagirait à son tour, et tout se bornerait à une péritonite circonscrite.

Virchow remarque que l'uretère forme avec le bassinet un angle, d'où formation à ce niveau d'une valvule, cause de l'obstacle, au cours de l'urine; *c'est la théorie du clapet*. Depuis, plusieurs auteurs, Simon, Hansemann, Küster se rallièrent à cette opinion; leurs théories ne diffèrent que dans l'explication de l'origine de la valvule.

Gilewski le premier admet que l'uretère est comprimé par le rein, ce qui arrête l'excrétion urinaire. Depuis, les travaux se sont multipliés sur cette intéressante question; citons ceux de Landau, Newmann, Senator, Lindner, Terrier et Baudouin, Tuffier, Albarran.

Navarro a repris cette question avec l'appui de preuves

expérimentales. L'hydronéphrose est due à une coudure de l'uretère, et si cette coudure ne se produit pas dans tous les cas de rein mobile, ce n'est pas en raison de la plus ou moins grande fixité de l'uretère, la vraie raison est autre. « Au début, le rein descend verticalement dans un plan parallèle à la ligne para-sternale; il descend aussi loin que les organes du pédicule rénal le lui permettent. Quand les vaisseaux ne peuvent plus s'allonger, le rein ne peut plus s'abaisser; mais, comme rien ne tient autour de lui, il tourne autour de son pédicule, l'extrémité supérieure s'abaisse par son propre poids et se porte en dehors, le bord externe devenant inférieur, l'extrémité inférieure se porte nécessairement en dedans. » Ce que Walch a observé en clinique le porte à conclure comme M. Navarro « que le rein mobile ne s'accompagne de rétention d'urine que lorsqu'il est horizontal. » En effet, il a bien souvent noté que c'est chez les malades chez lesquels il a trouvé un déplacement transversal un peu accentué qu'existaient ces crises douloureuses de l'hydronéphrose intermittente; et ce déplacement transversal, il l'a souvent vérifié pendant l'opération de la néphorrhaphie. Mais il ne peut admettre que l'hydronéphrose ne se produise que « quand les vaisseaux du rein ne peuvent plus s'allonger, le rein ne pouvant plus s'abaisser. » Ceci ferait supposer que l'hydronéphrose n'existe que dans les cas de mobilité très accentuée, alors qu'au contraire ces accidents sont surtout fréquents avec les petits déplacements; et même alors si on opère on peut amener le rein à la plaie avec une facilité extrême, ce qui montre que le déplacement pouvait encore facilement s'exagérer.

Diagnostic. — Si le diagnostic est souvent facile, à cause de l'ensemble des troubles nerveux et digestifs, des douleurs lombaires avec crises très accentuées qui existent souvent et éveillent l'attention du côté du rein, d'autres fois, au contraire, les symptômes rénaux sont de peu d'importance à côté des autres. C'est dans ce cas qu'il faut savoir déceler la maladie en pensant à l'exploration rénale.

Nombreuses sont les affections qui peuvent tromper le médecin qui ne pense pas à pratiquer l'exploration rénale.

Les crises douloureuses peuvent simuler à s'y méprendre la colique néphrétique, car c'est parfois la même douleur avec irradiations sur le trajet de l'uretère, vers les organes génitaux externes, vers les membres inférieurs; c'est aussi la même sensibilité superficielle de l'abdomen. Il ne faut pas du reste oublier que la lithiase urinaire peut coïncider avec le rein mobile. Et le diagnostic est d'autant plus difficile pour celui qui n'est pas exercé à la pratique de l'exploration rénale, que dans ces cas il s'agit presque toujours de petits déplacements et non pas de reins véritablement flottants.

Que de malades sont traités pour gastrites, pour gastralgies, voire pour ulcères ou cancers de l'estomac, chez lesquelles la cause première de tout le mal est en réalité la mobilité rénale.

Et cependant dans ce cas, il est d'importance capitale de déceler la mobilité rénale, car c'est surtout contre ces accidents douloureux que l'immobilisation du rein est toute-puissante.

Donc ce n'est qu'en songeant à la possibilité de la mobilité rénale que le médecin arrive au diagnostic par la palpation de la région lombaire.

Mais l'exploration rénale a été aussi parfois la cause d'erreurs de diagnostic. Dans des cas de Billroth, de Le Gendre, le rein mobile avait été pris pour un cancer du pylore : la tumeur n'était autre qu'un rein mobile dont la réduction amena la guérison.

Le rein mobile a été aussi confondu avec la vésicule biliaire dilatée. M. Rendu a rapporté l'observation d'une malade souffrant depuis des années de crises gastralgiques très douloureuses chez laquelle on constata, coïncidant avec un ictère, la présence d'une tumeur qui fut prise pour la vésicule biliaire dilatée, tendue et douloureuse. On avait même décidé l'opération de la cholécystotomie, quand une exploration plus attentive fit reconnaître que cette tumeur n'était autre que l'extrémité inférieure du rein déplacé. Le rein réduit, les crises douloureuses cessèrent quelques jours après comme par enchantement; et cette malade qui avait souffert pendant des années, revue 6 mois après présentait un état général excellent. Harvey Reed, qui fait remarquer que « le diagnostic de mobilité rénale n'est souvent pas fait, à moins que le malade ait la chance de tomber sur un médecin expérimenté à cet égard », insiste également sur l'erreur de diagnostic avec la vésicule biliaire dilatée et douloureuse.

L'existence d'un lobe anormal du foie a pu, dans certains cas, rendre le diagnostic plus difficile. Il en était ainsi dans une observation rapportée par Pichevin.

De même pour une malade examinée et opérée par M. Albarran. L'examen avait fait constater l'existence d'un rein mobile et, en avant de lui, la présence d'une tumeur mollasse également mobile : à l'opération, on constata que cette tumeur était constituée par une lame hépatique, derrière laquelle se cachait le rein quand on le refoulait sous les côtes.

Signalons aussi que le rein mobile a été confondu avec le kyste de l'ovaire, avec le fibromyome utérin, les tumeurs du mésentère ou des ganglions mésentériques, la tumeur stercorale. Enfin Brühl rapporte que la mobilité rénale aurait été prise par certaines malades pour des mouvements fœtaux, surtout dans le cas de grossesse nerveuse.

Mais toutes ces erreurs de diagnostic n'y a-t-il pas moyen de les éviter? A cette question, nous répondons affirmativement, si pour explorer le rein on emploie la *méthode du ballottement* pratiquée suivant les règles (1).

Indications thérapeutiques. — De ce qui précède, il résulte que le rein mobile est une affection d'une certaine gravité, et qui jamais ne doit rester sans traitement.

Le massage a été préconisé par Kumpf qui prétendait obtenir la guérison de la mobilité rénale en amenant par cette méthode la *rétraction* du péritoine. Le massage ne peut que donner plus de tonicité aux tissus, ce n'est qu'une méthode adjuvante dans le cas de flaccidité des parois abdominales.

En réalité, on ne peut obtenir la réduction et l'immobilité du rein que par deux méthodes; l'orthopédie d'une part, l'intervention sanglante d'autre part.

La *ceinture*, pour avoir une action salutaire contre la mobilité rénale, doit avant tout être bien appropriée au malade et à chaque cas particulier de néphroptose. Avant de trouver une bonne ceinture et surtout une bonne pelote, il faut faire souvent de nombreux essais.

La néphrorrhaphie est aujourd'hui une opération bien réglée, d'une exécution facile et d'un pronostic bénin. M. Albarran a réuni 374 cas de néphropexie avec 7 cas de mort, dont 4 seulement sont imputables à l'opération, ce qui ne donne guère qu'une proportion de 1 p. 100 de mortalité. Et encore, dans 3 de ces 4 cas de mort, il

1. Nous ne résumons pas ici la technique de la palpation des reins, car nous avons déjà longuement analysé las procédés de Guyon, de Glénard, d'Israel (voir *Gazette hebd.*, 1889 et 1890).

s'agit de complications infectieuses qui auraient pu être évitées. Aussi, l'auteur conclut-il en disant : « que la néphrorrhaphie peut soutenir la comparaison avec les opérations les plus bénignes de la chirurgie ». Cependant il nous faut signaler ici que, chez les malades hystériques ou fortement neurasthéniques, on peut voir survenir des accidents inquiétants après la néphrorrhaphie. Telle la malade signalée par M. Albarran, qui présenta des vomissements incoercibles, le faciès grippé, le pouls petit, rapide, tous accidents qui disparurent subitement sous l'influence de l'ingestion d'un grog très chaud. Telle encore une malade de Guyon, chez laquelle les mêmes accidents post-opératoires cédèrent à un verre de café très chaud. Nous avons tenu à signaler ces faits pour montrer que, chez ces malades, la néphrorrhaphie doit être pratiquée avec moins d'enthousiasme.

De ces deux méthodes, orthopédie ou intervention sanglante, à laquelle doit-on avoir recours? Bien divergentes sont les opinions des auteurs sur ce sujet.

Israel prêche l'abstention ainsi que le démontre bien sa statistique qui ne comporte que quatre néphrorrhaphies; il n'admet l'intervention que dans le cas d'hydronéphrose intermittente.

Pour Herczel, il ne faut opérer que quand le rein mobile est sain et que le massage et les bandages sont restés sans résultat.

Neumann résume ainsi son opinion :

1° Tout rein flottant avec un léger degré de mobilité ne causant pas de gêne et n'étant constaté que par hasard, peut rester sans traitement. Les bandages sont utiles en pareil cas.

2° La néphrorrhaphie est indiquée chaque fois que le rein est très mobile et quand même le traitement palliatif aurait paru avoir quelque succès.

3° Quand la néphrorrhaphie échoue, il ne faut pas hésiter à la refaire quand le rein est redevenu mobile; dans le cas contraire, on fera la néphrectomie.

Greig Smith ne trouve la néphrorrhaphie indiquée que quand il survient de graves désordres menaçant sérieusement la santé.

D'après M. Tuffier, l'opération ne doit être pratiquée que quand la mobilité rénale est nettement la cause des accidents douloureux et quand le port d'un appareil prothétique ne calme pas les douleurs.

M. Albarran résume ainsi les indications opératoires :

1° Opérer tous les reins mobiles atteints d'autres maladies, en appropriant l'opération aux diverses circonstances :

2° Lors d'accidents mécaniques ou douloureux, essayer le bandage. Si les accidents disparaissent par l'appareil orthopédique, donner au malade le choix entre l'opération et la ceinture. Si le bandage ne donne pas un résultat complet, opérer.

3° Dans les accidents de névrose hystérique ou neurasthénique, essayer le bandage et n'opérer que lorsque celui-ci ne donne pas de résultats;

4° Dans les cas d'entéroptose, s'en tenir à la ceinture et n'opérer que si le rein mobile détermine par lui-même des accidents sérieux au-dessus des ressources de l'orthopédie. Même après l'opération, il faudra, dans ces cas, conseiller le port d'une ceinture.

5° Lorsqu'un rein mobile ne détermine pas d'accidents, conseiller le port d'une ceinture.

Ainsi donc bien différentes sont les opinions, les uns n'opérant presque jamais, les indications opératoires étant au contraire très étendues pour les autres.

Il nous faut d'abord examiner si les différents troubles observés chez les néphroptosés sont susceptibles de guérir par la néphrorrhaphie et ensuite, si avec l'orthopédie on peut obtenir les mêmes résultats.

Quand les douleurs sont localisées au niveau du rein, quand ces douleurs surviennent par crises à l'occasion de la fatigue, de certains mouvements, et sont au contraire calmées par le repos, il n'est pas douteux qu'une bonne immobilisation du rein par la néphropexie ne donne de bons résultats.

Si on est en présence d'un neurasthénique, d'une hystérique, la question est plus difficile à résoudre. Il faut avant tout bien examiner quelle relation il peut y avoir entre ces états névropathiques et le rein mobile, voir s'ils ont pris naissance avec la mobilité rénale, s'ils sont exagérés par elle. Dans une observation de Walch, la malade devient hystérique à la suite de crises douloureuses occasionnées par le rein mobile. Dans ces cas, la néphropexie peut sinon amener la guérison, du moins une grande amélioration. Et cette amélioration suffit pour tenter la néphrorrhaphie à ceux qui ont vu l'état précaire de ces néphroptosés dont la vie n'est qu'un martyr quelquefois depuis des années.

Les troubles digestifs eux-mêmes sont bien souvent sous la dépendance de la mobilité rénale, et les malades affirment qu'ils digèrent beaucoup mieux quand ils ne souffrent pas de leur rein. Quant aux grandes crises gastralgiques, elles disparaîtront sûrement par la néphropexie.

Quand il y a une lésion rénale concomitante, telle l'hydronéphrose, la pyonéphrose, la fixation du rein seule peut donner un résultat satisfaisant.

La ceinture au contraire dans la plupart de ces cas ne peut en général assez bien immobiliser le rein pour amener une amélioration suffisante. Là où l'orthopédie peut être employée, c'est quand le rein mobile est peu douloureux, quand les symptômes sont peu accentués. Car nous avons remarqué que souvent cette ceinture est mal supportée dans le cas de rein mobile très douloureux, et chez les sujets nerveux elle n'est presque jamais tolérée. De plus on obtient difficilement l'immobilité du rein avec ces appareils orthopédiques, et nous ajouterons que l'on ne l'obtient jamais chez les personnes obligées de faire des travaux un peu pénibles. Quand, au contraire il existe un rein mobile, et que les symptômes observés ne paraissent être guère influencés par la mobilité rénale, c'est à la ceinture que l'on doit avoir recours; c'est encore à la ceinture que l'on doit avoir recours dans la plupart des cas de coïncidence de l'entéroptose avec la néphroptose.

Etant donné que la néphropexie peut être regardée comme une opération bénigne, elle nous paraît avoir l'immense avantage de pouvoir seule donner l'immobilité suffisante du rein pour permettre d'espérer dans beaucoup de cas la guérison ou au moins une grande amélioration.

Nous concluons en disant :

1° La ceinture est indiquée : Dans les cas de reins mobiles latents; Quand il paraît n'y avoir aucun lien entre la mobilité rénale et les symptômes observés.

Presque toujours quand il y a entéroptose concomitante.

2° En toute autre circonstance préférer la néphropexie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars et avril 1896.

M. Devallet (Pierre). *Contribution à l'étude des pelades nerveuses.* N° 179.

M. Pauly (André). *De l'épilepsie jacksonienne. Considérations cliniques et thérapeutiques.* N° 191.

M. Potzter (S.). *Contribution à l'étude des myélites infectieuses.* N° 192.

M. Thoizon (Henri). *Revue des moyens et des médicaments employés contre les dyspepsies et les gastro-entérites des nourrissons.* N° 208.

M. Veuillot (Fernand). *La neurasthénie et les états neurasthéniformes.* N° 218.

M. Coulon (Ernest). *Considérations sur la nature de la paralysie générale (encéphalite parenchymateuse).* N° 221.

M. Lombardini (Laurent). *Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine-cave inférieure.* N° 226.

L'existence de la dualité des pelades n'est pas douteuse pour M. Devallet. Tandis que certains faits : contagion, épidémicité, mode d'accroissement, examen microbiologique, prouvent la réalité d'une pelade parasitaire, d'autres établissent avec non moins de netteté l'existence de la pelade nerveuse : ce sont l'apparition brusque à la suite d'une émotion, d'un choc nerveux, l'extension rapide, sans possibilité de contagion, la coïncidence de phénomènes nerveux hystériques, épileptiques ou névritiques, la guérison par un traitement qui ne s'adresse qu'à l'élément névropathique.

Les pelades nerveuses sont de deux sortes : la pelade décalvante généralisée, rebelle au traitement, et la pelade nerveuse proprement dite, dont le pronostic est plus favorable et qui ne se distingue par aucun signe objectif de la pelade contagieuse.

Les pelades trophonévrotiques relèvent d'une double pathogénie. Tantôt il existe une altération organique du système nerveux central (myélite, tabès) ou périphérique (névrites); tantôt le système nerveux n'est modifié que fonctionnellement et la pelade apparaît au cours d'une névrose (hystérie, épilepsie, goître exophthalmique) ou d'un état névropathique mal défini.

Le diagnostic est toujours difficile entre les pelades contagieuses et la pelade nerveuse; cependant il sera dans la majorité des cas possible de l'établir, et ce diagnostic a une grande importance, car il permet d'établir le pronostic et de formuler le traitement rationnel de l'affection.

Le traitement s'adressera particulièrement au système nerveux par l'intermédiaire des moyens généraux : douches, frictions sèches sur le corps, électricité statique et topiques irritants (huiles de croton, teinture de cantharides, acide acétique, courants faradiques et galvaniques).

M. Pauly pense que l'épilepsie jacksonienne est un syndrome clinique qui se présente toujours avec des phénomènes constants, identiques et assez caractérisés pour constituer une affection à part. Elle est presque toujours symptomatique d'une lésion cérébrale, et cette lésion siège le plus souvent sur la zone psychomotrice ou dans son voisinage; la nature de la lésion n'influe en rien sur la production des symptômes, son siège seul est tout; le début des convulsions épileptiformes permet de diagnostiquer, à peu près sûrement, le siège de la lésion; on peut opposer à l'épilepsie jacksonienne un traitement qui peut ne pas être toujours suivi de succès, mais qui sera toujours rationnel. L'auteur relate 2 observations inédites d'épilepsie traumatique où la trépanation a été pratiquée par Routier.

L'intervention de l'infection dans la genèse des affections médullaires est démontrée, au sens de M. Potzter, à la fois par les faits de la pathologie humaine et par les résultats de l'expérimentation. L'agent infectieux est représenté tantôt par le microbe lui-même, tantôt par la toxine élaborée par lui. La nature, le degré de virulence du microbe, l'état antérieur de la moelle, les conditions de résistance ou de réceptivité sont autant de facteurs qui entrent en ligne de compte pour déterminer la modalité clinique. L'infection agit sur le système nerveux de deux façons : *a*) Directement, en s'attaquant à l'élément parenchymateux; ce mode d'action est encore mal élucidé; *b*) Indirectement, en produisaant des lésions vasculaires, et, dans ce cas, l'altération du parenchyme est secondaire. Les lésions histologiques reconnaissent le plus souvent comme point de départ les altérations vasculaires.

Après avoir passé en revue une longue liste de médicaments et de moyens, presque tous recommandés par les uns, proscrits par les autres, M. Thoizon tente de tracer une ligne de conduite à suivre dans les cas ordinaires, c'est-à-dire dans les troubles non spécifiques : les dyspepsies aiguës ou chroniques et les gastro-entérites aiguës ou chroniques.

1° a) *Dyspepsie aiguë.* — A cette dyspepsie il faut opposer la diète hydrique pendant 12 à 24 heures, c'est à dire jusqu'à ce que les phénomènes aigus aient diminué d'intensité; l'emploi des eupeptiques, pepsine ou papaïne et acide chlorhydrique; puis et surtout une alimentation rationnelle et bien réglée.

b) *Dyspepsie chronique.* — Le même traitement, sauf la diète hydrique qui ne convient qu'aux cas aigus, est applicable ici.

2° a) *Gastro-entérite aiguë.* — Il faut distinguer la forme fébrile et la forme algide ou choléra infantile, quoique en beaucoup de points le traitement soit le même, dans l'une comme dans l'autre forme. Il faut tout d'abord instituer une diète hydrique rigoureuse, que l'on peut sans inconvénient faire durer 12, 24, 36 heures; si au bout de ce temps les vomissements ne s'arrêtent pas, il faut alors pratiquer le lavage de l'estomac; en même temps que la diète et en même temps que les lavages de l'estomac. Si on y a recours, on fait des lavages de l'intestin, de grandes irrigations avec un litre d'eau bouillie. Quant au médicament à employer auquel donner le choix? On se trouvera bien quelquefois de l'emploi de l'antipyrine, mais c'est à un des antiseptiques qu'il faut presque toujours recourir, et parmi ceux-ci il faut donner la préférence au calomel que l'on prescrit à des doses faibles et fractionnées. Dans la forme fébrile, si la température dépasse 39° il faut donner des bains froids. Dans la forme algide au contraire, lorsque les pommettes se refroidissent, il est indiqué de réchauffer le petit malade par tous les moyens possibles, on le fera utilement en donnant des bains de moutarde chauds, en faisant des frictions avec de l'eau-de-vie, en faisant prendre à l'intérieur de l'alcool ou de l'éther, en faisant des injections de caféine, et enfin des injections d'eau salée ou de sérum artificiel. — Quand la période aiguë est terminée on donne du benzonaphtol, du sous-nitrate de bismuth, de l'acide lactique ou, suivant la méthode de M. Hutinel, du képhir, et on revient lentement et progressivement à l'alimentation ordinaire.

b) *Gastro-entérite chronique.* — Ici encore il faut chercher à modérer la diarrhée avec du sous-nitrate de bismuth et un antiseptique, tel le benzonaphtol; mais l'indication capitale en présence de ces enfants athreptiques ou cachectiques est de les stimuler et de donner à l'organisme la chaleur qu'il n'a pas; c'est alors qu'on se trouve très bien de l'emploi de la couveuse, et de l'emploi des injections de sérum.

Il est un moyen bien plus puissant que ce traitement à opposer à ces infections gastro-intestinales si meurtrières et aux dyspesies qui en favorisent l'éclosion, c'est l'allaitement maternel d'abord, puis la réglementation minutieuse des tétées, c'est enfin le soin que l'on doit avoir de ne donner aux enfants condamnés à l'allaitement artificiel que du lait de bonne qualité et aussi stérilisé que possible.

Dans les descriptions et plus encore dans la pratique on a tendance à donner une trop grande extension à la neurasthénie. C'est un type clinique légitime; mais il y a lieu, déclare M. Veuillot, de le restiendre à son exacte signification. En effet, dans les faits couramment qualifiés de neurasthénie entrent deux catégories de cas : *a* Ceux de *neurasthénie vraie*, simple, accidentelle. Ils sont rares; l'hérédité, ne semble jouer aucun rôle dans leur apparition. Purs de tout symptôme accessoire, leurs stigmates se caractérisent et s'associent toujours d'une façon identique, leur aspect symptomatique est invariable. Ils se développent parfois brusquement, toujours avec rapidité.

Ils dérivent d'une cause nette, souvent dramatique. Enfin ils guérissent bien et constamment, à la condition que le traitement de choix soit non seulement appliqué, mais bien conduit. *b.* Les autres méritent le nom d'*états neurasthéniformes* parce qu'ils n'offrent des précédents qu'un masque plus ou moins fidèle. En outre ils ne sont que des épisodes d'une action générale, la tare héréditaire. Dans les cas même, où leur aspect symptomatique rappelle de très peu la vraie neurasthénie, ils s'en distinguent toujours : par leur fréquence bien plus grande, leur apparition constante sur le terrain héréditaire qui explique le luxe de leurs phénomènes psychiques accessoires, par la variabilité, la multiplicité et le peu d'intensité de leurs causes occasionnelles, opposées à la constance de leur unique cause fondamentale, l'obsession; enfin et surtout par leur évolution et leur pronostic, leur résistance aux diverses médications, leurs réitérations, ou leur persistance indéfinie.

Un même traitement n'est pas applicable à ces deux groupes de cas. Les premiers guérissent toujours bien sous la seule influence du repos physique et intellectuel, des distractions et voyages. Les autres comportent une double indication. Il faut combattre parallèlement la cause occasionnelle (organique ou psychique) et la cause déterminante (toujours psychique). Mais même ainsi dirigé le traitement ne donne jamais que des résultats incertains, en tous cas temporaires. Lorsqu'une amélioration se dessine, elle ne sera jamais que momentanée. Les rechutes sont fatales. La seule ressource qui nous reste contre ces cas rebelles, c'est leur prophylaxie : la lutte chez l'enfant, contre les méfaits de l'hérédité, par l'éducation.

M. Coulon considère la paralysie générale comme une affection inflammatoire diffuse dont la lésion primordiale est l'altération de l'élément noble du système nerveux (encéphalite parenchymateuse) et qui entraîne à sa suite la réaction leucocytique et celle du tissu conjonctif sous forme de sclérose (encéphalite interstitielle). C'est donc parmi les facteurs capables de déterminer l'état inflammatoire qu'il faut chercher sa cause réelle. Cependant ne devient pas paralytique général qui veut. Un état de réceptivité est nécessaire. Cet état de réceptivité réside dans la prédisposition. La prédisposition héréditaire a une influence prépondérante, en ce sens qu'elle localise, sur les différents systèmes de neurones, l'action des causes morbigènes. La prédisposition acquise semble avoir, dans certains cas, un certain rôle, mais toujours par le même mécanisme, c'est-à-dire par son influence débilitante sur le système nerveux. Un certain nombre de causes adjuvantes peuvent, suivant leur nature, favoriser la prédisposition. Elles ont toutes pour caractère d'affaiblir la vitalité de l'élément nerveux et de diminuer sa résistance vis-à-vis des causes morbigènes. L'alcoolisme, la syphilis, le traumatisme, le surmenage physique ou intellectuel, les causes morales, doivent être placés parmi les causes prédisposantes. Nous ne connaissons pas la cause réelle qui produit la dystrophie de l'élément noble. D'après une théorie, elle serait la résultante de l'action combinée d'un certain nombre de facteurs que nous rangeons parmi les causes prédisposantes. Il est permis de se demander si, pour l'encéphalite parenchymateuse, comme pour certaines affections inflammatoires diffuses d'autres parenchymes, la cause réelle ne résiderait pas dans l'action de certaines toxines sur les éléments nobles.

M. Lombardini décrit la phlébite primitivement localisée à la veine-cave inférieure, et pense que le diagnostic de l'oblitération de cette veine n'offre pas de difficulté. Quand l'oblitération siège au tiers inférieur, les deux principaux symptômes sont : 1° L'œdème des deux membres inférieurs et de la paroi abdominale; 2° le développement de gros vaisseaux veineux étendus de la racine des cuisses aux derniers espaces intercostaux. Si l'obstacle comprend le tiers moyen de la veine, il y aura de l'œdème, de riches plexus veineux et, en plus, des troubles rénaux prononcés. L'oblitération qui intéresse le tiers supérieur s'accompagne d'œdème, de circulation collatérale et de symptômes rénaux et hépatiques. On ne connaît pas de cas où l'affection ait guéri; mais elle permet parfois aux malades de vivre la vie ordinaire pendant un temps illimité.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur l'origine de l'amyotrophie tabétique, par Schaffer (*Revue neurologique*, 29 février 1894, n° 4, p. 97). — Les amyotrophies tabétiques ont, pour Charcot, Pierret, Leyden, Condoléon, P. Marie, une origine centrale, tandis que pour M. Dejerine elles sont d'origine périphérique. Ces différents auteurs ont apporté à l'appui de leur opinion des examens anatomo-pathologiques. Charcot et Pierret ont trouvé des altérations des cornes antérieures, M. Condoléon une diminution dans le nombre des cellules motrices avec peu d'altérations des racines. M. Marie se fonde sur les recherches faites à propos de l'hémiatrophie de la langue au cours du tabès. Au contraire M. Déjerine a trouvé des altérations dégénératives des nerfs périphériques. L'auteur attribue ces divergences de constatations aux procédés de coloration trop grossiers employés par ces auteurs et il a voulu faire un peu de lumière dans la question en employant la méthode de Nissl, méthode qui permet d'étudier l'histologie fine des cellules nerveuses. Les cellules normales de la corne antérieure apparaissent ainsi très nettement avec leurs fuseaux chromatiques, entourant concentriquement le noyau et donnant au protoplasma un aspect rayé ou strié.

Le malade qui a servi aux recherches de l'auteur était atteint d'un tabès très avancé avec ataxie, signe d'Argyll Robertson, signe de Westphal, pied bot tabétique, arthropathie tabétique du genou gauche. L'examen histologique de la moelle d'après la méthode de Nissl a donné les résultats suivants :

Dans la moelle cervicale les cellules de la corne antérieure sont normales, à peine çà et là observe-t-on une décomposition des fuseaux chromatiques en petits granules. Dans la moelle lombaire au contraire il y a très peu de cellules normales. La substance chromatique se désagrège, les fuseaux se décomposent d'abord en petits fragments, puis ces petits fragments se dispersent dans la substance achromatique, la cellule semble saupoudrée de petits granules. La substance chromatique des prolongements protoplasmiques reste longtemps saine, mais subit à son tour la désagrégation.

L'examen par la méthode de Weigert montre le tableau typique d'un tabès lombaire, dégénération des cordons postérieurs, des racines postérieures, leptoméningite chronique. L'auteur aborde alors la portion de la pathogénie de l'atrophie musculaire dans le tabès. Il admet que peut-être dans tous les cas il y a névrite périphérique, mais montre que cette circonstance ne permet pas d'exclure une affection centrale. Il y a en effet des lésions certaines de la corne antérieure. Ces lésions ne sont pas assurément aussi intenses que dans la vulgaire poliomyélite avec amaigrissement rapide, secousses fibrillaires, réaction de dégénérescence, mais elles débutent par des altérations fines de la cellule se traduisant par de l'amyotrophie sans secousses fibrillaires, sans réaction de dégénérescence. Les terminaisons nerveuses musculaires semblent très sensibles aux altérations primitives des cellules nerveuses, c'est-à-dire à la diminution fonctionnelle du centre throphomoteur. C'est d'ailleurs la diminution fonctionnelle qui produit l'affection cellulaire. On sait les rapports des collatérales des racines postérieures avec les cellules motrices de la corne antérieure. La dégénérescence tabétique de ces collatérales amène une diminution des incitations pour les cellules motrices. [Cette influence des incitations fonctionnelles sur la vitalité des cellules nerveuses, ces retentissements des lésions d'un neurone sur le neurone voisin ont d'ailleurs été mis en évidence par Marinesco dans plusieurs publications et notamment dans un travail plus récent sur la théorie des neurones (*Presse médicale*, décembre 1895).]

Mal perforant plantaire (Zur Casuistik des Mal perforant), par J. Veis (*Deustche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, liv. 1 et 2, 1895). — On sait que les opinions les plus différentes ont été émises sur la nature du mal perforant. C'est en France que, pour la première fois, on a attiré l'attention sur les relations du tabès avec le mal perforant. L'auteur rapporte 3 observations de mal perforant au décours du tabes dorsalis dans lesquelles le traitement mercuriel a donné de bons résul-

tats; 2 des malades ont même guéri complètement. Il résulte des observations de l'auteur que le mal perforant peut constituer le phénomène de début du tabès, ainsi que Ball et Thibierge l'avaient déjà soutenu; en outre, que cet accident peut guérir sans que la marche du tabes en soit influencée.

Sur un cas d'atrophie de la langue dans le mal de Pott sous-occipital, par P. Marie (*Revue de neurologie*, 15 avril 1896, n° 7, p. 195). — Il s'agit d'un homme de 35 ans, sans antécédents héréditaires spéciaux. A l'âge de 4 ans, il fit une chute, et à la suite de cette chute serait survenue une déformation cervicale, avec douleurs du côté de la tête et du cou. Il s'agissait d'un mal de Pott sous-occipital. Le malade présente actuellement un tassement particulier de la tête sur les épaules; le cou est très diminué de hauteur; le menton touche presque au sternum; l'épaule gauche est plus élevée que la droite. Quelques mouvements de la tête sur la colonne vertébrale sont encore possibles. Depuis son enfance, sa langue présentait des modifications qui peuvent être résumées comme il suit: légèrement déviée à gauche, elle est mamelonnée et animée d'ondulations incessantes; bien que l'atrophie ne soit pas très marquée, ces caractères éveillent l'idée d'une langue en voie d'atrophie. Certains mouvements sont impossibles, le malade ne peut l'élever vers la voûte palatine, la creuser en gouttière. La déglutition est un peu gênée; il avale souvent de travers. Réflexe pharyngé normal. Enfin, depuis 6 ans, sont survenus des troubles du sens musculaire des extrémités.

Ces manifestations du côté de la musculature linguale dans le mal de Pott sont bien connues, et l'observation de M. P. Marie ayant trait à une atrophie et à une parésie totale de la langue peut être rapprochée des observations, récemment publiées par Tulpius, d'hémiatrophie linguale dans le mal sous-occipital.

MÉDECINE

La chlorose, par Warfinge (*Arsberat. fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stokholm*, 1895, p. 23). — L'auteur soutient dans son travail l'idée de l'autonomie absolue de la chlorose que bon nombre d'auteurs confondent encore avec l'anémie ou les états anémiques. Ce qui montre bien l'autonomie de la chlorose, ce sont son apparition spontanée, en ce sens qu'il est impossible de trouver ses causes étiologiques précises, son existence presque exclusive chez les femmes à l'époque de la puberté, la coloration pâle caractéristique des téguments et des muqueuses, la conservation de l'embonpoint, les modifications caractéristiques du sang. Pour ce qui est particulièrement du sang dans la chlorose, l'auteur, qui a fait un grand nombre d'analyses du sang chlorotique, montre que ce qui caractérise la chlorose, comparée aux autres états anémiques primitifs ou secondaires, c'est une diminution du taux d'hémoglobine qui n'est pas en rapport avec la diminution du nombre d'hématies.

Comme traitement, l'auteur préconise le fer, qu'il considère comme un médicament spécifique de la chlorose, et non pas le fer qu'on trouve dans les aliments, mais bien les préparations ferrugineuses. Le fer, qui n'exerce aucun effet dans les états anémiques, réussit admirablement dans la chlorose. Probablement, par son passage dans l'organisme, il fait disparaître les causes qui gênent l'hématopoïèse dans la chlorose.

Sur l'existence dans la nature d'un virus rabique renforcé, par A. Calabrese (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1896, p. 97). — De l'étude de deux virus rabiques provenant d'un mouton et d'un chien, l'auteur conclut qu'il existe dans la nature un virus rabique présentant tous les caractères du virus artificiellement renforcé et stable à l'égal du virus fixe des laboratoires.

Recherches sur la phagocytose, par J. Bordet (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1896, p. 104). — Après une injection de streptocoques dans le péritoine du cobaye, les leucocytes, en vertu de leur sensibilité chimiotaxique, englobent d'abord les individus microbiens qui les attirent le plus, c'est-à-dire les moins dangereux, ce qui laisse aux autres individus microbiens le temps de se reproduire et de fournir une génération virulente. Ces phénomènes de sélection interviennent très probablement aussi dans les infections par associations microbiennes. On peut suivre *in vitro* la transformation de divers microbes dans les exsudats renfermant des leucocytes; on voit que certains microbes contenus dans les phagocytes ne sont plus susceptibles de se colorer par leur colorant naturel (bleu de méthylène), et se teignent alors par une couleur acide, l'éosine; en outre, la transformation régressive des microbes en granules arrondis ne se produit généralement que dans l'intérieur des phagocytes et non dans le liquide ambiant.

Vaccine et rétro-vaccine à Batavia, par L.-J. Eilerts de Haan (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1896, p. 169). — La rétro-vaccine donne d'aussi bons résultats que le cow-pox. De plusieurs séries d'expériences faites sur le singe, l'auteur conclut que la rétro-vaccine le préserve de la variole, et que la vaccine, la rétro-vaccine et la variole mitigée sont probablement identiques.

Études sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, par A. Béclère, Chambon et Ménard (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janv. 1896, p. 1). — Ce mémoire renferme les expériences sur lesquelles se fondent les communications faites par M. Béclère à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux (*Mercredi méd.*, 1895, p. 604, et *Gaz. hebd.*, 1896, p. 57) en vue du traitement sérothérapique de la variole.

Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique, par A. Marmorek (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janv. 1896, p. 47). — Le sérum antistreptoccique produit, suivant l'auteur, une amélioration de l'état général, exerce une action favorable sur les bubons et l'albuminurie et prévient les complications graves de la scarlatine.

Sur l'hérédité de l'immunité acquise, par L. Vaillard (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1896, p. 65). — De recherches entreprises sur les animaux immunisés contre le tétanos, le choléra, le charbon et la maladie produite par le vibrion avicide, l'auteur conclut que le père ne transmet jamais à ses descendants l'immunité; que la mère seule est apte à la transmettre, mais que cette immunité reçue de la mère est de courte durée et s'efface dès les premiers mois de la vie. Il s'agit seulement, d'ailleurs, de l'immunité acquise par la mère avant la conception, car l'immunité résultant d'une vaccination de la mère pendant la gestation n'est due qu'à une vaccination simultanée de la mère et du fœtus et non à une transmission héréditaire. L'immunité des descendants s'explique par l'action du plasma maternel sur les tissus fœtaux: elle doit à cette circonstance son éphémère durée, caractère constant des vaccinations obtenues avec le sérum des animaux rendus réfractaires.

Note sur un vibrion cholérique anormal, par Zia-Effendi (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1896, p. 92). — Description d'un vibrion cholérique trouvé dans les selles d'un malade, et différant du vibrion normal par une série de caractères dont les principaux sont la longueur et la multiplicité des cils du vibrion, l'absence de liquéfaction de la gélatine, de coagulation du lait et de réaction indol-nitreuse dans les cultures.

Mécanisme de l'infection des poumons (Wie erfolgt die Infection der Lungen), par Buttersack (*Zeitschr. für. klin. Mediz.*, 1896, vol. XXIX, p. 411). — D'après l'auteur, l'infection des poumons n'a jamais lieu d'une façon directe, c'est-à-dire que les corps étrangers, poussières, microorganismes, etc., qui flottent dans l'air, ne se déposent jamais à la surface des alvéoles. Tout d'abord, il existe physiologiquement dans les poumons une couche d'air résidual isolant, pour ainsi dire, la surface des alvéoles de l'air qui pénètre à chaque respiration. En second lieu la couche d'air, avant d'arriver aux alvéoles ou aux ramifications bronchiques, passe par le nez ou la bouche, c'est-à-dire par des canaux anfractueux, irréguliers, sinueux, qui, mécaniquement, débarrassent l'air des impuretés qu'il renferme. Ces impuretés se déposent donc en grande partie sur les muqueuses nasale, naso-pharyngienne, bucco-pharygienne, sur les amygdales. Dans toutes ces parties, qui sont riches en tissus

adénoïdes et forment en dernier lieu un système lymphatique organisé dont les amygdales et l'amygdale de Luschka sont l'expression la plus élevée, les germes déposés à leur surface subissent un sort variable ; quelques-uns sont balayés et expulsés mécaniquement, d'autres sont détruits et annihilés ; quelques-uns seulement franchissent la barrière, suivent les lymphatiques, la chaîne des ganglions et pénètrent dans les ganglions bronchiques où ils se développent, pullulent et envahissent secondairement les poumons.

Il existe encore une autre voie lymphatique, que les germes peuvent suivre pour infecter les poumons. Cette voie est celle qui s'appuie sur la théorie du « transport rétrograde » établie par Recklinghausen et basée sur certains faits qui ont montré qu'à côté des voies qui vont des alvéoles aux vaisseaux lymphatiques et sanguins, il existait un autre courant qui s'effectue dans le sens inverse. C'est cette voie rétrograde d'infection pulmonaire qui est suivie par les microorganismes qui pénètrent dans les divers points de l'économie.

Les faits qu'on peut citer à l'appui de l'infection des poumons par la voie nasale, naso-pharyngienne ou buccale et en dernier lieu par les ganglions bronchiques sont assez nombreux. Ce sont les recherches de Straus qui a trouvé des bacilles tuberculeux dans la muqueuse nasale des individus bien portants ; ce sont encore les recherches de Dieulafoy qui a constaté la présence des bacilles tuberculeux dans les amygdales, les recherches de Pizzini et de Spengler sur la présence des mêmes bacilles dans les ganglions cervicaux et bronchiques des individus bien portants ; c'est la fréquence extrême des angines de toutes sortes ; c'est la fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique primitive, sans lésion pulmonaire, mais fréquemment suivie, en cas de tuberculose, de tuberculose pleuro-pulmonaire propagée par voie lymphatique ou par contiguïté.

CHIRURGIE

Laparotomie pour hernie funiculaire ombilicale chez un nouveau-né (Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis), par MARJANTSCHIK (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 13, p. 345). — La laparotomie a été faite dans ce cas vingt-quatre heures après la naissance de l'enfant qui présentait une hernie des dimensions d'un poing d'adulte, dont les parois étaient formées par le cordon ombilical. Après incision de cette paroi très mince et la réduction du foie et d'un paquet intestinal qui renfermait le sac, on aviva l'orifice herniaire et on ferma le ventre. L'enfant succomba quatre jours après l'intervention.

En analysant les 3 observations analogues consignées dans la littérature, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1) La hernie du cordon doit être opérée dans tous les cas où il s'agit des enfants viables. L'opération doit être faite de bonne heure.

2) La nature de l'intervention doit varier avec les dimensions de l'orifice herniaire et avec la présence ou l'absence des adhérences dans le sac.

3) La ligature per-cutanée du sac doit être rejetée comme une intervention aveugle.

4) Le meilleur mode d'intervention dans ces cas est la laparotomie.

Tamponnement de la cavité cervicale dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Gazetamponade der Mutterhalses zur Stillung der Hyperemesis Gravidarum), par KEHRER (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 15, p. 393). — Le cas publié par l'auteur se rapporte à une secundipare de 21 ans, chez laquelle la première grossesse compliquée également de vomissements incoercibles, s'était terminée par une fausse couche de 2 mois. A la seconde grossesse, les vomissements incoercibles apparurent au bout de 6 semaines et prirent dès le début un caractère grave. Après l'échec de la médication usuelle par les narcotiques, les bains, les cautérisations du col, etc., l'auteur se décida à provoquer l'accouchement à 13 semaines et fit dans ce but un tamponnement du col à la gaze iodoformée. A sa grande surprise, les vomissements cessèrent dans la soirée, ne se reproduisirent pas le matin et disparurent presque complètement. Un second tamponnement, à la 26e semaine de la grossesse, et un troisième, à la 30e, rendus nécessaires par le retour des vomissements, permirent de différer l'accouchement provoqué jusqu'à la 33e semaine, et d'obtenir un enfant viable, qui a pu être élevé.

D'après l'auteur, le tamponnement du col pour vomissements incoercibles doit réussir chez les primipares à col étroit et rigide.

Les accidents tardifs de la narcose par le chloroforme et l'éther (Die üblen Zufälle bei und nach Chloroform und Aethernarkosen), par ZOEGE VON MANTEUFFEL (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 12, p. 265). — L'auteur a réuni dans son travail 5 observations de mort tardive après le chloroforme, survenue de 24 à 72 heures après la narcose. Tous ces malades ont succombé avec des phénomènes de paralysie du cœur, et à l'autopsie on trouva chez eux une dégénérescence du myocarde, des reins et du foie. D'après l'auteur ces lésions doivent être mises sur le compte de l'action toxique du chloroforme d'accord en cela avec les recherches expérimentales faites par Ostertag, Ambrosius et autres.

Ces accidents n'existent pas avec l'éther. Mais quand on emploie cette substance, il faut s'attendre à des accidents tardifs du côté de l'appareil respiratoire. Sur 450 éthérisations faites par l'auteur depuis 2 ans, il a eu 2 pneumonies qui ont guéri, au bout de 5 jours dans un cas, au bout de 10 dans l'autre ; et 4 bronchites qui se sont également terminées par la guérison dans l'espace de 48 à 72 heures. On peut du reste éviter ces accidents en renonçant à la méthode asphyxique et en se conformant aux contre-indications de l'éther qui sont les catarrhes bronchiques et l'emphysème.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Camphre.

DÉFINITION. — Le camphre est une huile volatile concrète extraite du *laurus camphora*.

SOLUBILITÉ. — Soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses, minérales et fixes, le camphre est un excellent médicament hypodermique.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES. — Le camphre est un stimulant des centres nerveux et du cœur. C'est un névrosthénique puissant. Injecté sous la peau il élève la pression artérielle et abaisse légèrement la température. Il est en outre faiblement antiseptique.

Il a été utilisé avec succès dans le traitement de l'embryocardie (HUCHARD) et pour combattre le collapsus cardiaque (SCHILLING).

On l'a encore employé dans la pneumonie fibrineuse (IVANOW), l'angine au début (ALEXANDER) et généralement dans la plupart des pyrexies à forme adynamique.

Il a été préconisé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (ALEXANDER, HUCHARD et FAURE-MILLER), spécialement dans la période terminale de la maladie, où il constitue un palliatif précieux contre les symptômes septiques et la dyspnée.

On a obtenu également des résultats favorables avec les injections camphrées dans l'anémie aiguë (GUTMANN, JÜRGENSEN, ALEXANDER, DUPUY), et chez deux diabétiques, cardiaques et albuminuriques, dont elles relevaient les forces et combattaient l'oppression (MAURANGE).

MODE D'EMPLOI ET DOSE. — C'est en solution huileuse que le camphre est généralement employé : néanmoins, dans le collapsus cardiaque, et toutes les fois qu'une action rapide et énergique est nécessaire, on choisira de préférence l'éther comme véhicule.

Chez l'adulte la dose est de 10 à 20 centigrammes par centimètre cube. On peut injecter jusqu'à 10 centimètres cubes de la première solution et cinq centimètres cubes de la seconde, c'est à dire *un* gramme de camphre en une fois (SCHILLING).

Généralement, au cours d'une pyrexie, on donne cette même

dose en plusieurs injections réparties dans les 24 heures, soit vingt centigrammes environ par injection.

Au delà d'un gramme, le camphre doit être manié hypodermiquement avec précaution, spécialement chez les tuberculeux fébricitants.

Dans l'anémie et l'embryocardie, une dose quotidienne de 10 à 25 centigrammes suffit à produire l'action stimulante cherchée.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — L'injection est douloureuse, mais la douleur disparait rapidement : il ne reste guère au bout de quelques minutes qu'une légère sensation de cuisson qui ne persiste elle-même pas au delà d'une demi-heure. Se méfier des embolies graisseuses possibles avec les injections d'huile camphrée.

b) *Éloignés.* — Pas d'accidents locaux ni généraux. L'élimination se fait par les reins. L'action stimulante se produit rapidement, surtout si la dose est élevée c'est à dire atteint d'emblée, cinquante centigrammes : elle est de plus assez durable. Les pneumoniques, en particulier, restent quatre à cinq heures sous l'influence bienfaisante de l'injection, même de 15 à 20 centigrammes de camphre.

FORMULES

Camphre	10 gr.
Huile d'olives pure stérilisée	100 gr.

2 à 4 et même 10 centimètres cubes.

(Huchard, Schilling.)

Éther sulfurique	50 gr.
Camphre	10 gr.

1 à 4 centimètres cubes.

(Huchard.)

Camphre	1 gr.
Huile d'olives stérilisée	100 gr.

10 centimètres cubes par jour dans l'anémie, la tuberculose pulmonaire.

(Alexander, Jürgensen.)

Associations. — 1° Avec l'*acide benzoïque* pour augmenter son action stimulante.

FORMULE

Acide benzoïque	ãã 1 gr.
Camphre	ãã 1 gr.
Alcool	12 gr.

1 centimètre cube.

(Gutmann.)

2° Avec le *gaïacol* ou *l'eucalyptol* dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

FORMULES

Huile d'olives stérilisée	100 gr.
Camphre	20 gr.
Gaïacol	5 gr.

1 à 2 centimètres cubes par jour.

(Alexander.)

Gaïacol cristallisé	8 gr.
Camphre	1 gr.
Huile d'olives stérilisée	100 gr.

10 centimètres cubes tous les 2 jours.

(Maurange.)

Chez les tuberculeux très asthéniques, en particulier chez les sujets jeunes, nous employons volontiers la formule ci-dessus, qui est la formule habituelle de nos injections gaïacolées, augmentée de 10/0 de camphre.

Cette injection relève très rapidement les forces et la nutrition des malades et stimule leur appétit. Elle est moins douloureuse que l'injection camphrée pure, en raison de la présence du gaïacol, dont le pouvoir analgésique est aujourd'hui bien connu. C'est donc l'injection de choix au début d'un traitement hypodermique de la phthisie pulmonaire ; c'est encore l'injection de choix, après le déclin des poussées pneumoniques tuberculeuses.

3° Avec le *naphtol* β et l'*hydronaphtol*. Nous parlerons de cette association, lorsque nous traiterons de ces composés, le camphre ne servant qu'à les rendre miscibles aux véhicules hypodermiques.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les modifications au règlement de l'internat.

M. le Directeur général de l'Assistance publique a la louable coutume, quand il désire modifier un règlement suranné, de consulter libéralement les intéressés. C'est ainsi qu'après avoir soumis aux médecins et chirurgiens un projet, après l'avoir fait adopter, dans ses grandes lignes, par eux et par le Conseil de surveillance, il en a fait sanctionner un autre par M. le Préfet de la Seine. Que nos jeunes collègues actuellement en fonctions, que nos amis de l'Association des anciens internes examinent donc avec soin les modifications dont on les entretient : entre leur projet et celui de M. le Directeur général en surgira peut-être un troisième dont on ne parle pas encore, mais il est toujours beau de travailler et flatteur d'être consulté.

Modifier le règlement qui régit actuellement les internes en fonctions est une mesure qui s'impose. Bon peut-être en l'an X — et encore j'en doute — ce règlement est aujourd'hui inapplicable et inappliqué. Toutes les petites tracasseries mesquines, applicables à des gamins de 15 ans, dont il fourmille, doivent être abandonnées. Les internes sont des jeunes gens âgés de 22 à 30 ans, ils sont quelquefois un peu légers sans doute (et tous nous avons passé par là), mais les forcer à rentrer le soir à 9 h. 1/2, à demander à M. le Directeur une permission de sortie, de théâtre, etc., tout cela est grotesque.

Ce qu'il faut, c'est leur donner une salle de garde, une bibliothèque, un laboratoire central dans chaque hôpital; c'est leur fournir à chacun un logement convenable, et, cela fait, poser en principe qu'ils habitent à l'hôpital, sans aller voir s'ils découchent plus ou moins souvent; et surtout tenir la main à ce qu'ils montent régulièrement leurs gardes.

Je me suis laissé dire que, dans son projet personnel, M. le Directeur général, las des incidents plus ou moins tumultueux qu'on signale de temps à autre, avait pour idée de supprimer et la salle de garde où, *à leurs frais*, les internes prennent leurs repas en commun, et le logement des internes, remplacé par une indemnité.

Pour les internes en médecine, je pense que ces mesures seraient incompatibles avec un bon fonctionnement des services, et voici pourquoi :

L'interne a pour rôle d'assister le matin son chef et de faire le soir dans le service une contre-visite pour vérifier l'état des malades et parer aux prescriptions d'urgence. En outre, l'interne de garde doit examiner, traiter, panser, admettre s'il y a lieu, les malades qui se présentent pendant la journée à l'hôpital; il doit pratiquer d'urgence les petites opérations que nécessite leur état, il doit enfin appeler pour les opérations sérieuses le chirurgien chef de service ou le chirurgien de garde.

Si les internes n'ont pas à l'hôpital leur logement et leur « mess », la visite du matin n'en souffrira pas : mais il suffit de voir ce qui se passe dans les quelques hôpitaux où actuellement les internes ne sont pas logés, pour être convaincu que les visites du soir et les gardes en souffriront. Déjà, dans les hôpitaux centraux, les internes non logés ne font pas toujours avec toute l'exactitude désirable leur contre-visite du soir ; jugez de ce que ce sera dans les hôpitaux excentriques. Tout reposera, bien certainement, sur l'interne de garde, prié par ses collègues de surveiller, dans chaque service, les malades qui en auront besoin.

Or, déjà pour le service courant des examens, admissions, pansements, petites opérations, un interne souvent n'est pas suffisant ; et surtout avec un seul interne comme aide, la plupart des interventions où le chirurgien de garde est nécessaire deviennent impossibles. Pour une hernie étranglée, on s'en tire, mais pour une amputation et surtout pour une laparotomie, je défie bien qu'on fasse de la bonne besogne si l'on n'est pas assisté par un chloroformisateur et par un aide direct, tous deux experts en leur métier. En l'an X, ni anesthésie, ni antisepsie : quelques infirmiers pour tenir le patient, un aide quelconque pour récliner un lambeau, et c'était assez. Aujourd'hui, il n'en est plus de même.

Faut-il donc ordonner que dans chaque hôpital il y aura en permanence au moins deux internes de garde? Ce serait exagéré. Un système très défendable consiste à déclarer que, avec ses internes et ses externes chaque service de chirurgie assurera sa garde ; mais ce système, applicable seulement si chaque service, bien autonome et outillé *ad hoc* était en outre pourvu d'un assistant, n'irait pas aujourd'hui sans de nombreuses difficultés, matérielles et autres. Tandis que, *dans les hôpitaux où les internes sont logés*, le système actuel fonctionne bien, dans son ensemble : je le dis pour l'avoir éprouvé par moi-même bien des fois, depuis 6 ans.

Quand le chirurgien est appelé la nuit dans les hôpitaux où les internes ne sont pas logés, il se trouve face à face avec un seul élève, qui n'est pas toujours un interne. Là où les internes sont logés, au contraire, plusieurs se lèvent, viennent à la fois être utiles et s'instruire en chirurgie d'urgence : la solitude de l'interne de garde est alors l'exception, tandis que dans l'autre cas elle est la règle.

Voilà pour les interventions où le chirurgien de garde est nécessaire. Mais pour celles, bien plus nombreuses, qu'un interne peut exécuter et qui cependant exigent l'anesthésie? Il faut être au moins deux, et dès lors devrait-on appeler toujours le chirurgien de garde?

Réglementairement oui — sauf une tolérance établie pour la trachéotomie — car les internes n'étant pas docteurs ne peuvent rien faire sans risquer d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine. Le remède serait-il, contrairement à l'état actuel des choses, d'autoriser les internes à passer leur thèse? J'ai déjà dit, ici même, pourquoi cette solution me paraît mauvaise — si on *n'oblige* alors tous les internes à loger à l'hôpital. Et on ne peut que souscrire à la proposition des internes en exercice, d'être autorisés par M. le Préfet de la Seine à exercer la médecine en vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 :

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de 12 inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, *peuvent être autorisés à exercer la médecine* pendant une épidémie, *ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine* ou d'officiers de santé.

Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

L'on ne peut qu'approuver également le passage suivant des vœux soumis par les internes à M. le Directeur général :

Il est bien évident que cette autorisation d'exercer la médecine doit comporter certaines restrictions, sous peine de compromettre l'autorité du chef de service et qu'elle ne peut s'étendre à toutes les opérations de quelque nature qu'elles soient.

D'un autre côté, il nous paraît complètement impossible de dresser la liste des opérations que les internes seraient autorisés à pratiquer, car la gravité d'une intervention dépend de plusieurs facteurs dont il est difficile de tenir compte dans un règlement.

Pour apprécier cette gravité il faut, en effet, faire intervenir :

L'opérateur : Un interne de quatrième année de chirurgie sera plus apte à faire une opération qu'un interne nommé depuis la veille.

L'opéré : Telle opération sera très grave chez un sujet, très bénigne chez un autre.

La pratique qu'on peut avoir d'une opération est de nature aussi à en modifier les résultats et telle opération réputée aujourd'hui comme très grave peut devenir, à un moment donné, essentiellement bénigne, grâce aux modifications apportées aux procédés opératoires.

Pour tous ces motifs, nous croyons qu'une telle liste ne présenterait aucun avantage sérieux et qu'en supposant qu'on arrivât à en dresser une, il faudrait lui donner une élasticité telle qu'elle ouvrirait bientôt la porte à tous les abus.

Nous pensons que l'autorisation de pratiquer une intervention doit être donnée par le chef de service. Lui seul peut être bon juge du degré d'instruction de son élève et de son habileté opératoire ; lui seul peut décider si une opération, étant données les conditions dans lesquelles elle est pratiquée, peut être grave ou bénigne.

De même le chirurgien de garde peut autoriser l'interne de garde à opérer, s'il juge que l'intervention est de celles qui ne nécessitent pas sa présence.

Pour terminer, je citerai, en l'approuvant sans réserves, le passage suivant de la brochure des internes :

Depuis longtemps le corps de l'internat se plaint que certains candidats, convaincus de fraude dans les épreuves d'un concours, puissent se représenter aux concours ultérieurs et acquérir par la suite le titre d'interne. C'est là un état de choses extrêmement fâcheux et qu'il serait désirable de voir cesser. Nous vous demandons de faire insérer dans le nouveau règlement l'article suivant :

Tout candidat convaincu de fraude dans les épreuves du concours de l'internat sera exclu pour toujours des différents emplois de l'Assistance publique.

Le président du jury sera tenu de signaler à M. le Directeur général les noms des candidats qui se seront rendus coupables de manœuvres frauduleuses.

Il y a, il faut l'avouer, des candidats malhonnêtes ; et de ceux-là, pris par un jury la main dans le sac, il est facile d'en trouver qui sont arrivés ensuite à l'internat. M. le Directeur général ferait œuvre salutaire s'il réalisait le vœu de nos jeunes collègues. Sur ce point, je me trouve en désaccord avec un article où la *Gazette des hôpitaux* prêche la clémence : il y a, de ci de là, quelques fraudeurs qui deviennent honnêtes, mais la règle me paraît être précisément l'*inverse*.

A. Broca.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1896.

Traitement des papillomes diffus du larynx.

M. Poyet (Paris). — Si l'on se reporte aux statistiques de tous les auteurs qui, depuis la découverte du laryngoscope, ont écrit sur les maladies des organes de la voix examinés directement avec le miroir, il est facile de se convaincre que, parmi toutes les tumeurs et parmi tous les polypes examinés et décrits, les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents.

De nombreux examens micrographiques démontrèrent la nature papillaire de tumeurs enlevées par Turck, Czermak, Fauvel, Mackenzie et autres, et, si je ne me trompe, ce fut Ordonez, un élève de Robin et Cornil, qui fut des premiers à constater la nature papillaire des tumeurs examinées.

Pendant longtemps, on ne s'expliqua pas la fréquence de ces papillomes, surtout sur le bord libre des cordes vocales inférieures, à leur partie antérieure, région dans laquelle, à l'état normal, on ne connaissait pas la présence de papilles. On en était réduit à attribuer leur développement à un travail irritatif local.

Ce n'est qu'en 1874 que Coyne donna dans sa thèse inaugurale une anatomie micrographique complète de la muqueuse laryngée, et ce n'est aussi qu'à partir de cette époque que l'on put s'expliquer la fréquence des papillomes du larynx.

Le plus souvent, les papillomes du larynx siègent dans l'angle antérieur des cordes vocales inférieures, mais il est un certain nombre de cas dans lesquels ils envahissent une plus ou moins grande étendue de l'organe vocal, quelquefois même sa totalité. Dans ces cas, on leur donne le nom de papillomes diffus.

On les trouve souvent sous cette dernière forme chez des enfants en très bas âge ou chez des personnes qui, atteintes d'abord de papillome localisé, ont vu l'organe se prendre progressivement, petit à petit, la maladie faisant en quelque sorte la tache d'huile. Il est permis de croire que, dans ce cas, il se fait une véritable auto-inoculation.

En raison même de la fréquence des papillomes laryngés, en raison de la facilité avec laquelle ils repullulent et se reproduisent après avoir été détruits, c'est surtout contre eux que les laryngoscopistes ont dirigé tous leurs efforts pour en obtenir la guérison.

On peut dire que tous les moyens médicaux et chirurgicaux ont été tentés avec plus ou moins de succès.

Tout d'abord, ainsi que l'a démontré le premier M. Causit, les papillomes laryngés sont fréquents chez les enfants en bas âge. Ils revêtent alors presque toujours la forme diffuse.

Le rôle du laryngoscopiste est assez souvent nul quand il s'agit d'examiner un enfant en bas âge. Il doit établir son diagnostic soit par les anamnestiques, soit par l'examen général de l'enfant, par l'examen de la respiration, de la voix, par l'exploration digitale si elle n'entraîne pas de dangers de suffocation.

Si la présence de papillomes laryngés est démontrée, de l'avis de tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, le rôle du médecin est tout indiqué. La trachéotomie doit être pratiquée, trachéotomie accompagnée ou suivie de l'ouverture du cartilage thyroïde sur sa ligne médiane, opération qui permet le curettage du larynx.

Lorsque les enfants sont un peu plus âgés, lorsqu'ils ont atteint 6 à 7 ans, le diagnostic laryngoscopique peut être fait, bien qu'il demande de l'habileté et surtout de la patience.

Le rôle du médecin se trouve modifié suivant les cas :

1° Si l'enfant est menacé d'asphyxie ;

2° Si les papillomes diffus ne donnent pas lieu à des accidents respiratoires.

a) Dans le premier cas, le médecin devra agir comme dans les cas que nous venons de signaler plus haut.

b) Si l'enfant ne présente aucune altération de la respiration, le médecin devra faire l'éducation de l'enfant et faire tout son possible pour l'opérer par les voies naturelles.

Il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi que nous-même avons constaté que les végétations papillaires chez les jeunes enfants n'ont pas de tendance à se reproduire une fois qu'elles ont été opérées, soit par arrachement, soit par section, soit par abrasion, par grattage, curettage ou raclement.

Nous sommes donc d'avis que chez les jeunes enfants l'opération soit faite par les voies naturelles quand la gêne respiratoire ne s'y oppose pas et que l'opération soit pratiquée avec des pinces ordinaires non coupantes, et cela à raison de l'indocilité des petits opérés qui, par des mouvements inconsidérés, pourraient se faire blesser par l'opérateur s'il employait des pinces coupantes, des guillotines, des curettes ou le galvanocautère.

Lorsque l'enfant est suffisamment bien éduqué, il arrive, grâce à la cocaïne, à supporter merveilleusement et sans la moindre crainte des interventions réitérées, même fréquentes.

Chez les adultes, les papillomes du larynx se comportent bien différemment.

Il convient d'abord de distinguer deux sortes de papillomes diffus : les papillomes mous, les papillomes durs et cornés.

En général, ils siègent sur les cordes vocales inférieures à leur partie antérieure. On les rencontre cependant fréquemment sur l'épiglotte, les ligaments aryépiglottiques, les cordes supérieures, sur les aryténoïdes, dans l'espace inter-aryténoïdien, en un mot, dans tout le larynx.

Dès le début de la laryngoscopie, les papillomes du larynx furent traités par arrachement, par excision, par abrasion. Voltollini, de Breslau, fut un des premiers qui les opérèrent par le galvanocautère, et cela avec des résultats divers.

Avant d'employer des moyens chirurgicaux, les premiers laryngoscopistes essayèrent des moyens médicaux et c'est après avoir constaté l'inefficacité de tous ces moyens que l'on en arriva aux traitements chirurgicaux.

L'arrachement se pratique au moyen de pinces de formes diverses. Les plus connues sont celles de Fauvel et de Mackenzie,

celles de Schrötter et de Stoerk. Depuis la découverte de la cocaïne, leur emploi est devenu extrêmement facile et donne d'excellents résultats, surtout quand les papillomes forment une masse qui surplombe le larynx.

L'arrachement est toujours accompagné d'une hémorrhagie assez abondante, mais qui toujours s'arrête rapidement et d'elle-même.

L'excision se pratique avec des ciseaux et des couteaux de formes les plus diverses et surtout avec des guillotines dont on fait agir le couteau de haut en bas ou de bas en haut. Nous croyons que cette méthode doit être réservée pour enlever les papillomes qui s'insèrent sur le bord libre des cordes vocales inférieures ou supérieures.

L'arrachement et l'excision combinés se pratiquent avec des pinces coupantes ou des pinces emporte-pièce. Dans beaucoup de cas, cette méthode donne d'excellents résultats, surtout si s'on a affaire à des papillomes durs et cornés.

Avec des pinces ordinaires, il arrive souvent qu'après avoir saisi une portion de tumeur, les mors de la pince glissent sur la surface saisie et que, lorsque l'on croyait ramener la tumeur entière, on n'en enlève que la surface.

L'abrasion n'est qu'un des modes de la méthode par arrachement. Elle consiste à écraser entre les mors de la pince les portions de la tumeur que l'on a pu saisir. Elle se pratique encore avec des serre-nœuds, mais l'application des anses métalliques ne peut se faire que sur un petit nombre de papillomes, dont la situation favorable permet l'enserrement. On peut donc dire d'elle que c'est une méthode d'exception, d'autant plus qu'elle ne donne de bons résultats que lorsque l'on a affaire à des papillomes mous et friables.

Le curettage est une méthode dont on peut dire qu'elle est en quelque sorte complémentaire. En effet, nous croyons que toutes les fois que l'on pourra arracher ou couper les papillomes, il y aura avantage à le faire. Mais, si habilement que l'on arrache des polypes papillaires diffus, il est impossible de ne pas en laisser des parcelles, qui sont en général le point de départ de la repullulation. Avec des curettes il est possible d'atteindre et de détruire les morceaux qui ont échappé soit aux pinces, soit aux guillotines, soit aux couteaux.

La méthode galvanique est aujourd'hui le procédé le moins employé.

Dans quelques cas cependant de masses papillaires volumineuses et un peu détachées, il est permis et indiqué de les enlever avec un serre-nœud galvanique si l'on a à craindre une effusion de sang trop grande.

Quant à la destruction par le couteau ou les boutons galvaniques, nous ne lui accordons qu'une médiocre confiance, car il est impossible dans le larynx de laisser assez longtemps en contact le galvanocautère et les parties à détruire.

Quel que soit le moyen auquel l'opérateur aura donné la préférence pour opérer un malade atteint de papillomes diffus du larynx, il devra toujours songer à la récidive probable de l'affection et porter tous ses soins à tâcher d'éviter cette récidive.

Aussitôt les papillomes enlevés et alors que la muqueuse est encore saignante, il devra, à l'aide de ouate antiseptique, nettoyer le larynx et étancher le sang, puis il devra porter sur les parties arrachées un caustique plus ou moins violent qu'il devra choisir et graduer selon la tolérance de l'opéré. C'est encore à propos de ces cautérisations que l'on peut dire que tous les caustiques ont été employés. Pour notre part, nous donnons la préférence aux solutions de chlorure de zinc et d'acide salicylique.

Malgré tous les soins apportés à la destruction totale des papillomes diffus du larynx, il n'est pas un d'entre nous qui n'ait eu à traiter des cas véritablement rebelles, dans lesquels la reproduction se fait avec une rapidité désespérante.

Il est un certain nombre de cas où les papillomes, après avoir été mous et friables, deviennent durs, cornés, de plus en plus difficiles à arracher. L'état général du malade finit par s'altérer, et l'affection semble dégénérer en épithélioma. Dans de pareils cas, quelques opérateurs n'ont pas hésité à proposer et à exécuter l'ablation du larynx.

Nous ne pouvons approuver une pareille façon de faire. Nous sommes d'avis, dans ces cas, de trachéotomiser le malade, puis de procéder à l'ouverture du larynx par une thyrotomie. L'ouverture ainsi obtenue permet de déplier le larynx comme un livre, et de le débarrasser de toutes les parties malades.

M. Castex demande si on a observé des cas de guérison spontanée des papillomes diffus à la suite de la trachéotomie.

M. Garel en a vu un cas chez un enfant qu'on avait dû trachéotomiser pour des accidents asphyxiques.

M. Moure croit que des faits semblables ne sont pas très rares. Il n'en a jamais observé chez les enfants, mais il en a vu deux cas chez des adultes.

M. Helme demande si l'on connaît des faits où à la suite des opérations sur les papillomes il se serait produit des infections tuberculeuses?

M. Garel fait observer que les observations qu'on a citées à ce sujet sont douteuses et que personnellement il ne croit pas à la corrélation des deux affections. Il n'en est pas de même pour la connexité des papillomes et des tumeurs malignes, et actuellement il observe une femme, opérée de papillomes, et chez laquelle il se fait une récidive sous forme d'épithélioma.

M. Moure croit que, vu la fréquence des récidives des papillomes, il est préférable de remplacer les opérations multiples et répétées par voie endolaryngée par une intervention radicale en ouvrant le larynx par une thyrotomie et en grattant à fond.

M. Poyet a été longtemps l'adversaire de la thyrotomie, mais depuis qu'il a vu les résultats que cette méthode a donnés à M. Moure, il s'y rallie franchement.

M. Lubet-Barbon a opéré il y a 4 ou 5 ans, à plusieurs reprises, un malade qu'il avait ensuite tout lieu de croire entièrement guéri. Or, dernièrement, à la suite d'une grippe, il a fait une nouvelle récidive. Si M. Lubet-Barbon avait eu autrefois recours à la thyrotomie, il ne pourrait condamner le malade à subir à nouveau cette opération. Toutes les fois qu'on peut opérer par la voie endolaryngée, il y a avantage à le faire.

De quelques anomalies de la région mastoïdienne.

M. Moure, après avoir rappelé les différents types normaux de la région mastoïdienne, reproduit les statistiques de Zuckerkandl et de Malherbe basées sur les recherches anatomiques faites sur le cadavre. Ces statistiques sont entachées d'erreurs et ne sauraient donner les véritables proportions des modifications constatées à l'état pathologique. Le rocher d'un vieil otorrhéique subit en effet, par suite de l'évolution lente du mal, des altérations importantes qui sont ordinairement ou l'agrandissement exagéré de la grande cellule mastoïdienne ou l'éburnation de l'apophyse et la disparition plus ou moins complète de l'antre.

M. Moure, en s'appuyant sur sa propre expérience, basée sur ses 34 derniers opérés, et sur celles de MM. Broca, Lubet-Barbon et Luc, démontre que le type d'apophyse diploïque est extrêmement fréquent chez l'adulte, et que, bien plus souvent que sur le cadavre, mort d'une maladie quelconque, l'antre n'occupe pas sa place ordinaire. Il découle de cet exposé des indications opératoires importantes sur lesquelles insiste l'auteur. Le sinus latéral est assez souvent (4 fois sur 34), très rapproché de la paroi postérieure du conduit; il devient alors difficile à éviter, mais on peut le mettre à nu ainsi sans danger et le reconnaître aisément, si l'on agit avec prudence. L'exposé de 2 observations détaillées accompagne ce travail.

M. Lubet-Barbon pense aussi que les suppurations anciennes de la caisse et de la mastoïde déterminent de l'ostéite condensante, et que les cellules finissent par s'effacer et disparaître; l'antre, étant une cellule, diminue aussi dans ses dimensions. Mais c'est une raison de plus pour ouvrir en suivant des points de repère d'autant plus précis, puisque le point à découvrir est plus petit.

D'autre part, si l'apophyse est éburnée, il n'y a aucun intérêt à forer profondément puisqu'on ne trouve pas de cellule. Il faut, dans ces cas-là, se porter en haut et en avant vers l'aditus. En arrière on risque surtout de rencontrer le sinus, et c'est dans ces cas d'éburnation complète de l'apophyse qu'on guérit les suppurations de la caisse par l'opération pure de Stacke, qui suffit pour l'aditus.

Syphilis héréditaire simulant des végétations adénoïdes.

M. Garel rapporte deux cas de lésion syphilitique tertiaire du naso-pharynx simulant à s'y surprendre les végétations adénoïdes du pharynx. Le premier cas avait opéré par un médecin et huit jours après se produisit une perforation du voile du palais.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans présentant le type adénoïde vulgaire. M. Garel refusa l'opération à cause d'une affection cardiaque sérieuse dont elle était atteinte. Deux mois après une gomme perforait le voile du palais. Les deux cas ont guéri rapidement par l'iodure de potassium.

M. Raugé a observé un cas identique à celui de M. Garel. Il s'agissait d'une fillette chez laquelle l'hérédo-syphilis était évidente. Ici la gomme aboutit à une perforation du voile du palais. On notait en outre l'existence de surdité progressive, de kératite interstielle, et en résumé les signes d'Hutchinson.

Relief acoustique et audition bi-auriculaire.

M. Raugé. — Ce n'est certainement pas sans raison que tous nos appareils sensoriels, à l'exception de celui du goût, sont doubles et symétriquement bilatéraux. Si nous possédons deux oreilles, ce n'est pas simplement pour mieux entendre, ni pour avoir, en cas de perte, un second organe en réserve. Le vrai but de cette double dépense, c'est de nous renseigner sur la direction des sons et de nous permettre d'obtenir ce que l'on peut appeler la notion du relief acoustique. Pour mieux faire comprendre sa pensée, M. Raugé montre le parallèle qu'on peut étroitement établir entre le mécanisme de ce relief acoustique et celui, beaucoup mieux connu, du relief optique proprement dit. On sait que la vision monoculaire nous fait voir les objets sur un seul plan et ne nous donne aucune idée de leur superposition dans l'espace.

Pour nous donner la notion de profondeur, la nature a dû recourir à un détour ingénieux : elle a mis à notre disposition deux images, toutes deux planes, mais différentes, et différant précisément parce que les divers points de ces images proviennent en réalité d'objets placés dans des plans différents. C'est donc par le degré de cette dissemblance des deux images droite et gauche que nous apprenons, par accoutumance, à juger du relief des corps. Or les choses, en acoustique, se passent exactement de même.

Si l'on imagine une oreille unique isolée en un point de l'espace, cet appareil récepteur simple percevra indistinctement tous les sons, quelle qu'en soit la direction, et n'aura aucune raison pour en appprécier la provenance. Supposons au contraire deux organes pareils placés à une certaine distance l'un de l'autre et différemment orientés comme le sont les deux oreilles. A chacun des deux va répondre une image acoustique particulière, comme tout à l'heure une image optique répondait à chacun des deux yeux. Ces deux images ne sont égales que lorsque la source sonore est située exactement dans le plan de symétrie des deux oreilles. Mais, dès que cette source s'écarte de ce plan de symétrie pour se porter d'un côté ou de l'autre, l'image acoustique correspondante devient plus ou moins prédominante. Or, comme le sens et la valeur de cette inégalité des deux images auditives dépendent uniquement du point d'où vient le son, on conçoit qu'elle nous renseigne sur la position des objets sonores comme la différence des deux images oculaires nous renseigne sur la position des objets visibles. L'auteur termine en invoquant, à l'appui de son raisonnement, la clinique et l'expérimentation. La première nous apprend que les malades qui deviennent brusquement sourds d'une oreille perdent la notion de la direction des sons, exactement comme les borgnes perdent la notion du relief; c'est le phénomène bien connu des otologistes sous le nom de *paracousie de lieu*. La seconde a permis à l'auteur de constater que si l'on bouche hermétiquement une oreille chez une personne saine, le sujet devient incapable de reconnaître de quel côté viennent les bruits, mais qu'il recouvre cette faculté aussitôt qu'en débouchant son oreille on le remet en possession de l'audition bilatérale.

M. Vacher n'est pas du même avis que M. Raugé au point de vue de la sensation du relief. Dans le stéréoscope cette sensation est obtenue en faisant de la convergence ou de la divergence ; c'est une diplopie excessivement faible obtenue en portant en dedans ou en dehors une arête du prisme, ce qui provoque le croisement des axes oculaires. Dans la rétine il n'y a rien de semblable; la sensation du relief est une sensation d'éducation. Mais on peut supposer que les différentes couches de la rétine superposées peuvent, par leur superposition même, différencier les diverses sensations lumineuses et donner ainsi le relief. Un seul œil, en effet, peut percevoir le relief qu'on ne peut obtenir, sur une surface plane, que par la production de deux images. Pour que la vue perçoive le relief, il faut que les deux images données par les yeux ne coïncident pas exactement à la fovea centralis.

De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx simulant le syndrome adénoïdien.

M. E. Escat (de Toulouse). — La sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx peut à elle seule, en l'absence de végétations adénoïdes, en provoquant l'insuffisance respiratoire, reproduire jusqu'à un certain point les symptômes, les attitudes et les déformations qui caractérisent le syndrome adénoïdien.

Il a observé quelques cas typiques de ces déformations.

Le premier a trait à un malade de 22 ans, dégénéré, épileptique; ce sujet offrait un faciès qui rappelait celui des sujets atteints de végétations adénoïdes, nez aminci, bouche ouverte, atrésie du thorax, etc. Le deuxième concerne un enfant de 10 ans, arriéré, qui présentait les mêmes déformations. Le troisième, un homme de 56 ans.

Chez ces 3 sujets, il n'y avait pas trace de végétations, mais une atrésie manifeste des fosses nasales et surtout de la cavité naso-pharyngienne.

Chez ces malades on observe, en outre de l'anomalie, d'autres déformations du squelette, surtout du crâne, la microcéphalie, la dolichocéphalie, etc. Ceci prouve que la constatation des signes extérieurs ne suffit pas pour affirmer le diagnostic des végétations adénoïdes; il faut encore les signes fournis par l'exploration.

M. Poyet a assez souvent observé chez des enfants un faciès adénoïdien tenant non pas aux végétations adénoïdes, mais bien à une simple obstruction nasale, éperon ou déviation de la colonne.

M. Castex a trouvé chez les faux adénoïdiens qu'il a eu l'occasion d'observer une rhinite hypertrophique.

M. Lubet-Barbon fait observer que dans ces cas l'atrésie des fosses nasales coïncide avec des déformations du maxillaire supérieur, voûte en ogive, ataxie dentaire, etc. Il peut arriver que l'on opère des malades atteints de végétations adénoïdes se compliquant de la sténose des fosses nasales, et c'est dans ces cas surtout que l'amélioration produite par l'opération reste nulle.

L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique.

MM. Lannois et **Jaboulay** (de Lyon). — Nous avons observé un malade, porteur depuis 25 ans d'une otorrhée rebelle, qui fut pris brusquement de phénomènes indiquant l'existence d'un abcès cérébral (vertiges, titubation, céphalgie intense, hémiparésie droite). Le malade présentait en outre des signes de cécité verbale et d'aphasie de conductibilité. Pas de surdité verbale. En outre, il existait une hémianopsie homonyme latérale droite avec conservation du réflexe pupillaire. Le diagnostic du siège de l'abcès était donc ainsi nettement précisé.

Cependant, après l'ouverture de l'apophyse et une trépanation crânienne étendue, les ponctions restèrent infructueuses, problement parce qu'on se servit d'une aiguille à lumière trop étroite et que l'abcès était très petit. Quelques jours plus tard une nouvelle ponction donna issue à une notable quantité de pus et l'autopsie confirma le diagnostic d'abcès du lobe occipital.

Il y a lieu de faire remarquer ici que l'aphasie de l'abcès cérébral otique est le plus souvent une aphasie de conductibilité et qu'il n'existe pas de cas net d'aphasie motrice pure.

On peut insister également sur l'importance de la recherche

d'un symptôme aussi localisateur que l'hémianopsie dans une affection cérébrale dont le diagnotic est souvent si difficile.

Trépanations mastoïdiennes.

M. Castex. — Sous ce titre sont résumées les remarques principales que l'auteur a faites dans une série de trépanations récemment pratiquées :

1° L'ouverture de l'apophyse s'impose habituellement, soit pour évacuer le pus de mastoïdites consécutives (rougeole, scarlatine), soit pour tarir des otorrhées remontant à l'enfance et que les diverses injections n'ont pu faire cesser, soit encore pour mettre un terme à des névralgies secondaires de l'apophyse.

2° Il est très utile, pour la découverte de l'antre mastoïdien, de reconnaître la position de l'épine de Henle (spina supra meatum) sur le méat auditif, bien dénudé par la rugine.

3° Il faut agir prudemment, surtout au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif, pour ne pas atteindre le nerf facial. Exceptionnellement le tissu latéral a été rencontré près de cette paroi et ouvert sans suites fâcheuses.

4° L'introduction temporaire de petits tampons d'ouate au fond du champ opératoire est très avantageuse pour amortir le choc de la gouge, protéger les parties profondes, et entraîner, quand on les retire, les débris osseux que la gouge a détachés.

5° Le pansement humide et la désinfection naso-pharyngée ne sont particulièrement indiqués que quand il s'agit de tympanites suppurantes.

5° L'excellent effet des évidements pétro-mastoïdiens sur les suppurations enfermées dans les cavités de l'oreille qui semblent particulièrement infectieuses.

Crises épileptiformes et hypertrophie des amygdales.

M. Boulay. — Parmi les nombreux troubles nerveux, locaux ou à distance (toux, spasme glottique, asthme, céphalalgie, etc.) susceptibles d'accompagner les diverses lésions pharyngo-nasales, en particulier l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx, les phénomènes convulsifs ont été le plus rarement signalés.

Le cas suivant est un exemple indiscutable de crises épileptiformes liées à la présence de grosses amygdales. Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui, depuis 2 ans, était sujet à des crises nerveuses nocturnes caractérisées par un réveil brusque avec angoisse et fourmillements dans la langue, suivi rapidement de perte de connaissance et de convulsions des muscles de la langue, des lèvres, de la face et souvent aussi des 4 membres, avec embarras de la respiration et menace d'asphyxie, le tout durant de 5 à 10 minutes.

L'enfant était porteur de très grosses amygdales et de végétations adénoïdes; sa respiration était particulièrement gênée la nuit. On commença par enlever les amygdales et, à partir de ce moment, les accès, qui étaient étaient devenus de plus en plus fréquents dans les derniers temps, n'ont plus reparu. Les tumeurs adénoïdes furent enlevées ultérieurement.

Il s'agissait vraisemblablement non pas d'épilepsie vraie, mais de crises convulsives réflexes, analogues aux accidents épileptiformes que sont susceptibles de provoquer les corps étrangers de l'oreille et certaines lésions nasales.

M. Helme a remarqué que chez les enfants atteints d'hypertrophie amygdalienne les troubles fonctionnels sont presque nuls durant la journée, mais, dans la nuit, les amygdales viennent, dans le décubitus dorsal rétrécir le conduit respiratoire. Il en résulte que le même malade, qui respirait bien pendant la journée, dort la bouche ouverte, ronfle, a des cauchemars, parfois même du stridulisme, etc. En résumé, dans l'hypertrophie amygdalianne les signes d'obstruction sont intermittents; dans les végétations adénoïdes, au contraire, ils sont permanents, l'enfant ayant constamment la bouche ouverte.

M. Boulay a eu souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de cette remarque de M. Helme.

Le traitement des végétations adénoïdes.

M. Helme. — Depuis la découverte de Wilhem Meyer, de Copenhague, qui le premier donna un bon tableau d'ensemble des végétations, cette question a suscité et suscite encore des travaux qu'il serait trop long d'énumérer ici. Nous nous proposons simplement d'exposer les moyens thérapeutiques actuellement usités pour combattre cette affection.

En premier lieu, peut-on fonder quelque espoir sur l'efficacité de la prophylaxie? On doit diviser à ce point de vue les malades en trois catégories. Dans la première nous rangerons les adénoïdiens fils ou frères d'adénoïdiens; dans la seconde nous plaçons les enfants qui ont eu des infections intenses ayant porté plus spécialement sur le système lymphatique, rougeole, scarlatine, diphthérie. Dans ces cas, notre action est bien peu efficace. Dans une troisième catégorie nous aurons les enfants sujets au coryza suivi de poussées d'adénoïdite. Ici notre rôle est plus actif. Peut-être, en soignant la lésion locale, en surveillant attentivement l'état général, peut-on prévenir la progression des lésions et leur extension au rhino-pharynx. Mais, le plus souvent, les soins minutieux sont négligés et, peu à peu, sous l'effort d'infections répétées, les végétations adénoïdes sont constituées. Il n'est pour les combattre qu'un traitement efficace, l'ablation.

C'est à elle que nous ferons tout rapporter dans les lignes qui vont suivre.

Nous devons préciser tout d'abord les conditions dans lesquelles l'intervention chirurgicale s'impose. Ici, remarquons que le plus souvent les végétations se traduisent par des signes d'extériorisation les plus divers. C'est nous qui devons établir la relation de cause à effet et poser l'indication du traitement basée souvent sur un symptôme éloigné.

Lorsqu'il s'agit d'obstruction nasale, les choses sont assez simples. Tout le monde connaît le faciès classique de l'adénoïdien, qui ronfle la nuit, a sans cesse la bouche ouverte, bave en dormant, mange lentement, etc. Mais, d'autres fois, l'obstruction nasale passe au second plan, le malade qu'on soumet à notre examen entend mal, ou bien il est atteint d'une otorrhée rebelle que les soins les plus assidus n'arrivent pas à tarir. D'autres fois encore on aura affaire à des troubles nerveux, céphalalgie, stridulisme, énurésie nocturne. Au milieu de cette « Iliade de maux » il est bien difficile de ne rien omettre, et ce que nous voulons surtout faire ressortir c'est le rapport souvent éloigné entre la lésion et les troubles qui l'accompagnent.

Les indications se précisent, il est vrai, quand on passe à l'examen objectif du malade. Par la rhinoscopie antérieure et postérieure et surtout par le toucher, qui devra être pratiqué suivant les règles les plus rigoureuses de l'asepsie, on arrive aisément à se rendre compte de l'existence des végétations. On détermine ensuite leur siège (médianes, latérales, diffuses), leur volume, leur forme, leur consistance, etc.

Mais notre examen ne sera complet que lorsque nous aurons ausculté le poumon et fait porter notre interrogatoire sur les antécédents personnels ou héréditaires, afin de réserver l'avenir si nous trouvons quelque chose de suspect.

Les contre-indications sont peu nombreuses. Au premier rang il faut placer l'hémophilie; viennent ensuite les anomalies artérielles du naso-pharynx et l'existence d'une inflammation aiguë de la tonsille. Dans ce dernier cas il sera prudent d'attendre la disparition du processus phlegmasique. Ce n'est donc pas à proprement parler une contre-indication, mais un simple ajournement. Il en est de même pour les sujets atteints d'affections aiguës ou subaiguës de l'arbre respiratoire, ou encore vivant dans un milieu où règnent des affections contagieuses, rougeole, influenza, etc.

En présence d'une suppuration abondante mais apyrétique du cavum, faut-il passer outre et opérer? Oui. Le muco-pus est dû à la présence des végétations adénoïdes; en supprimant la cause on ne peut que faire œuvre utile.

On aurait le plus grand tort de négliger ce traitement préopératoire, surtout s'il existe du muco-pus dans le cavum. On pourra donc tenter d'aseptiser le champ opératoire dans la mesure du possible. A cet effet, on pratiquera des badigeonnages du rhino-pharyx à la glycérine résorcinée au 1/50. On prescrira des insufflations dans les fosses nasales avec un mélange à parties égales d'aristol et sucre de lait. Enfin matin et soir, les malades introduiront dans chaque narine gros comme une noisette de la pommade suivante : menthol, 5 centigrammes; acide borique, 2 grammes; vaseline, 30 grammes. On proscrira les

lavages du nez avec le siphon de Weber; ils sont inutiles, sinon dangereux.

Le traitement médical n'a de valeur que comme complément à l'ablation. C'est donc au traitement chirurgical qu'il faut s'adresser. Excepté pour les nourrissons et les adultes, dont nous parlerons plus loin, il faudra toujours recourir à la narcose. C'est le seul moyen de faire des opérations complètes et de provoquer des guérisons définitives. Dans ce cas, à quel médicament donner la préférence : à l'éther, au chloroforme ou au bromure d'éthyle? Le chloroforme et le bromure d'éthyle sont les deux médicaments de choix; le bromure d'éthyle est l'anesthésique auquel nous donnons la préférence; il endort vite, ne donne pas lieu à un réveil pénible et n'expose pas au laryngo-réflexe. Voici son mode d'administration : on verse sur une compresse ou sur un masque de flanelle, et d'un seul coup, 5 à 10 grammes de bromure d'éthyle. On applique ensuite le masque ou la compresse sur le nez et sur la bouche de l'enfant. La congestion de la face et l'injection des conjonctives indiquent que l'effet est obtenu, cela dans un temps qui varie entre 15 et 30 secondes.

L'opération peut se faire suivant deux méthodes : 1° à la curette; dans ce cas se servir de la curette de Schmidt modifiée par Lermoyez; 2° à la pince et à la curette, méthode mixte.

1° L'enfant endormi au bromure d'éthyle est assis sur les genoux de l'aide, sa tête solidement maintenue et placée sur un plan un peu plus élevé que l'opérateur. Celui-ci prend alors la curette, qui est tenue, soit comme une plume à écrire, soit comme un couteau. Il place d'abord l'abaisse-langue, puis dans un premier temps il introduit la curette en la tenant couchée sur le côté. Arrivé dans le rhino-pharynx, il la redresse et la porte tout en haut de la voûte. Alors il l'attire à lui comme s'il voulait l'appuyer fortement contre les choanes. Cela fait, dans un troisième temps le chirurgien abaisse l'instrument en lui faisant décrire une sorte de mouvement circulaire de haut en bas et d'avant en arrière. On donne d'abord un coup de curette médian, puis un à droite et un autre à gauche; si cela est nécessaire, on peut donner jusqu'à 5 ou 6 coups de curette.

L'opération terminée, tenir l'enfant au lit, à l'abri des courants d'air; ouate dans les oreilles, température de la chambre : 17° à 18°. Pas d'alimentation pendant 4 ou 5 heures, mais faire avaler au patient des petits morceaux de glace de 5 en 5 minutes, puis de quart d'heure en quart d'heure. Le premier jour, l'alimentation se composera exclusivement de lait et de bouillon glacés; le lendemain, œufs, mie de pain, potages, confitures. Reprendre l'alimentation ordinaire seulement le troisième jour. Aucun pansement n'est nécessaire; surtout pas de lavages; on se contentera simplement d'insuffler dans le nez, toutes les 3 ou 4 heures, un peu de poudre d'aristol.

2° Ici on commence l'opération avec la pince, en raclant fortement la région supérieure du rhino-pharynx pour arracher les végétations, puis on termine l'opération en curettant les surfaces cutanées par la pince.

Telles sont les méthodes de choix. On en a employé bien d'autres, que nous ne faisons que de mentionner. Schultz se sert d'un adénotome spécial; Chatellier, Rousseaux et Cheval utilisent avec succès des curettes électriques, dont le fil de platine est porté au rouge par des accumulateurs de 6 volts couplés en tension.

En Amérique, on se sert simplement de l'ongle pour le curettage, méthode brutale et qui ne donne que des résultats incomplets. Enfin Ménière se sert de la pince avec laquelle il morcelle les végétations en plusieurs séances. Cet auteur, disons-le, se trouve très bien de sa méthode.

Chez le nourrisson on peut utiliser la technique établie par Lubet-Barbon. Ici pas d'anesthésie; on se servira simplement de la petite pince de Lubet avec laquelle il suffira de faire une ou deux prises.

Chez l'adulte (à partir de 15 à 16 ans), le bromure d'éthyle est peu efficace. Il faut se servir d'un mélange à parties égales de cocaïne et de sucre de lait porphyrisés. On insuffle d'abord 5 centigrammes de poudre dans le rhino-pharynx, on attend 5 minutes et l'on fait une seconde insufflation. Au bout de 8 minutes l'effet est obtenu. Le curettage sera pratiqué de la même manière que chez l'enfant, mais le plus souvent l'opération pourra être faite sous le contrôle de la vue. On se servira alors du releveur du voile du palais de Moritz Schmidt et l'on utilisera les curettes de Trautmann en forme de cuillers.

Les complications sont de deux ordres : A, immédiates, B, consécutives.

A. — Les complications immédiates sont les suivantes : constriction des mâchoires, avulsion des dents de lait, blessures du voile du palais, blessures du vomer, chute des végétations dans le larynx (rare). Tous ces accidents peuvent d'ailleurs être évités grâce à une technique minutieuse. Parfois des lambeaux de végétations restent adhérents à la muqueuse et entretiennent l'hémorrhagie. Les enlever avec la pince à débris de Chatellier, ou procéder à un second curettage.

B. — Accidents consécutifs. En premier lieu signalons l'hémorrhagie. Le nombre de cas notés par les auteurs, Cartaz, Ruault, etc., ne dépasse pas une trentaine. Les causes d'hémorrhagie sont les suivantes : lésions des gros vaisseaux et de la muqueuse, coïncidence de l'opération avec les règles, avec un processus inflammatoire; chez les sujets âgés les végétations ayant été plus ou moins envahies par le tissu scléreux, les vaisseaux se rétractent moins facilement; les végétations saignent d'autant moins que le sujet est plus jeune (Beausoleil). Que doit-on faire en présence d'une hémorrhagie? Si elle est légère, les applications de glace, les boissons glacées pourront suffire. Dans le cas contraire on fera bien de projeter de l'eau oxygénée dans le cavum à travers les fosses nasales. On utilisera encore les poudres astringentes hémostatiques, par exemple un mélange d'antipyrine, de colophane et d'aristol. Que si l'écoulement devenait menaçant, il faudrait se résoudre à faire le tamponnement postérieur des fosses nasales à l'aide d'une simple sonde uréthrale en gomme. Les tampons seront imbibés d'une solution astringente d'antipyrine ou de ferripyrine à 2 p. 100. (La ferripyrine est un mélange de perchlorure de fer et d'antipyrine en solution.)

On a signalé encore des complications infectieuses; la plus fréquente est l'otite moyenne, très redoutée il n'y a pas encore longtemps, mais disons de suite que les inflammations post-opératoires de la caisse du tympan sont devenues très rares grâce aux précautions aseptiques et antiseptiques, aujourd'hui la règle dans toute intervention chirurgicale.

A côté des accidents que nous venons de mentionner, il convient de dire un mot des adénoïdiens atteints de lésions concomitantes autres que les végétations. Parmi les troubles qu'on peut observer dans cette catégorie de malades, citons l'hypertrophie des amygdales palatines, les queues de cornets, les déviations de la cloison, etc. Ces lésions sont justiciables d'une thérapeutique spéciale, nous ne pouvons nous y arrêter ici.

Les végétations peuvent-elles récidiver au sens propre du mot? Cela est tout à fait exceptionnel si l'opération a été complète (Luc, Chatellier). Mais il peut se produire des pseudo-récidives, ou bien un processus hypertrophique nouveau surgissant sous l'influence d'une infection nouvelle, telle que la scarlatine, la diphthérie, etc. Ajoutons aussi que la récidive a été observée dans la tuberculose (Lermoyez), dans la syphilis (Ripault), ou dans les cas de transformation des végétations en tumeurs malignes (Delie, d'Ypres).

Le plus souvent les résultats obtenus sont des meilleurs. Pourtant les scrofuleux qui ont du muco-pus dans le cavum tirent un bénéfice médiocre de l'intervention. Il faut alors avoir recours à un traitement général patient et assidu (toniques, médication thermale sulfureuse, air marin). Au point de vue local on se trouvera bien des badigeonnages à la résorcine ou à la glycérine iodée.

Ce n'est pas tout : reste la thérapeutique des troubles concomitants. Chez les adénoïdiens auriculaires par exemple, ce sera l'oreille qu'il faudra traiter; ailleurs ce seront les déformations du maxillaire, et l'ataxie dentaire qui en est la conséquence. Quant aux déformations du thorax et de la colonne vertébrale, on se conformera aux règles nettement établies par Redard. Le traitement consistera alors en exercices respiratoires spéciaux, en une gymnastique appropriée. Nous ne pouvons nous étendre sur ce chapitre dans ce résumé déjà trop long. Il en est de même des troubles phonétiques, nasonnement, bégaiement, blésité. Ici on emploiera la lecture à haute voix, le solfège, le chant (Chervin). Toutes ces lésions, quand elles sont anciennes et profondes, réclament en somme une thérapeutique spéciale

et l'intervention seule est incapable de les guérir radicalement.

Reste pour terminer l'importante question des végétations tuberculeuses récemment soulevée par Lermoyez. Ici une division capitale s'impose. On devra distinguer, 1° la végétation bacillifère (type Dieulafoy); 2° la végétation bacillaire (type Lermoyez). Dans le premier cas il existe simplement des bacilles de Koch à la surface de l'amygdale pharyngée sans que celle-ci soit le moins du monde le siège d'un processus tuberculeux; ce qui n'empêche pas les animaux inoculés avec ces produits de se tuberculiser (Dieulafoy). Il se produit dans ces cas ce qui a lieu chez les malades qui ont du pneumocoque dans la salive, et chez lesquels on ne peut cependant pas dire qu'il existe de la pneumonie. Dans le second cas, au contraire, la tonsille pharyngée est devenue la proie du bacille, la végétation présente histologiquement le type du tissu tuberculeux (Lermoyez). Ce dernier fait s'observe rarement. Sur 150 sujets, M. Lermoyez ne l'a rencontré que deux fois, tandis que M. Dieulafoy, qui a procédé par inoculations, a obtenu sur 35 cas 7 inoculations positives.

Est-il prudent de toucher aux végétations, qu'elles soient bacillifères ou bacillaires? Oui, sans doute, et l'on doit opérer dans les deux cas. Seulement il est formellement indiqué de s'entourer des plus grandes précautions; peut-être même feraiton bien d'utiliser dans les cas suspects les curettes électriques de Rousseaux.

En résumé, le traitement chirurgical des végétations adénoïdes rend les plus grands services aux sujets qui sont atteints de cette affection. Non seulement l'opération débarrasse les malades des troubles locaux, mais encore elle exerce la plus heureuse influence sur l'état général des opérés. La croissance est favorisée d'une manière surprenante (Castex et Malherbe), les accès d'asthme, de stridulisme, etc., etc., disparaissent comme par enchantement. En un mot, et sans exagération, on peut dire que l'opération des végétations adénoïdes, telle qu'elle est réglée à l'heure actuelle, constitue une des précieuses conquêtes de la chirurgie moderne.

M. Mounier donne la préférence à la curette. La pince seule, suivie de l'emploi de la curette, est pour lui la seule méthode à recommander. Il est même d'avis d'employer des pinces à courbure brusque car il croit illusoire la crainte que l'on a d'aller blesser la cloison. Quant aux soins consécutifs, M. Mounier préfère tenir l'enfant simplement à la chambre. En plus il pratique toujours des lavages et s'en trouve bien; pour lui une irrigation très chaude est à recommander comme moyen prophylactique de l'hémorrhagie.

M. Helme n'a jamais eu à se plaindre de ne faire aucun lavage n'ayant jamais eu d'accident, dans les 600 cas qu'il a opérés.

M. Wagnier fait des lavages post-opératoires depuis quelque temps, et il a noté que depuis qu'il suit cette pratique il n'a plus d'élévation thermique le soir de l'opération.

M. Lermoyez est d'un avis tout opposé : depuis qu'il a cessé les lavages jamais plus il n'a eu à observer de la fièvre. L'action hémostatique du lavage lui paraît nulle.

M. Moure croit, contrairement à l'opinion des Allemands, que pour établir le diagnostic il est indispensable de pratiquer l'exploration digitale du cavum. Mais contrairement à M. Helme il est partisan de la douche nasale qui a l'avantage de nettoyer très bien le champ opératoire; quant à la narcose M. Moure s'en déclare adversaire. Pour ce qui est des instruments il faut, d'après M. Moure, être éclectique et ne pas se servir de la curette de Schmidt à l'exclusion de toute autre. Dans les végétations rétrochoanales, on se trouvera bien de l'emploi du petit serrenœud à polypes introduit par la voie nasale.

M. Moure a eu quelques hémorrhagies immédiates et secondaires, mais, en réalité, sauf dans un cas où l'écoulement survint au premier coup de curette, jamais cet accident n'a été assez grave pour nécessiter le tamponnement. Il a également observé quelques otites, malgré toutes les précautions indiquées. Ces accidents tiennent probablement à l'adénoïdite. Souvent, une opération ayant été décidée à l'avance, il survient, la veille de l'intervention, une petite poussée inflammatoire du rhinopharynx. Comme, somme toute, les troubles sont peu accusés, à peine un peu d'otalgie, on opère et l'otite se déclare.

M. Suarez de Mendoza rejette le bromure d'éthyle avec lequel il a eu un accident suivi de mort. Il a supprimé l'injection parce qu'il a eu des complications auriculaires qui provenaient de cette manœuvre. Enfin, consécutivement à l'ablation, il a observé un érysipèle de la face chez un jeune enfant qui, dans la journée même de l'opération, avait joué dans la rue avec ses camarades.

M. Garel est l'adversaire des irrigations nasales, qui ne servent en aucune façon à réaliser l'hémostase. Après l'opération il introduit dans le cavum un gros tampon imbibé d'une solution à 50 p. 100 et il fait priser un peu d'aristol. La narcose est inutile. Il suffit de 3 coups de pinces. La pince est bien moins douloureuse que la curette. Comme anesthésique, il se sert simplement de cocaïne.

M. Castex pratique l'injection chaude qui a l'avantage de décongestionner les végétations qui par cela même saignent moins facilement. Le gros inconvénient du brométhyle c'est qu'il occasionne du trismus et qu'il nécessite l'emploi d'un ouvre-bouche.

M. Vacher rejette absolument l'emploi des irrigations et l'anesthésie. Il se contente de pratiquer des badigeonnages d'huile gaïacolée et mentholée à 1 p. 100. Si des complications sont à redouter dans les cas où il existe du muco-pus dans le cavum, il fait suivre l'opération d'un écouvillonnage avec de l'eau oxygénée à 12 ou 14 volumes.

M. Martin s'est toujours bien trouvé de s'abstenir des lavages. Il ne craint pas de donner beaucoup de bromure d'éthyle et pendant assez longtemps. S'il y a de la contracture il suffit d'attendre quelques secondes, elle disparaît assez rapidement. On peut donner jusqu'à 20 grammes de bromure.

M. Lubet-Barbon partage l'avis de M. Moure lorsqu'il dit qu'il ne faut pas opérer en période d'adénoïdite, car c'est dans ces cas qu'on a des complications auriculaires. Comme anesthésique, M. Lubet-Barbon, emploie le bromure d'éthyle mélangé avec un dixième de son volume d'éther. Cette pratique paraît diminuer ou supprimer la contracture.

M. Lermoyez utilise, suivant le procédé de Lubet-Barbon, le brométhyle mélangé d'éther (10 p. 100 de ce dernier) et s'en trouve très bien.

M. Texier, pense qu'il ne faut pas employer une trop grande quantité de brométhyle, car les expériences faites par lui au laboratoire de Dastre lui ont montré que la dose de 20 grammes ne peut être dépassée sans danger. Si l'on veut éviter le trismus il ne faut pas laisser le masque plus de 35 secondes sur le nez.

M. Jouslain se sert du chloroforme en très petite quantité. Par ce moyen il n'a jamais eu d'alerte et l'anesthésie obtenue ainsi est bien suffisante.

M. Moure a eu un malade qui avant son départ pour une plage ne présentait que de petites végétations. A son retour elles étaient énormes et il dut intervenir.

M. Lermoyez fait observer que c'est précisément au Danemark, pays essentiellement maritime, que l'on a découvert et opéré les premières végétations.

M. Gellé tient à redire cette année encore que l'air marin a la plus fâcheuse influence sur les malades atteints d'affections auriculaires.

XIV° CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril.

Les affections goutteuses du cœur.

M. Schott (de Nauheim) a observé un certain nombre d'affections cardiaques chez les goutteux, chez lesquels les lésions cardiaques relevaient exclusivement du processus goutteux. Il s'agissait dans ces cas soit de sténose de l'aorte, soit de processus myocarditiques, soit de névroses motrices extensibles. Les cas dans lesquels le cœur est affecté secondairement par des processus goutteux sont assez nombreux et s'observent dans les affections goutteuses de l'estomac, des reins, dans les affections de l'encéphale et de la moelle, etc. En outre, la goutte se combine volontiers avec d'autres malades, comme l'intoxication saturnine chronique, le diabète, l'anémie et la chlorose, etc., et agit de concert avec les infections sur le cœur et ses fonctions.

Colique hépatique nerveuse.

M. Pariser (de Berlin) observé 7 cas de névralgie du foie qui est le plus souvent confondue avec la colique hépatique. Le tableau de l'accès névralgique ne se distingue en rien le plus souvent de la colique hépatique, si ce n'est que la névralgie concentre sa plus grande intensité sur le foie même, tandis que la colique hépatique envoie souvent des irradiations douloureuses. La durée de l'accès varie, de quelques minutes à plusieurs heures, et l'accès, comme celui de la colique, peut se terminer par des vomissements; l'ictère est rare.

Sur les 7 cas observés par M. Pariser, il y avait 4 hommes. Chez les femmes il existait une rapport entre l'accès et la menstruation et M. Pariser pense que l'ictère vicariant ou menstruel de Senator, a une relation étroite avec la névralgie du foie. L'existence d'autres névroses associées aux attaques a une valeur diagnostique. En dehors de la menstruation, on peut citer comme causes déterminantes l'ingestion de certaines épices, les émotions, l'alcool, la nicotine, ainsi que Beau l'a fait ressortir. Il faut mentionner même l'insuffisance motrice de l'estomac, les déplacements du foie et des autres viscères abdominaux, les adhérences du foie, enfin les affections des organes génitaux, surtout les déplacements de l'utérus. La névralgie du foie est une névrose viscérale tenant à une disposition hystérique et neurasthénique.

Le traitement de la lithiase est inefficace, il faut donner les toniques, les nervins, et combattre les douleurs. M. Pariser recommande surtout le cannabis indica.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADEMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 Mai 1896.

Sérothérapie du cancer.

M. Arloing (de Lyon) lit en son nom et en celui de **M. Courmont** un mémoire sur le traitement des tumeurs malignes par les injections de sérum d'âne, immunisé par injection de suc d'épithéliome ou non immunisé. Sur 14 malades soumis au traitement par le sérum d'âne dit immunisé, une seule fois il y a eu un résultat appréciable, la diminution de volume ayant permis d'enlever une tumeur jusque-là inopérable; mais chez les 13 autres le résultat a été nul, après diminution passagère si même il n'y a pas eu parfois aggravation finale. Au cours de ces expériences, MM. Arloing et Courmont se sont demandé si le sérum normal ne pourrait pas avoir une action analogue, et, sur 5 observations, sont arrivés à une conclusion affirmative; et comme la réaction locale et générale est moindre, c'est à cette méthode qu'il vaudrait mieux avoir recours. On peut obtenir ainsi quelques résultats palliatifs, consolants au début, mais bientôt nuls.

Myélopathies syphilitiques.

M. Fournier lit un rapport sur un mémoire de M. Gilles de la Tourette relatif aux myélopathies hérédo-syphilitiques. Ce travail est fondé sur l'étude des quelques travaux déjà publiés et surtout sur les observations personnelles de l'auteur.

D'après l'époque d'apparition, il divise ces accidents en congénitaux, précoces et tardifs.

Dans les cas congénitaux, il s'agit en général de sujets mortsnés ou morts en bas âge, en sorte que la clinique perd ses droits, mais, anatomiquement, on constate une méningomyélite diffuse embryonnaire. De ce groupe, toutefois, émerge une entité pathologique, et il semble bien que la *maladie de Little* soit une manifestation hérédo-syphilitique.

Les myélopathies héréditaires de l'enfance — de 2 à 8 ans — sont à la fois plus variées et mieux définies : les tissus sont mieux différenciés et les lésions aboutissent à la gomme proprement dite. De là des *paraplégies communes* et des *paraplégies spasmodiques*, ces dernières remarquables par leur sensibilité au traitement et par leur tendance à la récidive. Parfois aussi, on observe de la poliomyélite antérieure.

Parfois enfin, les lésions se produisent à longue échéance. Cette syphilis à longue portée est trop souvent méconnue, et il est bon de savoir que la moelle, elle aussi, est soumise à ses atteintes; de là, des cas où la lésion a débuté à 18, 19, 35, 50 ans même. Et M. Gilles de la Tourette termine par un chapitre où il met en évidence le rôle possible de la syphilis héréditaire dans l'étiologie du *tabès*.

Myxodermie contracturante hémorrhagique.

M. de Brun (de Beyrouth) envoie un mémoire terminé par les conclusions suivantes :

Il existe une maladie caractérisée par l'ensemble des phénomènes suivants : *début* brusque, par une forte fièvre, du malaise, des vomissements et de la céphalalgie; apparition rapide de *phénomènes typhiques*, avec prédominance de l'agitation pendant la nuit, où le délire prend un caractère particulièrement violent; *courbe thermique* à 3 périodes : 1° ascension brusque avec oscillations pendant 8 à 10 jours de 39° à 40°; 2° descente pendant une huitaine de jours à la normale ou au-dessous; 3° ascension aux environs de 39°; *contracture généralisée*, surtout aux muscles masticateurs, faciaux et cervicaux; *altération spéciale de la peau*, qui devient malléable comme de la cire molle; *hémorrhagies souscutanées* provenant au début de la 3° période et différenciée des autres ecchymoses infectieuses par une large zone blanche périphérique.

Cette maladie dure de 3 à 4 semaines; elle est remarquable par l'absence de météorisme et de taches rosées. Son principe infectieux, encore inconnu, n'est sûrement pas le bacille d'Eberth. Le pronostic est grave. Le diagnostic est facile grâce aux symptômes précédemment énumérés, qui permettent la dénomination de myxodermie contracturante hémorrhagique.

Applications thérapeutiques du suc gastrique.

M. Frémont (de Vichy) a présenté l'an dernier à l'Académie du suc gastrique pur, obtenu par l'isolement de l'estomac chez le chien (voir *Mercredi médical*, 1895, p. 234). Ce suc gastrique est susceptible d'application thérapeutique, et en le faisant ingérer M. Frémont a guéri diverses dyspepsies, gastrites, entérites, dont quelques-unes avec apepsie.

M. Vallin lit un rapport sur l'hygiène dans le Nivernais autrefois et aujourd'hui.

Election.

Sont nommés correspondants nationaux (1re division) :

1re place :

MM.	Glénard (de Lyon)	50 voix élu
	Mossé (de Toulouse)	9
	Debierre (de Lille)	2
	Renou (de Saumur)	1
	Lemaistre (de Limoges)	2
	Nuls	4

2e place :

MM.	Mossé (de Toulouse)	53 voix élu
	Lemaistre	7
	Vidal (d'Hyères)	2
	Debierre (Lille)	1
	Nuls	5

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 27 Avril et 4 Mai 1896.

Œdème maculaire ou périfovéal de la rétine.

M. I.-P. Nuel. — Cet œdème se produit fréquemment dans toutes sortes d'irritations du fond de l'œil : rétinites, rétino-choroïdites, cyclites traumatiques ou non; suppurations

commençantes de l'œil, œdèmes par stase, embolie de l'artère centrale, etc. Dans des cas particuliers, on en reconnaît l'existence à l'ophthalmoscope, sous la forme d'un trouble grisâtre, diffus ou rayonné, de la région périfovéale.

Anatomiquement, on constate une forte infiltration, par un exsudat séreux, de la couche de Henle, qui peut ainsi acquérir le quadruple et plus de son épaisseur normale. L'exsudat dissocie les fibres constituantes, tantôt en les isolant une à une, tantôt en les ramassant en faisceaux séparés par de grandes lacunes. D'autres fois, les fibres forment un réseau dont les mailles sont remplies par un liquide clair. Ce dernier peut aussi être farci de petits globules de fibrine d'égale grosseur, signe d'une nature plus plastique (inflammatoire?) de l'œdème. La figure stellaire, visible à l'ophthalmoscope autour de la fovea des yeux brightiques, n'est qu'une modalité de cette dernière forme.

Cet œdème peut disparaître sans laisser de troubles fonctionnels bien graves. Il peut aussi se prononcer davantage; alors, une conséquence très fréquente est un décollement rétinien dont la fovea est le centre et qui, dans des cas excessifs, peut s'étendre à toute la membrane.

L'œdème périfovéal et ses conséquences mécaniques, notamment le décollement rétinien, jouent un rôle important dans une foule de maladies du fond de l'œil. Très souvent, c'est là le facteur principal de l'abolition de la fonction visuelle.

Sensibilité lumineuse aux noirs et aux gris.

M. Ch. Henry. — On s'est occupé jusqu'ici de la sensibilité lumineuse dans le cas de la vision d'un objet lumineux sur fond noir; mais on a négligé de rechercher les lois de la sensibilité aux noirs et aux gris.

Ces lois, que de nouvelles recherches m'ont permis d'établir, sont les suivantes : 1° le minimum perceptible de teinte varie proportionnellement à l'éclairage; 2° le minimum perceptible de teinte diminue quand l'œil s'est adapté préalablement aux teintes claires. C'est le contraire de ce qui se passe dans le cas d'un objet lumineux sur fond noir; 3° cette plus petite différence perceptible diminue également, mais très peu et dans des limites très étroites de temps (1′ à 10′) proportionnellement au séjour préalable de l'œil dans l'obscurité. Dans le cas d'un objet lumineux sur fond noir, la loi est différente.

En somme, pratiquement, pour percevoir le mieux les détails les plus délicats, il faut observer à un éclairage moyen et adapter préalablement son œil à des teintes claires.

Sérothérapie de l'infection urinaire.

MM. Albarran et **Mosny.** — L'infection urinaire a ceci de particulier que, dans un grand nombre de cas, on peut prévoir qu'une manœuvre chirurgicale aura de grandes chances de déterminer, chez un individu dont l'infection est localisée dans les voies urinaires, des accidents généraux susceptibles de revêtir une haute gravité. Par suite, la sérothérapie de l'infection urinaire pourra être utilisée non seulement dans le but de combattre une infection déjà développée, mais encore pour prévenir son éclosion presque certaine.

Nous avons donc cherché à utiliser le sérum sanguin des animaux vaccinés contre le *bacterium coli commune* pour prévenir et pour guérir l'infection urinaire que les travaux de l'un de nous, en collaboration avec M. Hallé, ont démontrée être presque toujours due à l'action de ce bactérium.

Dans cette première note, nous exposons les résultats de nos expériences concernant la sérothérapie de la septicémie colibacillaire expérimentale.

Nous avons essayé trois méthodes vaccinales : 1° les inoculations répétées et progressivement croissantes de cultures virulentes du *bacterium coli;* 2° les inoculations répétées et progressivement croissantes de toxines obtenues en filtrant la macération des organes d'animaux morts d'infection colibacillaire; 3° enfin, les inoculations alternantes de ces filtrats et de cultures virulentes.

C'est cette dernière méthode qui nous a permis d'obtenir chez les animaux l'immunité la plus solide.

Nous avons étudié le sérum des animaux ainsi vaccinés au double point de vue de son pouvoir préventif et de son pouvoir curateur.

L'inoculation de ce sérum immunise le cobaye à la dose de 1/20 de centimètre cube contre la dose mortelle de culture inoculée 24 heures après. Un cobaye, vacciné avec 1/4 de centimètre cube de ce sérum, a résisté à l'inoculation de 20 fois la dose mortelle faite 24 heures après.

Nous avons inoculé simultanément la culture virulente et le sérum préventif : le mélange de la dose mortelle de cette culture avec une goutte de ce sérum a suffi pour empêcher l'animal de succomber.

Le pouvoir curateur de ce sérum n'est pas moins considérable que son pouvoir préventif : les cobayes infectés avec deux fois la dose de culture mortelle pour les témoins survivaient lorsque, 2 heures après l'inoculation infectante, ils recevaient 2 cent. cubes de sérum curateur.

Nos expériences ont porté sur 250 cobayes, 40 lapins et 6 chiens; les propriétés immunisantes et curatrices de ce sérum (dont nous avons au préalable essayé l'innocuité) s'étant montrées très élevées chez des animaux aussi différents, nous nous sommes crus autorisés à l'employer chez l'homme. Nous ferons connaître ultérieurement les résultats obtenus.

Hématozoaire du paludisme.

M. Laveran. — J'ai eu fréquemment l'occasion d'examiner des malades qui avaient contracté la fièvre palustre au Tonkin, au Dahomey, au Sénégal ou à Madagascar, et j'ai retrouvé dans le sang de ces malades l'hématozoaire que j'ai décrit en 1880.

Quelques observateurs ont émis l'hypothèse que les fièvres graves des pays intertropicaux étaient dues à des parasites spéciaux; il n'en est rien. Le parasite du paludisme a, il est vrai, dans certains pays, comme à Madagascar, une activité bien plus grande que dans les climats tempérés; mais les modifications inhérentes à la différence des milieux suffisent à l'expliquer. La virulence des microbes varie beaucoup avec les milieux de culture; les plantes et les animaux des tropiques dégénèrent le plus souvent quand on les transporte dans nos climats.

J'ai trouvé dans le sang de malades revenant de Madagascar, des corps amiboïdes nombreux et d'un volume supérieur à la moyenne, ce qui est une condition éminemment favorable à la production des accidents pernicieux. Mais je n'ai pas constaté les différences qui ont été décrites par un certain nombre d'auteurs entre les parasites de la tierce, de la quarte et des fièvres irrégulières.

Le fait que le parasite du paludisme existe, avec les mêmes formes, dans tous les pays, constitue un très bon argument en faveur de l'unicité du paludisme, attestée d'ailleurs par la clinique et l'anatomie pathologique; s'il y avait plusieurs espèces de parasites, on trouverait vraisemblablement des localités dans lesquelles une de ces espèces régnerait à l'exclusion des autres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 Mai 1896.

Injections intra-veineuses de sérum artificiel dans les traumatismes et la septicémie.

M. Lejars rapporte en détail 4 observations d'injections intraveineuses de sérum artificiel à dose massive (14 à 26 litres dans l'espace de 4 à 6 jours) faites dans 2 cas de septicémie péritonéale, un 3e d'ostéomyélite et un 4e d'écrasement traumatique ayant nécessité l'amputation des deux membres inférieurs. Dans tous ces cas, les malades n'ont été sauvés d'une mort certaine que par les injections de ce sérum.

De l'étude de ces faits et des faits analogues, de même que des expériences qu'il a faites sur des chiens, M. Lejars tire les conclusions suivantes :

1° L'injection intra-veineuse de sérum artificiel, même à dose massive, est inoffensive.

2° Même dans les cas désespérés, chez des mourants, l'injection retarde la mort.

3° Sous la réserve que le rein fonctionne bien, une infection grave et confirmée peut être conjurée et guérie par les injections.

4° La voie sous-cutanée peut être utilisée comme la voie intra-veineuse; mais avec cette dernière l'effet est plus prompt.

M. Charrin. — M. Lejars apporte des observations en faveur de l'emploi des solutions minéralisées. A cette occasion, je ferai remarquer que ces solutions aqueuses peuvent être utilisées de différentes façons; on peut en introduire des doses considérables, effectuer une sorte de lavage de l'économie; on peut injecter des volumes moins importants (100 à 300 cent. cubes au lieu de 1 à 3 litres ou davantage); on peut aussi user de proportions faibles.

Avec quelques centimètres cubes, comme je l'ai établi avec Cassin, on rend des services; on retarde la mort des animaux inoculés ou intoxiqués par des toxines. Or, suivant qu'on a recours à des quantités énormes ou très minimes, on provoque tels ou tels effets; on détermine des phénomènes différents; on met, en somme, en œuvre des méthodes absolument distinctes.

Actuellement, ces procédés se répandent de plus en plus; il n'y aura bientôt plus un seul accoucheur, un seul chirurgien, un seul médecin qui ne se soit adressé à ces agents; aussi conviendrait-il de les étudier physiologiquement de plus en plus, attendu que les résultats sont généralement des plus satisfaisants; pour ces produits, comme pour les autres, il importe de dégager l'utile du nuisible.

Pour ma part, j'ai noté, en me cantonnant exclusivement sur le terrain expérimental, la diurèse, la diarrhée, et, suivant les techniques, l'accroissement de l'urée, les oscillations de la pression; on a signalé aussi le peu d'importance de la mise en jeu de tel ou tel sel.

Peut-être faut-il compter, en se souvenant des atténuations des toxines dues à la dialyse, avec les modifications de l'osmose, conséquences des changements humoraux, avec la fixation, la précipitation de certains produits toxiques, plus encore, comme je l'ai vu, avec des imitations de névrose; entre le mode d'action de ces solutions et celui des sérums des immunisés, en passant par l'humeur normale, physiologique, prise dans le sang coagulé, il existe toute une gamme de propriétés, en dehors évidemment des attributs spécifiques.

Malgré ces analogies, les divergences sont suffisantes pour s'étonner de l'abus de langage qui fait que l'on désigne ces solutions salines sous le nom de sérums; à l'heure présente, ces solutions, comme ces sérums, sont entre les mains de tous; ces désignations peuvent favoriser des erreurs, entraîner des confusions, en particulier au point de vue de la toxicité.

C'est ainsi qu'on nous parle de l'injection intra-veineuse de 3 litres 1/2 de cette eau salée; un animal, un homme n'aurait pu recevoir cette dose de sérum réel par l'unique raison qu'il serait mort bien avant la terminaison de cette injection.

Dans certaines discussions, on paraît avoir eu sur le véritable sérum de singulières conceptions; on a vu, dans ce produit d'importance pourtant fondamentale, presque uniquement une solution aqueuse minéralisée; on a partiellement oublié, avec ses effets toxiques, avec ses propriétés de précipitation, les ferments que contient cette humeur; on a quelque peu oublié la sérine, les globulines, aussi bien celles de Hammarsten que les autres; on a oublié ces principes si voisins des albumoses toxiques, des diastases, qui agissent directement ou indirectement, en provoquant des modifications à conséquences lointaines.

Ce sont là des faits connus; en demeurant sur le terrain de la physiologie, sans toucher à la thérapeutique par les sucs des vaccinés, on peut affirmer que rien ne saurait prévaloir contre ces notions. Aussi l'épithète d'artificiel accolée au terme sérum suffit-elle à peine pour séparer des composés qui n'ont entre eux que des analyses chimiques ou fonctionnelles des plus rudimentaires.

M. Chauveau. — L'intérêt comme l'actualité du sujet justifient ces distinctions. Le sérum est une humeur trop nettement définie en physiologie, et surtout trop toxique, pour que l'on continue à désigner sous ce nom, dans le langage vraiment scientifique, de pures solutions salines.

Relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique.

M. J. Babinski. — J'ai observé dans quelques cas d'hémiplégie ou de monoplégie brachiale, due à une lésion de l'encéphale, un relâchement des muscles qui se manifeste par la possibilité de faire exécuter aux membres paralysés certains mouvements passifs d'une étendue plus grande qu'aux membres du côté sain.

Mes observations ont porté particulièrement sur le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras. Voici, d'une manière plus précise, en quoi consiste le phénomène en question : quand on imprime à l'avant-bras placé en supination un mouvement passif de flexion sur le bras et qu'on cherche à appliquer ainsi ces deux segments du membre supérieur l'un sur l'autre, aussi fortement qu'il est possible de le faire sans provoquer de douleur, on constate, en comparant les deux côtés l'un à l'autre, que le degré de flexion est plus élevé du côté paralysé.

J'ai observé d'abord ce phénomène dans des cas d'hémiplégie récente, flasque, sans exagération ou avec affaiblissement des réflexes tendineux. Le premier malade sur lequel j'ai vu nettement ce trouble était atteint d'une monoplégie brachiale qui remontait à quelques jours seulement; le réflexe du tendon du triceps brachial était presque aboli. Dans ces divers cas, il n'y avait pas d'amyotrophie.

J'ai constaté ensuite ce même phénomène sur quelques malades atteints d'hémiplégie de plusieurs mois de durée avec exagération des réflexes tendineux.

Ce trouble me paraît être du même ordre que l'abaissement de la commissure labiale qu'on observe dans l'hémiplégie organique; il s'agit sans doute de part et d'autre d'un relâchement musculaire dû à un affaiblissement de la tonicité des muscles. A ce sujet, je ferai remarquer que s'il est facile de concevoir l'association de ce trouble à un affaiblissement des réflexes tendineux, il peut paraître au moins singulier d'observer le relâchement des muscles dans un membre dont les réflexes tendineux sont exagérés.

Dans les divers cas d'hémiplégie hystérique que j'ai observés depuis que mon attention a été dirigée dans ce sens, ce phénomène a fait défaut, et je suis porté à croire, sans vouloir être d'ores et déjà affirmatif à cet égard, que c'est là un signe qui peut servir à distinguer l'hémiplégie et la monoplégie brachiale organiques de l'hémiplégie et de la monoplégie brachiale hystériques.

Sur la valeur antiseptique du benzène.

MM. Chassevant et **Got.** — Une première communication d'un des auteurs sur le pouvoir antiseptique du benzène a soulevé, de la part de plusieurs industriels et inventeurs, des objections.

Ces derniers prétendaient, contrairement à nos conclusions, que l'action de la benzine du commerce, combinée à celle d'une température de 70°, détruirait les microbes.

Nous avons repris cette étude et constaté que le contact de la benzine, prolongé d'une 1/2 heure à 24 heures et suivi de l'action de la chaleur à 70°, en présence de l'air, pendant 24 heures, ne semble pas avoir d'action antiseptique.

Les modifications apportées à la végétabilité des microbes par le séjour dans l'étuve à 70° sont les mêmes, qu'il y ait eu ou non action préalable des benzines.

Dans les quelques cas où on a eu des différences, elles étaient extrêmement faibles.

L'effet produit par les benzines commerciales sur les microbes semble dû à d'autres hydrocarbures que le benzène; cet effet n'est pas antiseptique; tout au plus retarde-t-il la végétation.

Chloroformisation et excrétion d'urée.

M. Vidal, dans ses recherches sur l'excrétion de l'urée chez les opérés, a constaté que l'augmentation de la quantité d'urée, qu'on trouve ordinairement chez les opérés, existait également chez des individus qui, après été chloroformisés, n'ont pas été opérés. Les recherches sur les animaux lui ayant également montré que la simple chloroformisation suffisait pour provoquer une décharge d'urée, M. Vidal conclut de ces faits que l'excré-

tion abondante d'urée que l'on observe chez les opérés doit être attribuée à l'action du chloroforme.

M. Giard rapporte l'observation d'un nègre du Sénégal ayant succombé à une méningite cérébro-spinale à pneumocoques, et chez lequel on trouva dans le foie une douve connue sous le nom de pentastoma constrictum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 Mai 1896.

Traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

M. Michaux revient sur la communication de M. Tuffier pour envisager successivement le diagnostic et le traitement de la lithiase.

Pour ce qui est du diagnostic, M. Michaux cite 3 faits qui montrent que dans certains cas ce diagnostic peut être difficile. C'est ainsi qu'une fois la cholécystite a été confondue avec une hernie crurale étranglée, une autre fois avec une tumeur rénale, dans un troisième cas avec une tumeur de la fosse iliaque.

Au point de vue thérapeutique, M. Tuffier a préconisé la cholécystostomie, c'est-à-dire l'ouverture de la vésicule avec fixation de cette vésicule à la paroi. M. Michaux est d'un avis contraire et donne la préférence à la cholécystectomie, qu'il a pratiquée 12 fois, 2 fois avec cholédocotomie secondaire. Sur ces 12 cas, il a perdu 3 malades. La mortalité a donc été exactement la même que dans la statistique de M. Tuffier.

Trois fois M. Michaux a fait la cholécystostomie parce qu'il s'agissait d'individus trop affaiblis, ou qu'il existait des adhérences considérables autour de la vésicule. Une des malades est morte, sans doute d'infection.

Au premier abord, la cholécystostomie semble être la meilleure opération applicable à la lithiase vésiculaire, et l'opération la plus simple. Cependant elle peut rencontrer des difficultés. La vésicule peut être mince et friable; elle peut se déchirer facilement et se suturer avec peine à la paroi ; des mouvements ultérieurs peuvent provoquer ou augmenter des déchirures de la vésicule. Si l'incision qu'on fait à la vésicule est petite, on peut être gêné pour retirer les calculs, surtout si ceux-ci sont enchatonnés dans des loges de la vésicule, ou situés loin. Ces inconvénients qui font que la cholécystostomie peut n'être pas toujours simple, n'existent pas avec la cholécystectomie. D'un autre côté si l'on compare les statistiques des chirurgiens français, on trouve que la mortalité est plus grandepour la cholécystostomie. Ainsi M. Terrier compte, sur 8 cholécystectomies, 7 guérisons et 1 mort; M. Terrillon 2 cholécystectomies avec 2 guérisons; M. Michaux 2 cholécystectomies avec 2 guérisons.

Si l'on prend les chiffres relatifs à la cholécystostomie, on trouve que M. Terrier eut, sur 3 cholécystostomies, 1 mort, M. Terrillon, sur 5 cholécystostomies, 3 morts.

De plus, la cholécystectomie est une opération plus efficace et plus radicale que la suppression de la douleur.

Après la cholécystostomie on peut observer des fistules très persistantes qui durent 2, 6, 8, 10 mois, et qui affaiblissent considérablement les malades. Cette complication est bien plus rare après la cholécystectomie, et comme M. Michaux a eu cette complication chez un de ces opérés, il a amélioré la ligature du pédicule de la vésicule, en faisant une double ou même une triple ligature.

Pour M. Michaux la cholécystostomie est indiquée, de préférence à la cholécystectomie, seulement chez les individus âgés et affaiblis et quand il existe des adhérences autour de la vésicule.

La cholécystectomie est indiquée au contraire chez les individus jeunes, et quand il n'existe pas d'adhérences autour de la vésicule.

M. Broca. — J'ai recueilli 3 observations fort analogues à celles dont M. Tuffier nous a récemment entretenus. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur due à la vésicule ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par mon ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir par le ballottement l'extrémité inférieure du rein droit; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890 et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

J'admets donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase limitée à la vésicule n'est pas toujours très facile. Je signalerai encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment j'ai opéré une dame de 45 ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, je n'ai pas trouvé trace de calculs. L'opération, aujourd'hui guérie, est trop récente pour que je puisse parler de résultat thérapeutique.

Chez cette malade je n'ai pas ouvert la vésicule. Chez les 3 autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, j'ai pratiqué la cholécystectomie et j'ai eu trois résultats excellents à longue échéance : aujourd'hui, je vois encore de temps à autre la malade que j'ai opérée en septembre 1893 et elle n'a plus jamais souffert. Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bacterium coli infectait la vésicule suppurée, je n'ai eu aucun revers, et, lorsqu'après laparatomie elle paraît aisée à pratiquer, je crois que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive.

Luxation traumatique de la hanche.

M. Delorme rapporte l'observation d'un homme de 34 ans, ancien paludéen, qui dans une chute violente se fit une luxation de la hanche en arrière. On avait essayé vainement à plusieurs reprises de réduire la luxation et M. Delorme vit le blessé 2 mois 1/2 après la chute. La luxation ayant été reconnue irréductible, M. Delorme se décida à intervenir par la méthode sanglante, en employant le procédé de M. Ricard, la décapitation de la tête du fémur.

Les parties articulaires une fois mises à nu on trouva que l'ancienne articulation avait presque complètement disparu et que la cavité cotyloïde était comblée par du tissu de néoformation et par la capsule adhérente. M. Delorme creusa la cavité, décapita la tête fémorale, réséqua un pont osseux qui s'opposait à la réduction et replaça le col dans la cavité cotyloïde refaite. Drainage et suture. Le résultat immédiat de l'opération fut excellent ; mais dès le lendemain la température monte, la respiration s'embarrasse, et le malade mourut 3 jours après l'opération.

A l'autopsie de l'articulation malade on trouva que l'obstacle à la réduction était formé par un pont osseux occupant la partie inférieure de l'articulation, englobant le tendon du psoas, et fixant le membre dans la flexion et l'adduction. Ces stalactites osseuses de nouvelle formation s'étaient développées très rapidement. La capsule déplacée obstruait complètement l'ancienne cavité cotyloïde.

La mort de l'opéré n'est attribuée par M. Delorme ni à une intoxication par antiseptiques, ni à l'infection, ni au shock, mais à un accès paludique pernicieux rappelé par le traumatisme opératoire.

Endométrite fétide des femmes âgées.

M. G. Maurange. — Pour la quatrième fois en six ans, j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'endométrite fétide, chez une femme ayant dépassé la ménopause. L'affection, survenue six mois auparavant, en pleine santé, chez une multipare de 62 ans ayant eu à 47 ans une ménopause régulière, était caractérisée par un écoulement purulent d'une horrible fétidité, se faisant à intervalles irréguliers par de véritables décharges, précédées d'une période plus ou moins prolongée de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins. En même temps il y avait de l'amaigrissement, une diminution générale des forces, un aspect cachectique.

Au toucher, on trouvait le col boursouflé, volumineux et mobile, le corps augmenté de volume et douloureux à la pression, les culs-de-sac libres, le vagin très enflammé. Au spéculum on constate que la muqueuse vaginale est d'une coloration

rouge foncé, et comme granuleuse. L'introduction de l'hystéromètre, très douloureuse, donne une profondeur de 8 centimètre 1/2 ; en le retirant il s'écoule par le museau de tanche un pus sanieux, d'une horrible fétidité.

Il s'agissait là bien évidemment de l'un de ces cas d'endométrite fétide dont j'ai donné la description clinique et anatomo-pathologique dans deux mémoires antérieurs(1). Un traitement simple fut institué : dilatation de l'orifice du col, désinfection de l'endomètre à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin, et après quelques pansements la malade a recouvré son état de santé antérieur.

L'intérêt de ces faits est de mettre en garde contre une erreur possible de diagnostic avec le cancer utérin, erreur qui a été commise par des gynécologistes éprouvés. Il existe en effet des cas — et j'en ai cité — où il ne manque rien au tableau clinique du cancer, pas même l'hémorrhagie, et dans lesquels seul l'examen histologique peut conduire à un diagnostic exact.

Il paraît donc nécessaire de faire désormais le diagnostic différentiel du cancer utérin — qui n'est, du reste, pas si fréquent après la ménopause — avec l'endométrite sénile et spécialement avec la variété que nous avons proposé d'appeler *endométrite fétide des femmes âgées*.

M. Faure lit une observation de laparotomie pour rupture traumatique du foie.

M. Moure (de Bordeaux) lit un travail sur le traitement des otorrhées chroniques par l'ouverture de l'antre mastoïdien.

M. Delorme présente un malade traité pour une fracture de la rotule, par la suture suivant le procédé de Ceci. Lors des mouvements de mobilisation, le fil se cassa et l'écartement se reproduisit.

M. Lucas-Championnière trouve que le procédé de suture de la rotule qu'il a décrit depuis fort longtemps est bien préférable à tous ceux décrits à l'étranger. Il insiste de plus sur l'inutilité et les dangers des mouvements de flexion actifs qu'on opère souvent pour mobiliser l'articulation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Mai 1896.

La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.

M. E. Apert (interne des hôpitaux). — Le service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades a été fait, en 1895, par MM. Grancher (mois d'été) et Marfan (mois d'hiver). Le service a reçu 256 enfants, mais 237 seulement avaient la scarlatine. Dans 19 cas il y avait eu erreur de diagnostic, erreurs qui s'expliquent par ce fait qu'il n'existait à l'hôpital des Enfants-malades aucun endroit pour isoler les enfants dont le diagnostic était incertain. La création d'un service de douteux, ouvert le 1er janvier 1896, est venue combler cette lacune. Deux des enfants admis par erreur ont pris la scarlatine.

La mortalité brute de l'année a été de 5,85 p. 100, c'est-à-dire notablement inférieure aux chiffres habituels. Ce résultat est donc relativement satisfaisant, surtout si l'on considère que la moitié des décès est fournie par des enfants apportés mourants du dehors. Les autres décès tiennent aux causes suivantes : broncho-pneumonie 3 ; angine infectieuse secondaire 1 ; tuberculose 1 ; gastro-entérite chez les nourrissons 2.

Les complications les plus souvent notées ont été les suivantes : du côté de la gorge, angines blanches du début (32 p. 100) ordinairement bénignes, à exsudat crémeux, parfois pseudomembraneuses et accompagnées quelquefois de jetage, de ganglions suppurés, d'état infectieux grave ; angines secondaires (7 p. 100) affectant ordinairement la forme diphthéroïde, mais jamais on n'y a trouvé le bacille de la diphthérie, toutes étaient à streptocoques, une seule a entraîné la mort ; adénites suppurées (7 p. 100) succédant aux angines graves ; otites suppurées (20 p. 100) apparaissant ordinairement au moment où l'angine disparaît.

Du côté des reins, 20 p. 100 des malades ont eu, à un moment quelconque, de l'albumine dans l'urine ; mais dans 8 p. 100 des cas, il s'agissait d'albuminurie passagère, contemporaine de la période fébrile ; dans 6 p. 100 des cas, l'albuminurie est apparue en même temps qu'une complication (angine grave secondaire, suppurations, etc.) et a disparu avec cette complication ; c'est seulement dans 6 p. 100 des cas qu'on a observé la néphrite scarlatineuse avec œdème et parfois avec hématurie et anurie. Il faut ajouter que dans les 2/3 des cas, ces néphrites scarlatineuses avaient été acquises au dehors ; 6 seulement ont été prises dans le service, où le régime lacté intégral était la règle absolue.

Les complications pulmonaires et pleurales ont été remarquablement rares : broncho-pneumonies (5 p. 100) toujours graves ; pleurésies purulentes (2 p. 100).

Plus rares encore ont été les complications cardiaques. Un seul cas d'endocardite légère.

Les arthralgies (2 p. 100), les synovites (1 p. 200), les arthrites suppurées (1 p. 100) ont été aussi peu fréquentes. Une des arthrites suppurées était à streptocoques. Dans l'autre, aucun micro-organisme n'a été trouvé dans le pus.

La statistique par âges montre que la plus grande fréquence a été observée de 3 à 9 ans (3/5 des cas). La mortalité a été nulle au-dessus de 9 ans, forte au contraire dans la première et la seconde année (50 et 11 p. 100).

La maladie a eu sa plus grande fréquence au printemps et à l'été ; les complications ont été le plus fréquentes en automne ; la mortalité a été la plus forte en hiver (22 p. 100) et presque nulle en été et en automne (un seul décès de juin à fin novembre).

32 enfants considérés comme suspects de diphthérie, à cause de leur angine blanche, ont reçu à leur entrée 20 cent. cubes de sérum de Roux. 28 p. 100 ont fait des éruptions de sérum, ordinairement 14 jours après l'injection, morbilliformes et parfois accompagnées d'arthralgies ; mais jamais elles n'ont été suivies de phénomènes graves, et elles ont toujours disparu en 21 à 28 heures. Leur fréquence concorde bien avec la remarque de M. Sevestre, qui a noté que les éruptions morbilliformes se voient surtout avec les angines à streptocoques.

Deux essais de traitement avec le sérum de Marmorek n'ont pas donné de résultats encourageants.

Le traitement ordinaire s'est borné au régime lacté intégral, à l'acétate d'ammoniaque (1 à 2 grammes par jour pendant la période d'éruption), aux irrigations buccales d'eau bouillie aromatisée, et à l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales pour assurer l'asepsie de ces cavités.

Malgré ces précautions, si la mortalité a été relativement faible, la morbidité du service a été élevée ; 43 p. 100 des enfants ont été atteints de complications secondaires survenues dans le service (angines secondaires, otites, ganglions suppurés, albuminuries, broncho-pneumonies, etc., etc.). Cette haute morbidité tient à la défectuosité des locaux. Les scarlatineux, comme du reste les rougeoleux, sont logés à l'hôpital des Enfants dans des salles trop petites, trop sombres, et trop vieilles, sans chambres d'isolement pour les cas compliqués.

La construction de nouveaux services a été reconnue nécessaire, et décidée en principe depuis longtemps ; des fonds ont été alloués dans ce but à l'Assistance publique sur les bénéfices du pari mutuel ; il est à souhaiter que l'on ne tarde pas à commencer les premiers travaux.

M. Marfan insiste sur le chiffre très faible de la mortalité (5,85 p. 100), d'autant plus important à relever qu'il est actuellement question des injections de sérum antistreptococcique dans la scarlatine. On pourra comparer un jour les statistiques de ce traitement avec celle qui vient d'être soumise.

M. Le Gendre, qui l'an passé a soigné dans son service d'Aubervilliers 450 cas de scarlatine, a eu une mortalité inférieure à 3 p. 100.

Quant à la fréquence des otites dans la scarlatine, il remarque que cette complication est moins fréquente lorsqu'on fait soigneusement l'antisepsie de la cavité pharyngienne.

M. Marfan ne croit pas qu'on puisse comparer les deux statistiques relatives l'une aux enfants, l'autre aux adultes. On

1. G. Maurange, Endométrite fétide des femmes âgées (*Presse méd.*, 25 janvier 1895). — Endométrites séniles (*Gaz. hebd.*, 21 septembre 1895).

sait du reste que la mortalité de la scarlatine décroît avec l'âge.

M. Rendu croit devoir faire observer que la scarlatine paraît sensiblement plus bénigne aujourd'hui qu'il y a quelques années.

M. Comby tient à faire relever qu'en 1895, M. Marmorek a injecté du sérum anti-streptoccique à 96 scarlatineux. La mortalité a été d'un peu plus de 8 p. 100. L'efficacité du sérum est donc douteuse.

Gigantisme et acromégalie.

M. Brissaud revient sur la communication faite dans la séance précédente par M. Marie pour soutenir que dans l'acromégalie comme dans le gigantisme, il s'agit d'une exagération d'un processus normal. Si l'excès de développement survient chez un sujet jeune dont les cartilages ne sont pas incrustés de sels calcaires, le sujet deviendra un géant. Si, au contraire, cet excès de développement survient chez des adultes, l'os s'accroîtra en largeur et l'individu deviendra acromégalique.

Ceci explique pourquoi peu d'acromégaliques sont géants : c'est que l'affection a débuté, chez eux, tardivement. De même, il est aisé de comprendre pourquoi peu de géants sont acromégaliques : c'est que chez eux l'exagération du processus normal d'ossification a cessé lorsque les cartilages ont été soudés.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 27 Avril 1896.

Valeur diagnostique de la ponction lombaire.

M. H. Cohn rapporte l'observation d'un jeune homme de 23 ans entré à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Les phénomènes qu'il présentait étaient une fièvre assez élevée, de la céphalalgie et des troubles gastro-intestinaux. La fièvre et la céphalalgie ne cédant pas au traitement, on fit une ponction lombaire, et l'examen microscopique du liquide montra la présence de nombreux bacilles tuberculeux.

A l'autopsie du malade, qui a succombé quelques jours plus tard, on trouva une méningite tuberculeuse et une tuberculose disséminée de tous les organes dont le point de départ a été un foyer tuberculeux du canal thoracique.

M. H. Fraenkel profite de cette occasion pour insister sur les difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic de la méningite tuberculeuse. Pour ces cas justement la ponction lombaire est fort importante en tout ce qui procède du diagnostic.

M. Stadelmann cite un autre cas où la ponction lombaire lui a permis d'établir le diagnostic de méningite. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une pneumonie a été pris de fièvre élevée avec formation d'exsudat dans la plèvre. Malgré l'absence de tout symptôme pouvant faire songer à la méningite on fit la ponction lombaire : on retira un liquide purulent renfermant de nombreux pneumocoques.

M. Fürbringer rapporte à son tour un cas de méningite tuberculeuse diagnostiquée après la ponction lombaire et vérifiée à l'autopsie.

Coma diabétique.

M. Stadelmann cite le cas d'une femme de 23 ans, ordinairement bien portante qui, quelques semaines après son accouchement a été prise brusquement de douleurs de ventre. Elle a été amenée à l'hôpital dans un état comateux avec une respiration rappelant un peu celle du coma diabétique. L'examen de l'urine montra la présence d'albumine, de sucre; en plus le liquide se colorait en rouge par le perchlorure de fer.

A l'autopsie de cette femme qui a succombé au coma diabétique quelques jours après son entrée, on trouva une nécrose multiple du tissu adipeux du péritoine et une transformation fibreuse du pancréas.

D'après M. Stadelmann, il s'agissait là d'un cas de diabète suraigu produit par la nécrose du pancréas et du tissu adipeux du péritoine.

Du frémissement dans les gros vaisseaux.

M. Zitten. — Quand on applique le stéthoscope sur un gros vaisseau on entend un bruit systolique qui se transforme en souffle quand on appuie fortement l'instrument. Or M. Zitten a constaté qu'aux phénomènes acoustiques du bruit systolique et du souffle correspondent des phénomènes perceptibles au toucher et qui sont la pulsation pour le bruit systolique et le frémissement pour le souffle.

Cette sensation de frémissement qu'on perçoit en comprimant une artère, est perçue sue tous les vaisseaux dont le calibre n'est pas moindre que celui de la radiale, et est d'autant plus nette que le vaisseau a une direction plus rectiligne et qu'il peut être plus facilement comprimé contre un plan résistant.

Ce phénomène d'un caractère physiologique, s'exagère dans les états pathologiques dans l'insuffisance aortique, la maladie de Basedow, l'intoxication par le nitrate d'amyle, l'artériosclérose : dans tous ces états le frémissement peut être perçu dans les petites artères à la suite d'une compression très légère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 18 Mars 1896.

Pathologie du béribéri.

M. Kustermann a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un Chinois qui a succombé à la forme cardiaque du béribéri après avoir présenté une paraplégie.

L'examen microscopique des organes a donné les résultats suivants :

Les muscles et les nerfs des bras étaient normaux. Au niveau des membres inférieurs, les lésions les plus accusées ont été trouvées sur les muscles tibiaux antérieurs. Les lésions consistaient dans la tuméfaction et le gonflement des fibres musculaires, avec destruction du sarcoplasme, dans la formation des vacuoles, dans la prolifération des noyaux. Ces lésions n'étaient pas uniformément distribuées, et à côté des fibres et des faisceaux, les plus nombreux, présentant ces lésions, on en trouvait d'autres intacts.

Les lésions nerveuses étaient particulièrement accusées au niveau des dernières ramifications des péroniers, des tibiaux et des sciatiques et se présentaient sous forme d'une névrite aiguë.

Les ganglions intervertébraux présentaient une prolifération des noyaux du névrileme. La moelle épinière était normale, à l'exception de quelques cellules ganglionnaires vacuolisées qui se trouvaient dans les cornes antérieures de la moelle lombaire.

Le nerf pneumogastrique était profondément dégénéré jusqu'à son entrée dans le bulbe, et son noyau, qui se trouve au niveau du plancher du 4e ventricule, présentait tous les signes d'une inflammation aiguë.

Le cœur présentait des îlots de dégénérescence graisseuse du myocarde.

M. Simmonds a eu l'occasion de faire l'autopsie de 6 individus ayant succombé au béribéri. A côté des lésions des nerfs il a trouvé des lésions extrêmement accusées des reins. Les lésions rénales étaient identiques à celles qu'on trouve dans les maladies infectieuses, fait qui est une nouvelle preuve à l'appui de la nature infectieuse du béribéri.

M. Goldzieher, qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces malades aux Indes et au Japon, a remarqué la fréquence avec laquelle la mort est amenée par des phénomènes cardiaques. Le béribéri se présente sous deux formes, suivant qu'il existe ou non de l'œdème des membres inférieurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'envenimation par les morsures de serpents,

Par le Dr Pierre Achalme,

Chef de laboratoire de la Faculté de médecine.

Bien que l'on ait souvent décrit l'*envenimation* comme une affection chirurgicale, elle appartient plutôt à la pathologie médicale par la prédominance considérable des phénomènes toxiques sur ceux qui sont liés à la simple solution de continuité. Les recherches récentes, en montrant l'extrême analogie qui existe entre l'action du venin et celle des toxines de certains microbes, a donné à l'étude physiologique, clinique et thérapeutique de l'envenimation une valeur plus élevée et une portée plus grande par la connaissance de faits qui aident à la compréhension générale des phénomènes infectieux.

Espèces venimeuses et géographie médicale. — Les serpents venimeux se divisent en 3 groupes basés sur la forme et la disposition de leurs crochets venimeux. Les 2 premiers groupes comprennent les serpents chez lesquels le venin s'écoule par un sillon creusé dans les dents les plus postérieures, chez les Opistoglyphes; les plus antérieures, au contraire, chez les Protéroglyphes. Chez les Solénoglyphes, qui constituent le 3e groupe, le venin est introduit dans la morsure par un véritable canal creusé dans l'épaisseur des crochets.

La disposition même des dents à venin chez les Opistoglyphes les rend peu dangereux pour l'homme, mais seulement pour les petites proies pouvant être entièrement introduites dans la bouche du reptile. Il n'en est pas de même des Protéroglyphes, qui se subdivisent eux-mêmes en 2 groupes principaux, d'une importance inégale. Les morsures des Protéroglyphes platycerques, serpents marins habitant les mers tropicales, sont relativement rares et d'une gravité très variable suivant les espèces et les pays. Peu dangereux au Japon et en Nouvelle-Calédonie, où ils sont pourtant abondamment représentés par les genres Plature et Pélamide, ils sont au contraire très redoutés sur les côtes de l'Inde, et Fayrer rapporte plusieurs cas d'accidents rapidement mortels dus à des serpents du genre Hydrophides.

Le groupe des Protéroglyphes conocerques comprend, au contraire, des genres connus de tout le monde par l'intensité de leur puissance destructive. Il semble que la quantité et la puissance de leur venin soient destinées à compenser l'imperfection de leur appareil d'inoculation. Le genre le plus célèbre est le genre Cobra, connu aussi sous le nom de serpent à lunettes, Cobra Capel, et dont le nom scientifique est *Naja tripudians*. Commun principalement dans l'Inde et l'Indochine, il cause la plus grande partie des décès par morsures venimeuses observés dans ces contrées. Bien loin derrière lui, dans les mêmes contrées, viennent les Bongares, parmi lesquels l'espèce la plus redoutable est le bongare indien (*Bongarus cœrulæus, Krait*), alors que le bongare malais (*Bongarus fasciatus*), qui habite la Birmanie, l'Indochine et l'archipel malais semble moins venimeux, quoique d'une taille plus élevée.

On rencontre encore en Asie, mais principalement en Birmanie et en Cochinchine, l'Hamadryade (*Ophiophagus Elaps*), dont le venin très puissant ne le cède guère à celui du cobra.

En Australie, le groupe des Protéroglyphes conocerques est abondamment représenté par les Alectos et surtout les Pseudechis, dont une espèce, le Porphyr-natter (*Pseudechis porphyricus*), est particulièrement redoutable.

Dans la partie orientale de l'Afrique, et surtout en Egypte, se rencontre l'Hajé ou Aspic de Cléopâtre (*Naga Haje*) de souvenir classique, proche parent du Cobra Capel et non moins redoutable que lui.

On trouve également dans l'Afrique australe un terrible reptile de ce groupe : la Vipère Hémachate (*Spedon Hæmachates*), dont la sécrétion venimeuse est si abondante que le liquide s'écoule hors de sa bouche à la moindre excitation, ce qui lui a valu le nom de serpent cracheur.

Les Solénoglyphes sont, de tous les Ophidiens, ceux qui possèdent l'appareil d'inoculation venimeuse le plus parfait. Suivant l'existence ou l'absence d'une petite dépression en arrière des narines, on les divise en Crotaliens et en Vipériens.

Les Crotaliens habitent principalement les deux Amériques; c'est du moins là que l'on trouve les espèces les plus redoutables. Les plus connues sont les Serpents à sonnettes ou Rattlesnake (genre *Caudisonia* et *Crotalus*), qui méritent bien la triste célébrité dont ils jouissent. D'après Weir Mitchell, en effet, la morsure en est presque toujours fatale si le serpent a enfoncé profondément ses crochets. L'envenimation par les crotales a été surtout étudiée par Ranby, De Blainville, Pihoul, Burnett, Gilman, Weir Mitchell, tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental.

Les travaux de Moreau de Jonnès, Blot, Encognère, Rufz ont bien fait connaître également les effets de la morsure du *Bothrops lanceolatus* ou Serpent fer-de-lance, qui ne le cèdent guère à celle des précédents au point de vue de la rapidité et de la gravité. Des espèces très voisines (*Bothrops atrox* et *Bothrox Jararaca*) infestent le

premier la Guyane et le second les forêts du Brésil. Dans ce dernier pays, on rencontre également le Surucucu (*Lachesis mutus*), le plus vigoureux et le plus grand des serpents à crochets, dont la morsure tue en quelques heures les plus gros animaux.

Les Elaps et les Trigonocéphales ne sont guère moins redoutables. Aussi venimeux que les Crotales, les Trigonocéphales semblent plus agressifs, et, sous le nom de Mocassins, font la terreur de la Floride, de la Guyane et de l'Amérique centrale.

Les Crotaliens d'Asie et d'Océanie sont, en général, moins grands et moins dangereux. Dans l'Inde, en effet, le Trimésure (*Bothrops viridis*), qui représente ce groupe, est, d'après Fayrer, un des serpents de cette région dont la morsure cause la mortalité la plus faible. On redoute pourtant, à juste titre, le Fira Kutsi (*Trigonocephalus Blomhoffii*), assez répandu au Japon, et l'Oléar Bédéodak (*Leiolepis Rhodostoma*), qui s'introduit jusqu'au voisinage des habitations dans tout l'archipel malais.

Les Vipériens ne le cèdent guère aux Crotaliens au point de vue de la gravité de leur morsure. C'est encore dans l'Inde qu'habite le plus redoutable des reptiles de ce groupe, l'Echidné élégante, plus connue sous le nom de Daboie, Serpent tapis, dont la morsure est au moins aussi dangereuse que celle du Cobra. C'est également aux Vipériens qu'appartient l'Acanthophide (*Acanthophis cerastina*), le serpent le plus venimeux du continent australien.

D'autres Vipériens habitent en grande abondance l'Afrique : au Gabon, au Congo, au Sénégal, dans toute l'Afrique occidentale et centrale, on trouve des Echidnés parmi lesquelles les plus communes sont l'Echidné du Gabon et l'Echidné heurtante. Dans toute la partie septentrionale (Maroc, Algérie, Égypte), on rencontre surtout les Cérastes ou Vipères cornues bien connues des Arabes sous le nom de Lefaha.

Bien que communes au Japon et dans l'Inde, c'est surtout à leur présence dans nos climats que les Vipères doivent d'être les serpents venimeux les mieux étudiés quant aux effets cliniques et physiologiques de leurs morsures. Dès le XVIIe siècle, elles ont fait l'objet des recherches de Severino, Redi, en Italie, de Charas, en France. Les travaux de l'abbé Fontana, de Florence, datés de 1781, sont pour l'époque un chef-d'œuvre d'ingénieuse expérimentation. Après lui, Wagner, en Allemagne, Mangili, Somani, en Italie, Guyon, Claude Bernard, Lucien Bonaparte, Soubeyran, Feuvrier, ont cherché à élucider divers points obscurs de l'action physiologique du venin vipérien, dont les recherches ont été parachevées par celles de MM. A. Gautier, au point de vue chimique, et les travaux expérimentaux de MM. Lacerda, Kaufmann, Calmettes, Phisalix et Bertrand. Au point de vue topographique, les vipères de la Vendée ont été l'objet des remarquables observations de M. Viaud Grand-Marais, et celles du Plateau central ont fait l'objet d'une intéressante communication de M. Fredet.

Les vipères indigènes appartiennent à 3 espèces principales dont les 2 plus importantes de beaucoup sont la Vipère aspic (*Vipera Aspis*) et le Péliade (*Pelias berus*), ce dernier très répandu, mais dont la morsure est moins dangereuse. Ces espèces, surtout le Péliade, donnent naissance à un grand nombre de variétés connues sous le nom de Vipère rouge, grise, noire, liées souvent à la nature du terrain qu'elles habitent et qui ne sont que des exemples de mimétisme. La forme triangulaire de leur tête, la brièveté de leur queue brusquement conique, leur coloris terne et la petitesse de leurs squames, les différencient facilement des variétés les plus répandues de couleuvres, plus élégantes comme forme et comme coloris. Néanmoins la Couleuvre vipérine peut assez facilement être confondue avec elles, comme l'indique son nom. On cite comme classique le cas de Duméril, qui, au cours de ses remarquables recherches sur l'erpétologie, faillit mourir des suites d'une méprise de ce genre.

La vipère attaque rarement l'homme; elle mord surtout violemment si on l'agace, si on la saisit, ou si l'on marche dessus par inadvertance; si on la poursuit, elle peut aussi s'élancer sur l'agresseur avec une agilité qu'il est difficile de prévenir. En dehors de ces cas de légitime défense, la vipère est pourtant loin d'être inoffensive. Nous avons observé un cas où la morsure avait eu lieu à la face pendant le sommeil, et des observations analogues sont loin d'être rares.

En dehors des morsures de serpent, il ne faut pas oublier que le venin desséché conserve au moins partiellement ses propriétés pathogènes. Aussi certaines peuplades s'en servent-elles pour empoisonner leurs armes, et l'on observe à la suite des plaies ainsi produites les mêmes effets qu'à la suite de l'envenimation par morsure.

Venin des serpents, ses effets physiologiques. — La première question qui se pose dans une étude générale des venins des serpents est de savoir si les sécrétions des différentes espèces sont assez analogues pour être réunies en un type unique, ou assez éloignées pour devoir faire l'objet de descriptions particulières. Tous les auteurs ont toujours été unanimes pour admettre que, sauf quelques différences physiologiques sur lesquelles nous insisterons en leur temps, le principe actif de la sécrétion venimeuse était à peu près le même dans toute la série des serpents venimeux et principalement chez les mieux étudiés, tels que la vipère (*Pelias berus*), le naja, les serpents à sonnette, et le serpent fer-de-lance.

Les propriétés organoleptiques sont les mêmes. C'est toujours un liquide un peu visqueux, légèrement coloré en jaune verdâtre, inodore, insipide, et laissant par la dessication un résidu brillant, fendillé en écailles, sans trace de cristallisation.

L'analyse chimique est impuissante également à trouver une différence entre eux. Les analyses de Lucien Bonaparte, Weir Mitchell, Wall, Armstrong, A. Gautier, nous apprennent qu'il se compose d'eau, de substances salines, parmi lesquelles on ne rencontre pas, contrairement à l'assertion de quelques auteurs, le sulfocyanure de potassium, de matières grasses en faible quantité, de substances colorantes, enfin de substances albuminoïdes, les unes coagulables par la chaleur, les autres non coagulables à 100°; ces dernières semblent les plus abondantes et les plus actives.

La solution iodo-iodurée, l'alcool, l'eau chlorée, forment un précipité dans ses solutions; il en est de même du permanganate de potasse, du chlorure d'or, du chlorure de platine, et peut-être est-ce à leur action chimique que ces différentes substances doivent leurs propriétés antivenimeuses. L'ammoniaque et ses sels, l'eau oxygénée n'exercent aucune action.

Les agents physiques exercent sur les venins une action plus ou moins profonde. Contrairement à ce que l'on avait cru pendant longtemps, la chaleur modifie les propriétés du venin; il perd d'abord ses propriétés phlogogènes vers 80°, puis incomplètement son pouvoir toxique à une température voisine de l'ébullition. La chaleur est d'autant plus active que la dilution du venin est plus étendue.

La lumière solaire détruit les propriétés venimeuses

des solutions étendues de venin. Le froid est sans action. La dessication ne le prive d'aucune de ces propriétés, ce qui en rend la conservation facile et en rend même l'usage possible pour l'empoisonnement des armes.

Le venin est légèrement acide, ce qui anéantit l'hypothèse de l'action d'une ptomaïne ou leucomaïne. Le mode d'action de son principe actif rapproche ce dernier des diastases dont il se différencie par sa plus grande résistance à la chaleur et son non-entraînement par les précipités amorphes. Il n'existe que dans le venin et l'injection du suc des glandes venimeuses est complètement inoffensive. Quant à la toxicité du sang des serpents, on l'observe même chez des espèces non venimeuses comme la couleuvre (Phisalix et Bertrand), il semblerait donc qu'il s'agisse là d'une sécrétion interne d'une substance analogue au principe actif des venins; car l'inoculation du sang de couleuvre vaccine contre le venin de la vipère.

La puissance venimeuse d'un serpent est bien entendu en raison directe de la quantité de venin qu'il sécrète et de la puissance de ce dernier. Ces deux facteurs varient, toutes doses égales d'ailleurs, suivant les espèces.

Une vipère aspic ne dispose guère que de 15 centigr. de venin; le Péliade de 10 centigr., alors qu'un crotale peut inoculer jusqu'à 1gr50, un naja 1gr20, et même davantage suivant certains auteurs.

D'après M. Calmette, c'est à ce dernier reptile que revient la première place en ce qui concerne la puissance du venin. Un quart de milligramme de venin sec suffit pour tuer un kilogramme de lapin; un gramme suffit donc pour tuer 4000 kilogrammes, c'est-à-dire que sa puissance destructive est de 4 000 000.

Le venin d'Hoplocephalus s'en rapproche et donne comme coefficient 3 450 000, laissant loin derrière lui celui du Pseudechis à 800 000, et de notre vipère indigène à 250 000. Il faut noter néanmoins que malgré leur apparence mathématique, ces chiffres n'ont qu'une valeur comparative et varient suivant les espèces expérimentées, Le rat, le cobaye, se montrent en effet plus sensibles que le lapin, le chien au contraire plus résistant. Les oiseaux sont, en raison de leur température élevée, très sensibles à l'action du venin. Les animaux à sang-froid résistent au contraire davantage, sauf si l'on élève leur température. Il est néanmoins à noter que les Protéroglyphes platycerques qui, comme nous l'avons vu, habitent les mers tropicales sécrètent un venin très actif sur les poissons à la température ordinaire.

Les serpents semblent pour la plupart jouir d'une immunité presque absolue. Fontana avait déjà signalé cette particularité pour la vipère; Guyon a démontré qu'il en était ainsi pour la plupart des autres serpents venimeux, et a formulé son opinion sous forme de loi : « Le venin des serpents n'en est pas un pour l'espèce qui le fournit, ni même pour les serpents d'une autre espèce. » Cette dernière proposition, la plus contestée, a été confirmée par les recherches de MM. Phisalix et Bertrand qui ont montré qu'un serpent non venimeux, la couleuvre, était réfractaire à la morsure de la vipère.

Les venins ne sont actifs que, lorsqu'ils sont directement absorbés par les voies lymphatiques ou sanguines. L'injection intraveineuse est le mode d'introduction le plus meurtrier, en second lieu l'injection sous-cutanée. L'inoculation intraséreuse et surtout intrapéritonéale est moins efficace et plus tardive en ses effets. La peau saine et les muqueuses, sauf la muqueuse respiratoire, opposent au venin une barrière suffisante. En effet l'ingestion et l'injection rectale de fortes doses de venin sont absolument sans action.

Introduit dans l'économie, le venin diffuse avec une extrême rapidité, ce qui explique l'inefficacité des remèdes locaux lorsqu'ils sont un peu tardivement appliqués. Ses effets se font sentir principalement sur le système nerveux et l'appareil circulatoire. La respiration ne semble intéressée que par l'intermédiaire des phénomènes bulbaires ou vaso-moteurs.

Ce sont les centres nerveux et principalement le bulbe qui semblent intéressés dans l'envenimation, surtout dans les cas suraigus. Néanmoins M. Kaufmann attribue ces phénomènes à un réflexe ayant pour point de départ les nerfs périphériques excités par la présence du venin. Les recherches de M. Calmette n'ont pas confirmé cette opinion. Ce dernier auteur, qui a surtout expérimenté avec le venin du naja, admet l'action presque exclusivement bulbaire de ce venin, dont les effets expérimentaux se manifestent d'abord par le ptosis qui amène la mort par asphyxie lorsque la paralysie a envahi les noyaux pneumogastriques.

L'action sur la circulation est plus intense avec le venin des crotaliens et des vipériens. Le phénomène principal, observé par Kaufmann est la chute de la pression artérielle qui de 155 millimètres, tombe à 50 millimètres dans ses expériences, et que cet observateur attribue à l'action du venin sur les filets endocardiaques du nerf dépresseur de la circulation. Cette dernière proposition aurait besoin de confirmation. La chute de la pression artérielle s'accompagne d'accélération des battements du cœur et de vaso-dilatation viscérale, principalement localisée aux reins et à la muqueuse digestive et pouvant se traduire par des vomissements sanglants et des hématuries.

Il semble donc exister dans les venins un mélange de deux principes : l'un phlogogène agissant surtout sur le sang, l'autre se comportant comme un poison nerveux. Ces deux principes sont dissociables par la chaleur, ainsi que l'ont montré MM. Phisalix et Bertrand, le premier étant beaucoup plus rapidement détruit que le second. Ce mélange semble être fait en quantités inégales suivant les espèces, ce qui expliquerait la différence que l'on observe dans les symptômes produits par la morsure des divers serpents. Le cobra en effet ne produit presque aucun phénomène local, mais une action nerveuse très rapide et très grave. Le serpent fer-de-lance et le bongare provoquent d'abondantes hémorrhagies. Les crotaliens des pays chauds et spécialement la daboie engendrent des accidents locaux et généraux d'une égale gravité. Les vipères de nos climats au contraire, sont surtout dangereuses par l'extension de l'œdème local plutôt que par l'intensité des phénomènes nerveux. Il se produit là un fait analogue à celui que l'on observe dans les échelles de virulence des microbes : des accidents locaux au bas de l'échelle, des accidents généraux au sommet.

Weir Mitchell a le premier signalé l'action locale du venin sur les petits vaisseaux. Si l'on place une goutte de venin à la surface du péritoine d'un animal vivant, on voit au bout d'une minute se faire une véritable éruption de globules rouges sans modification de l'aspect ou du calibre vasculaire.

Le sang semble peu modifié au début de l'envenimation. Nous n'insisterons pas sur les observations reconnues erronées de Lacerda qui attribuait la mort à la prolifération dans le sang de corpuscules spéciaux, capables de reproduire la maladie par inoculation à un nouvel animal. Les divers observateurs qui voulurent reproduire ces phénomènes, MM. Viaud Grand-Marais, Brainard, Calmette reconnurent que les éléments figurés du sang

étaient à peu près normaux, et que le sang d'un animal envenimé ne pouvait transmettre la maladie à un autre.

Un des points les plus importants de la physiologie du venin, est la possibilité de la vaccination contre ses effets. Depuis longtemps les Indiens de l'Amérique du Sud prétendaient rendre réfractaire aux morsures venimeuses à l'aide de piqûres répétées à l'aide d'un crochet de crotale. Mais ce n'est que dans ces derniers temps que les recherches de M. Calmette, de MM. Phisalix et Bertrand ont éclairé cette question par des expérimentations précises.

MM. Phisalix et Bertrand sont arrivés à vacciner des cobayes par l'inoculation de petites quantités de venin atténué par la chaleur. M. Calmette a employé trois méthodes dont la troisième constitue pour lui le procédé d'élection : 1° l'accoutumance progressive par petites doses, dangereuse et longue; 2° l'injection de venin suivie immédiatement d'un traitement curateur; 3° l'inoculation d'un mélange gradué de venin avec du chlorure d'or, ou de l'hypochlorite de chaux ou de soude.

Ainsi vaccinés les animaux peuvent supporter des doses de venin plusieurs fois mortelles. Mais leur propriété la plus curieuse, signalée par M. Calmette, est le pouvoir antivenimeux de leur sérum qui, inoculé à faible dose à un animal envenimé, le préserve de tout accident, que l'injection ait lieu dans un point proche ou éloigné de l'inoculation venimeuse, avant, pendant, ou peu après celle-ci.

Cette propriété anti-venimeuse du sang est d'un haut intérêt général en ce qu'elle parachève l'analogie entre l'envenimation et les maladies microbiennes toxiques. Analogie chimique : car malgré le peu de précision de nos connaissances à ce sujet, on ne peut mieux comparer qu'aux venins les différentes toxines à apparence diastasique, telles que les toxines diphthéritiques et tétaniques; analogie physiologique car on trouve là, en effet, la même succession d'accidents locaux phlogogènes et d'accidents nerveux paralytiques ou convulsifs; analogie réactionnelle enfin, puisque dans ces différents cas la vaccination a pour effet la production d'un sérum antivenimeux ou antitoxique. Cette dernière analogie est si grande que M. Calmette a pu constater que le sérum antitétanique jouissait de propriétés antivenimeuses marquées, sans que néanmoins l'on observe le phénomène inverse.

Anatomie pathologique. — Nous serons bref sur les lésions trouvées à l'autopsie des individus morts à la suite de morsure venimeuse. L'intoxication nerveuse ne se traduit en effet par aucune lésion appréciable. On trouve dans tous les points qui ont été en contact avec le venin soit directement, soit indirectement par la circulation, des suffusions séreuses et sanguines. Le sang est d'autant plus altéré que la mort a été plus tardive. Peu modifié en cas de terminaison rapide, il se prend, si elle tarde un peu, en caillots noirâtres, mollasses, semblables à de la gelée. En cas de survie plus longue, le sang devient incoagulable. Il semble donc y avoir sous l'influence du venin une profonde modification de la fibrine du sang.

La rigidité cadavérique apparaît rapidement, elle est de peu de durée, et la putréfaction est prompte à se produire.

Symptomatologie. — La douleur qui accompagne la morsure des serpents venimeux ne présente immédiatement aucun caractère spécial. On peut la comparer à celle d'une piqûre d'aiguille ou d'épine, laissant quelquefois après elle une sensation de brûlure qui se répand ensuite dans tout le membre. Le plus souvent, l'écoulement sanguin est nul ou insignifiant en raison du petit diamètre des crochets à venin qui ne laissent que la trace de deux fines piqûres dont l'écartement varie suivant l'espèce et la grosseur du reptile.

Les véritables phénomènes d'envenimation n'apparaissent que quelques moments après la morsure. Néanmoins, lorsque par hasard, le venin a pénétré directement dans une veine, les phénomènes généraux apparaissent presque immédiatement.

Le plus souvent, du moins dans nos pays, ce sont les symptômes locaux qui surviennent les premiers. Autour des piqûres apparaît une auréole violacée qui s'étend de proche en proche et finit par envahir le membre entier ou même une partie plus ou moins considérable du corps, en donnant lieu à une tuméfaction inflammatoire rénitente et douloureuse. La coloration est rarement uniforme et bientôt apparaissent des taches livides, qui tranchent par leur couleur plus foncée sur le fond dont la teinte diminue, et qui évoluent en un temps plus ou moins long, 15 jours en moyenne, en prenant successivement toutes les teintes des ecchymoses.

La température des parties atteintes est abaissée et ne dépasse pas 30° à 31°. Le malade ressent à ce niveau une sensation d'engourdissement superficiel accompagnée d'une douleur profonde, à caractère tensif, exaspérée par les mouvements et la pression.

Malgré cet ensemble symptomatique grave et simulant à s'y méprendre le début de la gangrène, il est rare que les phénomènes locaux soient assez intenses pour entraîner la mort, sauf lorsque la tuméfaction envahit le larynx et produit l'œdème de la glotte, ainsi que cela s'observe dans les cas de morsure du cou ou de l'épaule.

Habituellement la tuméfaction, après une période stationnaire de quelques jours, diminue peu à peu et disparaît sans laisser de traces. Il est rare d'observer dans nos pays les phénomènes phlegmoneux que produit fréquemment la morsure du serpent fer-de-lance; tout au plus lorsque le crochet s'est brisé dans la plaie rencontre-t-on un peu de lymphangite avec tuméfaction ganglionnaire. Il s'agit probablement d'une inoculation microbienne indépendante de l'action du venin. Il en est de même des eschares et des phlyctènes, dues habituellement à l'abus de la ligature et des caustiques.

Les symptômes généraux, qui ne se font pas habituellement longtemps attendre et débutent de 2 à 3 heures après la morsure, peuvent, au point de vue de la physiologie pathologique, se diviser en 2 groupes : les uns sont dus à l'empoisonnement venimeux lui-même, les autres semblent liés à l'effort de l'organisme pour triompher de l'intoxication.

Les symptômes toxiques portent sur le sang et le système nerveux. Néanmoins, ceux qui sont liés directement à l'adultération sanguine sont, en général, peu intenses à la suite de la morsure des serpents indigènes et consistent principalement en hématuries ou en hémoglobinurie. Les symptômes nerveux sont, au contraire, prédominants. Ils portent sur l'ensemble de l'axe cérébro-spinal. Aux circonvolutions, on peut rapporter les rêvasseries, le délire, ou la tendance invicible au sommeil qui devient bientôt du coma. Les soubresauts tendineux, les crampes, font songer à la participation de la moelle ou du système périphérique. Mais les symptômes de beaucoup les plus importants sont liés à l'action exercée par l'intoxication venimeuse sur le bulbe, et intéressent la respiration et la circulation. La dyspnée

est constante et progresse rapidement. Les vaisseaux pulmonaires subissent une vaso-dilatation paralytique et les symptômes asphyxiques apparaissent bientôt. En même temps, le pouls devient misérable et rapide, les battements du cœur sont faibles et précipités; ces symptômes, liés à la chute de la tension artérielle deviennent bientôt si intenses que le moindre mouvement provoque chez le malade des lipothymies et des syncopes.

Ces phénomènes toxiques sont constamment accompagnés des symptômes digestifs que l'on retrouve dans la plupart des empoisonnements et qui semblent liés à l'effort éliminatif de l'organisme. Ils consistent principalement en nausées, souvent très précoces et bientôt suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux ou composés de mucosités sanguinolentes. Des coliques accompagnent fréquemment les nausées et aboutissent à des selles liquides et profuses, parfois suivies d'ictère. Les autres émonctoires semblent moins intéressés que les voies digestives. Les sueurs sont abondantes, mais froides et visqueuses. La sécrétion urinaire se tarit presque complètement et sa réapparition est un signe pronostique très favorable.

En cas de guérison, les phénomènes réactionnels s'accusent davantage et la fièvre apparaît. Cette apparition a presque toujours une signification heureuse et témoigne que l'organisme a triomphé du pouvoir hypothermisant du venin. Elle est, en général, peu élevée, s'exaspère le soir, et prend fin au bout de 2 ou 3 jours au commencement de la convalescence.

Bien entendu, ces symptômes ne se présentent au complet que dans un petit nombre de cas, soit que l'action venimeuse ait été faible et ne produise que quelques phénomènes passagers, soit, au contraire, que l'envenimation amène si rapidement la mort que le complexus symptomatique n'ait pas le temps de se dérouler complètement.

La marche peut, en effet, revêtir le caractère suraigu, aigu ou chronique.

Dans le premier cas, la mort arrive au bout de quelques minutes à quelques heures par la paralysie des muscles thoraciques, accompagnée de coma et de convulsions.

Dans les cas simplement aigus, ce n'est que du 2e au 5e jour que la terminaison fatale survient à la suite des symptômes circulatoires ou respiratoires. Enfin, dans les cas chroniques qui ne se terminent pas par la guérison, la mort est le résultat de lésions viscérales, le plus souvent de pneumonies bâtardes qui apparaissent au milieu de symptômes adynamiques qui vont sans cesse en s'aggravant et aboutissent au coma.

Lorsqu'au contraire, comme il est de règle à la suite des morsures des vipères indigènes, l'envenimation se termine par la guérison, celle-ci peut s'affirmer franchement et être définitive. Dans certains cas pourtant, les malades sont exposés à des séquelles qui rappellent d'une manière frappante les accidents à longue échéance observés chez les animaux de laboratoire à la suite d'inoculations de bactéries pathogènes ou mieux encore de toxines microbiennes. Tantôt, en effet, après une guérison en apparence parfaite, la mort survient subitement sans que l'autopsie ait encore permis d'en élucider le mécanisme. Tantôt la convalescence n'est jamais bien franche, le malade maigrit, la température s'abaisse, les facultés intellectuelles diminuent, il subit, s'il est enfant, un arrêt plus ou moins complet dans son développement ou vieillit prématurément, s'il est adulte. Il présente, en un mot, tous les signes d'une cachexie progressive qui, dans bien des cas, peut amener la mort. Enfin, mais exceptionnellement, on peut, comme l'a signalé Demaurat, voir apparaître périodiquement des phénomènes de douleur et de gonflement au niveau de la morsure, ainsi que quelques symptômes digestifs et nerveux.

On a signalé également la possibilité d'affections localisées, telles qu'atrophie musculaire, amaurose ou surdité rebelles, à la suite de l'envenimation à forme chronique.

Pronostic. — Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de la géographie médicale et de l'action physiologique des divers venins nous dispensent d'insister sur la différence qui existe au point de vue pronostic entre les morsures des divers serpents venimeux. Il est évident que la connaissance de l'espèce est de la plus haute importance; néanmoins, en dehors de cette notion, certains facteurs jouent un rôle plus ou moins important, dont les uns tiennent aux circonstances extérieures, les autres aux conditions physiologiques du serpent ou du blessé lui-même.

Parmi les circonstances extérieures, la plus importante est la température, la chaleur ayant pour résultat d'exalter l'activité du serpent et de diminuer la résistance de l'homme, ce qui explique la plus grande mortalité dans les pays chauds et dans les mois chauds pour une même espèce venimeuse.

Les autres conditions dépendant du serpent sont celles qui influent sur la quantité de venin introduite dans la plaie. La sécrétion venimeuse est, en général, en rapport direct avec l'âge et le poids de l'animal. Elle est d'autant plus abondante que le serpent n'a pas mordu depuis plus longtemps. Sur plusieurs personnes blessées par un même animal, les dernières mordues seront les moins gravement atteintes. Enfin, il est évident qu'il y aura aussi à tenir compte de la profondeur et la durée de la morsure.

Du côté du blessé, les facteurs ayant une valeur pronostique, sont de trois ordres. Les uns ont trait à l'absorption plus ou moins rapide du venin. A ce point de vue, le siège de la morsure est d'une importance capitale. Dans les parties découvertes, en effet, les dents pénètrent directement dans la peau; dans celles qui sont au contraire recouvertes par les vêtements, les blessures sont moins profondes et les crochets s'essuient partiellement avant d'arriver aux téguments. Toutes choses égales d'ailleurs, les morsures des membres sont les plus graves, celles du tronc ou de la face sont moins dangereuses. La possibilité de l'œdème laryngé donne aux morsures du cou, de la langue et même de l'épaule, une gravité particulière.

La résistance générale du sujet joue également un rôle important. La gravité est en raison inverse de l'âge et du poids; elle est toujours plus grande chez les personnes affaiblies, convalescentes ou particulièrement impressionnables.

L'état momentané des fonctions physiologiques au moment de la morsure joue également un rôle. L'état de plénitude de l'estomac, la menstruation, la grossesse, sont des circonstances particulièrement fâcheuses.

En dehors de ces anamnestiques, le pronostic se basera, bien entendu, sur l'intensité des symptômes, la rapidité de leur apparition, les syncopes et l'orthopnée devant toujours faire redouter une issue fatale, l'élévation de la température constituant au contraire un indice favorable.

Traitement. — Le traitement de l'envenimation doit être local et général; le premier d'autant plus actif que

l'on peut intervenir à un moment plus proche de la morsure; le second d'autant plus important que l'on a affaire à une espèce venimeuse à accidents toxiques plus rapides et plus redoutables.

Les moyens locaux ont pour but soit d'empêcher l'absorption du poison, soit de le neutraliser sur place. En tête des premiers doit être placée la ligature soit temporaire qui ne doit pas être prolongée au delà de 3/4 d'heure à 1 heure, soit intermittente en la desserrant de temps en temps pour la remonter plus haut vers la racine du membre. En même temps que l'on cantonne ainsi le venin, on peut chercher à amener son évacuation au dehors par l'aspiration unie ou non aux scarifications, aux incisions ou à l'expression. Le meilleur mode d'aspiration est la succion, depuis longtemps pratiquée, et inoffensive à moins d'ulcérations étendues de la bouche et surtout des lèvres. On peut alterner la succion avec la réfrigération qui s'oppose partiellement à l'absorption et à l'action chimique du venin sur les tissus.

Il faut abandonner comme moyens de neutralisation sur place du venin les caustiques dont l'usage est pourtant si répandu. L'ammoniaque est sans action, l'acide phénique, la potasse, le perchlorure de fer sont d'un emploi douloureux et délicat en raison des eschares qu'ils peuvent produire. De tous les moyens anciens, on ne doit conserver que le fer rouge à condition que la cautérisation soit rapide et profonde.

Dans ces dernières années, on a préconisé un certain nombre de substances, d'un usage moins dangereux et plus rationnel, étant donné leur action sur les venins en même temps que leur innocuité relative pour l'homme. Lacerda a employé la solution à 1 p. 100 de permanganate de potasse, qui forme avec les venins un précipité insoluble dans l'eau. Mais, ainsi que l'a montré M. Calmette, il faut que le permanganate soit porté, avant l'absorption, au contact du venin pour exercer sur lui son action neutralisante. Néanmoins cette substance a donné en pratique des résultats assez satisfaisants, à condition de l'injecter aussitôt après la morsure dans la plaie faite par les crochets, et de circonscrire la morsure par une couronne d'injections interstitielles.

Il semble pourtant que cette pratique doive le céder à l'usage des divers agents désignés par M. Calmette à la suite de ses nombreux et consciencieux travaux de l'Institut Pasteur. Dans un premier travail, cet auteur insiste spécialement sur la supériorité de la solution de chlorure d'or à 1 p. 100, sur toutes les autres substances préconisées jusqu'alors. Quelques gouttes de cette solution introduites soit au niveau de la morsure soit même dans un point plus ou moins éloigné sont suffisantes pour neutraliser l'action de doses de venin assez considérables pour donner la mort.

Dans une nouvelle série de recherches, le même auteur a reconnu que les hypochlorites de soude, de potasse et de chaux possédaient au plus haut point les mêmes propriétés antivenimeuses, et que leur action semblait s'épuiser moins vite que celle du chlorure d'or. Il emploie leur solution au douzième (1/12), qui n'a aucune propriété toxique ou irritante, principalement si l'on fait usage de l'hypochlorite de chaux, d'une alcalinité moindre, et que l'on trouve assez facilement dans le commerce à l'état de pureté.

D'un usage moins courant peut-être, mais d'un intérêt théorique bien supérieur est la sérothérapie de l'envenimation telle qu'elle a été instituée par M. Calmette et MM. Phisalix et Bertrand. Le sérum des animaux vaccinés contre les venins jouit de propriétés immunisantes et curatrices très efficaces et, lorsque sa préparation sera devenue plus facile, devra constituer le traitement d'élection des morsures venimeuses. A défaut de sérum antivenimeux, on peut employer le sérum antitétanique dont l'efficacité, bien que moins élective, est néanmoins très sensible.

En dehors de ces moyens de neutralisation qui s'adressent au venin soit directement, soit en accélérant sa destruction ou son immobilisation par les cellules de l'organisme, et peuvent soit s'appliquer localement au niveau de la morsure, soit être introduits dans la circulation générale par l'inoculation sous-cutanée, intraséreuse, et même intraveineuse, il ne faut pas négliger de combattre les phénomènes toxiques en soutenant les forces du malade ou en favorisant l'élimination des poisons par les émonctoires naturels. L'alcool, l'acétate d'ammoniaque remplissent la première indication. La plupart des remèdes empiriques agissent au contraire sur les sécrétions intestinale, rénale ou sudorale. Nous nous bornerons à une simple énumération de ces différents moyens qui ne doivent être considérés que comme de simples adjuvants. Les infusions d'écorce de frêne, de fleurs de genêt, de *Galium cruciatum*, l'ail et l'oignon crus, sont à la portée de tous et au moins inoffensifs; il ne faudrait pas abuser de la tisane de rue qui peut donner lieu à des accidents hémorrhagiques, et abandonner l'usage du brome, des arsénieux et même du tartre stibié. Si l'on veut favoriser les vomissements, il faudrait mieux s'adresser à l'ipéca à dose vomitive.

Quant aux spécifiques végétaux exotiques, surtout efficaces à l'état frais, leur nombre est considérable, et nous ne citerons que les principaux : la serpentaire et les autres aristoloches exotiques, le *Polygala senega*, le guaco et le cédron.

En somme, en présence d'une morsure par un serpent venimeux, la conduite à suivre est la suivante : 1° Placer une ligature et pratiquer la succion. 2° Injecter dans la plaie d'inoculation et tout autour à une assez grande distance une certaine quantité d'une des solutions suivantes : hypochlorite de chaux (chlorure de chaux du commerce) à 1/12, hypochlorite de soude ou de potasse (eau de Javel, liqueur de Labarraque) dans les mêmes proportions, chlorure d'or ou permanganate de potasse à 1 p. 100. On devra donner le choix à la substance que l'on pourra se procurer le plus promptement, et, toutes choses égales d'ailleurs, les choisir dans l'ordre où nous les avons énumérées. 3° Enlever la ligature et laver la plaie à l'aide d'une solution concentrée d'hypochlorite de soude ou de chaux. 4° Si l'on a la possibilité de se procurer du sérum antivenimeux ou antitétanique, en injecter de fortes doses, 30 à 50 cent. cubes suivant le pouvoir antitoxique du sérum; à son défaut chercher à combattre l'apparition des phénomènes généraux, si l'intervention est tardive, à l'aide d'injections sous-cutanées d'une des solutions précédentes; en cas d'urgence, on peut même utiliser la voie intraveineuse.

En même temps administrer l'alcool et l'acétate d'ammoniaque à l'intérieur, et chercher à soutenir l'énergie cardiaque à l'aide de la morphine ou mieux de la caféine.

On peut encore utiliser comme adjuvants l'exercice forcé sans aller jusqu'à la fatigue, les inhalations d'oxygène, enfin la respiration artificielle qui permet de gagner quelques minutes parfois suffisantes.

Les accidents consécutifs sont surtout justiciables de la médication tonique et amère.

Quant aux moyens prophylactiques, on ne peut songer encore à vacciner l'homme contre la morsure des ser-

pents, d'une manière analogues à celle que l'on emploie pour les animaux. L'immunité donnée par l'injection des substances antivenimeuses précitées, de même que celle due au sérum des animaux vaccinés, est très temporaire, et l'on n'y peut songer pour un usage permanent. L'emploi du guaco (*Mikania Guaco*) ou du cédron (*Simaba cedron*) n'est peut être pas inutile dans les pays où croissent ces végétaux.

Dans nos pays, la meilleure prophylaxie serait celle que pourrait faire l'administration, en encourageant par des primes suffisantes la destruction des serpents venimeux, dont l'abondance semble du reste diminuer avec les progrès de la culture (1).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Prophylaxie et traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants du premier âge,

D'après M. le Dr MARFAN (2).

D'après M. Marfan, l'infection bronchique a deux origines principales : l'auto-infection, la contagion.

Dans le premier cas, des microbes qui vivent à l'état normal dans les premières voies, particulièrement le pneumocoque et le streptocoque, acquièrent sous des influences diverses une virulence qu'ils ne possédaient pas auparavant; il se produit une infection autochtone, sur place, des voies respiratoires; les premiers foyers de cette infection sont très souvent la bouche, le nez et surtout la voûte du rhino-pharynx. D'où le précepte de pratiquer l'*antisepsie des premières voies* chez tous les sujets atteints d'une maladie qui dispose à la bronchite et à la broncho-pneumonie (rougeole, coqueluche, diphthérie, grippe, etc.), surtout chez ceux qui présentent de la rhinite, de la rhino-pharyngite ou de la stomatite.

Pour réaliser l'antisepsie des fosses nasales et du rhino-pharynx, M. Marfan emploie les moyens suivants :

Une fois par jour, instiller dans chaque narine, avec une petite seringue, la tête étant renversée en arrière, 5 ou 6 gouttes de cette solution :

Huile d'amandes douces	40 gr.
Menthol	1 gr.

On peut remplacer le menthol par le gaïacol à doses moitié moindres. Il est bon que cette petite opération soit faite au début par le médecin. Pendant le reste de la journée, on fera mettre de temps à autre, dans chaque narine, gros comme un pois de la pommade suivante :

	Vaseline	30 gr.
	Résorcine	0 gr. 30
ou	Acide borique	3 gr.

Chez les jeunes enfants, les irrigations nasales sont difficiles, et parfois dangereuses. Il ne faut pas les employer.

Quant à la désinfection de la bouche, on doit la pratiquer de la manière suivante : on garnit de ouate l'extrémité d'un stylet ou d'une pince; on la trempe dans une solution de résorcine au 1/100, d'acide phénique au 1/500, de liqueur de Labarraque au 4/100; puis on la promène en appuyant sur les gencives et les dents (à l'intérieur et à l'extérieur), sur les joues, sur les lèvres; on touche aussi légèrement les amygdales; parfois, chez les enfants indociles, un ouvre-bouche est utile. Ce nettoyage est pratiqué une ou deux fois par jour si la bouche ne présente pas de lésions appréciables, plus souvent s'il y a des lésions de stomatite. Si celles-ci étaient très prononcées, on ferait une ou deux fois par jour des irrigations buccales à l'eau bouillie.

1. Cet article est tiré du 7e volume, actuellement sous presse, du *Manuel de médecine* dirigé par MM. DEBOVE et ACHARD.
2. *Bulletin médical*, 1896, n° 23, p. 269.

La contagion de la broncho-pneumonie s'exerce surtout à l'hôpital; c'est surtout à l'hôpital qu'on doit lutter contre elle, et les mesures à prendre se confondent avec les mesures générales destinées à éviter toutes les contagions.

Quant au traitement proprement dit, M. Marfan envisage successivement la bronchite simple et la broncho-pneumonie.

Chez les enfants du premier âge, il règle d'ordinaire le traitement de la *bronchite simple* de la manière suivante.

Dans la *forme légère*, quand la fièvre est modérée ou absente, quand l'auscultation ne révèle que des râles sonores très discrets, on prescrira d'abord le séjour à la chambre, à une température de 17° à 18°. On enveloppera les jambes de l'enfant d'une couche d'ouate recouverte de taffetas gommé; on ordonnera de pratiquer deux fois par jour des onctions sur le thorax avec le liniment térébenthiné du Codex; enfin on fera évaporer 3 ou 4 fois par jour, dans une théière, 1/4 de litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café du mélange suivant :

Créosote de hêtre	15 gr.
Teinture de benjoin	10 gr.
Essence de térébenthine	100 gr.

Comme il existe d'ordinaire du coryza, il faudra instiller dans les fosses nasales quelque gouttes d'huile au menthol.

Dans la *forme intense*, qui se trahit par un mouvement fébrile assez accusé, par des râles sonores assez nombreux et par quelques râles muqueux, on mettra d'abord en œuvre tous les moyens précédents, en remplaçant les onctions au liniment térébenthiné par des cataplasmes de farine de lin qu'on saupoudre de farine de moutarde (cataplasmes sinapisés) et qu'on laisse jusqu'à rubéfaction de la peau (5 à 10 minutes); l'application peut en être faite 2 ou 3 fois par jour.

Autrefois, le vomitif était considéré comme un moyen nécessaire au début de la bronchite intense des jeunes enfants pour empêcher l'extension de la phlegmasie vers les petites bronches et les alvéoles du poumon. M. Marfan conseille de ne prescrire un vomitif que dans le cas suivant : l'enfant est âgé de plus de 3 mois; il est robuste; il n'est ni affaibli ni cachectique; il a une bronchite intense avec beaucoup de râles sonores et quelques gros râles muqueux; la respiration est un peu accélérée; dans ce cas, on prescrit aux enfants de 3 à 12 mois une cuillerée à café de sirop d'ipéca toutes les 5 minutes jusqu'à effet vomitif. Si l'enfant est un peu âgé, on ajoute au sirop d'ipéca de la poudre d'ipéca :

Sirop d'ipéca	30 gr.
Poudre d'ipéca	0gr30 à 0gr50

On fait boire après le premier vomissement un peu d'eau tiède additionnée d'un peu d'eau de fleurs d'orangers ou de l'infusion de fleurs de violettes, pour que l'estomac ne se contracte pas à vide. Le vomitif débarrasse les bronches en faisant contracter tous les muscles respiratoires et sans doute en agissant sur les muscles bronchiques; il détermine aussi de grandes respirations favorables à cette évacuation.

L'indication du vomitif se présente surtout dans la coqueluche. Son administration ne doit pas être répétée, sous peine d'affaiblir l'enfant et de provoquer de l'entérite.

Sauf les cas indiqués, M. Marfan ne prescrit jamais de vomitif. Mais il donne d'ordinaire l'ipéca à doses très faibles et sous forme d'infusion; de cette manière, il ne provoque ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée; mais il fluidifie la sécrétion bronchique, stimule les muscles bronchiques et reste le meilleur des expectorants. Il le prescrit d'ordinaire dans la bronchite intense des nourrissons en l'associant aux balsamiques et aux antispasmodiques.

Infusion de racine d'ipéca	0gr10 à 0gr20 p. 100
Sirop de capillaires	20 gr.
Eau de laurier-cerise	1 gr.
Terpine ou benzoate de soude	0gr30

Au-dessous de 2 ans, autant de cuillerées à dessert que l'enfant compte de trimestres.

Si la fièvre est intense, M. Marfan ajoute à cette potion 0gr50 d'antipyrine. Si la toux est tenace et fatigante, on peut y joindre III à VI gouttes de teinture de belladone ou d'alcoolature de racines d'aconit.

Chez les nourrissons, rien n'est plus fréquent que de voir survenir, le 4e ou 5e jour de la bronchite, une diarrhée, légère

d'ordinaire, mais qui peut être grave, et qui tient probablement à la déglutition des produits septiques venant des bronches. Aussitôt qu'elle apparaît, toute autre médication cessante, on met l'enfant à la diète à l'eau bouillie pendant 6 heures, et pendant cette diète on administre toutes les heures un des paquets suivants :

Calomel.	$0^{gr}03$ à $0^{gr}05$
Sucre de lait.	$0^{gr}50$

Divisez en 3 paquets.

Comme le décubitus dorsal prolongé favorise l'extension de la bronchite au lobule pulmonaire, il ne faudra donc pas laisser toujours l'enfant dans son berceau ; il sera bon de le prendre souvent sur les bras et de le tenir le tronc vertical ; dans le berceau, il sera utile de varier le décubitus et de mettre le nourrisson tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche.

Lorsque la bronchite s'étend aux bronches capillaires et aux lobules du poumon, l'infection, bénigne jusque-là, se transforme en une infection grave : la *broncho-pneumonie.*

Voici, d'après M. Marfan, quelles sont les médications les plus utiles en pareil cas.

La révulsion superficielle et étendue est un des moyens les plus efficaces. On la réalise avec les cataplasmes sinapisés, comme dans les bronchites intenses, mais en les appliquant plus souvent. Dans les formes avec hyperthermie, agitation nerveuse et prédominance des lésions congestives des poumons, on remplace ce mode de révulsion par les enveloppements hydriques du thorax, dont voici la technique. On trempe une serviette ou une grande compresse de tarlatane dans de l'eau froide, à la température ordinaire de la chambre. On la tord doucement et on l'applique autour du thorax, de l'aisselle à l'ombilic, en laissant les bras libres ; puis on la recouvre d'une couche de taffetas gommé ou de toile cirée. On la laisse environ 1 heure. Après ce laps de temps, on peut renouveler immédiatement l'application et laisser le thorax enveloppé en permanence, ou bien on ne fait que 3 ou 4 applications dans la journée. Ces enveloppements ont une action complexe. Ils agissent : 1° par les profondes inspirations qui suivent immédiatement l'application de l'eau froide ; 2° par l'irritation dérivative sur la peau ; 3° par la vaporisation de l'eau autour de l'enfant ; 4° enfin par son action antithermique légère, mais réelle ; cette action est plus marquée si on change la serviette toutes les demi-heures.

De plus ces enveloppements favorisent la diurèse et apaisent l'agitation ; quand on les a appliqués, les enfants s'endorment d'un sommeil très calme.

Les stimulants diffusibles, qui sont aussi des expectorants, sont doublement indiqués dans la broncho-pneumonie. On emploie beaucoup l'alcool comme stimulant ; M. Marfan repousse l'emploi de cette substance, et remplace l'alcool par l'éther en ajoutant de l'acétate d'ammoniaque :

Julep gommeux	110 gr.
Sirop d'éther.	10 gr.
Acétate d'ammoniaque	$0^{gr}50$ à 2 gr.

La moitié ou la totalité de la potion dans la journée suivant l'âge.

On peut y joindre III à IV gouttes de teinture de belladone ou d'alcoolature de racines d'aconit, si la toux est très fatigante. Mais il faut être sobre de narcotiques et d'antispasmodiques chez les enfants du premier âge. On peut aussi, si on le juge nécessaire, choisir l'infusion d'ipéca comme véhicule de cette potion.

Dans les broncho-pneumonies à forme aiguë commune, M. Marfan emploie presque toujours les injections d'huile camphrée au 1/10. Jusqu'à 6 mois, on injecte 1/4 de gramme ; après 6 mois, 1/2 gramme ; après 2 ans, 1 gramme. L'injection est d'ordinaire renouvelée tous les 2 ou 3 jours ; elle peut l'être tous les jours si le cas l'exige. L'effet de ces injections est excellent. Chez les enfants dont la peau est recouverte d'ecthyma ou de lésions pyodermiques, il faut s'abstenir autant que possible de faire des injections sous-cutanées, car alors, malgré les précautions qu'on prend, on n'évite pas toujours les abcès. Dans ce cas, on essaiera de donner le camphre par la bouche :

Camphre pulvérisée	$0^{gr}01$ à $0^{gr}03$
Sucre de lait.	$0^{gr}50$

pour un paquet (n° 6), 3 ou 4 paquets dans la journée, avant les tétées.

Quand il y a de l'insomnie et de l'agitation que les enveloppements hydriques du thorax ne font pas disparaître, on donnera le soir un lavement avec $0^{gr}20$ à $0^{gr}40$ de chloral.

Si on constate des signes d'asthénie cardiaque ou d'asphyxie, il faut recourir aux injections de caféine :

Caféine.	} āā 1 gr.
Benzoate de soude	}
Eau distillée	10 cc.

Une demi-seringue au-dessous d'un an ; une seringue entière de 1 à 2 ans,

Quant aux antithermiques chimiques (quinine, antipyrine) M. Marfan ne les emploie, d'une manière passagère, que lorsque, pour une raison quelconque, il est impossible de combattre l'hyperthermie par les enveloppements hydriques ou la balnéation. C'est alors à la quinine qu'il faut s'adresser de préférence ; on la donne en potion :

Eau distillée.	45 gr.
Sirop simple.	10 gr.
Extrait de réglisse	5 gr.
Bichlorhydrate neutre de quinine . . .	$0^{gr}60$

Une cuillère à café renferme $0^{gr}05$.

Ou en suppositoire :

Beurre de cacao.	1 gr.
Bichlorhydrate neutre de quinine. . . .	$0^{gr}10$

Ou en injection sous-cutanée :

Bichlorhydrate neutre de quinine. . .	2 gr.
Eau distillée.	10 gr.

A chaud. Une seringue renferme $0^{gr}20$ (un quart de seringue par année d'âge).

Le traitement doit subir des modifications dans quelques-unes des formes que la clinique apprend à distinguer. Dans celle qui répond à la dénomination de *bronchite capillaire suffocante*, dont le danger menaçant est bien plus la diffusion que la profondeur de la lésion, il faut recourir à une révulsion très étendue et très rapide. On peut la faire avec des ventouses sèches ; mais c'est le bain sinapisé qui la réalise le mieux ; deux ou trois fois par jour, on plonge l'enfant quelques minutes dans un bain à 35°, auquel on ajoute une poignée de farine de moutarde. L'injection d'huile camphrée et la potion à l'acétate d'ammoniaque seront employées. Si le cœur faiblit, on y joindra l'injection de caféine.

Dans la *bronchite capillaire toxique* de MM. Hutinel et Claisse, il n'y a que des lésions locales discrètes, et les symptômes d'une intoxication à marche rapide occupent dans le tableau clinique la première place. Cette septicémie bronchique est très grave ; une seule médication réussit quelquefois à en conjurer le danger : c'est la réfrigération hydrique. Si cette forme s'observe avant un an, on ne donnera pas le bain froid, mais on usera des enveloppements de tout le corps avec le drap mouillé ou des bains tièdes (à 32° ou 30°), d'une durée de 5 à 10 minutes et répétés plusieurs fois dans la journée. Au-dessus d'un an, à moins que l'enfant ne soit profondément cachectique, on emploiera le bain froid (à 25° d'abord) de 5 à 6 minutes. Mais la réfrigération hydrique n'est vraiment utile, comme M. Hutinel l'a montré, que lorsque, avec des symptômes d'intoxication très prononcés, on ne trouve que très peu de lésions locales.

Dans la *broncho-pneumonie subaiguë* à résolution tardive avec foyers présentant une certaine fixité, il est parfois utile d'appliquer un petit vésicatoire. C'est le seul cas où cette forme de révulsion est indiquée. L'application du vésicatoire chez les enfants doit être faite suivant des règles spéciales, bien connues aujourd'hui.

La convalescence de la broncho-pneumonie doit être surveillée de très près, car les rechutes ne sont que trop fréquentes. Il ne faut pas permettre trop tôt les sorties ; dès que celles-ci sont possibles, il est bon, si on le peut, d'envoyer l'enfant à la campagne, dans un climat tempéré, sec, à l'abri du vent et des poussières. Il faut continuer longtemps l'antisepsie nasale et buccale et, de temps à autre, il faut revenir à l'usage de la terpine.

Ch. B.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars et avril 1896.

M. Salvy (Ernest). — *Des rapports de la menstruation et de l'érysipèle*. N° 229.

M. Leroy (Raoul). *Les persécutés-persécuteurs*. N° 232.

M. Chavin (Henri). *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie* (résultats éloignés). N° 235.

M. d'Azincourt (Charles). *Des résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies*. N° 236.

M. Pératé (Paul). *Technique de l'hystérectomie vaginale*. N° 237.

M. Dordonnat (A). *Des épanchements uro-hématiques périrénaux consécutifs aux traumatismes du rein*. N° 239.

M. Gostet (Arthur). — *Étude sur les calculs de l'amygdale*. N° 242.

M. Bois (Raphaël). — *Étude sur les fistules du sinus frontal*. N° 247.

D'après les recherches de M. Salvy, l'érysipèle affecte avec la menstruation des rapports moins intimes que ceux qui lui sont attribués : sur 810 cas, il ne s'est rencontré que 41 cas dans lesquels il y avait un rapport certain, soit dans 5,20/100. Sur 430 cas, 7 fois seulement la menstruation a pu être incriminée comme seul facteur d'un premier érysipèle, soit dans 1,62/100 des cas. 3 fois elle a été accompagnée d'une autre cause occasionnelle. Sur 57 cas de récidive, 3 fois la menstruation paraît avoir agi seule, soit dans 5/100 des cas : 3 fois une autre cause occasionnelle a pu être accusée. L'érysipèle menstruel ou cataménial proprement dit est infiniment plus rare que les auteurs ne l'ont écrit. L'érysipèle n'a pas d'action bien notable sur la durée et l'abondance des règles. La menstruation paraît agir surtout en modifiant le terrain, par l'état nerveux qui l'accompagne. Dans l'érysipèle à répétition, deux facteurs doivent être accusés : 1° d'une part l'état nerveux; 2° d'autre part, la persistance au niveau de la peau, des muqueuses ou du système lymphatique, de foyers de streptocoques dont la virulence n'est qu'incomplètement atténuée.

Les persécutés-persécuteurs sont, pour M. R. Leroy, un groupe spécial d'aliénés dégénérés héréditaires chez lesquels prédominent les anomalies du sens moral et du caractère, et qui présentent généralement d'autres attributs physiques et psychiques de la dégénérescence mentale. Leur état vésanique est constitué uniquement par l'exagération paroxystique de leurs dispositions morales défectueuses : leurs préoccupations revêtent toujours un caractère obsédant et les actes qui en résultent sont commis souvent impulsivement. Les persécutés-persécuteurs sont des persécutés chez lesquels le délire revêt une marche extensive, mais non évolutive. Ils n'ont presque jamais d'hallucinations; elles ne surviennent chez eux qu'à titre épisodique, et revêtent alors des caractères qui permettent de ne leur accorder qu'une importance secondaire.

M. Chavin, ayant étudié une série de 135 laparotomies pratiquées par M. Delbet, conclut que la laparotomie pour ovaro-salpingite donne, d'après cette statistique, une mortalité totale de 3,7 p. 100.

Sur 6 cas d'ablation unilatérale des annexes, il compte : 4 cas de guérisons parfaites (parmi lesquelles 2 grossesses); 2 insuccès.

Sur 88 cas d'ablation bilatérale, la laparotomie donne : 76 guérisons, c'est-à-dire 87 p. 100; 7 résultats médiocres; 5 résultats nuls.

Les 76 guérisons se divisent en : 45 résultats absolument parfaits, soit plus de 50 p. 100; 31 résultats satisfaisants qui se décomposent ainsi : légère leucorrhée, 7 cas (7,5 p. 100); leucorrhée assez abondante, 6 cas (6,8 p. 100); très légères douleurs, 12 cas (13 p. 100); règles peu ou pas douloureuses, 7 cas (7,9 p. 100).

Sur 96 malades revues, il n'a à constater que 2 cas d'éventration. Elles ont été consécutives à un drainage abdominal à la Mikulicz.

La thèse de M. d'Azincourt contient, outre une observation de M. Delbet, une analyse exacte des diverses observations publiées. L'auteur conclut que l'anatomie pathologique distingue 3 variétés de dilatations bronchiques : 1° les dilatations cylindriques; 2° les dilatations ampullaires ou sacciformes; 3° les dilatations moniliformes. De ces 3 variétés, la première est restée jusqu'ici au-dessus des ressources de la chirurgie. La seconde est celle qui bénéficie le plus de l'intervention chirurgicale. Mais la pneumotomie trouve également ses indications dans les cas de dilatations moniliformes (localisation des signes cavitaires avec accidents de rétention, mauvais état général).

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons actuellement de faire le diagnostic absolument précis du siège de la lésion, une incision large avec résection costale nous paraît indispensable pour permettre d'atteindre un foyer quelquefois très profondément situé et pour assurer le drainage.

Dans la grande majorité des cas, il existe des adhérences pleurales (35/38), mais dans le cas où elles manquent, la plupart des auteurs considérant le pneumothorax comme un accident redoutable, il importe, pour remédier à cette absence d'adhérences au niveau de l'incision, de les créer artificiellement (*sutures*) ou de les rechercher (*exploration par décollement extra-pleural*).

La question de la pneumotomie pour bronchiectasies reste encore à l'étude, les observations sont encore trop peu nombreuses et souvent trop peu précises et dans bien des cas l'intervention a été trop tardive et beaucoup d'opérés sont morts de lésions viscérales préexistantes (5/10). Mais étant donné l'inefficacité reconnue (Dieulafoy) du traitement médical d'une part, et d'autre part les succès que compte déjà à son actif la pneumotomie pratiquée dans de bonnes conditions, il semble que certaines dilatations bronchiques pourront, si l'opération n'est pas trop tardive, bénéficier dans une large mesure de l'intervention chirurgicale.

M. Pératé conclut que l'hystérectomie vaginale, pratiquée autrefois couramment et sans règles pour les seuls utérus cancéreux, doit être préférée, depuis les perfectionnements de Péan, Richelot, Doyen, Quénu, à toute autre méthode d'ablation utérine, toutes les fois qu'elle peut être employée, puisqu'elle évite l'ouverture large du péritoine, qu'elle est moins délicate que l'hystérectomie abdominale, qu'elle a des règles précises et qu'elle tend de plus en plus à se perfectionner. L'hystérectomie vaginale est pratiquée pour des lésions totalement différentes, soit de l'utérus, soit des annexes. Tantôt elle n'est que l'opération préliminaire destinée à ouvrir une large voie à des poches suppurées et mieux encore à l'extirpation de ces poches et des annexes malades. Tantôt, s'adressant à des néoplasmes ou à des lésions invétérées de l'utérus, elle a pour unique but l'extirpation de l'utérus dégénéré. Tantôt, enfin, elle n'est qu'un complément ajouté à la restauration de l'appareil de soutien du périnée, du vagin, etc., qui ferme en bas la cavité abdominale. De là des modifications nécessaires, si bien que son manuel opératoire, toujours le même dans ses grandes lignes, doit se modifier dans ses détails pour s'adapter à des cas particuliers. Pour les salpingites, le procédé qui nous a paru faciliter le plus l'extirpation de l'utérus et des annexes est la section médiane telle que la pratique M. Quénu, elle permet d'extérioriser et d'atteindre facilement ces annexes dans leur totalité. Pour les fibromes, on doit préconiser l'hémisection de Doyen qui facilite l'énucléation des noyaux fibreux sur la charpente conservée et largement étalée de l'utérus, comme la pratique M. Quénu. Pour les métrites et les cancers, la méthode est la même que celle employée pour les salpingites. Dans les métrites, toutefois, l'utérus peut être serré de près par le pincement des ligaments s'il n'y a pas de lésions annexielles; dans les cancers au contraire, les pinces doivent être éloignées du muscle, en particulier celle qui est appliquée au niveau du col. Pour les prolapsus, après avoir enlevé avec facilité l'utérus, il

faut encore, pour exécuter une opération complète, refaire l'appareil de soutènement du bassin et pour cela employer le procédé de M. Quénu, par lequel on forme une sangle périnéale en utilisant les moignons des ligaments larges sectionnés.

L'hémostase, dans tous les cas où elle est pratiquée au moyen de pinces, doit toujours être faite « dernière ». Elle doit en outre être exécutée par étages et en allant du bord supérieur du ligament large au bord inférieur.

Les épanchements uro-hématiques périrénaux, étudiés par M. Dordonnat, sont une conséquence de la contusion du rein au troisième degré, avec rupture concomitante du bassinet et de l'uretère. Ils diffèrent totalement des hydronéphroses traumatiques : ils se forment en quelques jours, ils atteignent un volume énorme. Lorsque l'épanchement périrénal a acquis un volume considérable, sa tension lui permet de forcer les plaies du rein, du bassinet et de l'uretère déjà en voie de cicatrisation, et de se vider dans les voies urinaires inférieures par une hématurie tardive. Les hématuries *tardives* ou *fausses hémorrhagies* (Tuffier), par opposition aux hématuries secondaires, qui sont des hémorrhagies vraies, sont bénignes dans la majorité des cas. L'élévation de température des premiers jours n'est pas, en général, l'indice d'une infection. Dans la majorité des cas, le traitement de choix sera l'expectation. Le chirurgien n'interviendra que si l'hémorrhagie, trop abondante, met la vie du malade en danger ou si le foyer sanguin est infecté.

Les calculs de l'amygdale se sont rencontrés à tous les âges depuis 10 ans. M. A. Gostet les considère comme étant en général la conséquence de l'amygdalite lacunaire chronique ; mais ils peuvent résulter de toutes les affections amygdaliennes entraînant une rétention des sécrétions lacunaires. L'arthritisme, la tuberculose et une diathèse spéciale paraissent avoir une influence prédisposante sur ces formations. Les symptômes n'ont rien de bien net ; cette affection a pu être confondue avec les affections les plus diverses de l'amygdale et même avec celles d'autres parties du corps. Le traitement rationnel est l'extraction qui peut nécessiter des débridements.

M. Bois conclut que les fistules du sinus frontal ne sont pas chose rare. On peut les diviser cliniquement en fistules traumatiques, fistules inflammatoires et fistules postopératoires. C'est la terminaison presque fatale des diverses lésions du sinus, lésions traumatiques, empyème, kystes du sinus. La cause de la persistance de ces fistules se déduit facilement des données suivantes : à savoir que la cavité dans laquelle elles conduisent est tout à la fois un sinus à parois rigides, et un diverticule des fosses nasales. M. Bois montre la part que l'on doit assigner à chacun de ces facteurs. Il est un certain nombre de signes qui nous permettent de reconnaître les fistules conduisant dans le sinus frontal, mais chacun pris isolément ne constitue qu'un signe de présomption ; et le seul signe pathognomonique signalé par les auteurs, c'est-à-dire le passage de l'air par la fistule doit exister bien rarement puisque nous ne le trouvons signalé que dans une seule observation. Le diagnostic n'est donc pas toujours facile, et on devra avoir recours à tous les moyens d'investigation, examen direct, cathétérisme, examen des séquestres, commémoratifs pour éviter les erreurs, et en particulier pour ne pas croire à des lésions de périostite orbitaire.

Il n'y a qu'un traitement rationnel et bien compris qui permette de guérir ces fistules. Ce traitement nous est suggéré par la pathogénie. Sous peine d'être incomplète, l'intervention doit comprendre le défoncement des parois sinusiennes, soit d'une seule (frontale ou orbitaire), soit des deux, y compris le rebord sourcilier, suivant l'étendue de la cavité reconnue au cours de l'opération. Cette intervention doit être complétée par le drainage fronto-nasal qui est de la plus grande importance. On terminera par la réunion par première intention des parties molles.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Suspension dans les maladies nerveuses (Ueber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten), par Worotynsky (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 8 vol., livr. 1 et 2, p. 75). — L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° La suspension mérite d'être employée comme une méthode thérapeutique dans les maladies suivantes. 2° On ne peut encore établir les indications et contre-indications de ce mode de traitement. 3° Il faut donner la préférence à l'appareil de Sprinsone qui offre beaucoup de garantie et de commodité. 4° La suspension donne d'excellents résultats dans la 2e période du tabès et d'assez bons résultats dans la neurasthénie et d'autres névroses. Comme indication symptomatique, elle doit être recommandée dans la carie vertébrale d'origine tuberculeuse et dans d'autres lésions de la colonne vertébrale. 5° La suspension exerce une action favorable sur les troubles de la vision chez les malades présentant une atrophie du nerf optique. 6° La suspension n'est pas un moyen indifférent et on doit par conséquent l'employer avec précaution.

Paralysie du nerf moteur oculaire externe et du nerf trijumeau du côté droit, par le Dr Bouchard (*Journal des sciences médicales de Lille*, n° 6, 8 fév. 1896). — Il s'agit d'un individu âgé de 36 ans, atteint d'une affection cardiaque d'origine rhumatismale. Il y a 6 ans, sa mère s'aperçut que le côté droit de la face était plus maigre que le gauche. Déjà à cette époque, il avait de la diplégie intermittente.

Depuis la diplopie est devenue permanente. L'œil droit est dévié en devant (paralysie du moteur oculaire externe droit). La diplopie est homonyme. Les autres muscles de l'œil sont intacts. Les pupilles, le fond de l'œil normaux. Les muscles innervés par le facial sont normaux. Au niveau de la région temporale et de la région massétérine droites, on constate une dépression très prononcée. Si on fait serrer les dents au malade, il n'y a aucune modification dans ces muscles du côté droit. Pas de réaction faradique ou galvanique sur les muscles. La mastication et la déglutition se font facilement. Quand le malade mâche il sent que le côté droit est plus faible. Pas de mouvements spasmodiques. Le malade se plaint d'une douleur sourde diffuse dans le côté droit de la tête. Il y a au niveau du côté droit et surtout de la tempe affaiblissement de la sensibilité, notamment douloureuse et thermique. La partie antérieure de la muqueuse buccale droite est également anesthésiée. Le goût, l'odorat, l'ouïe sont intacts.

Le malade a donc une paralysie du moteur oculaire externe et du trijumeau. La paralysie du trijumeau porte surtout sur la racine motrice. Cette association s'explique par les rapports de continuité entre les racines de ces nerfs. Quelle est la cause de cette double paralysie? L'auteur écarte d'abord l'idée d'une névrose, d'une lésion cérébrale, d'une lésion protubérantielle. Il reste les paralysies périphériques, les névrites infectieuses toxiques, par traumatisme, par compression. L'auteur discute ces points de diagnostic et conclut à l'existence d'une tumeur bénigne, d'un endothéliome de la dure-mère à évolution très lente.

MÉDECINE

Le choléra à Constantinople depuis 1893, par M. Nicolle (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1896, p. 86). — Deux poussées épidémiques se sont produites à Constantinople d'août 1893 à avril 1894 et de décembre 1894 à mars 1895. Ces épidémies paraissent avoir été importées d'Anatolie. Les vibrions isolés des selles répondent au type du vibrion de Koch. L'alimentation paraît avoir joué un rôle important à la fin de la première épidémie, notamment les jeûnes prolongés pendant le carême et l'ingestion de moules et de divers plats à l'huile par les chrétiens de la religion grecque qui furent seuls atteints durant plusieurs semaines.

Les microbes des rivières de l'Inde (extrait d'une lettre de M. Hankin, *Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1896 p. 175). — Certains fleuves de l'Inde, comme le Jumna et l, Gange, possèdent un pouvoir bactéricide qui paraît dû à certains acides volatils.

Thyroïodine dans l'obésité (Beitrag zur Wirkung der Thyrojodin auf den Staffwechsel bei Fettsucht), par Grawitz (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 13, p. 312). — L'auteur publia deux cas d'obésité, chez des femmes, traités par la thyroïodine à la dose journalière de 1 gramme. La première malade perdit 3 kilogrammes en l'espace de 8 jours; chez la seconde la diminution a été de 1 kilogramme par semaine quand le traitement fut interrompu au bout de 3 semaines.

Ni l'une ni l'autre malades n'ont présenté de sucre ou d'albumine dans l'urine.

Chez la première on a constaté une élimination exagérée de substances azotées : en 8 jours la quantité d'azote éliminée a été de 31 grammes.

A noter que les deux malades avaient suivi leur régime alimentaire habituel pendant toute la durée du traitement.

CHIRURGIE

Nouveau traitement non sanglant du rétrécissement du rectum (Zwei Vorschlage für die unblutige Behandlung der Strictura Recti), par Werckmeister (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 306). — L'auteur rapporte un cas de rétrécissement probablement syphilitique du rectum chez une femme de 24 ans, favorablement modifié par la dilatation et le drainage permanent du rectum.

Le traitement a été conduit dans ce cas de la façon suivante. Après chaque séance de dilatation faite avec une sonde creuse, on injectait au-dessus du rétrécissement 100 centimètres cubes environ d'eau boriquée à 5 p. 100 qu'on laissait échapper au bout de 10 minutes. La sonde était alors enlevée et remplacée par un drain, un tube en gomme long de 6 à 7 centimètres et 8 à 12 millimètres de diamètre, que la malade gardait dans l'intervalle des séances de dilatation. Ce drain était maintenu en place par une épingle à nourrice fixée à la peau au moyen de bandelettes adhésives. Une compresse de tarlatane ou un tampon de ouate maintenu par un bandage en T servait à retenir les matières qui s'écoulaient par le tube à drainage.

Ce traitement, qui assurait l'évacuation des matières fécales et l'aseptisation du rectum, a donné des résultats très remarquables : au bout de 8 jours la fièvre avait disparu, les selles s'étaient régularisées, étaient devenues de consistance normale et le rétrécissement qui auparavant pouvait à peine être franchi avec une sonde de 8 millimètres de diamètre, laissait facilement passer une sonde de 2 centimètres de diamètre.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Camphre monobromé.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, la glycérine, les huiles fixes et volatiles, l'éther.

Propriétés thérapeutiques. — Abaisse la température diminue, le nombre des pulsations cardiaques, ralentit la respiration. Anaphrodisiaque. Atténue les actions réflexes.

A ce dernier titre a été préconisé dans le tétanos, l'épilepsie (Bourneville). Serait un excellent médicament contre le priapisme de l'ataxie locomotrice, surtout en cas d'intolérance gastrique.

Quelques auteurs lui attribuent une action excitante du système nerveux (Oinhart) : cette opinion est démentie par les expériences de Bourneville et Lawson.

C'est au contraire un bon hypnotique, dont l'action est assez fidèle. Les insomnies des diabétiques sont, en particulier, heureusement influencées par les injections sous-cutanées de bromure de camphre.

Enfin il y aurait un antagonisme partiel entre la strychnine et le bromure de camphre (Valenti y Vivo, cité d'après Bourneville et Bricon).

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 10 à 50 centigrammes par injection : jusqu'à deux grammes en vingt-quatre heures.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Localement très vive douleur, surtout si l'on emploie la formule de Bourneville. Cette douleur ne persiste pas cependant au delà d'une demi-heure. Avec une formule de base huileuse, la cuisson est moins vive.

b) *Éloignés.* — L'effet hypnotique se produit généralement une heure après l'injection de 30 à 40 centigrammes de camphre monobromé. L'élimination, assez rapide, se fait par les reins (Rabuteau), et par la muqueuse bronchique.

L'abaissement de la température se produit au moment de l'hypnose.

Localement il n'y a ni induration, ni complications inflammatoires (abcès, etc.), même chez les diabétiques, à condition que l'opérateur, l'opéré, l'instrument aient été rigoureusement aseptisés.

FORMULES

Monobromure de camphre	3 gr.
Alcool	23 gr.
Glycérine	22 gr.

1 à 2 centimètres cubes.

(Bourneville.)

Camphre monobromé	2gr50
Vaseline liquide stérilisée	20 cc.

2 à 4 centimètres cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le sauvetage de l'ancienne Faculté de médecine.

Rue de la Bûcherie, au coin de la rue de l'Hôtel-Colbert, existe un immeuble à peine défiguré par les bâtisses qui en ont masqué l'entrée principale et les anciens aménagements. Cet immeuble est l'ancienne Faculté, commencée en 1469, bâtie sur un terrain cédé par les moines chartreux et due aux instances de Desparts, chanoine et médecin de Charles VII, et à Guillaume Bazin, qui, après la mort de Desparts, en surveilla l'édification. Des constructions successives, entreprises au cours des siècles pour doter la Faculté d'un monument digne d'elle, subsistent la vaste salle des Actes, encore éclairée de ses baies ogivales, et le premier amphithéâtre, construit d'abord en 1620, réédifié ensuite en 1744 sous le décanat de Villars et inauguré en 1745 par Winslow. Voici la description qu'a donnée de cet amphithéâtre M. L. Augé de Lassus, dans une conférence faite le 23 juin 1892, à la Société des Amis des monuments parisiens : « Surélevée d'un perron, surmontée d'un œil-de-bœuf où s'enroulent au milieu des palmes les serpents du dieu guérisseur, la porte soutient le large cartouche de l'inscription. Deux robustes pilastres doriques supportent le fronton triangulaire où s'abrite l'écusson de l'école : trois cigognes, le rameau d'origan au bec, sous le rayonnement d'un soleil échappé des nuages, avec cette devise orgueilleuse et trop confiante : *Urbi et orbi salus.* »

« L'amphithéâtre repose sur un sous-sol voûté. Un pilier central reçoit la retombée des assises descendantes et toute une friperie curieuse drape les murailles, encombre jusqu'aux marches des escaliers, prolonge dans les ténèbres comme une fantastique et vague apparition de mains flottantes. » Cet amphithéâtre est devenu un lavoir et les « mains flottantes » sont les accessoires d'un chiffonnier.

C'est qu'en effet, dès 1776, l'ancienne Ecole de médecine a été abandonnée et transportée rue Jean-de-Beauvais, et, depuis, les bâtiments qui l'avaient longtemps abritée ont eu des sorts divers. D'abord confiés aux hospices, ils furent aliénés en 1816 et passèrent entre les mains de divers propriétaires dont les derniers ont été le comte Boutry et sa sœur Mme Féjard.

C'est à eux que s'adressa, en 1893, M. le D^r Le Baron pour obtenir la cession à la ville d'une maison de rapport qui se détériorait de jour en jour, entraînant dans sa ruine les bâtiments auxquels elle était annexée. Notre confrère avait été frappé de l'état de conservation de certaines parties du monument. Il avait étudié les moyens de le restaurer et trouvé au musée Carnavalet un projet de reconstitution qui eût donné les plus beaux résultats. Il n'hésita donc pas à faire appel au corps médical et à la Société des Amis des monuments parisiens pour assurer la réalisation de ses projets. Les médecins restèrent indifférents, malgré les appels réitérés que leur adressa le *Bulletin de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine*. Mais les corps savants surent comprendre l'intérêt que présentait le projet qui leur était soumis par M. le D^r Le Baron. A la pétition adressée au Conseil municioal par le Syndicat des médecins de la Seine vinrent bientôt s'ajouter les vœux transmis au ministre de l'Intérieur par l'Académie des Beaux-Arts, l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, la Société française d'archéologie, etc., etc. Ces pétitions et ces vœux ne pouvaient manquer d'émouvoir le Conseil municipal.

Pour le décider, M. le D^r Le Baron obtient de M. le comte Boutry une promesse de vente immédiate si la Ville consent à conserver les bâtiments de l'ancienne Faculté. Il fait plus. Il reproduit par la photographie les projets de reconstitution qu'il a découverts au musée Carnavalet, et il s'en va de porte en porte, muni de ses plans, de ses photographies, de ses promesses de vente, intéresser à sa cause ministres, députés, conseillers municipaux.

Après deux années d'efforts, la 4e commission du Conseil municipal donne un avis favorable sur le rapport de M. Baudin. Mais pour acheter l'immeuble de la rue de la Bûcherie, il faut de l'argent, et la Ville n'en a pas. Elle possède bien d'autres terrains, mais ceux-ci ne trouvent pas d'acquéreur. Infatigable, le D^r Le Baron s'enquiert de la valeur de ces terrains sis rue Cimarosa; il obtient du Dr de Cyon une promesse d'achat, et voici l'argent trouvé. La 1re commission du Conseil municipal est saisie de l'affaire par un rapport de M. Sauton. Elle vote l'achat de l'ancienne Faculté. Tout va être terminé.

Pas encore. La 4e commission chargée du premier rapport — favorable cependant — proteste contre les conclusions de la 1re commission. L'argent encaissé par la vente des terrains de la rue Cimarosa restera dans les caisses de la Ville. L'achat des immeubles de la rue de la Bûcherie sera ajourné. Nouvelle campagne, nouvelles démarches de M. Le Baron. Des délégations sont envoyées aux membres influents du Conseil municipal. M. le D^r Le Baron reste l'inspirateur, mais ne veut pas être l'interprète de ces nouvelles instances. On commence à se demander — il y a toujours des esprits soupçonneux — pourquoi il s'intéresse tant à ce projet. On pourrait supposer qu'il y trouvera un profit quelconque. Un heureux incident lui permet d'agir avec plus d'énergie. La promesse de vente que lui avait consentie le comte Boutry était d'une durée précise (18 mois). Le temps est écoulé. Elle est nulle. Il faut reprendre de nouvelles négociations, et le D^r Le Baron repasse à la Ville (commission des indemnités) le nouveau contrat qu'il obtient du propriétaire.

Enfin ses démarches aboutissent, et, le 24 avril dernier, M. Sauton fait voter par le Conseil municipal l'achat de l'ancienne Faculté de Paris.

Cette histoire n'est-elle pas édifiante en montrant ce qu'il faut de ténacité pour réussir. Le 5 juillet 1893, dans l'expression du vœu de la Faculté de médecine, M. Brouardel rendait pleine et entière justice à l'initiative et aux efforts du D^r Le Baron. Il n'est que juste d'associer le public médical tout entier à cet hommage rendu à notre confrère qui, s'inspirant des sentiments les plus élevés, s'autorisant de ses connaissances historiques et archéologiques, n'a ménagé ni son temps, ni sa peine, ni même d'assez sérieuses dépenses pour assurer à la Ville de Paris la conservation d'un des spécimens les plus purs de l'architecture du XVe siècle et pour maintenir au pied de la montagne Sainte-Geneviève ce qui fut le berceau de notre Faculté de médecine.

Germain Sée.

Tous ceux qui, ayant commencé leurs études médicales il y a quelque trente ans, ont gardé le souvenir de l'enthousiasme avec lequel ils ont entendu les premières leçons ou accueilli les premiers ouvrages de G. Sée ne pourront, sans un sentiment de profonde tristesse, songer à ce que furent les dernières années du maître qui vient de mourir.

Car, il importe de l'affirmer, aujourd'hui que l'on sourit dédaigneusement quand on parle du passé et des œuvres qui ont préparé le mouvement scientifique contemporain, Germain Sée a été un grand médecin. A une intelligence d'élite, à une puissance de travail vraiment extraordinaire, il joignait une facilité d'assimilation et une fécondité surprenantes.

Lorsque parurent son *Mémoire sur la chorée et les maladies nerveuses*, ses leçons de pathologie expérimentale sur *le sang et les anémies* et surtout son *premier* traité *du Diagnostic et du traitement des maladies du cœur*, on pouvait espérer que cet enseignement d'un maître imposé, par un acte d'autorité à la Faculté de Paris allait jeter le plus vif éclat sur la médecine française.

Parmi les études de thérapeutique physiologique qui firent suite à ces travaux, plusieurs restent aussi dignes d'être citées comme des œuvres personnelles tout à la fois sérieusement conçues et honnêtement écrites. On ne peut malheureusement apprécier dans les mêmes termes certains ouvrages au sujet desquels nous avons dû, il y a quelques années, faire les plus expresses réserves. Mais, s'il n'est pas possible de rendre au caractère de G. Sée les hommages que méritent son talent et sa science clinique, il n'en est pas moins vrai que plusieurs de ses œuvres ont marqué sa place à la tête des médecins les plus sagaces, les plus féconds et les plus érudits de ce siècle.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le lavage du sang dans les infections chirurgicales,

Par M. le Dr Tuffier.

Les injections intraveineuses de solutions salines dites « de sérum artificiel » sont passées du domaine expérimental dans la pratique médico-chirurgicale, et la belle découverte de MM. Dastre et Loye sur le lavage du sang en 1887 a reçu la sanction complète de la pathologie humaine. Ces injections sont inoffensives sous les conditions de vitesse, de pression, d'asepsie et de perméabilité rénale posées par leurs auteurs. Les résultats thérapeutiques obtenus contre les hémorrhagies abondantes et les maladies infectieuses vous sont déjà connus. Ils sont trop remarquables et trop constants pour être discutés, et ils nous font entrevoir de nouvelles et très nombreuses applications. Pour ma part, j'ai pu suivre l'évolution de cette méthode à son foyer même d'origine, au laboratoire de mon maître en expérimentation, le Dr Dastre, et je l'ai appliquée d'abord timidement, puis largement dans la pratique chirurgicale. Depuis 1892, j'ai pratiqué une cinquantaine de ces injections massives de solution dite physiologique dans les cas de *tétanos*, d'*hémorrhagies* traumatiques graves, de *septicémies péritonéales* et d'*infections rénales*. Les résultats que j'ai obtenus sont très encourageants, je viens vous les soumettre, et en même temps je vous demanderai votre avis sur le mode d'action encore bien obscur de cette méthode.

I

Au mois de mars 1892, j'ai reçu de Melun, à l'hôpital Beaujon, un charretier qui portait une cicatrice à peine complète d'une plaie transversale de la région sourcilière droite. Six jours avant son entrée, le malade avait reçu un coup de pied de cheval à ce niveau et la plaie s'était réunie par première intention sans aucun pansement. Au 8e jour, du trismus se manifestait le soir, et au [illegible] jour après l'accident, je me trouvais en présence d'un *tétanos* encore limité à la région cervico-céphalique. Le traitement médical par l'enveloppement ouaté, la morphine, le chloral, le tout joint à l'immobilité et l'obscurité absolues, n'empêchèrent pas les contractures de se généraliser et, le matin du 3e jour, le malade en opisthotonos faillit succomber dans un spasme laryngé. Je priai alors mes collègues Chantemesse et Widal de voir le malade avec moi. Il n'y avait pas à songer à une action sur la plaie, complètement cicatrisée depuis 3 jours; la cause des accidents était dans l'intoxication générale que rien ne pouvait chasser. C'est alors que nous fûmes d'avis de faire le lavage du sang. Séance tenante, une saignée de 500 grammes, suivie d'une injection de solution saline de 1 200 grammes, fut pratiquée. Quelques heures après, toutes les contractures cessèrent et le lendemain matin, il n'existait plus qu'une certaine difficulté à écarter les mâchoires. Le surlendemain matin, les contractures gagnaient de nouveau le cou et le dos, je fis une nouvelle saignée de 700 grammes et une injection de 1 200 grammes. Le soir, les contractures avaient disparu, il resta un peu de trismus pendant 3 jours et le malade guérit complètement. Un an après, il revenait à l'hôpital nous amenant un autre blessé; lui-même n'avait jamais eu aucun accident nouveau.

Le 14 mars 1894, un employé de la Cie de l'Ouest, âgé de 32 ans, entrait à l'hôpital Beaujon pour un écrasement de la main et du bord interne du pied droit. L'accident était consécutif à un coup de pilon. Au 5e jour apparut un tétanos à début cervico-facial : même traitement médical, même insuccès, même généralisation au 3e jour que dans le cas précédent. Enhardi par mon premier résultat, et sachant le faible espoir que nous laisse cette terrible complication, nous pratiquâmes, à 2 jours d'intervalle, 2 saignées de 700 grammes, accompagnées de 2 injections de 900 et de 1 600 grammes de solution saline. Les contractures cédèrent exactement de la même façon et le malade sortit guéri complètement, le 30 juin, de son tétanos et de sa plaie.

Dans un autre cas de tétanos suraigu, traité au même hôpital en 1894, le malade mourant au moment de l'intervention, succomba quelques heures après malgré l'injection.

Je ne veux pas déduire des faits précédents que le traitement du tétanos par le lavage du sang donnera toujours des succès, je connais les formes bénignes, chroniques, curables de cette affection, j'accorde même que mes malades auraient peut-être guéri sans mes injections. Mais leur action a été si rapide et si nette qu'elle est indéniable et la conclusion qui s'impose me paraît être la suivante : certaines formes de tétanos dans lesquelles le foyer d'origine ne pourra être atteint soit à cause de sa situation, soit à cause de son ancienneté (les bacilles ayant alors disparu de la plaie), pourront, en cas d'échec des moyens ordinaires, bénéficier rapidement du lavage du sang, avec ou sans saignée.

Je n'insisterai pas sur les résultats que m'ont donnés les injections intraveineuses dans les *hémorrhagies graves* et dans les *infections péritonéales* — ils sont absolument remarquables et conformes à ce que vous savez sur cette question (voir *Société de chirurgie*, 18 décembre 1895).

— Les quantités injectées ont varié de 3 à 8 litres. Cinq de mes malades doivent réellement leur vie à cette méthode. L'une succombait à une hémorrhagie post-opératoire telle que, au moment ou mon interne M. Desfosse fit l'injection, la malade était inerte, le réflexe cornéen n'existait plus, la sensibilité avait disparu, si bien que cette femme ne s'est pas doutée de l'intervention à laquelle elle a dû le salut. Dans 4 autres cas, il s'agissait de septicémies péritonéales consécutives à des interventions sur l'abdomen. Chez tous ces malades l'infection était de la plus haute gravité, la température peu élevée, le pouls incomptable, les extrémités froides, violacées, indiquant une intoxication particulièrement intense, celle même que nous considérons comme toujours mortelle, et l'issue fatale à brève échéance ne faisait aucun doute, ni pour nous ni pour notre entourage. Ces malades ont guéri et, je l'avoue, à mon plus grand étonnement. Je n'insiste pas sur les phénomènes vraiment extraordinaires qui succèdent immédiatement à l'injection, ils ont été signalés par tous mes collègues. Là encore, il est certain que nous n'avons pas entre les mains une panacée. J'ai perdu moi-même 3 autres malades, dont un d'une péritonite suite d'appendicite malgré ces injections. Mais je ne vous signale ici que les cas où l'action de l'injection a été vraiment indéniable et je laisse de côté les faits douteux où les malades auraient peut-être guéri sans lavage.

J'ai essayé cette méthode dans 2 cas d'*infections rénales diffuses aiguës* alors que l'un des deux reins, plus malade, avait été ouvert et drainé. Les résultats que j'ai obtenus et que les lois de la physiologie pathologique pouvaient faire prévoir ont été à peu près négatifs. J'ai pu provoquer une durèse abondante, rendre à la bouche son humidité d'un pronostic généralement si favorable, mais je n'ai réussi qu'à prolonger de quelques jours la vie de mes malades. Il est probable que de ce côté nous trouverons certaines formes de pyélonéphrites justiciables du lavage du sang, mais je ne peux actuellement en préciser les indications.

II

Le point de physiologie pathologique que je voudrais aborder a trait au mode d'action de ces lavages. Il est logique de penser que les doses massives d'eau injectée entraînent les toxines, et pour le tétanos c'est la seule explication plausible, mais cette excrétion ne peut avoir lieu que par un intermédiaire obligé, *le relèvement et le maintien à une tension normale de la pression artérielle*.

Les *conditions* dans lesquelles nous agissons chez nos malades diffèrent de celles dans lesquelles s'étaient placés les expérimentateurs.

Les *quantités d'eau injectée* sont beaucoup moindre en pathologie humaine que dans les expériences de M. Dastre. Nous faisons une injection intra-veineuse qui est une simple réplétion de l'appareil circulatoire, et nous nous arrêtons juste au moment où le lavage véritable commencerait et cependant le résultat pratique est acquis puisque nous mettons ainsi en jeu l'action des émonctoires naturels (diurèse, sécrétion salivaire, diaphorèse, etc.). Une seconde différence entre nos conditions d'expérimentation, c'est que le physiologiste agit sur un animal sain dont la tension artérielle est normale, et nous agissons au contraire sur un malade dont le pouls est petit, rapide, mou et fuyant, symptomatique d'une *tension artérielle minima*.

Depuis bien longtemps j'ai remarqué que le premier symptôme d'une infection grave chirurgicale c'est l'abaissement de la pression artérielle, et quand on observe les accidents qui terminent ces péritonites suraiguës on arrive à cette conviction que nos malades succombent par asthénie cardiaque, soit que l'intoxication frappe les centres vaso-moteurs, soit qu'elle atteigne l'appareil nerveux du cœur lui-même. Le muscle cardiaque se contracte follement et à vide. Or le premier effet d'une injection intra-veineuse en pareil cas, c'est l'augmentation de la tension artérielle, la régularisation et la diminution des battements du cœur. L'action est si rapide et si manifeste qu'il est bien difficile d'y voir tout d'abord autre chose qu'une simple action mécanique, un véritable point d'appui trouvé à la contraction cardiaque.

Je crois que cette tonicité rendue à l'appareil circulatoire joue par elle-même un rôle considérable. En effet l'abaissement de la pression artérielle provoquée par l'infection a pour conséquence corrélative immédiate une excrétion minima d'urines qui est réduite à 200, 300 et 400 grammes, et cette suppression du filtre rénal, seule voie d'émonction, est un obstacle à l'élimination des toxines et une cause de l'aggravation des accidents. Or le second résultat bien net et presque immédiat d'une injection intra-veineuse, c'est la *diurèse :* nous voyons nos malades uriner de 1 000 à 3 000 grammes dans les 24 heures suivant les quantités injectées. Cette urine, dont je n'ai pu encore déterminer le coefficient de toxicité, renferme bien probablement un grand nombre des produits morbides qui empoisonnaient le malade, et c'est alors que l'action du lavage véritable commence, et non seulement le rein, mais les glandes salivaires, la peau, l'intestin contribuent pour leur part à l'élimination des produits toxiques. Il se fait en somme une guérison naturelle de la maladie par mise en jeu des émonctoires naturels.

Le rétablissement de la tension artérielle et la continuation de l'injection intraveineuse aurait même, pour mon collègue Delbet, le pouvoir d'*empêcher l'absorption* au niveau des foyers morbides. Quoi qu'il en soit, il est certain que le manque complet d'injesta chez nos opérés doit singulièrement faciliter la résorption par les veines au niveau des régions infectées, et que le rétablissement de la pression normale doit les diminuer d'autant.

Tels sont les quelques faits de physiologie que je viens vous soumettre et sur lesquels je serais heureux d'avoir l'avis de la Société.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1896.

Troubles réflexes consécutifs à l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs.

M. Martin. — Il semble que les troubles résultant de l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs soient seulement des troubles respiratoires causés par l'obstruction des choanes. Cependant il n'en est pas ainsi et l'on constate, en dehors des troubles respiratoires, des troubles réflexes absolument indépendants des premiers; en effet, la cautérisation de la queue du cornet fait disparaître les réflexes, et cependant elle s'accompagne d'une exsudation telle que la fermeture de la

choane est plus grande qu'avant la cautérisation; la gêne respiratoire produite par ce fait est assez notable, et le malade la considère comme une affection nouvelle surajoutée à la première.

Les troubles réflexes auxquels je viens de faire allusion sont tantôt généraux : mal de tête, névralgie; tantôt locaux : toux, chatouillements, bourdonnements, surdité.

M. Gellé pense que les bourdonnements peuvent être dus non seulement à de l'oblitération tubaire, mais souvent aussi à des excitations réflexes provenant des régions nasales proches de l'orifice des trompes.

Des abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse.

M. Lubet-Barbon. — L'empyème des cellules mastoïdiennes est en général consécutif à une suppuration aiguë ou chronique de la caisse, et l'on comprend aisément le mécanisme de la propagation inflammatoire à toute la muqueuse de l'oreille moyenne. Il est des cas plus obscurs dans lesquels, sans parler bien entendu, des ostéites de l'apophyse, qui n'ont rien à voir avec l'empyème, l'inflammation des cellules semble être primitive ou tout au moins indépendante d'une suppuration de la caisse. L'observation de quelques-uns de ces cas nous a montré qu'ils présentaient dans leur évolution certains signes communs, et, dans leur localisation, des particularités anatomique importantes pour leur pronostic et leur traitement. Je citerai, à ce propos, 6 cas observés, et qui paraissent calqués les uns sur les autres, mais qui présentent néanmoins quelques points caractéristiques.

En premier lieu, la lenteur de l'évolution. L'affection débute par des phénomènes bien nets, souvent bilatéraux, du côté des oreilles; le froid ou la grippe en sont la cause le plus souvent indiquée.

Après quelques jours, les phénomènes auriculaires s'amendent, disparaissent d'un côté, pour se localiser de l'autre, et les patients se plaignent de gêne de l'audition, de bourdonnements, ou plutôt de battements isochrones à ceux du pouls, de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins continues, mal localisées, siégeant à la tempe, à la nuque. Au bout d'un temps qui excède parfois 3 mois, il y a une recrudescence de la douleur et une localisation plus nette dans la région mastoïdienne. Les mouvements sont difficiles, l'état général est moins bon, parfois il y a de la fièvre et des frissons.

L'examen de la région ne montre souvent rien d'anormal, la pointe de l'apophyse est douloureuse, et il y a un peu d'empâtement en arrière et en bas.

L'audition est diminuée, la membrane est rouge, dépolie, donnant à l'œil l'impression d'être épaissie. Par la douche d'air, on ne constate pas la présence du liquide dans la caisse et, fait très remarquable, le cathétérisme n'améliore en rien l'audition. La paracentèse, souvent tentée, ne donne pas issue à du pus.

Bientôt apparaît du gonflement, siégeant en arrière de l'apophyse, effaçant quelquefois la lumière du conduit, et s'accompagnant, au début, d'exacerbation des douleurs. Celles-ci cèdent souvent, en même temps que la fluctuation apparaît, et c'est un signe que le pus a perforé sa coque osseuse, et s'étale librement sous les tissus.

Si l'on trépane alors, au lieu d'élection pour la recherche de l'antre, on pénètre dans cette cavité, et on n'y rencontre pas de pus ; à peine quelques bourgeons, quelquefois un simple épaississement de la muqueuse. Comme il faut trouver la raison des symptômes, on descend vers la pointe, on ouvre les cellules, et l'on trouve que l'antre et la caisse sont indemnes.

En résumé, nous dirons que les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse présentent un certain intérêt :

1° Par leur origine que nous croyons pharyngée bien que la route inflammatoire se perde pour ainsi dire au niveau de la caisse;

2° Par leur évolution lente et insidieuse, n'invitant pas à l'intervention et à la faveur de laquelle peuvent se produire des complications d'abcès par congestion, d'abcès intra-craniens, d'accidents infectieux généraux;

3° Par leur siège, dans les cellules de la pointe de l'apophyse qu'il faut dans ces cas trépaner directement.

M. Gellé a vu évoluer l'an dernier un abcès de l'apophyse à la suite d'un bain froid. Il y eut des signes d'abcès souspériostique, gonflement, douleur, fistule, écoulement purulent. L'abcès fut ouvert, il ne communiquait en aucune façon avec l'oreille. Celle-ci n'était pas atteinte et le malade n'avait jamais eu de ce côté que des douleurs vagues et passagères. Ce fait montre que la production de ces abcès peut être plus soudaine que ne le disait M. Lubet-Barbon.

M. Lermoyez a trépané il y a 2 mois une femme d'une quarantaine d'années qui présentait depuis longtemps des lésions de l'oreille. Elle n'avait jamais eu d'écoulement purulent. La trépanation montra que l'abcès ne communiquait pas avec l'oreille. Ici encore on peut se demander où était la porte d'entrée.

M. Luc pense qu'il ne faut pas oublier l'ostéite fongueuse qui peut se développer dans la mastoïde aussi bien que partout ailleurs.

L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle.

M. Lermoyez. — La séméiologie de l'oreillle interne est encore fort insuffisante, surtout quand il s'agit de déterminer le siège exact et la nature des lésions labyrinthiques. Elle se perfectionnera, surtout grâce à la méthode anatomo-clinique qui, entre les mains de Ménière père, de Moos, de Bezold, a déjà donné de précieux résultats. Cependant l'observation clinique pure, quand elle a la chance de rencontrer un fait simple et précis, peut également fournir d'utiles éléments à ce diagnostic. C'est à ce titre que je rapporte l'observation suivante.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, diabétique gras, alcoolique, qui, 4 ans auparavant, à la suite de troubles gastro-hépatiques, fut longuement soumis à une hygiène alimentaire des plus sévères. Bientôt s'établirent des troubles auriculaires, vertiges, bourdonnements, surdité, qui peu à peu s'accrurent au point de rendre toute vie active impossible. Quand je vis ce malade, je constatai, outre des lésions banales d'otite sèche, une insuffisance labyrinthique très prononcée. Attribuant celle-ci à une hyperémie chronique de l'oreille, due au mauvais fonctionnement de l'estomac, j'instituai un traitement dans ce sens qui, au bout de plusieurs mois, n'eut pour résultat que d'aggraver encore les troubles auditifs. Frappé alors de ce fait que le malade entendait beaucoup mieux après les repas, et que, d'autre part, les purgatifs énergiques le laissaient presque sourd pendant quelques jours, je supposai que tous les accidents auriculaires devraient être dus, non pas à une hyperémie, mais au contraire à une anémie chronique du labyrinthe.

Pour assurer mon diagnostic, je fis inhaler au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle : instantanément les bourdonnements cessèrent et l'audition, pour la voix basse, passa de 20 à 37 centimètres. Je me contentai alors de prescrire contre cette anémie labyrinthique l'usage prolongé de la trinitrine, et, un mois après, l'audition était montée de 37 centimètres à 2 mètres.

Deux notions nouvelles se dégagent de cette observation.

1° Il existe dans le labyrinthe deux ordres de troubles circulatoires diamétralement opposés, l'hyperémie et l'anémie chronique, qui fonctionnellement se traduisent par des symptômes à ce point identiques qu'on ne peut les distinguer, et cependant cette distinction est des plus importantes pour le traitement. Aucun des signes donnés par les auteurs classiques, pour faire ce diagnostic différentiel, n'a de valeur sérieuse. Au contraire, *l'épreuve du nitrite d'amyle*, telle que je l'ai employée chez mon malade, fournit sur ce point des renseignements immédiats et précis.

Il suffit de faire inhaler au patient 5 ou 6 gouttes de cet éther et de comparer l'acuité auditive avant et immédiatement après cette inhalation; si la surdité, les bourdonnements, sont dus à de la congestion du labyrinthe, ils augmentent momentanément; s'il y a, au contraire, anémie de l'oreille interne, ces troubles s'atténuent séance tenante et l'acuité auditive s'accroît instantanément, comme après une douche d'air. Employé ainsi à doses diagnostiques, le nitrite d'amyle n'offre aucun danger. D'ailleurs, les auristes qui, comme Michaël, Weber, Liel, M. Burnett, l'ont maintes fois prescrit empiriquement pour

calmer les bourdonnements d'oreilles, n'en ont jamais observé d'inconvénients sérieux;

2° Le diagnostic, ainsi affirmé, fournit à la thérapeutique une indication précise. Tout syndrome labyrinthique qui s'atténue momentanément par l'épreuve du nitrite d'amyle relève d'une ischémie de l'oreille et réclame une médication vaso-dilatatrice. Aux inhalations répétées de nitrite d'amyle, qui deviendraient pénibles, et dont l'accoutumance s'établit rapidement, je préfère un médicament à action plus lente, mais plus durable, tel que la *trinitrine ;* elle se prescrit aux doses indiquées par Huchard dans le traitement de l'angine de poitrine. Bien entendu cette médication doit être associée au traitement pathogénique de l'anémie labyrinthique dans le cas où on parvient à découvrir sa cause; mais, dans les cas fréquents où celle-ci demeure inconnue, c'est fort utile de pouvoir soulager le malade par un traitement rationnel déduit de la physiologie pathologique des symptômes auriculaires.

M. Gellé a déjà appelé l'attention sur les faits de ce genre. Il y a des malades qui entendent mieux à de certains moments qu'à d'autres suivant qu'il se produit de l'anémie ou de la congestion labyrinthique, les deux causes pouvant amener la surdité. Dans les cas de surdité par anémie on a conseillé de mettre les malades la tête en bas, on est même allé jusqu'à leur conseiller l'abus de l'alcool.

Remarques sur la perforation permanente artificielle du tympan.

M. Miot. — La perforation du tympan donne souvent les meilleurs résultats dans les cas d'otite moyenne sèche; elle améliore immédiatement l'audition. Il y a des cas où, l'opération étant formellement indiquée, il faut la différer ou même y renoncer tant que des actions réflexes énergiques s'exercent sur l'oreille. Le procédé de choix pour obtenir une perforation permanente est l'ablation du tympan et du manche du marteau. Le maintien d'un mince bourdonnet de coton dans le conduit auditif externe a l'avantage de garantir la caisse, mais l'inconvénient de rendre le conduit auditif externe plus sensible aux variations de température et de diminuer un peu l'acuité auditive.

La perforation expose le malade à des écoulements, mais ceux-ci sont vite taris et ne déterminent jamais de complications. L'audition est plus ou moins améliorée, mais elle varie beaucoup et l'augmentation de l'acuité auditive est plus grande pour les sons que pour la voix. L'application d'un tympan artificiel sur la perforation augmente quelquefois l'acuité auditive d'une manière très sensible.

Note sur 3 cas d'otite moyenne avec complications mastoïdiennes, guéris sans intervention chirurgicale.

M. Vacher (d'Orléans). — Les 3 cas que j'ai observés depuis 18 mois tendent à prouver que, malgré des lésions graves et évidentes, on peut espérer obtenir une guérison sans recourir à l'ouverture de l'apophyse. Depuis quelques années, on est très porté à cureter la mastoïde. De nombreuses statistiques ont été publiées. Mais, d'un autre côté, il y a déjà un certain nombre d'observations dans lesquelles des lésions sérieuses de l'attique et de l'apophyse ont été guéries sans opérations, par une antisepsie rigoureuse, des irrigations modificatrices de l'attique et de la caisse, des révulsifs énergiques, etc.

Ce n'est pas que la trépanation m'effraye et que je fasse partie de la catégorie de ceux qui retardent trop l'intervention chirurgicale. Non, je les crois beaucoup plus dangereux que ceux qui opèrent d'emblée, parce qu'une opération bien faite guérit assez vite sans presque laisser de traces. D'autre part cependant, nous connaissons tous des cas d'évidement du rocher, suivis de suppuration interminable. Je ne crois pas que, dans mes 3 observations, on puisse soupçonner une erreur de diagnostic. Aucun des symptômes classiques ne faisait défaut; il y avait suppuration abondante, œdème de la paroi postéro-supérieure du conduit, gonflement de l'apophyse, sensibilité à la pression, température plus élevée de cette région.

Je crois devoir attribuer les meilleurs effets à l'emploi de la glace sur la région, avec irrigation de l'attique à l'eau oxygénée, qui est l'antiseptique le plus puissant que nous ayons à notre disposition.

De la voix eunuchoïde et de son traitement.

M. Labit. — Il existe deux sortes de voix de fausset; l'une qui tient à une altération des organes génitaux, c'est la vraie voix d'eunuque; l'autre qui se produit dans des larynx présentant des dimensions normales. Cette dernière provient d'un défaut dans la contraction des muscles de cet organe: c'est la voix dite eunuchoïde. A ce sujet, l'auteur rapporte 2 observations recueillies l'année dernière. Dans la première, la voix se produisait avec un larynx dont les cordes vocales laissaient entre elles, en arrière, une béance très appréciable; dans le second cas, la glotte présentait une forme elliptique. Dans les deux cas la guérison a été obtenue en peu de temps par des exercices vocaux.

Conclusions: 1° la voix eunuchoïde peut se produire par plusieurs mécanismes différents; 2° elle apparaît généralement au moment de la mue; 3° les sujets à voix eunuchoïde ont, après leur guérison, une voix de basse; 4° enfin, la guérison est facile et rapide au moyen de la gymnastique vocale.

M. Garel a constaté que dans tous les cas observés, les cordes étaient très longues et le larynx très développé. La voix eunuchoïde peut se guérir en 24 heures, par le procédé suivant: on impose au malade d'émettre la voyelle É par exemple, dans la plus basse tonalité qui lui est possible. Dans un exercice suivant, on combine les voyelles et les consonnes, et ainsi de suite, mais il est nécessaire de tenir le malade en observation pendant 24 heures, de façon à le reprendre chaque fois qu'il se remettrait à parler en voix de fausset.

M. Monnier a observé un cas analogue; la guérison a été complète en très peu de temps, grâce à des exercices vocaux.

M. Martin a aussi constaté des guérisons parfaites d'emblée, mais bientôt la voix eunuchoïde revenait comme auparavant.

M. Moure a eu des succès avec ce traitement. Dans tous ses cas, il a examiné les testicules; ils ne présentaient aucune altération.

M. Garel. — Il est bien entendu que, lorsque les testicules présentent des lésions, il n'y a rien à faire.

M. Joal a vu un malade ayant la voix eunuchoïde guérir et prendre la voix de basse, puis changer de ton dans la suite: il parle en ténor actuellement; ceci le porte à croire que les accidents doivent tenir à une cause nerveuse.

M. Gellé a observé un fait typique du même genre.

M. Castex a observé cinq fois la voix ennuchoïde chez des tuberculeux à la première période: 2 d'entre eux guérirent et leur voix est redevenue normale. Il pense donc que la voix eunuchoïde pouvait être, en certains cas, le résultat d'une contraction réflexe des cordes, due à la tuberculose.

M. Garel a vu aussi des cas analogues, les malades n'avaient pas la voix eunuchoïde, mais la voix de fausset, semblable à la voix sénile. Ces malades, comme les syphilitiques aphones, peuvent guérir par une gymnastique vocale.

M. Martin croit que les tuberculeux parlent sur le ton de fausset parce que cela leur cause moins de difficultés et de douleurs.

M. Lermoyez pense qu'il faudrait établir 3 types bien définis: 1° les voix eunuchoïdes; 2° les voix de fausset; 3° les voix catarrhales vagues.

De la laryngoscopie directe.

M. Wagnier rend compte des résultats de sa pratique au sujet de la méthode nouvelle qui consiste à examiner le larynx en rendant rectiligne le conduit bucco-trachéal au moyen d'une spatule creusée en gouttière, et recourbée et échancrée à son extrémité. Il a trouvé qu'il était très facile dans certains cas de faire ainsi un examen laryngoscopique complet.

L'usage qu'il a fait du procédé de Kirstein lui fait penser que s'il n'est pas appelé à détrôner le miroir laryngien, il rendra des services chez l'adulte surtout pour la constatation de l'état de la région postérieure du larynx dont l'importance diagnostique est si grande, mais il croit la méthode appelée à un réel succès surtout pour le diagnostic et le traitement des affections

laryngiennes chez les enfants qui, il faut bien le reconnaître, n'ont guère bénéficié jusqu'à présent des progrès de la laryngologie.

M. Escat. — J'ai pratiqué la laryngoscopie directe avec un abaisse-langue analogue que m'avait construit M. Simal.

M. Lermoyez. — Je crois que si, avec ces instruments, on a l'avantage de faire arriver la lumière directement au larynx, on court aussi bien plus de chance de recevoir les expectorations dans les yeux.

La raucité vocale.

M. Castex. — Sur 23 cas observés, l'examen laryngoscopique a montré 8 fois un larynx complètement normal, 5 fois la congestion des cordes vocales, 2 fois de petits nodules sur le bord libre des cordes, 2 fois une flaccidité, sorte de prolapsus de la muqueuse de ce même bord, 1 fois enfin un état variqueux de la face supérieure des cordes.

Les causes de ces raucités se trouvent dans l'hérédité, dans les excès de voix, dans la scrofulose du sujet. Il semble exister un état scrofuleux des *lèvres vocales*, comparable à celui des lèvres buccales.

La raucité est surtout le triste apanage du larynx que la tuberculose menace. Elle n'est pas toujours évidente, il faut en ce cas la découvrir. Pour ce faire, l'auteur propose d'essayer successivement les 3 registres du sujet : médium, grave, aigu. Or, quand la voix s'est montrée normale sur les deux premiers, elle peut sortir immédiatement rauque dès qu'elle s'exerce dans l'aigu.

Dans le traitement les indications principales sont de s'adresser à la cause et d'agir sur la santé générale. Les massage, électrisations, ainsi que l'administration de la strychnine peuvent être d'utiles adjuvants.

Effets sur la voix de l'ablation des ovaires.

M. Castex rapporte 6 observations pour la solution de cette question controversée. Dans un seul cas la voix chantée, qui d'ailleurs était petite, semble avoir été encore diminuée dans ses diverses qualités. Par contre, dans la grande majorité des cas, la voix gagne en intensité et en étendue. Tout au plus se *masculinise*-t-elle un peu, sans changer dans son espèce. Un mezzo n'en devient pas contralto. Il importe toutefois que la cicatrice abdominale ne permette pas l'éventration.

L'auteur conclut à l'heureuse influence de la castration sur les divers moyens vocaux, quand l'indication en est d'ailleurs formelle.

Un cas d'ouverture de la caisse du tympan pour extraction de corps étranger de l'oreille moyenne. Guérison.

M. Raoult (de Nancy). — Il s'agit d'une petite fille de 10 ans, qui s'était introduit dans l'oreille gauche un bouton en forme de lentille de 7 millimètres de diamètre. Des essais infructueux d'extraction n'avaient réussi qu'à produire la perforation de la membrane du tympan, et à repousser le bouton dans la caisse. Après des essais pratiqués par l'auteur pendant la chloroformisation et en éclairant le conduit, essais qui ne purent aboutir, le corps étranger étant serti dans la caisse par suite du gonflement des parties molles, il fut nécessaire de pratiquer l'ouverture de la caisse.

On pratiqua le décollement du pavillon, la dissection du conduit comme pour l'opération de Stacke. La partie supérieure de la cloison externe de la caisse est détachée au moyen de la gouge, dans toute la largeur du cadre tympanique. Cette ouverture permet de faire basculer le corps étranger et de l'extraire de la caisse. Au-dessous la muqueuse de la caisse est saignante et boursouflée; lavages au sublimé, tamponnement à la gaze iodoformée. Les pansements furent faits d'abord tous les 2 jours, puis tous les 3 ou 4 jours; la suppuration diminua de plus en plus, et la guérison était complète 22 jours après l'opération. Il restait seulement un peu d'atrésie du conduit.

Le traitement du vertige labyrinthique.

M. Gellé. — Le vertige survenant par suite de lésions otiques de la caisse ou des annexes est des plus fréquents. Les traitements tendront à décomprimer, à libérer le labyrinthe avec le politzer, le cathéter, la raréfaction, etc. Si les altérations sont fixées, c'est à la chirurgie auriculaire qu'il faut avoir recours.

Dans l'hémorrhagie cavitaire on ordonnera quelques sangsues sur la mastoïde, on rappellera une hémorrhagie supprimée, un flux habituel (ménopause); on prescrira un drastique, le régime lacté, le repos, une injection d'ergotine répétée pendant plusieurs jours. S'il y a hyperémie de la caisse, faire la paracentèse du tympan, suivie de bains d'eau tiède prolongés pour faciliter l'écoulement du sang. Plus tard, on essaye la pilocarpine en injections hypodermiques; ou bien les iodures; chez un goutteux, la teinture de colchique ou la colchicine, ou le salicylate de soude. S'il s'agit d'un cardiaque ou d'un albuminurique, le régime lacté et les révulsifs intestinaux rendront grand service.

Si la congestion labyrinthique est active, on prescrit le même traitement que dans l'hémorrhagie; si elle est passive, liée à des troubles de circulation centrale, c'est de ce côté qu'il faut agir (lait, strophantus, etc.), éviter les bains chauds, d'étuve, les eaux thermales excitantes, sulfureuses. Les bromures, l'arsenic, sont indiqués ; les douches froides ne sont applicables qu'à des formes passives, neurasthéniques et à titre préventif.

Le vertige par anémie existe ; s'il y a lésion otique, les effets en sont plus marqués du côté sourd. Les toniques, le fer, quelques iodures, la kola et la caféine seront employés suivant les indications pathogéniques.

L'inflammation de l'oreille interne est d'une gravité au-dessus de nos ressources trop souvent. Au début, la pilocarpine compte des succès; la quinine, la strychnine aussi. On éprouve de grandes déceptions dans les interventions en pareil cas. S'il y a soupçon de syphilis héréditaire tenter le traitement spécifique intensif.

Plus souvent qu'on ne pense, le vertige labyrinthique reconnaît une cause mécanique (choc, déglutition, pressions centripètes, mastication, congestion, etc.), c'est l'*hyperesthésie* du labyrinthe qui y prédispose en même temps qu'une lésion de l'organe qui permet un ébranlement anormal. La médication, par excellence, c'est le sulfate de quinine. On donne par jour 60 centigrammes en 3 cachets à prendre aux repas; puis 75 à 80 centigrammes au bout de quelques jours. On reprend une deuxième, une troisième série après un repos, suivant l'effet obtenu et malgré les bourdonnements. On peut y adjoindre un traitement général calmant. La douche d'air, la paracentèse du tympan, soulagent le labyrinthe. Les douches froides chez les nerveux activent la guérison.

Les maladies infectieuses, les toxémies, s'accompagnent souvent de vertiges et de surdité plus tard. La thérapeutique varie ici suivant la cause pathogénique.

Le vertige est souvent un symptôme précoce de la sclérose, bien avant la surdité; il est souvent pris pour du vertige stomacal. Le vertige est souvent excité par des affections utérines, hémorrhoïdaires, pulmonaires et psychiques. Le labyrinthe, comme un manomètre, exprime les variations de la pression sanguine et de l'impressionnabilité nerveuse : vertige, bourdonnements, hallucinations, en sont les formes expressives. Agissent de même les maladies de la nutrition, les épuisements, les pertes sanguines, les chagrins, les douleurs énervantes chez ceux qu'une lésion otique a prédisposés aux irritations du labyrinthe.

M. Moure a employé sans résultats la quinine qui non seulement fatigue l'estomac, mais produit encore parfois de mauvais effets. Il préfère beaucoup la pilocarpine.

M. Lermoyez considère aussi la pilocarpine comme le meilleur agent à employer contre les vertiges, d'autant plus que son emploi ne présente pas les dangers qu'on veut bien dire.

M. Suarez a beaucoup employé la pilocarpine, et n'a jamais eu d'accidents. Les résultats sont quelquefois étonnants.

M. Bar a observé aussi les mauvais effets de la quinine et croit même qu'elle peut à elle seule amener de la congestion.

M. Weismann considère la pilocarpine en injection hypodermique comme le traitement le plus actif.

M. Vacher emploie la pilocarpine à l'intérieur, et il s'est

toujours très bien trouvé d'alterner son usage avec celui de la quinine.

M. Raugé croit que la pilocarpine a beaucoup d'effet au début de l'affection, mais qu'à la longue elle devient moins active.

Du traitement de l'hématome de la cloison.

M. Mounier. — L'hématome de la cloison, complication plutôt rare des traumatismes du nez, est caractérisé par la production d'une tumeur sanguine sur chaque face de la portion cartilagineuse. L'intervention doit être précoce, car, dans les quelques jours qui suivent le traumatisme, le cartilage quadrilatère se nécrose, et c'est du pus qu'on trouve dans les tumeurs primitivement sanguines. L'ouverture doit se faire par la narine correspondante, soit au bistouri, soit au galvano-cautère; elle est suivie de badigeonnages de la poche à la liqueur de Van Swieten.

La complication sur laquelle on n'a pas insisté est la déviation permanente consécutive de la portion cartilagineuse de la cloison qui nécessitera plus tard une opération.

Otite moyenne catarrhale aiguë et microbes.

M. Lannois. — 1° L'oreille moyenne normale se comporte comme une cavité aseptique et ne contient pas de microorganismes. 2° Le liquide de l'otite moyenne catarrhale contient ou ne contient pas de microbes suivant qu'on l'examine à une période plus ou moins éloignée du début. 3° La disparition des microbes lorsque l'épanchement date d'un certain temps est vraisemblablement due à un pouvoir bactéricide de la muqueuse et du liquide sécrété par elle. 4° Cette action bactéricide explique, entre autres choses, pourquoi l'épanchement passe si rarement à la purulence, même après les paracentèses et les cathétérismes répétés.

M. Cartaz se demande si la pratique du cathétérisme ou des instillations ne peut expliquer le grand nombre de cas où l'on a reconnu la présence de microbes.

Un cas de mastoïdite de Bezold.

M. Mendel a eu l'occasion d'observer à son début une mastoïdite de Bezold chez un homme de 52 ans, qui 3 semaines après une attaque de grippe fut pris d'otite aiguë gauche avec perforation spontanée du tympan et écoulement abondant. 15 jours après le début de la suppuration, le malade se plaignit d'une douleur singulière dans le côté correspondant du cou; il ressentait au-dessus de l'occipital, dans la masse musculaire, à 3 ou 4 centimètres du bord postérieur de l'apophyse, une gêne très caractérisée, notamment pendant les mouvements de rotation de la tête.

Il n'y avait ni rougeur, ni gonflement, ni empâtement de la région. Néanmoins, l'écoulement, malgré le traitement ordinaire, était toujours aussi abondant. Vers le milieu de mars, soit 1 mois 1/2 après le début de l'otite, le malade attira l'attention sur ce fait qu'en pressant au niveau du point douloureux une certaine quantité de pus était chassée de la caisse, à chaque pression.

Pendant ce temps, la caisse paraissait se guérir; mais, à mesure que l'orifice tympanique se rétrécissait et que la quantité de pus excrétée était moindre, la douleur cervicale augmentait.

M. Mendel prit donc le parti de maintenir le tympan ouvert et dut en pratiquer la paracentèse jusqu'à 5 fois. Après expression de la poche cervicale il versait dans le conduit une petite quantité de glycérine phéniquée à 1/20; à ce moment, il invitait le malade à presser sur son point douloureux du cou; quelques bulles d'air étaient chassées et traversaient le liquide de l'instillation pendant que le malade avait la sensation nette de la pénétration du liquide médicamenteux dans la poche cervicale. Grâce à ce simple traitement, cette affection put guérir complètement, et, 3 mois après le début de l'otite, le malade avait retrouvé son état normal.

Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes.

M. Brindel (de Bordeaux). — L'auteur a trouvé un assez grand nombre de végétations d'adultes dans lesquelles il n'existait pas de tissu fibreux et par conséquent de tendance à la disparition par sclérose. Même structure sur une végétation touchée 30 fois à la résorcine (procédé Marage).

Il décrit ensuite sous le nom d'adénoïdite lacunaire enkystée une rétention de mucus et de débris épidermiques septiques dans une crypte fermée à la surface. 8 fois sur 64 il a rencontré du tissu tuberculeux. Dans 25 cas seulement l'épithélium de revêtement était normal.

M. Lermoyez trouve qu'il serait urgent d'étudier le diagnostic du traitement et le pronostic des végétations tuberculeuses. On ne peut nier en effet qu'il y ait une relation entre les végétations adénoïdes et la tuberculose.

M. Moure opère toujours les petits tuberculeux et il n'a jamais constaté que l'intervention ait donné un coup de fouet à la diathèse.

M. Gellé ne croit pas que les végétations adénoïdes des tuberculeux soient toujours tuberculeuses. Pour sa part, il a observé toute une série de petits phthisiques qui se portent encore actuellement très bien.

M. Lermoyez. — Il ne faut pas confondre végétations tuberculeuses avec végétations chez les tuberculeux. Les statistiques devraient porter sur les végétations histologiquement tuberculeuses.

Œdème aigu du larynx.

M. Egger. — Observation montrant une femme qui, jouissant d'un état de santé relativement bon, quoique ayant des signes d'induration pulmonaire, est prise subitement, à la suite de l'émotion produite par la mort de sa mère, de tout le cortège des phénomènes de l'œdème laryngé aigu.

Pour expliquer comment cette émotion a pu produire de l'œdème, 3 hypothèses sont en présence : 1° trouble vaso-moteur agissant sur un larynx tuberculeux; étant donné le bon état actuel de l'organe, cette explication semble devoir être abandonnée; 2° œdème infectieux, peut-être grippal; 3° trouble vaso-moteur ayant déterminé un œdème angio-neurotique aigu simple chez une tuberculeuse, hypothèse la plus vraisemblable.

Un nouveau cas d'empyème chronique du sinus frontal avec fongosités, opéré et guéri par l'ouverture frontale et le curettage.

M. Luc. — Il s'agit d'un nouveau cas de sinusite frontale opéré avec succès par la méthode préconisée dans des publications antérieures. Cette méthode consiste, comme l'on sait, à ouvrir largement le sinus par voie frontale externe, à curetter et à cautériser à fond sa cavité. On ferme immédiatement la plaie après installation à demeure d'un gros drain dans le sinus et dans la cavité nasale correspondante.

Grâce à sa forme évasée supérieurement, le drain tient naturellement en place sans qu'il soit besoin de le fixer inférieurement. Par ce tube on injecte quotidiennement dans le foyer, pendant la semaine qui suit l'opération, d'abord une solution de formol à 1/1000, puis de l'éther iodoformé afin de le maintenir aseptique. Dès que toute trace d'écoulement purulent a cessé par le tube, c'est-à-dire après un délai variant entre 10 et 20 jours environ, on enlève le drain qui cède à un léger effort de traction. On peut alors apercevoir à la rhinoscopie antérieure (le plancher du sinus ayant été réséqué, au cours de l'opération) la cavité du sinus vide de pus et de fongosités. Quant à la plaie, on la trouve réunie, à la levée du premier pansement, c'est-à-dire au bout de 4 ou 5 jours. Une semaine plus tard, tout pansement est devenu inutile et l'opéré est rendu à sa vie ordinaire.

Ce procédé opératoire, imaginé il y a plus de 10 ans par le Dr Ogston, d'Aberdeen, mais tombé depuis dans l'oubli, présente sur les autres méthodes de grands avantages. Seule, l'ou-

verture large du sinus, suivie du curettage à fond de ses parois, peut donner la guérison radicale dans les formes tant soit peu anciennes, et fatalement compliquées de fongosités. Aussi doit-on limiter les tentatives de guérisons par simple lavage du sinus par son orifice naturel aux seuls cas aigus.

D'autre part, la fermeture immédiate de la plaie rendue réalisable et inoffensive par l'installation du large drain fronto-nasal paraît présenter le triple avantage : 1° De supprimer le danger de l'érysipèle post-opératoire; 2° D'abréger considérablement la durée des soins consécutifs; 3° De rendre aussi peu apparente que possible la cicatrice consécutive à l'incision cutanée, d'autant mieux que celle-ci est en grande partie dissimulée par la repousse du sourcil rasé sur l'étendue de son tiers interne, au moment de l'opération.

La toux amygdalienne.

M. Furet. — Signalée déjà par quelques auteurs, la toux amygdalienne, qui peut résulter d'une altération pathologique quelconque de l'amygdale, s'explique suffisamment par l'innervation si complexe de la glande. En effet, le glossopharyngien, le lingual, le spinal et le pneumo-gastrique se confondent et s'enchevêtrent à sa face externe où ils constituent un petit plexus décrit par Andersch sous le nom de « plexus tonsillaire ». Il ne faut pas oublier en outre que l'amygdale est comme enserrée par les muscles des piliers qui sont en rapport très net avec l'appareil musculaire du larynx.

La toux amygdalienne est violente, quinteuse, spasmodique, angoissante même; elle s'accompagne souvent de réflexes de voisinage, en particulier de larmoiement. Elle se distingue de la toux due à une affection des voies respiratoires par le manque absolu d'expectoration et aussi par ce fait qu'elle ne cède à aucun des moyens médicaux généralement employés.

Le traitement est le traitement approprié à la lésion de la tonsille. L'amygdalotomie chez l'enfant, le morcellement chez l'adulte semblent être les méthodes de choix.

Note sur l'emploi de la gaze à la chinoline naphtolée dans le pansement des otites purulentes.

M. Hamon du Fougeray, continuant ses recherches sur le tamponnement méthodique, a essayé diverses gazes antiseptiques. La plupart ont le défaut d'être irritantes. La gaze à la chinoline naphtolée de Haug (Munich) n'a pas cet inconvénient. Il a fait près de 700 pansements sur 74 malades sans observer une seule fois la moindre trace d'irritation. La chinoline est un dérivé de la quinoléine. On se sert du tartrate de chinoline que l'on fait réagir sur le naphtol. Le produit obtenu est très fortement antiseptique.

De la laryngite œdémateuse chez les enfants.

M. Bar (de Nice). — On parle peu de la laryngite œdémateuse aiguë de l'enfance. Subordonnée à la plupart des causes de l'adulte et de plus aux causes si fréquentes d'inflammation des voies respiratoires du jeune âge, cette affection existe au même titre. Si on la rencontre si peu souvent, c'est que les moyens d'investigation en sont plus difficiles, en particulier l'application du laryngoscope. C'est là cependant le seul moyen de diagnostiquer vrai, et d'affirmer la laryngite œdémateuse dans certains cas, que pour des symptômes similaires on appelait croup d'emblée, laryngite striduleuse, etc. De même encore pour certaines polypes laryngiens inaperçus et auxquels un froid humide a permis d'augmenter subitement de volume.

Enfin, en cas d'œdème du larynx chez un enfant pâle, affaibli depuis longtemps, il faut se méfier d'un foyer tuberculeux laryngien, quelquefois indiagnosticable pendant la vie.

La constitution anatomique de l'œdème est la même à tout âge, toujours variable selon la cause qui le produit. Toutefois, à cause de l'étroitesse du larynx chez l'enfant et de la laxité très grande de la muqueuse à cet âge, l'évolution est plus rapide et la terminaison fatale plus fréquente.

La laryngite œdémateuse de l'enfant sera traitée d'après la nature et la cause de l'œdème; le traitement local sera de la plus grande importance. C'est ainsi que les pulvérisations de liquides fortement chargés de tanin, les révulsifs, compresses chauffantes de Priessnitz, éponge d'eau chaude autour du cou, un léger vomitif suffiront bien souvent. Le bromure de potassium et l'aconit à l'intérieur rendront aussi quelques services en modifiant les états spasmodiques ou fébriles.

En cas de danger, il faut attendre relativement peu de l'intubation laryngienne, et se souvenir que la trachéotomie sera d'autant plus suivie de succès qu'elle aura été faite de meilleure heure. Pour être efficace, elle doit être faite avant que la laryngosténose ait occasionné des phénomènes asphyxiques trop avancés.

XIVe CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril.

Traitement du pneumothorax tuberculeux.

M. Unverricht (de Magdebourg) fait observer que dans le pneumothorax expérimental, la résorption de l'air se produit très rapidement quand même la plèvre se trouve être le siège d'une inflammation artificielle.

Ainsi, si l'on injecte dans la plèvre d'un chien une solution de nitrate d'argent pour déterminer une inflammation, l'air est ensuite rapidement absorbé.

Le pneumothorax tuberculeux peut aussi guérir spontanément, et M. Unverricht a vu un cas guérir au bout de 4 semaines. Il existe d'autres observations analogues. Seulement en général cette guérison spontanée ne s'effectue pas parce que la fistule ne guérit pas, ce qui amène la rentrée de l'air et la pénétration des germes. Quel traitement faut-il suivre? La ponction n'est pas utile, car l'air pénètre de nouveau; elle est seulement indiquée lorsque existe le danger d'asphyxie. On ne doit même pas refouler l'exsudat et insuffler de l'air, comme on l'a recommandé, car la fistule rend ce traitement inutile.

Dans beaucoup de cas ce traitement n'est que palliatif par suite de l'indication vitale résultant de la pression dans la cavité pleurale, ce qui a lieu surtout dans le pneumothorax aigu chez les sujets jeunes. Dans un cas M. Unverricht a ponctionné suivant l'ancien précepte, mais sans pouvoir empêcher l'issue fatale. L'autopsie a montré une petite caverne et une perforation, mais les organes étaient sains. En pareil cas le seul moyen d'éviter la pression exagérée est d'établir une fistule durable.

M. Unverricht a traité de cette manière 2 cas avec succès, le premier concernant un phthisique grave atteint de pneumothorax aigu et d'un collapsus grave; le second avait trait à un pneumothorax circonscrit récent. La guérison était complète au bout de 15 jours avec oblitération complète de la plèvre.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 Mai 1896.

Anesthésie locale.

M. Reclus. — Il y a quelques mois, M. Lucas-Championnière a communiqué des recherches tendant à prouver que les injections sous-cutanées de gaïacol sont, pour obtenir l'anesthésie, très supérieures aux injections de cocaïne. M. Reclus a mis ce procédé à l'étude et il apporte aujourd'hui le résultat de ses recherches. Il n'apporte dans le débat que des cas où il a pratiqué, sur le même malade, des opérations mi-partie au gaïacol, mi-partie à la cocaïne : de la sorte, en effet, on évite la différence de sensibilité si variable d'un sujet à l'autre.

Ses observations ont trait à des malades opérés pour un phimosis, une résection de la veine saphène variqueuse, une cure radicale d'hydrocèle, deux castrations. A chaque fois, il cons-

tata, sur les deux parties correspondantes à l'incision, que l'anesthésie est infiniment supérieure par la cocaïne.

Mais est-il vrai que, plus efficace que la cocaïne, le gaïacol agisse sur les tissus enflammés? Or si on sait se servir de la cocaïne on constate qu'on peut anesthésier les tissus enflammés.

Reste donc l'argument tiré des dangers de la cocaïne : ici, M. Reclus déclare une fois de plus — et nous renverrons, à cet égard, à plusieurs discussions de la *Société de Chirurgie*, — qu'il y a eu emploi défectueux soit pour la dose, soit pour le titre de la solution.

M. Reclus termine par le résumé de la technique et des résultats qu'il a déjà exposés plusieurs fois depuis quelques années.

Palatoplastie.

M. Delorme communique l'observation d'un homme auquel, avec un lambeau emprunté à la muqueuse génienne, il a comblé une perforation palatine syphilitique de 2 centimètres carrés environ, dont on avait déjà en vain tenté l'oblitération par le procédé classique. L'opération date aujourd'hui de sept jours. Le pédicule sera coupé ultérieurement; actuellement le lambeau est bien bourgeonnant.

M. Lagneau présente des graphiques relatifs au dernier recensement de la population parisienne. Depuis 5 ans, il y a eu une augmentation de 87 250 habitants, mais sur les 80 quartiers, l'augmentation ne porte que sur les 49 de la périphérie. On constate une fois de plus l'accroissement de la ville de l'est à l'ouest, dans le sens du cours de la Seine.

M. Fournier présente des photographies de MM. Oudin et Barthélemy par la méthode de Röntgen :

1° Le squelette de la main chez une acromégalique.

2° Le squelette de la main dans un cas de rhumatisme blennorrhagique déformant.

3° Le squelette d'un coude atteint d'ankylose par fracture ancienne.

M. Poncet (de Lyon) lit sur la *pathogénie de l'appendicite*, un travail que nous publierons *in extenso* dans notre numéro de jeudi prochain.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 Mai 1896.

Injections intraveineuses de sérum.

M. Tuffier (voir page 481).

M. Dastre a constaté sur des animaux que dans ces conditions il ne se fait pas d'élimination abondante de toxines. L'action des injections est donc plus complexe. D'un autre côté, le sérum artificiel à 7 p. 1000 n'est pas le sérum idéal qu'on devrait chercher à avoir en prenant pour étalon les globules blancs.

M. Malassez a constaté que la solution à 7 p. 1000 fait gonfler les hématies. Il se sert donc d'une solution à 10 p. 1000 qu'il considère comme solution normale.

M. Gley pense que les solutions salines incorporées dans l'organisme modifient peut-être les propriétés de certains éléments anatomiques.

Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésions de réaction à distance dans la moelle épinière.

M. J. Marinesco. — Dans la présente communication nous nous proposons d'apporter un nouveau document à l'appui de la thèse que nous avons soutenue antérieurement, à savoir que les polynévrites s'accompagnent de réaction à distance sur les centres d'origine des nerfs affectés.

Il s'agit d'un tuberculeux qui avait présenté une atrophie musculaire bilatérale dans le domaine du sciatique poplité externe avec réaction de dégénérescence, sans troubles de sensibilité, à l'examen histologique nous avons trouvé une névrite dégénérative d'intensité moyenne, lésion qui était plus prononcée dans les nerfs intramusculaires.

Les muscles ont subi des altérations dégénératives avec atrophie; on trouva en outre des hémorrhagies et un épaississement de parois des petits vaisseaux. Mais ni dans les muscles ni dans les nerfs il n'existait de tubercules.

La moelle examinée d'après la méthode de Nissl montra l'intégrité des régions cervicale, dorsale, lombaire supérieure. Par contre, dans le renflement lombaire et dans la région sacrée nous avons trouvé des lésions dégénératives très nettes et qui présentaient des lésions semblables à celles que déterminent la section des nerfs chez les animaux ou chez l'homme, avec cette différence que ces lésions sont moins accentuées dans les cas de névrites. Les cellules atteintes conservent habituellement leurs prolongements et leur forme, leur noyau est situé à la périphérie et les éléments chromatophiles périnucléaires ont disparu, de sorte que le corps de la cellule contient dans ses parties centrales une substance semée de fines granulations.

Recherches sur la teneur de la bile en cholestérine.

MM. Doyon et **E. Dufourt.** — La bile de fistule contient peu de cholestérine. La bile de vésicule contient des quantités beaucoup plus grandes de cette substance. Il est probable que la cholestérine est un produit éliminé non seulement au niveau du foie mais aussi au niveau de la vésicule. Les expériences et les résultats de MM. Doyon et Dufourt viennent à l'appui des idées émises à ce sujet par Naunyn.

Tuberculose expérimentale du foie par l'artère hépatique.

M. A. Gilbert et **H. Claude.** — Dans une communication précédente nous avons établi que l'injection de bacilles de Koch dans le canal cholédoque déterminait une angiocholite tuberculeuse et secondairement des lésions diffuses du foie.

Nous avons recherché plus récemment les lésions produites dans le foie par l'injection de culture tuberculeuse dans l'artère hépatique, vaisseau nourricier de l'organe et particulièrement de l'appareil excréteur biliaire. Nos expériences ont porté sur sept animaux. Grâce à un procédé opératoire spécial nous avons évité la ligature de l'artère hépatique tout en injectant les germes pathogènes directement et sûrement dans ce vaisseau. Les lésions obtenues par ce mode d'infection sont les suivantes :

Au début accumulation de leucocytes dans les espaces portes exclusivement et en particulier dans la paroi des conduits biliaires, moins souvent autour des veines ou dans le tissu cellulaire. La prolifération leucocytaire envahit rapidement ensuite tout l'espace porte où se constituent des follicules tuberculeux bien développés avec cellules géantes. La lésion restant toujours limitée à l'espace porte, il est possible dans certains cas, si les troubles circulatoires sont très prononcés par suite d'embolie, thrombose ou artérite tuberculeuse, que certains territoires hépatiques autour de l'espace porte subissent une nécrose plus ou moins étendue. Cette nécrose aboutit à une perte de substance et la zone sphacélée est limitée par une bande fibro-conjonctive remplie de cellules rondes au milieu desquelles se voient quelques cellules géantes, des canaux biliaires de volume variable qui peuvent communiquer avec la cavité, enfin quelques vaisseaux; tout autour le parenchyme hépatique reste normal.

Lorsque l'évolution de la maladie a dépassé un certain temps, et la constatation a été faite au 44e jour, les lésions tuberculeuses qui étaient localisées aux espaces portes se généralisent comme si les foyers d'inoculation primitifs étaient l'origine d'une infection nouvelle. C'est alors qu'on constate un peu dans toutes les parties du foie, en plein parenchyme, comme à la limite des espaces portes, des nodules tuberculeux développés nettement dans l'intervalle des travées hépatiques.

Ainsi l'infection tuberculeuse du foie par le vaisseau nourricier des parties composantes de l'organe, par l'artère hépatique détermine une tuberculose d'un aspect spécial, caractérisée par la localisation des lésions aux espaces portes et particulièrement

aux canalicules biliaires qui reçoivent la plus grande partie des rameaux artériels. Cette tuberculose ne reste pas localisée et systématisée; elle se généralise suivant un processus observé déjà pour le poumon et le rein. Enfin la disposition élective des tubercules au niveau des conduits biliaires permet d'envisager l'infection par la voie de l'artère hépatique comme une des causes possibles de la tuberculose des voies biliaires.

Défenses chez les végétaux et chez les animaux.

M. Charrin. — Grâce au bacille du brunissement des sarments, j'ai pu, avec Viala et Ravaz, étudier comparativement les conditions qui règlent l'envahissement des organismes des deux règnes par ce bacille.

Cet agent est pathogène pour le lapin; je l'ai établi avec Ostrowsky. Toutefois, il faut, le plus souvent, faire intervenir des causes adjuvantes, le froid, le choc, etc.

Pour le végétal, pour la vigne, ces causes secondes sont insuffisantes; pour réussir il convient d'agir sur des sarments aoutés, sectionnés aux deux extrémités, plongés dans des cultures, puis mis en stratification dans le sable, à 25°, à un moment ou la vie est en repos, où la sève acide progresse peu. Ainsi, le succès, chez la plante, exige un changement humoral, statique, une modification profonde qui se réalise lentement.

— Chez les animaux, des troubles soudains, passagers, rapides, des troubles nerveux, vaso-moteurs, cellulaires, conséquences de l'application du froid, des chocs, etc., peuvent suffire; si, chez les végétaux, ces phénomènes ne se produisent pas, c'est que ces modes de défense n'existent pas, ne peuvent pas exister, en raison de la structure.

Les cellules de vigne sont protégées avant tout par des membranes, par des moyens mécaniques, plus encore par des processus chimiques; j'ai mis ces faits en lumière, en 1892, pour d'autres espèces, en étudiant l'évolution du bacille pyocyanique chez les Crassulacées.

En rapprochant ces expériences, ces observations, on arrive à constater que si, dans quelque mesure, on peut faire plus aisément fléchir la résistance de l'animal que celle du végétal, c'est que, chez l'animal, plus de causes secondes modifient plus promptement le terrain, grâce au névraxe, grâce aux phagocytes.

D'autre part, on met en évidence la multiplicité des procédés de défense; on montre que, plus on s'élève dans l'échelle, plus ces procédés, sans rien perdre de ce qui est acquis, gagnent en éléments nouveaux, deviennent plus complexes.

Action des injections de sérum à dose massive sur l'intoxication par la strychnine.

M. Chassevant a fait sur ce sujet une série d'expériences d'où il ressort que les injections de doses massives de sérum artificiel semblent empêcher l'intoxication par la strychnine à condition d'être pratiquées avant l'apparition des accidents nerveux.

M. Capitan présente un phonendoscope d'origine et de fabrication française.

M. Lefèvre envoie une note sur la résistance thermogénétique chez l'homme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 Mai 1896.

Traitement de la lithiase vésiculaire.

M. Schwartz, en abordant la question du diagnostic de la lithiase de la vésicule biliaire, cite deux cas où ce diagnostic a présenté les plus grandes difficultés.

Dans le premier cas, la lithiase biliaire fut prise pour un rein mobile. Ce n'est que par l'incision lombaire que l'on put se convaincre, dans ce cas, qu'il y avait bien en effet un rein mobile, mais qu'en plus il existait de la lithiase vésiculaire et que la vésicule adhérait au rein déplacé. M. Schwartz, après avoir pratiqué la néphrorrhaphie, fit la laparotomie et enleva la vésicule. La malade mourut subitement, et à son autopsie, on trouva une dilatation énorme de l'estomac et un cœur dégénéré.

Dans le second cas, où la cholécystite se présentait avec les caractères d'une tumeur rénale, c'est encore par l'incision lombaire que M. Schwartz put se convaincre qu'il n'existait pas de tumeur rénale, mais qu'il s'agissait bien d'une vésicule suppurée et calculeuse. Il fit la laparotomie et pratiqua la cholécystostomie. La malade mourut sans doute de septicémie péritonéale.

M. Schwartz est intervenu encore dans 4 autres cas de lithiase vésiculaire. Trois fois il a fait la cholécystectomie avec 3 guérisons; une fois la cholécystostomie pour une vésicule lithiasique suppurée et adhérente. La malade a bien guéri.

En analysant ses faits, M. Schwartz se prononce pour la cholécystectomie qu'il considère comme une intervention radicale, mettant à l'abri de la récidive et ne comportant pas l'inconvénient de la fistule biliaire. Pour lui, la cholécystectomie doit être faite chez les individus jeunes, quand il n'y a pas de calculs dans le canal cystique ou le cholédoque, quand il n'y a pas d'adhérences. Par contre, la cholécystostomie est indiquée chez les individus âgés et affaiblis, quand il y a des adhérences autour de la vésicule, et quand on a des doutes sur la perméabilité des canaux cystique ou cholédoque.

M. Gérard-Marchant a fait 3 fois la cholécystectomie. La première malade avait des antécédents de lithiase biliaire, mais sans avoir jamais présenté ni ictère, ni coliques hépatiques. Elle présentait tous les signes d'une tumeur biliaire, mais le diagnostic était hésitant entre une vésicule lithiasique et un kyste hydatique. Il fit la laparotomie et la cholécystectomie. La vésicule contenait un seul calcul. La malade a parfaitement guéri.

Chez la seconde malade qui, elle non plus, n'a jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère, la vésicule, qui contenait 41 calculs, était épaissie. M. Gérard-Marchant fit la cholécystectomie idéale et la malade a parfaitement guéri.

Chez la 3e malade, âgée de 41 ans, la vésicule volumineuse contenait des calculs, et était de plus atteinte de dégénérescence épithéliomateuse qui avait envahi la partie adjacente du foie. M. Gérard-Marchant fit la cholécystectomie et réséqua en même temps les portions cancéreuses du foie.

La malade mourut au bout de quelques mois à la suite de la généralisation de son cancer.

Dans tous ces cas, il s'agit d'une véritable tumeur calculeuse de la vésicule isolée, et c'est une raison pour faire l'ablation radicale de la tumeur. Quand le pédicule de la vésicule est fort, sain, fibreux, on place sur lui un fil de soie, faisant ainsi la cholécystectomie idéale. Quand le pédicule est friable et malade, mieux vaut faire un drainage. Quand il y a des adhérences autour de la vésicule, mieux vaut après ablation de la vésicule laisser en place le tissu fibreux et suturer ce tissu, fermant ainsi la loge qu'occupait la vésicule.

Traitement des fistules entéro-vaginales et de l'anus contre nature.

M. Chaput rapporte un cas de fistule entéro-vaginale où l'avivement au bistouri, au thermo-cautère, avait échoué ; l'entonnoir vaginal fut avivé avec l'acide nitrique et la guérison fut la suite de ce procédé relativement simple. A l'occasion de cette observation, M. Chaput examine dans de larges détails les différents procédés qui permettent d'arriver sur la fistule de l'intestin, par la voie sacrée, par la voie abdominale, la voie vaginale et rectale.

Il cite ensuite une seconde observation, de hernie étranglée suivie de section intestinale et d'anus contre nature avec éperon, qui est une occasion de passer en revue complète et minutieuse tous les procédés que M. Chaput et les auteurs ont proposé ou mis en œuvre pour tenter la cure de l'anus contre nature.

Tumeur cérébrale.

M. Broca présente un malade auquel il a extirpé un sar-

come cérébral. Le diagnostic de l'existence était rendu évident par la céphalalgie temporale gauche et la névrite optique bilatérale; quant au diagnostic du siège dans le lobe temporal gauche, il fut établi par M. Brissaud grâce à l'analyse minutieuse d'une aphasie de conductibilité. L'opération fut pratiquée en deux temps, selon la méthode de Horsley, les 31 mars et 1er avril. La dure-mère ne fut ouverte qu'à la seconde séance, et il fallut inciser l'écorce pour trouver la tumeur à 1 centimètre de profondeur. Cette tumeur était encapsulée et put être extraite; elle pèse 130 grammes et est constituée par du sarcome globocellulaire. La guérison se fit par première intention.

Filariose.

M. Robert présente un malade atteint de filariose. Il existe des ganglions augmentés de volume dans l'aine; il existe de plus de l'hydrocèle, un élargissement du réseau lymphatique de l'aine, un état anémique. On a trouvé des filaires dans le sang.

M. Tillaux a opéré l'an dernier un malade analogue atteint de filariose avec un scrotum énorme. Il a fait l'ablation d'un morceau de peau du scrotum. Cette opération améliore beaucoup les malades, en rétrécissant le scrotum et en exerçant une constriction sur les varices lymphatiques de la tunique vaginale.

M. Lejars présente le petit malade guéri par les injections intra-veineuses de sérum artificiel, dont M. Th. Auger avait parlé à la *Société de chirurgie* récemment. Ce malade était atteint d'une péritonite septique traumatique.

M. Rochard présente un malade chez lequel il a pratiqué l'ostéotomie des deux os de la jambe pour une fracture mal consolidée.

M. Delorme présente un malade ayant subi un traumatisme et atteint d'une élongation des nerfs du plexus brachial avec névrite. M. Delorme a fait la compression forcée de la région malade. Le malade a bien guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 Mai 1896.

Lupus éléphanthiasique de l'avant-bras, consécutif à une tuberculose des os de la main, compliquée d'érysipèle récidivant.

M. G. Thibierge montre un homme de 35 ans, qui présente une lésion du membre supérieur caractérisée par : 1° un état éléphanthiasique, avec œdème considérable de l'avant-bras; 2° des déformations de la main (disparition des deux premières phalanges de l'auriculaire avec conservation de la troisième, et état normal de l'ongle; incurvation de l'index, dont les phalanges sont réduites de volume, et dont l'ongle est en état d'onychogrypose); 3° larges plaques papillomateuses du dos de la main, du pouce et de la partie inférieure de l'avant-bras, ayant tous les caractères de la tuberculose papillomateuse; 4° nombreuses nodosités lupiques, disséminées sur la partie postérieure de l'avant-bras.

Ces lésions ont débuté, dans l'enfance, par des abcès d'origine osseuse auxquels ont succédé, au bout de plusieurs années, les plaques papillomateuses et la tuméfaction considérable de l'avant-bras. Le malade a eu une série d'érysipèles, localisés à la main et à l'avant-bras.

La nature tuberculeuse de ces lésions ne peut faire de doutes : manifestement, il s'agit de la lésion connue sous le nom de lupus éléphantiasique, laquelle est rare au membre supérieur, et beaucoup plus fréquente au membre inférieur.

M. Thibierge insiste sur deux points :

1° L'origine osseuse des lésions : c'est là un fait bien connu pour le lupus éléphantiasique, mais qui n'en mérite pas moins d'être relevé, d'autant plus que l'on peut généraliser le fait de l'origine profonde du lupus : depuis qu'il cherche avec insistance les origines de cette affection, il ne rencontre presque plus de lupus qui n'ait pour point de départ l'ouverture d'une lésion des os, des ganglions, des voies lacrymales.

2° L'existence d'érysipèles, lesquels ont été l'origine de l'état éléphantiasique du membre : on a voulu voir dans l'érysipèle un moyen curateur du lupus. Le fait actuel, auquel j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres, montre le peu de cas qu'il faut faire de cette opinion; il montre, en outre, que l'érysipèle, au lieu d'avoir une action favorable, peut aggraver singulièrement l'état d'un membre atteint de lupus.

Stéthographie bilatérale.

MM. Gilbert et **Roger** présentent une série de tracés, recueillis sur des sujets sains ou atteints d'affections thoraciques, à l'aide d'un appareil qui enregistre séparément les mouvements de chaque moitié de thorax, et qui permet ainsi de saisir les moindres variations survenues dans le mode respiratoire d'un des côtés.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 Mai 1896.

De la scarlatine à l'hôpital Trousseau durant l'année 1895. De l'emploi du sérum anti-streptococcique de Marmorek. Résultats thérapeutiques.

M. Josias fait ressortir les bons résultats obtenus au moyen de l'isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants; il est vrai que les locaux sont encore bien insuffisamment aménagés, souvent encombrés. Ainsi, dans le pavillon Davenne, installé pour recevoir 24 enfants, il s'en est trouvé jusqu'à 92 en même temps! Pendant l'année 1895, le pavillon de la scarlatine à l'hôpital Trousseau a reçu 577 malades avec 7,61 p. 100 de décès. La communication donne, au sujet des diverses phases et complications de la maladie, les détails statistiques les plus complets : dans 84,27 p. 100 des cas d'angine scarlatineuse, on retrouve le streptocoque seul ou associé à des cocci divers. Dans 11,76 p. 100 des cas, on a trouvé le bacille de Löffler.

La mortalité pour scarlatine a été en 1895, pour Paris tout entier, de 4,69 p. 100 des cas; pour la banlieue, de 6,03 p. 100. La mortalité pour scarlatine ne varie donc pas dans de grandes limites.

Le traitement a été dirigé surtout contre l'angine scarlatineuse : on a fait de grands lavages fréquents de la bouche et de la gorge avec de l'acide borique à 3 p. 100, des badigeonnages à la glycérine résorcinée au 1/10 ou au 1/20. Comme traitement général, régime lacté prolongé. La partie nouvelle du traitement a consisté dans l'application de la sérothérapie, qui se divise en deux périodes : 1° emploi de sérum de mouton procuré par M. Nocard : 49 enfants ont reçu chacun 5 centimètres cubes de sérum injecté, au niveau des régions iliaques, sans accident local; il s'est presque toujours développé, au bout de 2 à 3 jours, une éruption fugace d'urticaire; 2° emploi de sérum de cheval (Marmorek). A l'entrée, l'enfant recevait une injection de 10 centimètres cubes d'un sérum présentant un pouvoir préventif de 1/30000; cette injection a été répétée dans certains cas.

96 enfants ont ainsi reçu en tout 2132 centimètres cubes de sérum de Marmorek; on a observé des accidents (abcès, lymphangites, éruptions, etc.) dans 39 cas; ces accidents ont été peu graves.

Les bénéfices ont été faibles : les angines à exsudat ont semblé s'améliorer plus rapidement, mais toutes les autres phases ou complications n'ont pas été influencées.

Les résultats ont été les suivants :

Pas de sérothérapie, 5,81 p. 100.
Sérum de mouton, 2,08 p. 100.
Sérum de cheval, 5,31 p. 100.

L'activité du sérum de mouton est de beaucoup inférieure à celle du cheval; il y a donc lieu d'admettre peut-être une série heureuse plutôt qu'un effet de traitement dans ce cas particulier.

En résumé, le sérum de Marmorek n'a pas modifié l'évolution

de la scarlatine ni ses complications; peut-être l'observation du Dr Méry (*Société de biologie*, 18 avril 1896) explique-t-elle ce phénomène. Cet auteur a étudié un streptocoque sur lequel le sérum de Marmorek est sans action : ce streptocoque provenait d'un enfant scarlatineux. Les complications de la scarlatine sont sans doute dues à un streptocoque spécial, contre lequel le sérum de Marmorek est impuissant.

La discussion sur cette communication est renvoyée à la séance suivante.

Suite de la discussion sur la vésication cantharidée.

M. Courtade rapporte 3 cas d'accidents imputables à l'application maladroite d'un vésicatoire. 1er cas, cystite intense; 2e cas, mortification cutanée superficielle chez un enfant de 8 ans; 3e cas, chez un enfant de 4 ans, 4 à 5 jours après application d'un vésicatoire, la région où le vésicatoire avait été placé fut atteinte de diphthérie cutanée qui entraîna la mort de l'enfant.

M. Miquet pense qu'on trouvera des avantages à la méthode vésicante en prenant les précautions suivantes : 1° ne laisser le vésicatoire en place que 1 à 2 heures chez les enfants, 3 à 4 heures chez les adultes; 2° pendant la durée de l'application, le sujet devra boire abondamment du lait ou une tisane diurétique; 3° précautions antiseptiques; 4° on saupoudrera de camphre le vésicatoire.

M. Ferrand ne croit pas que le vésicatoire soit dangereux dans les maladies infectieuses; au contraire, la cantharide est un diurétique facilitant l'expulsion des toxines; c'est, en outre, un tonique vasculaire. Les accidents s'observent quand on dépasse imprudemment les doses physiologiques; pareil fait s'observe avec tous les médicaments actifs. La cantharide est, en outre, un antiseptique, car elle prédispose à la phagocytose. Devoto, Lucatello et Antonini ont démontré qu'en procédant à la numération des leucocytes du sang avant et après application d'un vésicatoire, on trouve dans le second cas une augmentation notable du nombre de ces leucocytes, d'où accroissement du pouvoir bactéricide du sang.

La susceptibilité individuelle est parfois très marquée, aussi bien pour l'antipyrine, les sels de plomb, etc., que pour la cantharide; ces faits isolés ne doivent pas faire abandonner des médicaments utiles. En résumé, le vésicatoire cantharidé doit être conservé, et il rend de grands services quand on sait bien en régler l'emploi.

M. Huchard pense que le vésicatoire peut trouver son indication : 1° dans les salpingites anciennes, dans les hydarthroses chroniques, etc.; 2° dans les névralgies, où il est, du reste, inférieur au stypage; 3° dans certaines maladies nerveuses.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 Mai 1896.

Tétanos strychnique expérimental.

M. Lewin a fait une série d'expériences destinées à élucider le fait de l'apparition des phénomènes de gastrite et de gastroentérite plus ou moins aiguës après l'ingestion de viande non avariée. Il a été guidé dans ses recherches par le fait bien connu de l'immunité dont jouissent les animaux envers certains poisons : c'est ainsi que les chèvres supportent fort bien la ciguë, les poules la strychnine, etc. Les expériences étaient donc conduites de telle façon que l'animal recevait par la voie stomacale ou sous la peau le poison qui n'avait pas d'action sur lui; puis sa chair était ensuite administrée à un autre animal qui ne jouissait pas d'une immunité envers ce poison.

Dans ces conditions, si on faisait ingérer à des chiens la chair des poules ayant reçu de la strychnine, les chiens succombaient avec tous les symptômes de tétanos strychnique. Ce qu'il y avait de particulièrement intéressant dans ces cas, c'est que la strychnine n'existait plus dans le tube digestif de la poule, mais se retrouvait dans ses muscles.

Traitement gymnastique du tabès.

M. Frenkel décrit un procédé de traitement gymnastique de l'ataxie locomotrice qui lui a donné des résultats très satisfaisants même chez les malades arrivés à la période paralytique du tabès.

Son plus beau succès a été obtenu chez une malade de la Salpêtrière, arrivée à la dernière période d'ataxie, présentant même de l'ataxie des membres supérieurs et gardant le lit depuis de longues années. Au bout d'un an de traitement cette malade a récupéré l'usage de ses membres et se promène actuellement toute seule.

Structure des cellules ganglionnaires.

M. Rosin a constaté que lorsqu'on traite les cellulres ganglionnaires des cornes antérieures par l'acide osmique, on les trouve remplies de granulations noirâtres. Ce phénomène qui s'observe sur des moelles saines aussi bien que dans les cas pathologiques, se produit également quand on traite l'écorce cérébrale par l'acide osmique : les granulations noires apparaissent dans les cellules de l'écorce. Ces granulations apparaissent encore, dans les mêmes conditions dans les cellules de Purkinje du cervelet et dans les cellules des ganglions spinaux.

Comme ce fait a été constaté dans le cerveau et la moelle des individus de 17 à 60 ans et d'un nourrisson de 12 mois, il ne s'agit pas là d'un phénomène attribuable à la sénilité. D'un autre côté ces granulations n'apparaissent pas dans les centres nerveux de petits animaux (rats, cobayes, lapins), traités par l'acide osmique.

Comme dans les centres nerveux traités par l'éther et l'alcool et soumis ensuite à l'action de l'acide osmique on ne voit pas apparaître les granulations noirâtres, M. Rosin en conclut que ces granulations sont formées par des gouttelettes graisseuses qui sous l'influence de l'acide osmique prennent une coloration noire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NUREMBERG

Séance du 4 Mai 1896.

Mal de Pott cervical.

M. Heinlein a rapporté plusieurs observations de mal de Pott cervical qu'il a eu l'occasion de traiter ces temps derniers.

Le premier cas se rapporte à un garçon de 19 ans qui présentait les signes classiques du mal de Pott cervical. Un appareil plâtré allant de l'occiput jusqu'aux épaules a suffi pour amener une amélioration considérable, suivie de guérison qui ne s'est pas démentie depuis 4 ans.

Le second cas est celui d'un homme de 34 ans qui arriva à l'hôpital avec une dyspnée tenant à un abcès rétro-pharyngien. L'abcès a été ouvert par la voie cervicale, mais la plaie se cicatrisa mal et au bout de 4 semaines il a fallu pratiquer la ligature de la carotide primitive qui devint ectasique au niveau de la plaie. Trois jours après cette seconde intervention le malade a été pris de symptômes méningitiques et succomba dans l'espace de 8 jours. L'autopsie n'a pas été faite.

Dans le troisième cas il y eut encore formation d'abcès rétropharyngien qui fut ouvert comme précédemment; mais le malade succomba quelques mois plus tard à la tuberculose pulmonaire. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans le quatrième cas il y eut également formation d'un abcès rétro-pharyngien qu'on ouvrit par la voie cervicale. L'exploration de la colonne cervicale dans l'étendue de l'incision ne permit de trouver aucune lésion osseuse, si bien que, pour M. Heinlein, il pourrait bien s'agir là d'une suppuration des

ganglions rétro-viscéraux du cou. La plaie se cicatrisa très rapidement et le malade guérit complètement.

Plaie pénétrante du crâne.

M. Barabo. — Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui reçut sur la tête un crochet en fer. Le crochet avait frappé l'occiput et produisit une plaie d'où il sortit de la substance cérébrale. A l'hôpital où l'enfant a été amené peu de temps après l'accident, on retira les esquilles osseuses, on égalisa la perte de substance et on draina la plaie. La guérison fut troublée par l'apparition d'une hernie du cerveau qui disparut plus tard. Actuellement l'enfant est complètement guéri.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 8 Mai 1896.

Simulation chez un enfant.

M. Hudson. — J'ai soigné un enfant âgé de 11 ans; en même temps qu'on l'amena à l'hôpital on apporta de l'urine émise par lui et paraissant colorée par du sang. L'analyse montra que cette urine ne contenait en réalité ni sang ni albumine; elle était acide, d'une densité normale. L'examen spectroscopique ne montra point la raie caractéristique de l'hémoglobine. L'urine qu'on retira à l'aide de la sonde présenta les propriétés ordinaires. L'enfant finit par avouer qu'il avait ajouté quelques gouttes du jus d'un fruit rouge à son urine pour ne plus aller à l'école.

Laryngectomie.

M. Ward. — J'ai fait la laryngectomie chez trois malades. La trachéotomie préliminaire est inutile, à moins qu'il n'y ait une dyspnée intense. Je pratique la première partie de mon opération suivant la méthode ordinaire, j'isole de préférence le larynx par la section de la membrane crico-trachéenne, puis je dissèque en allant de bas en haut. Dans les cas d'affection intrinsèque du larynx l'ouverture dans le pharynx consiste uniquement en une petite incision verticale. Quand le larynx est enlevé, j'introduis par la bouche une grande sonde dans l'estomac, puis je réunis les bords de la plaie du pharynx à l'aide de sutures à la soie. Ensuite je dissèque deux demi-disques de peau au niveau des lambeaux qui sont opposés à l'ouverture de la trachée; cette ouverture est suturée à l'orifice circulaire ainsi formé et je suture ensuite la plaie cutanée. J'introduis un drain à chaque extrémité de l'incision transversale de la partie supérieure. Par cette méthode la trachée et le pharynx sont complètement isolés de la plaie et la trachée est tellement maintenue ouverte que la trachéotomie est inutile. On peut enlever la sonde œsophagienne ou au contraire la laisser en place pour nourrir le malade, suivant les cas. Sur les trois fois que j'ai pratiqué cette opération, 2 malades ont guéri : un homme âgé de 64 ans et ayant un épithélioma, et un homme de 42 ans ayant de la dyspnée et de la dysphagie; dans le 3e cas, le malade, un enfant ayant des papillomes du larynx, mourut 60 heures après l'opération. La méthode que j'emploie diminue la mortalité, rend la convalescence moins longue, met les malades en meilleur état et pendant la durée de la convalescence et après la guérison; de plus elle dermet d'intervenir dans des cas d'ordinaire regardés comme inopérables.

M. Semon. — Je proteste contre la laryngectomie pratiquée chez un enfant pour des papillomes du larynx. Un traitement prophylactique, avec ablation des masses trop exubérantes aurait parfaitement suffi.

M. Lane. — Chez un enfant de 7 ans, j'ai fait disparaître des papillomes du larynx, en le soignant par la liqueur de Fowler.

M. Ward. — Je ne referais pas la laryngectomie pour des papillomes chez des enfants. Mais je reste convaincu que l'enfant que j'ai opéré serait mort de n'importe quelle autre intervention.

Luxation partielle des deux hanches en avant et en haut.

M. Lane. — Voici un enfant que je viens d'opérer d'une difformité que je n'avais jamais observée à un tel degré. Elle consistait en une rotation des jambes en dehors, due apparemment à une luxation légère des 2 fémurs en haut et en avant. Quand l'enfant était couché sur le dos, les pieds reposaient par leur bord externe. On ne pouvait amener les cuisses à subir un mouvement de rotation en dedans que jusqu'à rendre les pieds parallèles. Il en était de même quand l'enfant était debout. Quand il marchait, il lançait ses jambes en dehors et très peu en avant, de sorte que la progression était lente et déhanchée. J'ai sectionné chaque fémur à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur; j'ai fait subir au fragment inférieur une rotation en dedans de 90°, puis j'ai suturé le fragment inférieur au supérieur à l'aide d'un fil métallique. Le résultat obtenu est excellent. Cette subluxation, quoique s'étant produite pendant la vie intra-utérine, diffère cliniquement de la luxation congénitale de la hanche en haut et en avant, dans laquelle la tête fémorale est articulée avec une nouvelle cavité cotyloïde, l'ancienne qui est située en arrière perdant rapidement sa forme. Dans les 2 cas, il s'agit d'accidents dus à la compression; mais dans l'un il y a un déplacement de la tête fémorale et dans l'autre il y a un léger degré de déplacement de l'articulation de la hanche.

Fracture du col du fémur par suite de carie sèche.

M. Johnson. — Un garçon de 17 ans tomba en patinant et présenta les signes d'une fracture du col du fémur. Pendant quelques semaines avant l'accident, ce jeune homme boitait un peu. Au bout de près de 4 mois d'immobilisation, il n'y avait pas de consolidation. On incisa au niveau de la fracture, on ouvrit la capsule et on trouva une fracture transversale au niveau du milieu du col du fémur. L'os présentait une carie superficielle étendue; on en fit la résection de la tête. 2 ans 1/2 après l'opération, le jeune homme marche très bien; le raccourcissement n'est que de 6 centimètres. Les lésions osseuses étaient antérieures à la fracture; elles consistaient en une carie tuberculeuse sèche. Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que ce jeune homme ait pu patiner avec des lésions osseuses aussi avancées.

Section et suture immédiate du nerf vague gauche.

M. Makins. — J'ai enlevé une tumeur épithéliale secondaire siégeant au niveau du cou. Au cours de l'opération, j'ai coupé le pneumogastrique gauche immédiatement au-dessus du milieu de sa portion cervicale; j'en ai fait immédiatement la suture. Il n'y eut pas d'autres symptômes que la paralysie des muscles innervés par le récurrent. Mais les troubles de la voix diminuèrent rapidement; peu de temps après, la voix redevint normale, présentant seulement de temps en temps un léger degré de raucité. Il est probable que la suture a permis le raccord des fibres commandant aux adducteurs, mais n'a pas amené celui des fibres commandant aux abducteurs. Cela montre bien qu'on peut dans les cas de nécessité, comme le veut Roswell-Park, couper le pneumogastriques, en comptant sur le rétablissement de ses fonctions si on pratique la suture immédiate.

M. Semon. — Ce cas est intéressant : on sait, en effet, que dans les lésions progressives des nerfs laryngés les abducteurs sont paralysés les premiers; or ce cas nous montre que, quand les fibres des adducteurs et des abducteurs sont lésées, s'il survient une amélioration partielle, les adducteurs recouvrent les premiers leurs fonctions. J'ai observé un sujet chez lequel une tumeur syphilitique, comprimant le récurrent, avait amené de l'aphonie. Sous l'influence du traitement, les adducteurs recouvrèrent leurs fonctions, mais les abducteurs restèrent paralysés.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Immunisation et sérothérapie dans la tuberculose.

Revue des travaux récents,

Par M. le Professeur H. Blaise (d'Alger) (1).

Le jour où sera résolu favorablement le problème de la sérothérapie antituberculeuse, la thérapeutique aura certainement réalisé la conquête la plus importante. A n'envisager que les publications récemment faites sur ce sujet la grande découverte serait faite.

On a d'abord cherché à guérir la tuberculose en inoculant au malade une autre infection pour ainsi dire antagoniste. Dans cet ordre d'idée les observations cliniques de tuberculose guérie à l'occasion d'un érysipèle intercurrent ont suggéré à Emmerich de combattre l'infection par le sang provenant d'animaux immunisés à l'égard du streptocoque de Fehleisen. Ce traitement aurait amélioré ou guéri un certain nombre de phtisiques. Il paraît devoir être réservé aux tuberculoses avec association streptococcienne. Des tentatives similaires naîtront peut-être de l'antagonisme, récemment constaté par Babès, en ce qui concerne les bacilles tuberculeux et pyocyanique.

Loin de conférer l'immunité, une première atteinte de tuberculose augmente la réceptivité de l'individu. Il semblait donc *a priori* impossible de rendre réfractaires des animaux en leur inoculant un virus tuberculeux, affaibli d'abord, puis de plus en plus virulent.

Cependant Grancher et Martin ont cherché à réaliser l'immunité avec le bacille aviaire affaibli (cultures de 33 mois à 4 mois) :

Sur 9 lapins, 2 sont morts tuberculeux avant l'inoculation d'épreuve, les autres ont survécu très longtemps, sans que l'autopsie ait montré chez eux de lésion tuberculeuse.

Babès, Richet et Héricourt ont obtenu des résultats analogues chez quelques animaux. Mais la plupart de ces derniers meurent de néphrite avec septicémie et abcès avant l'inoculation d'épreuve.

On a aussi essayé de conférer l'immunité avec les produits solubles sécrétés par le bacille (cultures vieilles aviaires stérilisées par le chauffage à 100° pendant quelques minutes ou filtrées sur porcelaine). Courmont et Dor affirment avoir obtenu cette immunité par l'inoculation de cultures filtrées. Hammerschlag, avec de vieilles cultures humaines, stérilisées par la chaleur, n'a rien obtenu.

La tentative la plus célèbre faite avec les produits de sécrétion du bacille est certainement celle de Koch. On se rappelle l'enthousiasme créé par la communication du savant berlinois sur les propriétés de la tuberculine brute dont l'action devait être immunisante et curative. Ni la tuberculine brute, ni la tuberculine purifiée ne donnèrent les résultats annoncés. Les recherches de contrôle, cliniques et expérimentales, ont montré que, loin d'enrayer la maladie, la tuberculine lui donnait un véritable coup de fouet, transformait les phthisies torpides en aiguës et même en galopantes.

Les recherches de Koch n'ont cependant pas été perdues. Elles ont amené à reconnaître dans son produit un moyen commode et inoffensif de diagnostiquer la tuberculose chez les bovidés et même chez l'homme (communication à l'Académie de médecine de MM. Grasset et Vedel.)

Babès et Proca, se basant sur leurs recherches expérimentales, viennent même d'annoncer que, dans des conditions exceptionnelles, la tuberculine peut guérir la tuberculose quand on commence le traitement peu de temps après l'infection.

Certaines espèces animales (chien, chèvre) présentant une immunité relative à l'égard du virus tuberculeux, on s'est demandé si l'injection de leur sang ou même du seul sérum n'exercerait pas une action immunisante et curative. C'est ainsi que Bertin et Picq, Richet et Héricourt, S. Bernheim ont essayé soit la transfusion soit l'inoculation sous-péritonéale ou sous-cutanée. Les résultats obtenus, souvent favorables, n'ont pas paru suffisamment démonstratifs. C'est qu'un sujet doit atteindre un degré d'immunité très élevé pour que son sang transmis à un autre sujet puisse devenir bactéricide.

On devait chercher à appliquer à la tuberculose la sérothérapie telle qu'elle a été instituée avec succès pour la diphthérie par Behring et Roux (de l'Institut Pasteur.)

Des efforts dans ce sens ont été faits en France par Richet et Héricourt, S. Bernheim et à l'étranger par Babès, E. Maragliano. La méthode consiste à inoculer le sérum d'animaux préalablement immunisés au moyen de la tuberculose aviaire ou même humaine.

Richet et Héricourt ont rapporté deux observations de phtisiques guéris par cette méthode. Babès, chez tous les tuberculeux à différentes périodes, ayant reçu journellement de 3 à 6 grammes de sérum légèrement phéniqué, provenant d'animaux préalablement immunisés par l'inoculation de cultures aviaires puis humaines, a obtenu une amélioration sensible.

La grande difficulté dans cette méthode consiste à vacciner les animaux qui meurent presque tous de néphrite et dans une proportion de 50 p. 100.

S. Bernheim croit avoir tourné la difficulté en commençant l'inoculation par de très faibles doses (2 c. c.) de culture, qu'il filtre et ne chauffe plus comme autrefois. Les injections sont pratiquées dans les veines ou le péritoine des animaux (chèvre, âne, lapin, chien), renouvelées tous les cinq jours d'abord, en augmentant la dose injectée dès la troisième inoculation, puis rapprochées (tous les 3 et même tous les 2 jours). On laisse reposer l'animal de temps à autre. Les toxines aviaires sont mieux tolérées que les humaines, mais il n'existerait aucune différence au point de vue de l'immunisation.

Bernheim a utilisé le sérum des animaux ainsi immunisés et il l'a expérimenté d'abord au laboratoire sur des bêtes rendues phthisiques par contagion. L'amélioration aurait été habituelle et la guérison s'est produite dans la proportion de 40 0/0. Les injections sont d'ailleurs inoffensives.

1. Résumé d'une leçon faite le 16 mai à l'École d'Alger.

Chez l'homme, le traitement a consisté en inoculations de 3 à 10 cent. cubes tous les deux jours. « L'effet de ces inoculations est immédiat. Le malade reprend des forces, mange avec plus d'appétit, dort mieux, tousse moins. Chez les phthisiques au 1er et au 2e degré, dont l'état général est encore bon, 50 à 60 piqûres suffisent pour faire disparaître les bacilles des crachats. Chez d'autres le traitement est plus long et peut aller jusqu'à 200 piqûres. » Les injections se font dans les régions scapulaires, abdominales, fessières ou dans les membres sans aucune difficulté, n'ayant d'autres inconvénients que des érythèmes analogues à ceux produits par l'antitoxine diphthéritique. Bernheim déclare que les résultats obtenus dépassent tous ceux qu'il a signalés antérieurement par l'application d'autres moyens. L'avenir de la thérapeutique antituberculeuse résiderait tout entier dans cette manière d'immuniser les animaux et d'utiliser leur sérum. Par prudence il ne veut pas donner actuellement de statistique « car dans le traitement de la phthisie, il ne faut rien affirmer avant d'avoir surveillé très longtemps les malades ». L'action curative peut se résumer ainsi :

Amélioration profonde de l'état local, considérable de l'état général, diminution et même dans certains cas disparition des bacilles. Action moins prononcée dans la phthisie aiguë, sur les terrains affaiblis, ce qui tient peut-être, dit Bernheim, à l'association microbienne et particulièrement streptococcienne. Peut-être conviendrait-il, dans ces cas, de pratiquer la sérothérapie antistreptococcienne concurremment avec la sérothérapie antituberculeuse.

Babès et Proca ont récemment communiqué des résultats expérimentaux d'après lesquels la tuberculose est curable par le sérum des animaux traités par la tuberculine, puis par les bacilles morts. Ce sérum serait plus efficace que celui des animaux traités par la tuberculine seule. Il convient que le traitement soit commencé quelques jours après l'infection et pratiqué avec des doses relativement grandes de sérum, les petites doses étant insuffisantes et semblant aggraver l'infection tuberculeuse. En dehors de l'organisme malade l'activité du sérum utilisé est démontrée par ces faits : il empêche la culture des bacilles dans les milieux nutritifs favorables et les rend inoffensifs pour le cobaye.

E. Maragliano, de Gênes, dont on se rappelle l'intéressante communication au congrès de Bordeaux, vient de publier un travail de 152 pages dans lequel il résume tous les résultats obtenus par lui et ses confrères italiens jusqu'à ce jour. Il s'abstient toujours de donner sa technique concernant l'immunisation des animaux et la préparation du sérum. Mais le peu qu'il en a dit dans ses communications antérieures permet de penser qu'il s'agit d'une technique analogue à celle utilisée par les auteurs dont nous venons d'indiquer les recherches. Le professeur italien semble vouloir s'attribuer le monopole du traitement sérothérapique de la tuberculose au moins dans son pays. Il ne renseigne pas — lacune très regrettable — sur le prix actuel du sérum qu'il fabrique sur une vaste échelle. Son prix antérieur très élevé (environ 42 fr. les 10 c. c.) ne permettait guère de l'utiliser que pour les gens riches (1). Quoi qu'il en soit, voici les résultats obtenus :

Les cas traités, au nombre de 412, sont divisés en plusieurs séries et catégories qui comprennent :

1° Les bronchopneumonies avec cavernes.

2° Les bronchopneumonies destructives non cavitaires avec associations microbiennes.

3° Les bronchopneumonies diffuses fébriles avec ou sans phénomènes destructifs.

4° Les bronchopneumonies diffuses apyrétiques avec ou sans phénomènes destructifs.

5° Les bronchopneumonies fébriles circonscrites.

6° Les bronchopneumonies circonscrites apyrétiques.

Si l'on considère l'ensemble des malades de toutes les catégories, on trouve :

Guérison	16,26	p. 100.
Amélioration	48,05	—
Etat stationnaire. . . .	25,51	—
Aggravation.	8,25	—

Les résultats étant les suivants pour chaque catégorie :

1° Cavitaires :

Guérison.	7,76	p. 100.
Notable amélioration. .	37,63	—
Etat stationnaire. . . .	36,55	—
Aggravation	18,29	—

(La mortalité étant de 16,21 avec 14 morts sur 92.)

2° Bronchopneumonies destructives sans caverne appréciable avec associations microbiennes :

Guérison.	10,58	p. 100.
Amélioration	59,94	—
Etat stationnaire. . . .	28,23	—
Mortalité.	8,23	—

3° Bronchopneumonies diffuses fébriles avec ou sans phénomènes destructifs :

Guérison.	6,73	p. 100.
Amélioration	52,88	—
Etat stationnaire. . . .	3,76	—
Aggravation.	9,61	—

4° Bronchopneumonies diffuses apyrétiques :

Guérison.	4,65	p. 100.
Amélioration	72,09	—
Etat stationnaire. . . .	23,25	—

5° Bronchopneumonies fébriles circonscrites :

Guérison.	37,03	p. 100.
Amélioration	57,40	—
Etat stationnaire. . . .	5,55	—

6° Bronchopneumonies circonscrites apyrétiques :

Guérison	66,66	p. 100.
Amélioration	27,27	—
Etat stationnaire. . . .	6,6	—

(Ceux qui ont suivi sérieusement le traitement ont tous guéri.)

Maragliano trouve que de pareils résultats se passent de commentaires et montrent imperturbablement l'innocuité de son sérum d'abord et aussi son efficacité dans le traitement de la phthisie.

Les exanthèmes observés quelquefois après l'injection n'ont rien de spécial et sont aussi fugaces que ceux que l'on rencontre après l'inoculation d'autres sérums.

En ce qui concerne les guérisons mentionnées il s'agit de cas correspondant à la disparition complète de tous les phénomènes morbides, de guérisons au moins momentanées sinon définitives. L'auteur n'ignore pas la latence et les trèves souvent très longues de la maladie.

Le nombre des guérisons obtenues varie avec la gravité initiale des cas. Il augmente de la 1re à la 6e catégorie, à mesure que les lésions sont moins avancées. Le plus grand nombre correspond aux formes apyrétiques.

La valeur de la cure est d'autant plus appréciable que les malades avaient antérieurement parcouru toute la gamme des traitements ordinaires de la phthisie. Il convient de remarquer que les tuberculoses circonscrites et apyrétiques ont été presque toutes guéries ou améliorées.

Les résultats obtenus chez ceux qui n'ont pas guéri

1. A la suite du décret royal du 5 mars 1896, paru dans le n° 57 de la *Gazette officielle d'Italie*, le sérum se trouve aujourd'hui en dépôt dans toutes les pharmacies de la péninsule.

sont des plus appréciables. Les malades gravement atteints donnent 48,05 p. 100 de notable amélioration, 8,25 seulement d'aggravation et 25,51 de cas stationnaires. Quel est, dit Maragliano, le mode de traitement qui possède, à son actif, un pareil contingent de résultats avantageux surtout si l'on tient compte de ce fait que le sérum est employé là où les autres traitements ont échoué ? Et il ajoute que lorsqu'on en fera usage sur une plus vaste échelle, avec confiance et sans restriction, comme on le fait pour le sérum antidiphthéritique, on aura des résultats encore plus avantageux.

La quantité de sérum employée pour chaque injection n'a pas grande influence sur le résultat définitif. Ce qui influe davantage c'est la quantité totale utilisée pendant la cure (1). Ce sont les malades qui se sont soumis à toutes les exigences du traitement qui en ont retiré le meilleur bénéfice. Il est impossible de déterminer par avance la durée du traitement. Cette durée n'est pas inférieure à 2 mois, mais il peut être nécessaire de la prolonger 5 et 6 mois.

Les malades soignés dans la clientèle privée donnent de meilleurs résultats que ceux qui sont soignés dans les cliniques et les hôpitaux, ce qui tient aux conditions du milieu et particulièrement à la plus grande fréquence des infections secondaires dans les hôpitaux.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Le sérum antituberculeux est complètement inoffensif.

2° Il a une influence déprimante sur la fièvre.

3° Il modifie les phénomènes locaux.

4° Il exerce une influence positive sur les bacilles contenus dans les crachats en les faisant disparaître ou diminuer.

5° Il détermine une augmentation notable du poids du corps.

6° Il exerce une action utile dans 91,75 des cas traités, plus ou moins considérable suivant la gravité.

7° Il détermine la guérison ou achemine le malade vers la guérison dans presque tous les cas de tuberculose circonscrite apyrétique.

8° Il a donné des guérisons même chez les cavitaires.

9° On peut l'utiliser avec avantage dans toutes les formes de la tuberculose.

Les résultats annoncés par Bernheim, ceux surtout qui viennent d'être rapportés par E. Maragliano et qui concordent d'ailleurs avec les premiers, sont certainement des plus remarquables. Il est certain qu'avec aucun des modes de traitement mis antérieurement en usage on a obtenu d'une part autant de guérisons, de l'autre une action aussi manifeste et aussi soutenue sur les éléments cardinaux de la maladie : fièvre, signes physiques, bacilles, sans compter l'augmentation habituelle du poids du corps.

Et en effet sur 307 cas de tuberculose avec fièvre le sérum a eu 165 fois raison de la fièvre, soit une proportion de 53,74 p. 100. L'efficacité du sérum contre la fièvre paraît être la même, qu'il s'agisse de fièvre intense ou de fièvre modérée.

Les signes physiques ont disparu dans la proportion de 27,18 p. 100. Ils ont été atténués 41,02 p. 100, aggravés 6,55 p. 100 et sont restés stationnaires 25,24 p. 100.

En ce qui concerne les bacilles, pour les cas où la recherche a été faite avant et après la cure, on trouve : disparition 43,11 p. 100, diminution 39,64 p. 100, état stationnaire 14,79 p. 100, augmentation 2,35 p. 100.

L'augmentation du poids du corps à laquelle tous les cliniciens attachent une si juste importance a été obtenue dans 70,39 p. 100 des cas et chez certains sujets elle a coïncidé avec la persistance de la fièvre.

La proportion, qui est de 38,46 seulement pour les cavitaires, s'élève à 91,70 pour les bronchopneumonies circonscrites fébriles, et à 96,43 pour les bronchopneumonies circonscrites apyrétiques. Ce n'est pas, dit Maragliano, une conséquence de la suralimentation, car il s'agit souvent de malades appartenant aux classes qui dépensent le plus en activité dans la société. C'est bien le résultat de l'action du sérum.

La moyenne d'augmentation du poids du corps est de 3 kilos, le maximum ayant été de 13 kilos.

Le cas que j'ai publié en janvier dans ce journal m'avait laissé des doutes sur la valeur thérapeutique du sérum de Maragliano. D'ailleurs je m'étais tenu sur la réserve, comprenant fort bien qu'il était impossible de juger un produit thérapeutique d'après une seule observation. On ne saurait espérer en effet, même avec la sérothérapie, obtenir constamment des résultats favorables. Il y aura toujours un certain nombre de cas qui échapperont soit à la guérison, soit à l'amélioration. D'ailleurs j'étais plutôt disposé, pour mon observation, à rattacher l'évolution fatale et rapide à la maladie elle-même et non au sérum. Mais enfin on pouvait toujours se demander si le produit utilisé par le professeur de Gênes, dont la composition reste toujours inconnue, ne déterminerait pas dans certains cas, à l'instar de la tuberculine de Koch, de véritables poussées aiguës hâtant la fin du malade.

La lecture des observations rapportées par le maître italien est de nature à dissiper toute crainte à cet égard.

Maragliano ne paraît pas s'être occupé de rechercher les cas de traitement par son sérum publiés en France. A côté du mien, qui est négatif, il aurait pu trouver les 2 cas favorables que Vidal a publiés, le 18 janvier 1896, dans *Montpellier médical*.

En résumé les résultats obtenus par la sérothérapie antituberculeuse, en particulier ceux de Maragliano, légitiment les plus belles espérances. Il y a lieu d'employer sans hésitation ce mode de traitement qui paraît bien supérieur à tous ceux qui ont été jusqu'ici mis en usage.

La sérothérapie aurait d'autant plus de chances de réussir qu'elle se pratiquerait dans des conditions plus hygiéniques. Elle me paraît être appelée à devenir le complément indispensable de la cure dans les sanatoria maritimes et d'altitude.

1. Maragliano modifie ainsi les indications qu'il avait fournies au congrès de Bordeaux relativement à l'emploi de son sérum :

En général il suffit d'employer 1 cent. cube tous les 2 jours pour obtenir les effets voulus aussi bien dans les formes apyrétiques que dans les fébriles.

Cependant lorsque la fièvre est persistante subcontinue, avec chiffre élevé, il est préférable d'employer d'emblée, en une seule fois, 5 ou 10 cent. cubes. S'il en résulte une diminution appréciable de la température au bout de 2 ou 3 jours, on répète l'injection de même dose 5 à 8 jours après et ainsi de suite jusqu'à l'abaissement de la courbe à la norme. L'apyrexie étant obtenue, on pratique des injections de 2 cent. cubes tous les 2 jours. Si 3 ou 4 inoculations de fortes doses ne donnent rien, il est inutile d'insister ou bien on se contente d'injections de 1 cent. cube tous les 2 jours.

Selon les dispositions individuelles des malades, et partant indépendamment de la propriété du sérum, on peut exceptionnellement observer une élévation thermique après l'injection comme cela a déjà été fait pour d'autres sérums en usage. En ce cas il est nécessaire d'attendre pour l'injection suivante que l'élévation thermique accidentelle ait disparu (ceux qui se trouvaient apyrétiques doivent redevenir apyrétiques, ceux qui avaient de la fièvre doivent revenir à la température antérieure à l'injection).

On doit poursuivre le traitement jusqu'à disparition des râles humides ou autres. Alors on fait encore pendant 2 mois, 2 injections de 1 cent. cube par semaine, puis, pendant 1 an, 1 injection par semaine. Il peut être utile de suspendre les injections pendant 8 jours après un mois d'un usage continu et c'est pendant ce répit que commence à se constater l'amélioration.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon. — Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.

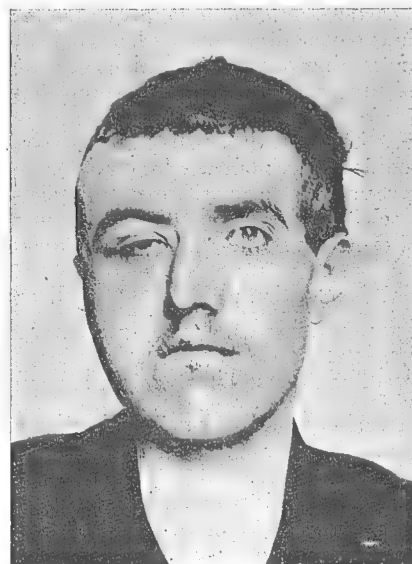
Actinomycose cérébro-spinale. Méningite suppurée.

Par M. Xavier Delore,

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Dans un des *Mercredi médical* du mois de juillet 1895, mon collègue M. Petouraud publiait une leçon de M. le professeur Poncet intitulée : *Actinomycose de la région cervico-faciale droite*. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, cultivateur à Piaugres, petit village de l'Ardèche, et qui était entré le 11 juin 1895 à la clinique chirurgicale pour un phlegmon de la région cervico-faciale droite, (forme temporo-maxillaire) remontant à 8 mois. M. Poncet qui avait établi, d'après les seuls caractères cliniques, la nature actinomycosique de ces lésions inflammatoires, nature, du reste, plus tard confirmée par plusieurs examens histologiques de M. L. Dor, chef du laboratoire de la clinique, insistait tout particulièrement sur certains détails qui permettaient *a priori* d'incriminer le champignon rayonné et qui dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, imposaient la recherche des actinomyces. Il rappelait, à ce propos, qu'il existe une forme maligne d'actinomycose relevant très probablement du terrain sur le quel elle se développe et qu'il avait observé plusieurs cas mortels malgré un traitement ioduré méthodique et la large ouverture des foyers actinomycosiques. Il concluait, en terminant, à la nécessité de combiner ces deux modes de traitement chez le malade qu'il présentait aux élèves et dont nous publions aujourd'hui la dernière partie de l'observation.





Dans le cas actuel, malgré les interventions hardies et répétées pratiquées par M. le professeur agrégé Curtillet, assistant de M. Poncet, malgré la médication iodurée prolongée, comme on le verra, pendant des mois (le malade n'a pas absorbé moins de 300 grammes d'iodure de potassium), des complications du côté des centres nerveux sont brusquement survenues et ont entraîné la mort.

L'autopsie nous a permis de constater une méningite cérébro-spinale diffuse, suppurée, alors que le pus contenait de nombreux grains jaunes présentant au microscope le champignon rayonné. On avait donc affaire, comme le pensait M. Poncet, à une méningite cérébro-spinale actinomycosique, méningite métastatique survenue dans le cours d'une actinomycose temporo-maxillaire et sans qu'il y eût eu l'ombre de continuité entre les lésions relativement superficielles de la face et le crâne.

Voici cette observation détaillée telle que nous l'avons recueillie jour par jour. Elle s'étend de la fin de juillet, date de la leçon de M. Poncet au 16 novembre 1895. Nous devons à l'obligeance de M. L. Dor la note détaillée qu'on lira plus loin, relative à l'examen microscopique des lésions constatées à l'autopsie pratiquée le 17 novembre. Les pièces ont été présentées à la *Société des Sciences médicales de Lyon*, le 27 novembre 1895.

Observation. — Le *2 juillet 1895*, M. le professeur Poncet fait le diagnostic d'actinomycose, en se basant sur les caractères cliniques et, immédiatement après, l'examen histologique des tissus malades enlevés par le curettage confirme ce diagnostic en montrant de nombreux grains jaunes caractéristiques. On donne iodure de potassium 2 grammes.

Le *11 juillet* on incise 2 points fluctuants, l'un sous la paupière droite, l'autre à la partie moyenne de la joue droite.

Le *21 juillet* on ouvre un abcès assez volumineux derrière l'oreille droite.

Le *25 juillet* on anesthésie le malade et on pratique 4 incisions : la 1re au niveau du bord inférieur du maxillaire et parallèlement à sa direction : l'abcès est relativement petit. La 2e ouvre un abcès situé sur le corps du maxillaire inférieur, un peu audessus du précédent. La 3e est placée au niveau de l'apophyse zygomatique. Enfin la 4e, pratiquée derrière l'oreille droite, conduit dans une vaste cavité, limitée profondément par la paroi osseuse, et communiquant par un conduit situé dans le tissu

cellulaire sous-cutané avec un abcès frontal ouvert le 1er juillet.

Dans tous les foyers ouverts et râclés on ne trouve pas, à proprement parler, des fongosités, mais une couche de plusieurs centimètres d'épaisseur en certains points, d'un tissu de coloration lie de vin, légèrement grisâtre, infiltré de petites granulations blanchâtres. Ce tissu a une consistance dure et élastique qui ne rappelle pas celle des fongosités tuberculeuses. Il forme sous la peau une sorte de gâteau s'étendant d'une façon à peu près uniforme dans toutes les régions massétérine, parotidienne, malaire, temporale, sus-auriculaire et pariétale du côté droit. Aussi toute la moitié droite de la face est-elle considérablement tuméfiée. A la palpation, on n'a pas une sensation de mollesse, mais au contraire une sensation de résistance comme celle d'un œdème chronique très dur et comparable à celle que l'on obtiendrait si on poussait dans le tissu cellulaire de toute la moitié droite de la face et de la tête une injection de suif. Il faudrait, pour râcler tous ces tissus pathologiques, écorcher véritablement ou encore scalper toute cette région. M. Poncet s'est contenté d'inciser tous les points ramollis et de râcler par les incisions signalées, aussi loin que possible, puis de cautériser les surfaces dénudées avec une solution phéniquée à 50/1000. Dans la région temporo-pariétale, le tissu pathologique infiltre toutes les couches jusqu'à l'os qui est dénudé : les muscles ont disparu, envahis par l'extension des lésions et ne sont plus reconnaissables.

Le *21 août 1895*, la situation paraît de nouveau s'aggraver, après une période d'amélioration apparente. Au niveau de la face, la tuméfaction qui s'était affaissée après l'intervention précédente s'est reproduite et même a augmenté considérablement. Du côté de la tête, les lésions se sont étendues et, dépassant la région pariétale, ont envahi la nuque et la région qui recouvre l'occipital.

Une nouvelle intervention est pratiquée. Une incision est faite en arrière de l'angle de la mâchoire.

Une seconde ouverture dans une fistule ouverte en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur conduit à une profondeur de 3 ou 4 centimètres en dedans de la branche montante. Par là sortent du pus, des fongosités et des grains jaunes. On râcle le foyer avec la curette tranchante.





Une troisième incision est pratiquée dans le nouveau foyer de la région temporo-occipitale. Les fongosités qu'on retire avec la curette ont l'aspect signalé à propos de l'intervention du 25 juillet et contiennent de nombreux grains jaunes. On *arrive sur l'os dénudé.*

Enfin on termine par un curettage aussi minutieux que possible de plusieurs trajets fistuleux ouverts soit à la région temporale, soit sur l'os malaire.

Le *18 septembre*, l'état local et l'état général sont notablement améliorés. Le malade prend à partir de ce jour 4 grammes d'iodure de potassium, au lieu de la dose quotidienne de 2 grammes qu'il prenait depuis le 2 juillet.

Le *2 octobre* on fait une nouvelle séance de grattage des trajets fistuleux et on ramène ainsi toujours les mêmes masses fongueuses, parsemées de petits points gris jaunâtres.

Quelques jours après, le malade part pour l'hospice de convalescence de Longchêne, où par oubli on ne lui donne plus d'iodure de potassium.

Le *24 octobre*, à son retour de Longchêne, on constate que la suppuration est à peu près complètement tarie et que les fistules sont en grande partie fermées.

Néanmoins, il persiste un gonflement notable de toute la moitié droite de la face et de la tête.

Le *31 octobre*, le malade se plaint de douleurs très vives dans les membres inférieurs.

Le *4 novembre*, l'état s'aggrave subitement ; on constate de temps à autre, des crises avec perte de connaissance, du délire et de l'agitation. Si on ne maintenait pas le malade, il se jetterait hors de son lit. Les pupilles sont dilatées : il y a un léger strabisme et il semble que la vision est fortement atteinte. Dans tous les cas, le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose et présente fréquemment des convulsions.

Le *6 novembre*, les crises convulsives sont devenues plus fréquentes, elles se renouvellent toutes les deux heures et durent chacune 4 ou 5 minutes. Pendant leur intervalle, ce jeune homme est dans un état presque comateux.

On constate un opistothonos très accentué. Les pupilles sont très dilatées et à droite existe de l'œdème de la papille. Le malade se couche de préférence sur le côté droit.

Le *7 novembre*, la trépanation à laquelle on avait songé est écartée en raison de la grande amélioration. L'intelligence est revenue, les pupilles sont normales, les crises convulsives ont disparu; mais l'opistothonos persiste. On donne 4 grammes d'iodure de potassium.

Le *8 novembre* l'opistothonos est plus accentué et l'état de prostration plus considérable.

Le *9 novembre* la t. = 38°6. L'amélioration est considérable; nous trouvons le malade lisant tranquillement le journal.

Le *11 novembre* le délire revient avec des hallucinations; notre sujet croit voir, à certains moments, une jambe qui passe et repasse devant ses yeux; il se rend parfaitement compte cependant que cette vision n'est qu'une illusion. Il se plaint de violentes douleurs dans la tête et dans le dos.

Le *14 novembre* le malade est très agité, sa face est congestionnée. Le délire avec hallucinations, consistant surtout dans la vue d'animaux étranges, est presque continuel.

La pupille est normale et réagit parfaitement à la lumière; les yeux sont plus mobiles que normalement.

On note des mouvements fibrillaires dans les muscles des mains et des convulsions localisées à quelques muscles de l'avant-bras. Dans tous les membres existent des mouvements carphologiques désordonnés.

Le pouls est très régulier, rapide = 110.

L'attitude constante est celle en chien de fusil avec contracture des muscles extenseurs. On note depuis 2 jours de la rétention d'urine, qui nécessite plusieurs cathétérismes quotidiens.

Cet état persiste jusqu'à la mort qui arrive le 16 novembre après une série de convulsions.

Autopsie. — Le *17 novembre*, 24 heures après la mort.

Axe encéphalo-médullaire : 1° *A l'ouverture du canal rachidien* on aperçoit entre la dure-mère et le canal vertébral osseux du pus contenant des grains jaunes caractéristiques. Il semble que cette collection purulente extra-dure-mérienne qui est située à la partie inférieure de la région dorsale soit due à une déchirure accidentelle de la dure-mère pendant les manœuvres laborieuses de l'ouverture du canal vertébral; l'effraction de la dure-mère rachidienne aurait ainsi permis au pus situé en dedans de la dure-mère de sortir au dehors. Nous allons voir, en effet, qu'en dedans de la dure-mère existait une vaste collection purulente. Remarquons que les vertèbres sont absolument saines.

L'espace sous-dure-mérien, c'est-à-dire situé entre la dure-mère en dehors et les enveloppes plus profondes pie-mère et arachnoïde en dedans, est occupé par une vaste collection de pus qui s'étend depuis le trou occipital jusqu'au sacrum. Ce pus est de même nature que celui de l'abcès extra-dure-mérien déjà signalé et il forme sur les parois une couche continue concrétée.

La moelle paraît ramollie et se déchire facilement. La dure-mère est très épaissie, très adhérente à la face postérieure des corps vertébraux, atteinte manifestement de pachyméningite.

2° *A l'ouverture du crâne* pratiquée par l'ablation de la moitié postérieure, on voit s'écouler brusquement une grande quantité de sérosité louche et rougeâtre contenant en suspension de nombreux grains actimonycosiques. Ce liquide s'échappe des ventricules cérébraux, très probablement à la suite d'une effraction de la toile du 4° ventricule produite pendant l'ablation des os entourant le bulbe rachidien.

Les os du crâne sont absolument sains, comme l'étaient les vertèbres.

La dure-mère crânienne est saine sur la convexité et sur les fosses temporales. Au niveau de la base, nous retrouvons du pus infiltré dans les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau, depuis le chiasma optique en avant jusqu'à l'origine de la moelle en arrière : à ce niveau, la collection se continue sans discontinuité avec la cavité purulente intra-dure-mérienne de la moelle. Le pus liquide est peu abondant; c'est surtout du pus concret tapissant comme une fausse membrane la dure-mère d'un côté et la pie-mère de l'autre.

Face. On enlève le pavillon de l'oreille droite à sa base et on dissèque la région temporale et la région massétérine. On ne trouve aucune lésion en voie d'évolution, mais seulement des lésions cicatricielles guéries.

Le muscle temporal a disparu, remplacé par un tissu scléreux très dur. Les cicatrices situées sur le maxillaire inférieur adhèrent à l'os; celui-ci est sain, sauf peut-être en un point qui présente un léger degré de ramollissement dont la nature est difficile à apprécier. Il est probable cependant que ce ramollissement n'est pas de nature actinomycosique. Le muscle masséter présente quelques traces de tissu fibreux. Les os de la face et du crâne ne présentent aucune altération, pas de dénudation ancienne ou récente.

Les *organes abdominaux ou thoraciques* ne présentent rien de spécial.

Le *foie* est congestionné; poids, 2400 grammes.

Les *reins* le sont également; rein droit, 250 grammes; rein gauche, 210 grammes.

La *rate* est normale; poids, 260 grammes.

Les *poumons* sont volumineux, mais sans aucune trace d'abcès, d'inflammation ou d'induration.

Le *cœur* présente une légère dilatation des cavités droites.

L'examen de l'axe encéphalo-médullaire pratiqué par M. le docteur L. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, n'a pas donné les résultats qu'on aurait pu en attendre, à cause de la putréfaction avancée du système nerveux central. Nous donnons ici la note qui nous a été remise par M. Dor, en le remerciant de son obligeance.

Examen histologique. — Des segments de la moelle ont été durcis par l'acide chromique. Ils ont été coupés au microtome puis colorés avec le carmin et avec les réactifs d'aniline qui permettent de déceler le mycélium de l'actinomycose. A l'examen microscopique on rencontrait des lésions nombreuses et variées, mais étant donnée la difficulté de savoir quelle part revenait réellement aux lésions qui avaient existé pendant la vie et à celles qui s'étaient produites après la mort dans une moelle qui avait baigné dans le pus pendant 24 heures, il nous semble qu'il serait téméraire de donner un tableau des myélites actinomycosiques d'après ce que nous avons vu.

Nous dirons simplement que la pie-mère était augmentée de volume, infiltrée par une masse considérable de globules blancs et que toute la substance blanche qui est immédiatement en contact avec la pie-mère était dans un état de désintégration très avancée. Les vaisseaux étaient remarquablement sains et ce caractère permettrait de différencier nettement la méningite actinomycosique de la méningite tuberculeuse. Le canal épendymaire et la substance grise qui l'entoure étaient, également indemnes, ce qui était à prévoir puisqu'il n'y avait pas de pus dans le 4° ventricule; si l'on songe aux dimensions des grains jaunes on peut se demander si un grain n'a pas peut-être rempli l'office de bouchon et empêché la contamination.

Tout autour de la pie-mère se trouvait une couche très épaisse de pus, que la dure-mère limitait de toutes parts, étant elle-même atteinte d'une pachyméningite extrêmement nette, quoique moins développée que celle que l'on rencontre dans le mal de Pott par exemple.

Les racines des nerfs rachidiens présentaient des lésions très évidentes.

C'est dans la substance grise entre la corne antérieure et la corne postérieure et à une certaine distance du canal épendymasie que se trouvaient de petits foyers de désintégration que nous n'osons pas considérer comme pathologiques, car nous n'avons pas pu déceler dans ces foyers le parasite.

D'ailleurs le fait que le pus contenait des staphylocoques enlève beaucoup de leur intérêt à toutes ces lésions.

Les complications cérébro-méningées ne sont pas très rares dans l'actinomycose cervico-faciale. Dans son excellente thèse, Quenet (1) a bien montré qu'elles étaient particulièrement à redouter, avec les lésions du maxillaire supérieur qui s'étendent facilement à l'orbite et aux méninges. N'a-t-il pas relevé l'énorme mortalité de 8 morts sur 16 chez de pareils malades? C'est alors par continuité que les lésions actinomycosiques se propagent aux méninges, mais il n'en est pas toujours ainsi. A côté de cas encore douteux d'actinomycose cérébrale primitive (2) se placent ceux dans lesquels des méningo-encéphalites,

1. Actinomycose du maxillaire supérieur (Thèse de Lyon, 1895).

2. L. Bérard, Actinomycose humaine (*Gazette des hôpitaux*, 29 fév. et 7 mars 1896).

des abcès du cerveau surviennent comme complications de manifestations actinomycosiques plus ou moins éloignées, et alors il faut invoquer une embolie mycosique, soit par voie lymphatique, soit de préférence par voie vasculaire, comme seule capable de provoquer ces accidents à distance.

Notre observation est un bel exemple de ce mode de contamination des centres nerveux dans le cours d'une actinomycose temporo-maxillaire, d'autant mieux que l'autopsie a nettement établi la non-continuité, l'indépendance de ces deux ordres d'altérations mycosiques, que l'on devait considérer, à la face, comme guéries.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine (1) M. Poncet, faisant allusion à ce malade dont il avait autrefois présenté l'observation et la photographie à l'Académie, a attribué cette méningite à une embolie mycosique.

Notre observation vient encore à l'appui de cette opinion qui découle des observations déjà nombreuses d'actinomycose recueillies à Lyon : que l'actinomycose est une maladie grave et que malgré, ainsi que l'a vu plusieurs fois M. Poncet, un traitement méthodique par l'iodure de potassium, le pronostic doit rester réservé.

Adénomes et myomes de l'utérus,

D'après les recherches de M. Recklinghausen (1).

En étudiant les tumeurs de l'utérus et des trompes, M. Recklinghausen pense qu'il faut réserver une place spéciale dans la nosologie aux adénomyomes et aux cystadénomes, qui, selon lui, ne sauraient à aucun point de vue être confondus avec les myomes purs et les fibromes de l'utérus.

Après avoir exposé les diverses formes observées (tumeurs volumineuses, tumeurs plus petites du corps utérin ; tumeurs de l'orifice tubaire de l'utérus, adénomyomes blancs et durs, adénomyomes rouges et mous, télangiectasiques, adénomyomes et cystadénomes de la trompe elle-même), l'auteur décrit leur anatomie macroscopique et leur structure avec détail (12 planches, très belles, sont annexées à la fin de ce travail).

Ces tumeurs seraient en rapport avec des débris modifiés du corps de Wolff, telle est la pensée que M. Recklinghansen développe dans les chapitres suivants, en s'appuyant sur la structure analogue des culs-de-sac et des conduits glandulaires dans cet organe et dans la production pathologique. — Sa théorie est donc étayée par une minutieuse étude histologique, au cours de laquelle il réfute les arguments qui lui ont été opposés par divers auteurs.

Après avoir montré les rapports réciproques des adénomes et des myomes, les transformations des adénomyomes et leurs relations avec le cancer, l'auteur conclut en se résumant de la façon suivante.

Déjà il lui a été possible de montrer que les adénomyomes et les cystadénomes tirent leur origine des restes glandulaires du corps de Wolff inclus dans la paroi musculaire de l'utérus et de la trompe. En étudiant des utérus normaux de femmes adultes il a pu, à plusieurs reprises, constater la présence des canaux de Wolff au niveau de l'angle de la trompe et de l'utérus. Ce sont là des débris qui représenteraient chez la femme l'homologue du corps de Giraldès.

Beigel et Riedel ont déjà émis cette opinion que dans la paroi utérine, on peut retrouver des fragments de canal glandulaire, restes du canal de Gärtner.

Mais, alors même, qu'on ne retrouverait pas d'une façon constante ces éléments dans l'utérus normal la théorie ne serait point infirmée. En effet il est parfaitement admissibls qu'il se produise parfois une transposition du canal de Wolff, comme on en a rencontré déjà en faisant des coupes de l'extrémité distale du canal de Müller. Il y aurait donc une véritable malformation en ce point, qui pourrait ultérieurement devenir le point de départ de la production pathologique.

Ces portions ou germes glandulaires qui sont déplacés peuvent être si petits que les liquides sont susceptibles de les entraîner et de les transporter dans les interstices des tissus.

La voie des gros canaux n'est donc pas indispensable à une telle migration.

Du reste cette même théorie a déjà été invoquée et démontrée par de bonnes raisons pour les kystes séreux multiples.

L'auteur n'a toutefois pu retrouver les épithéliums qu'il cherchait, dans l'étude des cornes d'utérus bifide, ni dans les ligaments propres de l'ovaire, ni dans les dilatations circonscrites de la trompe.

Les gros adénomyomes n'oblitèrent pas forcément la lumière de la trompe d'une façon complète et la stérilité par suite n'est pas fatale, mais elle existe cependant dans un bon nombre de cas, lorsque les deux trompes sont atteintes. Dans les malformations de cet organe, dues à la présence de canaux de Wolff dans sa paroi, on comprend facilement qu'une inflammation de la muqueuse, la rigidité de la tunique musculaire puissent être la cause de l'oblitération des orifices de ces conduits déplacés, et le point de départ de productions kystiques.

C'est pour toutes ces raisons que Recklinghausen décrit les adénomyomes comme un groupe de tumeurs absolument à part, qui doit être nettement séparé des fibromes et des myomes utérins ordinaires. En effet cette théorie ne saurait s'appliquer à ces dernières tumeurs; de ce que les adénomyomes et les myomes sont parfois contigus sur un même organe, il ne s'ensuit pas pour cela que ces derniers naissent, comme les premiers, d'une inclusion épithéliale. D'ailleurs la différence de structure est assez nette dans les 2 cas, et on ne peut admettre avec Orlöff la communauté d'origine.

Les 4 cas dont parle cet auteur, et qui sont d'ailleurs étudiés d'une façon très consciencieuse, n'infirment en rien la théorie de Recklinghausen, et peuvent même être pris comme argument en sa faveur.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars et avril 1896.

M. Le Fournier (R). *La mort dans l'hystérie.* N° 178.

M. Glinéanu (Domitian). — *Des rapports de l'hystérie avec la tuberculose pulmonaire.* N° 208.

M. Beaufort (Ernest). — *Contribution à l'étude de l'embolie dans les cardiopathies infantiles acquises.* N° 216.

M. Ruelle (Henri-Émile). — *De l'albuminurie dans la grippe.* N° 225.

M. Damaschino (A). *Contribution à l'étude des abcès urineux* (Pathogénie. Traitement. Parallèle avec l'infiltration d'urine). N° 246.

M. Margouliss (Ézéchiel. — *De l'action diurétique de la théobromine.* N° 256.

Mme Naupliotou (Irène). — *Sur quelques causes d'arhythmie dans le rétrécissement mitral.* N° 257.

M. Lalanne (Raphaël). — *Les exhibitionnistes.* N° 258.

M. Pertat (Henri). — *Contribution à l'étude des érythèmes infectieux; des érythèmes érysipélateux.* N° 259.

M. R. Le Fournier cherche à montrer que l'hystérie, loin d'être une maladie dont le pronostic est toujours favorable, peut par divers mécanismes mettre quelquefois la vie en danger. Il écarte tout d'abord les accidents mortels provoqués par les contusions et les fractures que se font les malades en se débattant

3. Séance du 7 avril 1896.

1. Recklinghausen, Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung. — Berlin, A. Hirschwald, 1896.

durant le paroxysme convulsif. Il décrit seulement l'attaque de spasmes dans laquelle la violence des phénomènes convulsifs a tué par spasmes de la glotte ou aurait pu tuer si l'on n'était pas promptement intervenu. Enfin, pour terminer ce chapitre, il fait quelques considérations sur le danger de l'hypnotisation faite sans précaution et pouvant amener des attaques de spasmes mortels. Il est une manifestation hystérique, l'anorexie, qui, arrivée à son point ultime, peut elle aussi entraîner l'organisme à une telle déchéance que la mort arrive par inanition. Il est nécessaire de dire que ceci est moins rare qu'on ne le pense généralement, et que la théorie voulant faire des hystériques des individus pouvant vivre sans manger est fausse; c'est aux recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelinau que nous devons de pouvoir détruire ce préjugé si souvent funeste aux malades.

M. Le Fournier cite en terminant des cas mortels produits par quelques conséquences éloignées de l'hystérie.

M. Glinéanu croit que l'hystérie exerce une influence considérable sur la marche de la phthisie pulmonaire; elle retarde son évolution et détermine des trêves. Il y a une alternance fréquente mais pas constante entre les deux affections; leur association est rare. La tuberculose peut produire des accidents hystériformes; elle ne produit jamais l'hystérie vraie. Cet état hystériforme peut avoir une certaine influence sur la marche de la phthisie. La tuberculose est fréquente dans les antécédents héréditaires des sujets hystériques; ils doivent leur résistance à la névrose. Le pronostic de la phthisie des hystériques est plus favorable que celui de la phthisie banale. Chez tout tuberculeux qui présentera en même temps des phénomènes d'hystérie, il faut bien se garder de traiter les symptômes nerveux. Le traitement intensif de la névrose favorise le développement d'une tuberculose latente.

L'embolie est une complication relativement rare de l'endocardite infantile secondaire au rhumatisme, à la chorée et aux maladies infectieuses, en particulier à la scarlatine et à la diphtérie. D'après les recherches de M. Beaufort, elle intéresse surtout les artères cérébrales, en particulier les sylviennes. L'oblitération des gros troncs artériels n'est point un fait rare chez l'enfant. La forme hémiplégique de la paralysie cérébrale infantile d'origine embolique est de beaucoup la plus fréquente; les monoplégies isolées sont rares. L'aphasie est le plus souvent associée à l'hémiplégie. Le diagnostic est en général facile; la constatation de la lésion cardiaque en est l'élément essentiel. Le pronostic est grave; la mort est la règle; la guérison complète est tout à fait exceptionnelle. La thérapeutique est le plus souvent impuissante.

D'après M. Ruelle, l'albuminurie est très fréquente chez les individus atteints de grippe. Elle est ordinairement légère et transitoire, par son abondance elle indique une complication rénale sérieuse; cette néphrite grippale est, dans la plupart des cas, une néphrite mixte, une néphrite diffuse. Le diagnostic est facile par l'examen systématique des urines et des symptômes spéciaux : œdème plus ou moins généralisé, bouffissure de la face, coloration foncée ou sanguinolente des urines, la présence des cylindres, cellules épithéliales, etc., et de l'albumine dans les urines. Les formes cliniques de la néphrite grippale sont : *a*) une glomérulite passagère avec albuminurie transitoire; *b*) une néphrite aiguë hémorrhagique sans œdème; *c*) un mal de Bright aigu avec albuminurie abondante et anasarque. Le pronostic est dans la plupart des cas bénin; dans les formes avec albuminurie abondante ou traînante, réserver son pronostic à cause de la possibilité de la persistance de la néphrite et de son passage à l'état subaigu ou chronique. Le régime lacté constituera son principal traitement; éviter le vésicatoire et l'alimentation dans le cours de la grippe.

La dénomination d'*abcès urineux* doit être conservée, parce qu'elle indique la véritable origine de la grande majorité des abcès du périnée. M. Damaschino maintient l'appellation d'*abcès péri-uréthraux simples* pour les collections qui, ne communiquant pas avec le canal de l'urèthre, résultent d'un travail inflammatoire provoqué par une cause autre que l'urine. La condition indispensable à la formation des abcès urineux est le passage de l'urine dans les mailles du tissu conjonctif à travers une légère solution de continuité du canal excréteur de l'urine. Cette solution de continuité peut être : 1° *accidentelle* (traumatique ou opératoire); deux cas peuvent alors se présenter, d'une façon générale : si la perforation est de petites dimensions et ne permet qu'une légère filtration d'urine, il y aura formation d'une tumeur urineuse, si l'appareil urinaire est sain et l'urine non infectée; il y aura production d'un abcès urineux, si les voies urinaires sont malades et l'urine septique, infectée, chargée de microbes de la suppuration. Si, au contraire, l'orifice est assez grand pour permettre un passage massif de l'urine, l'infiltration s'en suivra. 2° *Pathologique* : c'est-à-dire se faisant par destruction inflammatoire de la paroi uréthrale. La condition indispensable à ce travail pathologique perforant, c'est qu'il existe dans l'urèthre un obstacle à la miction. Cet état est réalisé, le plus souvent, par un rétrécissement blennorrhagique, moins fréquemment par une perte de l'élasticité des parois de l'urèthre avec légère diminution de son calibre (rétrécissements dits larges), très rarement par un calcul. Dans cette catégorie de faits la perforation est minime et passerait facilement inaperçue, même les pièces en mains; de plus, l'urèthre est presque toujours infecté. Ce sont, en effet, les deux conditions qui réalisent au mieux la formation d'un abcès urineux : petite fissure uréthrale d'une part, urine microbienne de l'autre. Ces abcès communiquent presque constamment, pour ne pas dire toujours, avec l'urèthre, et l'urine passe à travers leur cavité, souvent depuis le jour qui suit leur incision, jusque vers la fin de la cicatrisation. Tout malade porteur d'abcès urineux est en imminence d'un accident redoutable : l'infiltration d'urine, d'autant plus grave qu'elle peut évoluer d'une façon latente et tuer en quelques jours par résorbtion septique et pyoémie. Un traitement hâtif est donc nécessaire pour obvier à pareil accident, ainsi que pour prévenir des fistules urinaires interminables. Le procédé rationnel qui doit leur être appliqué a été formulé par M. le professeur Guyon comme suit : 1° Inciser aussi précocement que possible l'abcès et assurer l'écoulement complet de ses produits septiques par un bon drainage « au plafond »; 2° Rendre au canal de l'urèthre son calibre normal, mais alors seulement que toute trace d'inflammation a complètement disparu.

M. Margouliss pense que la diurétine est un produit qui doit être abandonné au profit de la théobromine. L'action diurétique de la théobromine est indiscutable; elle est rapide. Une seule dose suffit à la manifester. L'action du médicament persiste quelquefois deux jours après la cessation du médicament. La théobromine n'expose pas aux accidents de l'accumulation. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de déterminer sa place exacte dans le tableau des diurétiques. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elle ralentit le pouls, augmente la tension artérielle et augmente la quantité d'urée. Comme médicament cardio-vasculaire elle a réussi là où la caféine et la digitale ont échoué; comme diurétique son action est indiscutée. Son action est analogue à celle de la caféine; pourtant, loin de causer de l'excitation cérébrale, elle semblerait avoir plutôt une action sédative. Elle est donc indiquée dans les cas d'asystolie, d'hyposystolie, d'asthénie cardio-vasculaire; que la cause en soit pulmonaire, cardio-artérielle, cardio-valvulaire ou même rénale; elle est indiquée dans les hydropisies quelles qu'elles soient. Il est sans doute d'autres indications qui ne sont pas encore fixées. Quant aux contre-indications l'auteur n'en a rencontré qu'une dans nos observations, à savoir : l'idiosyncrasie. La dose habituelle diurétique est de 2 gr., mais, en paquet de 0 gr. 50, on peut aller jusqu'à 5 grammes.

L'arhythmie, au dire de Mme Naupliotou, est plus fréquente qu'on ne le croit dans le rétrécissement mitral. Elle est souvent due à des troubles gastriques, ce qui fait que l'on peut dire, avec M. Huchard, que dans la sténose mitrale, la maladie est au cœur, le danger est au poumon et il vient de l'estomac. Ces troubles gastriques sont extrêmement variables, tantôt hyperpeptiques, tantôt hypopeptiques. Il est nécessaire de surveiller l'estomac dans les cas de rétrécissement mitral, afin de prévenir ou de traiter les troubles cardiaques réflexes qu'il occasionne. L'arhythmie, dans le rétrécissement mitral, est temporaire, quand elle est due à des troubles gastriques, et elle disparaît avec ceux-ci.

L'exhibitionnisme, dont M. Lalanne fait ressortir l'intérêt médico-légal, doit être considéré dans l'acception la plus large du mot, et décrit, au point de vue objectif, en tant qu'outrage à la pudeur, quel que soit le mobile. Tout en admettant deux grandes classes, les débauchés et les irresponsables, M. Lalanne s'occupe uniquement de ces derniers, qui, seuls, intéressent le médecin. Il ajoute aux divers groupes déjà étudiés l'exhibitionnisme sous l'influence des conceptions délirantes, et propose en outre deux classifications qui semblent très rationnelles. Au point de vue objectif, on pourrait former trois groupes d'exhibitionnistes que l'on appellerait, d'une façon à la fois très simple et très explicite : antérieurs, postérieurs et supérieurs, suivant les parties du corps qu'ils montrent en public. Au point de vue subjectif on les diviserait simplement en conscients, partiellement conscients et totalement inconscients. L'exhibitionnisme doit aussi être étudié chez la femme.

Il existe au cours de l'érysipèle des éruptions cutanées qui sont le fait de la maladie elle-même, et dont M. Pertat nous donne la description. La fréquence de ces éruptions est d'environ 5 p. 100; cette constatation a une grande importance, du moment où l'on discute sur les accidents attribuables à la sérothérapie. Au point de vue symptomatologique elles sont en tout comparables aux phénomènes cutanés signalés par les auteurs dans l'infection purpurale et dans la pyohémie. Elles peuvent s'accompagner d'arthropathies ayant les allures d'un pseudo-rhumathisme infectieux. Le purpura érysipélateux est une véritable complication; il peut s'accompagner d'hémorrhagies viscérales. L'apparition des érythèmes simples parait indépendante de la gravité de la maladie; les érythèmes à tendance ecchymotique se montrent surtout dans les érysipèles graves, où l'on observe de l'albuminurie et des phénomènes nerveux à forme ataxo-adynamique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie faciale ayant débuté pendant l'enfance (Ein Fall von in früher Kindheit endstandener facialis Lähmung), par Kortum (*Neurologisches Centralblatt*, 15 mars 1896, n° 6, p. 249). — Homme, 33 ans, qui souffre depuis 11 ans d'accès d'épilepsie sous la forme de petit mal. D'après le récit de sa mère, le père est éthylique, le frère épileptique et la sœur migraineuse. L'accouchement s'est fait normalement; l'enfant a commencé à marcher à 9 mois. A l'âge de 2 ans, il est devenu rachitique et la marche est devenue impossible; ce n'est qu'à 6 ans qu'il a pu marcher de nouveau. C'est au moment où le rachitisme s'est développé que la mère a observé des signes de paralysie faciale droite, qui n'a été précédée ni accompagnée d'une affection des oreilles. Actuellement, le malade présente les signes d'une paralysie faciale droite. Le malade peut siffler et l'orbiculaire des lèvres est intact; peut-être la lèvre supérieure du côté droit est-elle un peu plus mince. Pas de troubles de sensibilité ni de sécrétion. La langue n'est pas déviée; les 2/3 antérieurs de la moitié droite de la langue sont privés de sensation gustative; pas de troubles de mastication ou de déglutition. L'oreille gauche est atteinte d'un catarrhe chronique, et, de ce côté, l'ouïe est diminuée, tandis que du côté de la paralysie l'ouïe est normale. L'examen électrique des nerfs et des muscles a montré que l'excitabilité indirecte galvanique ou faradique est abolie. Il en est de même du carré du menton et du triangulaire des lèvres qui réagissent normalement ou à peu près. Les muscles paralysés présentent un fort degré d'atrophie. L'auteur a cherché dans la littérature médicale des cas semblables; il en a trouvé seulement deux, un de Schultze, l'autre de Bernhardt. Ces auteurs, dans leurs cas, avaient admis une lésion nucléaire ou un développement incomplet du noyau du facial. Bernhardt surtout s'appuie sur l'opinion de Gowers, qui avait admis que si dans une paralysie faciale l'orbiculaire des lèvres reste intact, tous les autres étant pris, il s'agit d'une lésion nucléaire. Si cette proposition est exacte, l'auteur serait tenté d'admettre aussi, dans son cas, une lésion nucléaire; mais ce diagnostic ne lui semble pas fondé. En effet, une paralysie qui apparaît à l'âge de 2 ans, d'une façon isolée, et sans autres lésions du système nerveux central, telles par exemple une paralysie infantile, ne peut être attribuée sans réserve à une lésion nucléaire. En outre, Mann a constaté dans 2 cas certains de paralysie faciale périphérique l'intégrité de l'orbiculaire. Quant à la cause même de cette paralysie faciale, l'auteur pense qu'elle serait due à une périostite du canal de Fallope d'origine rachitique, lésion qui a déterminé une compression du nerf.

La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona, par E. Brissaud (*Bulletin médical*, 1896, n° 8, p. 87). — Dans le zona, dans la syringomyélie, la topographie des troubles trophiques ou sensitifs ne concorde pas avec la répartition des nerfs telle que l'anatomie descriptive l'enseigne. Ce défaut de superposition s'explique par la disposition métamérique primitive du centre nerveux. Le métamère est toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés ou attributions de l'être définitivement achevé. Le métamère est pourvu d'un appareil nerveux, le neurotome, auquel correspond une paire rachidienne formée de deux nerfs symétriques correspondant à un étage périphérique de même niveau. L'ascension relative de la moelle au cours du développement entraîne une discordance de niveau entre le neurotome et le territoire périphérique qui lui correspondait. Malgré cela, chaque étage périphérique reste relié par ses nerfs sensitifs à un étage spinal bien déterminé.

Dans le zona, les troubles trophiques se distribuent dans l'étage périphérique tubulaire d'un étage déterminé de la moelle. C'est là ce qui se passe dans le zona d'origine spéciale. Mais les lésions préventives peuvent siéger sur les autres parties du neurone sensitif direct, ganglion rachidien ou tronc périphérique. Dans ces cas, l'éruption zostériforme siègera sur les ramifications d'un tronc nerveux déterminé. Suivant donc qu'il y aura discordance ou concordance entre la topographie de l'éruption et le trajet nerveux, on fera le diagnostic de zona spinal ou de zona périphérique ou ganglionnaire. Ces deux variétés de zona s'expliquent par l'indépendance relative de neurotomes spinaux et des ganglions rachidiens, indépendance qui succède à l'ascension de la moelle.

L'auteur conclut en montrant l'importance de la métamérie embryonnaire dans la pathogénie des faits cliniques.

Le zona du tronc et sa topographie, par E. Brissaud (*Bulletin médical*, 1896, n° 3, p. 27). — L'auteur commence par discuter la question des zonas dits symptomatiques et essentiels. Le zona en lui-même ne présente aucune particularité distinctive qui soit liée à la fièvre zoster, aux maladies infectieuses telles que la pneumonie, la grippe, les angines herpétiques, la fièvre aphteuse, ou qu'il apparaisse à titre d'accident intercurrent au cours de maladies nerveuses : tabès, syringomyélie, névrite périphérique, pachyméningite, hystérie, etc. On a invoqué en faveur de la spécificité du zoster essentiel sa contagiosité, son caractère épidémique, l'immunité. A cela, on peut répondre, d'une part, que les cas de zoster épidémiques ont été des manifestations zostéroïdes d'une infection banale, et, d'autre part, que l'immunité n'est pas absolue, puisque des faits de zonas récidivants ont été signalés. D'ailleurs, comment expliquer la localisation à une moitié du corps? Il faut de toute nécessité invoquer une lésion d'un centre. Ce centre, c'est le neurone sensitif direct. Or les différentes parties constituantes de ce neurone peuvent être le siège de lésions : ganglion rachidien, prolongement périphérique (nerf intercostal), prolongement central (prolongement radiculaire postérieur).

Dans la plupart des cas, à moins de traumatisme portant sur un tronc nerveux déterminé, la névralgie zostériforme ne concorde pas avec le trajet connu des nerfs intercostaux; le zona croise le plus souvent la direction des nerfs intercostaux, intéressant ainsi le territoire d'au moins 5 à 6 paires rachidiennes. Si donc la lésion primordiale siège dans les cellules ganglionnaires, il faut admettre que simultanément 5 à 6 ganglions d'un même côté sont atteints. Cela est peu vraisemblable. Il semble plus rationnel d'admettre une lésion spinale unique limitée à l'étage qui commande à cette portion de la chaire ganglionnaire.

MÉDECINE

Etiologie de la pleurésie séreuse (Zur Aetiologie der serösen Pleuritis), par Aschoff (*Zeitschr. für. klin. Mediz.*, 1896, vol. XXIX, p. 440). — L'étude bactériologique de 200 cas de pleurésie séreuse, sur laquelle est basé le travail de l'auteur, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les exsudats séreux dans les pleurésies sont presque constamment dépourvus de microorganismes pyogènes.

2° Si l'exsudat renferme des microorganismes pyogènes, le liquide subit tôt ou tard la transformation purulente. Il faut en excepter peut-être les pleurésies à pneumocoques, ces derniers pouvant disparaître très rapidement de l'exsudat.

3° L'existence d'une pleurésie rhumatismale à titre de manifestation isolée de l'infection rhumatismale, est problématique, en tous cas, fort rare. Dans l'arthrite rhumatismale compliquée de pleurésie, il existe presque constamment une affection concomitante du cœur.

4° Le traitement de la pleurésie par le salicylate de soude n'est pas supérieur aux autres traitements.

5° Les pleurésies dites idiopathiques sont presque toutes d'origine tuberculeuse. Ces pleurésies peuvent guérir.

Infection générale à pneumobacilles de Friedlander d'origine otique (Ein Fall von acut-metastasirender Allgemeininfection nach Otitis media, u.s.w.), par Brunner (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 13, p. 286). — L'observation que publie l'auteur est un nouvel exemple d'infection généralisée par le pneumobacille, dont Etienne n'a rapporté dans son travail que trois cas. Le cas de l'auteur serait donc le quatrième.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui au cours d'une otite moyenne suppurée, datant de trois semaines, est pris de douleurs rétro-auriculaires qu'on croit pouvoir attribuer à une mastoïdite suppurée.

On fait la trépanation de la mastoïde et on trouve en effet les cellules mastoïdiennes remplies de pus. Pendant cinq jours tout va bien, mais au sixième la température monte, la fièvre prend rapidement les caractères d'une fièvre septicémique (37° le matin, 39° le soir) et le malade succombe au bout de cinq jours avec des phénomènes de méningite.

A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée, les sinus thrombosés et remplies de pus, les reins farcis de petits abcès. L'examen bactériologique aussi complet et aussi rigoureux que possible du pus retiré pendant l'opération, du pus des méninges, du sang pris aux sinus, du sang pris au cœur, du foie, de la rate et des reins montra la présence exclusive des pneumobacilles de Friedländer.

Effets thérapeutiques de la thyroïodine (Ueber Thyrojodine), par Hennig (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 13, p. 313). — L'auteur, qui n'a eu que des mécomptes avec les glandes thyroïdes en nature ou les tablettes, a essayé la thyroïodine à la dose de 0gr30 à 3 grammes par jour suivant les cas. Il a constaté l'efficacité tout à fait merveilleuse de cette substance dans l'obésité où il a obtenu des diminutions de poids de 1 à 5 kilogrammes par semaine, bien que pendant le traitement les malades n'aient suivi aucun régime alimentaire particulier.

Malgré cette perte considérable du poids, on n'observa chez ces malades aucune complication, pas d'albuminurie ni de glycosurie.

Dans le goître de la maladie de Basedow, les effets sont peu accusés. Le cou diminue un peu de volume, les malades se sentent mieux, mais dans aucun cas il ne peut être question de guérison, pas même d'amélioration notable.

La thyroïodine (Ueber das Thyrojodin), par E. Baumann (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 14, p. 309). — Il y a quelques mois, l'auteur est parvenu à isoler dans la glande thyroïde une combinaison organique d'iode, qu'il désigna sous le nom de thyroïodine, et à montrer que la plus grande partie de cette thyroïodine se trouvait dans la glande thyroïde sous forme de deux combinaisons d'iode, l'une avec de l'albumine, l'autre avec de la globuline. Les recherches cliniques faites par Raoss, Leichtenstern, Ewald, Treupel sur l'emploi de la thyroïodine dans le goître, le myxœdème, l'obésité, etc., ont montré que cette substance avait la même action et exposait aux mêmes accidents que la glande thyroïde en nature.

L'auteur a repris récemment ses recherches et est arrivé à établir plusieurs faits nouveaux relatifs à la thyroïodine.

Il a tout d'abord recherché les quantités de thyroïdine qu'on trouve dans les glandes thyroïdes des individus normaux ou goitreux, qui avant leur mort ou avant l'opération n'avaient pas été soumis à un traitement ioduré. Il a tout d'abord constaté que plus la glande thyroïde est volumineuse, moins elle renferme de thyroïodine. Ainsi sur 27 cadavres d'adultes, à Fribourg, qui tous avaient des glandes thyroïdes volumineuse — particularité propre au pays — la quantité moyenne de thyroïodine par glande thyroïde était de 2 milligrammes; chez 7, la thyroïodine n'a pu être dosée. Par contre, sur 27 cadavres d'adultes, à Hambourg, qui tous avaient des glandes thyroïdes petites, la quantité moyenne de thyroïodine par glande thyroïde était de 3 milligrammes 1/4; chez un seulement la quantité de thyroïodine n'a pu être dosée. La différence était encore plus grande entre les enfants de Fribourg et les enfants de Hambourg.

L'âge exerce une influence manifeste sur la proportion de thyroïodine. Les glandes thyroïdes les plus riches en cette substance s'observent entre 23 et 55 ans. Un autre facteur très important à ce point de vue sont les conditions locales : dans les pays où le goître est fréquent (Fribourg), les glandes thyroïdes sont pauvres en thyroïodine; cette substance se trouve par contre en proportion notable dans les pays où le goître est rare (Hambourg, Berlin).

La glande thyroïde est le réservoir de thyroïodine d'où elle passe dans les autres parties de l'organisme. Mais jusqu'à présent l'auteur n'est parvenu à montrer la présence de thyroïodine qua dans le thymus de veau. Il insiste particulièrement sur ce fait qui expliquerait les effets thérapeutiques du thymus dans le goître, constatés il y a quelque temps par Mikulicz.

Chez les animaux, on peut augmenter la proportion de thyroïodine de la glande thyroïde en les soumettant à une alimentation riche en iode ou en leur administrant de l'iodure de potassium. Chez les hommes qui avant la mort ou avant l'opération de goître, étaient soumis à un traitement ioduré, la glande thyroïde renfermait des quantités notables de thyroïodine. Cette réserve de thyroïodine se conserve pendant des semaines et des mois, ce qui semble indiquer qu'elle n'est utilisée par l'organisme qu'en très petite quantité.

Dans les goîtres la proportion de thyroïodine est très variable. D'une façon générale on n'en trouve que des traces; mais quelquefois on trouve des quantités de thyroïodine qui dépassent la normale.

Le mouton est l'animal dont la glande thyroïde est la plus riche en thyroïodine. La glande thyroïde du porc en renferme très peu.

CHIRURGIE

Le bouton de Murphy (Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung), par Graff (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 251). — Le travail de l'auteur s'appuie sur l'étude de 25 cas de gastro-entérostomie ou de résection intestinale opérés dans le service de Schede et dans lesquels la suture a été remplacée par le bouton de Murphy.

Ces 25 cas comprennent : 5 cas de gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore avec 5 guérisons; 8 cas de gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse avec 3 guérisons et 5 morts survenues du 1er au 4e jour après l'intervention; 6 résections de l'intestin cancéreux avec 3 guérisons et 3 morts dont deux 24 et 48 heures après l'intervention et une 4 semaines après l'opération par péritonite; 4 résections pour hernies gangrénées avec 2 guérisons et 2 morts dont une 2 heures après l'intervention et l'autre 4 jours après l'opération; 1 résection pour plaie de l'intestin qui a guéri.

En somme 11 cas de morts sur 25 opérations, résultat qui à première vue ne semble pas très brillant. Mais si l'on étudie chaque cas en particulier on constate que la mortalité élevée dans cette série est imputable à l'opération et nullement au bouton.

Ainsi sur les 5 morts des gastro-entérostomie pour cancer, on trouve : 1 cas de mort par péritonite dont l'origine n'a pu être élucidée, mais qui ne tenait sûrement pas au bouton ; 1 cas par hémorrhagie d'une branche de l'artère mésentérique ; 1 cas de mort par dégénérescence graisseuse du cœur ; 1 cas de mort chez une femme avec lésions très avancées et dont l'étendue n'a été appréciée qu'au cours de l'opération. Dans tous ces cas le bouton était en place et fonctionnait bien. Dans un cas pourtant on pouvait incriminer indirectement le bouton. Dans ce cas, le bouton trop gros obstruait le duodénum si bien que la bile refluait dans l'estomac. Le lendemain, pour parer aux inconvénients d'une distension considérable de l'estomac, on essaya d'évacuer le contenu intestinal. Mais aussitôt que la sonde pénétra dans l'estomac, le malade tomba foudroyé. A l'autopsie, on ne trouva pas l'explication de cette mort subite.

Sur les 5 cas de mort survenus après la résection de l'intestin, 4 fois la mort a été amenée par le collapsus, dans le 5e cas il s'agissait d'une péritonite par perforation survenue 4 semaines après l'intervention et qui s'était produite au niveau de l'abouchement. Le bouton fut retrouvé plus bas, dans le rectum, et ne pouvait par conséquent être incriminé.

Sur les 15 cas qui ont survécu, le bouton n'a été rendu que par 8 malades, 12 à 34 jours après l'intervention. Dans un cas le bouton a été trouvé plus tard, à l'autopsie, dans l'estomac ; dans un autre, dans le rectum.

Au point de vue technique, l'auteur insiste sur l'utilité d'une suture séro-séreuse par-dessus le bouton placé, laquelle suture a été faite dans tous ces cas.

MÉDECINE PRATIQUE

Rhumatisme noueux ou polyarthrite déformante progressive.

On sait combien est rebelle à la plupart des médications internes cette maladie, qui frappe souvent des sujets adultes ou même assez jeunes, débute brusquement par une ou plusieurs poussées aiguës, se développe de bas en haut en affectant symétriquement les articulations des membres puis du tronc et ne détermine presque jamais de lésions viscérales. Sa pathogénie reste obscure. Il est probable quelle est due à une infection qui se localise rapidement sur le système nerveux.

La médication interne qui convient au rhumatisme aigu ou à la goutte (salicylate de soude, préparations de colchique, alcalins à haute dose, etc.) échoue presque constamment dans cette maladie. Parmi les médicaments internes qui donnent parfois de bons résultats on ne peut guère citer que l'iode et les iodures associés aux préparations arsenicales.

On peut commencer la médication par l'iodure à petites doses ou par la teinture d'iode.

On fera prendre, au milieu de chacun des deux principaux repas, dans un verre à bordeaux de vin du Midi, ou d'eau sucrée, ou de sirop d'écorces d'oranges amères étendu d'eau, 4, puis 5 et jusqu'à 10 gouttes de teinture d'iode ou bien une cuillerée à café de la solution suivante :

Iodure de potassium	} ãã 2 gr.
Iodure de sodium	}
Eau distillée	120 gr.

Après 15 jours on cessera cette médication pour faire prendre, au milieu de chaque repas, dans une cuillerée à soupe de *sirop iodotannique* une cuillerée à café de la solution suivante :

Arséniate de soude	0gr05
Eau distillée	120 gr.

L'arséniate de soude pourra, le mois suivant, être remplacé par la *liqueur de Fowler* prise à doses progressivement croissantes et décroissantes en commençant par 3 gouttes à chaque repas et en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à 6 gouttes par repas puis en diminuant d'une goutte par jour pour revenir à la dose primitive.

On continuera plusieurs mois de suite en alternant la médication arsenicale avec la médication iodurée.

Si, comme il arrive fréquemment chez les arthritiques, l'iodure était mal supporté, on faciliterait sa tolérance en lui associant l'arsenic et de très faibles proportions de belladone suivant la formule suivante :

Iodure de potassium	4 gr.
Arséniate de soude	0gr02
Sulfate neutre d'atropine	0gr001
Eau distillée	120 gr.

Une cuillerée *à café* à prendre au milieu de chacun des deux principaux repas dans un demi-verre à boire d'eau de Vichy (Hauterive).

A cette médication interne il conviendra toujours d'associer une médication externe dirigée en vue de rendre leur mobilité aux articulations menacées d'ankylose. Le danger principal des malades atteints de rhumatisme déformant est, en effet, l'immobilisation des membres. Il faut donc frictionner ceux-ci à l'aide d'un liniment excitant; et, comme les frictions doivent être renouvelées tous les jours, il faut agir avec prudence pour éviter les excoriations et les infections cutanées. Nous nous servons d'ordinaire de *vinaigre au thymol* ou bien d'*eau de Cologne* additionnée d'une très petite quantité d'*alcool naphtolé*, ou encore du liniment suivant :

Ammoniaque liquide	50 gr.
Alcoolé de Fioraventi	} ãã 100 gr.
Alcoolé de lavande	}

Après les frictions on peut faire de légers massages mais il conviendra d'éviter les massages articulaires et surtout les mouvements trop actifs imprimés aux articulations malades.

Les divers modes d'électrisation nous ont paru à peu près inefficaces. Les courants continus longuement prolongés n'ont guère d'influence sur les atrophies musculaires consécutives aux arthrites de ce genre.

Les bains alcalins et salés, très chauds, très prolongés donnent parfois des résultats avantageux, de même que les traitements hydrominéraux à Aix-la-Chapelle, à Dax, à Saint-Amand, à Ragaz, à Bourbonne-les-Bains, à Bourbon-l'Archambault, etc.

Mais, dans les périodes torpides de la maladie, pour combattre les déformations articulaires et rendre aux membres ankylosés l'élasticité qu'ils ont perdue, les bains de boue et surtout les bains de sable chaud sont excellents.

Ceux-ci ont été très anciennement recommandés mais ils ne sont sérieusement administrés que depuis une quinzaine d'années dans les établissements de Dresde (Dr Flemming), de Kostritz près Leipsig (Dr Sturm), de Berlin (Dr Grawitz) et surtout de Lavey-les-Bains. Si, en effet, le Dr Grawitz a donné un moyen pratique de faire prendre, un peu partout, dans une baignoire, des bains de sable chauffé à 50°, le Dr Suchard (de Lavey) a eu le grand mérite de montrer dès l'année 1884 que les bains de sable, en exagérant les sécrétions cutanées, provoquent une sorte d'*hydrosudopathie* très avantageuse dans les cas

de rhumatisme noueux. Les bains de sable partiels sont plus efficaces que les bains généraux qui débilitent souvent en raison de la sudation exagéré qu'ils provoquent.

A Lavey où le sable, qui est très pur, d'origine granitique, dépourvu de cailloux, d'argile, de calcaire ou de débris organiques, est chauffé artificiellement de manière à atteindre dans toutes ses parties une température de 50° à 65°, les bains partiels réussissent surtout dans les sciatiques, les rhumatismes chroniques et la goutte. Ils parviennent cependant aussi à modifier très avantageusement les arthrites déformantes. Comme le fait remarquer d'ailleurs le Dr Suchard (1) l'action interne des eaux de Lavey n'est pas indifférente non plus. Mais l'efficacité du traitement local par les bains de boue et les bains de sable chaud doit être signalée aux médecins qui ont trop de tendance à regarder comme incurables les polyarthrites déformantes progressives.

L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Cantharidine, Cantharidates.

Définition. — La cantharidine est le principe actif de la *cantharis vesicatoria*.

Les cantharidates sont plutôt des mélanges que des combinaisons chimiques définies.

Le cantharidate de soude est un mélange d'une partie de cantharidine et de deux parties de soude caustique.

Le cantharidate de potasse est obtenu par l'association de deux parties de potasse caustique avec une partie de cantharidine.

Enfin le cantharidate de cocaïne est le produit de la réaction d'une partie de cantharidine avec deux parties de chlorhydrate de cocaïne et deux parties de soude caustique.

Solubilité. — La cantharidine est peu soluble dans l'eau et l'alcool, très soluble dans le chloroforme, les huiles grasses.

Les cantharidates sont solubles dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La cantharidine et les cantharidates sont des stimulant puissants mais **dangereux** et doivent par conséquent être maniés avec une grande prudence.

Préconisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire comme succédanés de la tuberculine par Liebreich, ils n'ont donné jusqu'ici, en clinique, que des résultats contradictoires. Si en effet la réaction paraît constante dans les tissus tuberculeux, en particulier au niveau des nodules lupiques qui se boursouflent et prennent un caractère et un aspect inflammatoires, il n'est pas prouvé qu'elle aboutisse même dans les cas les plus favorables, à la guérison (Isaac, Baginski, Köbner, Grabower). De plus l'action irritante de la cantharide sur les reins, se manifeste par de l'albuminurie souvent, persistante, et des troubles urinaires qui peuvent contre-indiquer ce traitement (Gutmann, Grabower, Meyer.) On n'aurait pas à redouter ces accidents en employant de très faibles doses (Hansemann, Pettorutti, Saalfeld, Liebreich). Disons néanmoins que chez les plus déterminés partisans de la cantharidine, il y a une tendance à l'employer, de plus en plus, par la voie stomacale, à l'exclusion de la voie hypodermique (Liebreich, Saalfeld, Freudenberg).

La cantharidine et les cantharidates ont encore été préconisés dans le traitement de la néphrite (Quinquaud, Laboulbène), de la cystite chronique rebelle (Freudenberg), de l'ozène, de la syphilis du nez et du larynx (Hennig).

En résumé la réaction produite par l'injection de cantharidine est remarquable par son intensité générale, et par son électivité sur les tissus tuberculeux. On est donc autorisé à l'employer avec prudence dans les cas de bacillose à évolution lente et apyrétique et spécialement contre les manifestations cutanées de la tuberculose (lupus), que l'on sait être si réfractaires à la plupart des tentatives thérapeutiques. On pourra encore y avoir recours, mais seulement après avoir épuisé toutes les autres ressources de la thérapeutique, dans les cas de laryngite ulcéreuse chronique, d'origine bacillaire avec une intégrité relative du reste de l'arbre respiratoire; dans la laryngo-pharyngite sèche (Kahn), et généralement dans la plupart des processus chroniques du nez, du pharynx, ou du larynx. Mais on devra en repousser l'usage dans la néphrite et toutes les fois qu'il y aura insuffisance rénale, l'action favorable de de la cantharidine dans ces cas ayant été contestée avec raison.

Enfin on devra surveiller avec soin les urines, pendant la durée de l'administration du médicament et en suspendre l'usage dès l'apparition de l'albuminurie.

Dose usuelle. — a) *Chez l'enfant :* inusité. b) *Chez l'adulte :* 1° *Cantharidine :* 1 dixième de milligramme. 2° *Cantharidate de cocaïne :* 1 à 5 dixièmes de milligramme. 3° *Cantharidate de potasse :* 1 à 2 dixièmes de milligramme. 4° *Cantharidate de soude*, jusqu'à 3 dixièmes de milligrammes.

Ces doses ne doivent être répétées qu'à des intervalles d'au moins 4 à 8 jours.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Cantharidine, cantharidate de potassse : très vive douleur locale persistant plusieurs heures. Cantharidate de soude : la brûlure est moins vive, mais encore très pénible. Cantharidate de cocaïne : mieux toléré que les deux précédents.

b) *Éloignés.* — De 2 à 6 heures après l'injection réaction fébrile, souvent intense : la température peut s'élever au-dessus de 40° avec une injection d'un seul dixième de milligramme de cantharidine. A ce moment, les parties ulcérées ou malades sont le siège d'une tuméfaction douloureuse et d'une exsudation séreuse qui peut durer plus ou moins longtemps. En même temps apparaît un ténesme vésical, d'une intensité variable, allant quelquefois jusqu'à l'anurie.

La cantharidine s'élimine par les muqueuses, et spécialement par les reins : l'urine contient de l'urobiline et de l'albumine en quantité variable : on peut même y trouver, dans certains cas, 4 à 6 heures après l'injection, des cylindres granuleux et des cellules épithéliales. Même dans quelques très rares faits, on a noté de l'hématurie.

En outre, la cantharidine favoriserait la phagocytose en augmentant temporairement le nombre des leucocytes, en même temps qu'elle renforcerait le pouvoir bactéricide des humeurs de l'organisme (Ferrand).

Disons enfin, d'après Liebreich, que chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, les crachats et le nombre des bacilles, après avoir notablement augmenté après l'injection, diminuent bientôt pour être remplacés par une expectoration claire dans laquelle on ne rencontre plus de bacilles. Ces résultats ont été contestés.

FORMULES

Cantharidine 0gr01
Huile d'olive stérilisée . . . 100 cent. cubes.
1 centimètre cube.

Cantharidate de cocaïne. . . 0gr01
Eau chloroformée saturée . . 10 cent. cubes.
1/2 à 1 centimètre cube.
(Hennig.)

Cantharidate de potasse. . . 0gr06
Eau stérilisée . . . . 100 cent. cubes.
1/2 à 2 centimètres cubes.
(Liebreich.)

Cantharidate de soude. . . . 0gr01
Eau stérilisée. . . . . . . 100 cent. cubes.
1 à 5 centimètres cubes.
(Liebreich, Kahn.)

G. Maurange.

1. Résumé de 101 observations de maladies traitées par les bains de sable à Lavey-les-Bains par le Dr Suchard. Paris, impr. P. Schmidt, 1896.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Pathogénie de l'appendicite

Communication faite à l'*Académie de médecine*

Par M. A. Poncet (de Lyon),

Correspondant national.

L'appendicite, aujourd'hui si fréquente et si aisément diagnostiquée, préoccupe, à juste titre, les médecins et les chirurgiens. Dans ces dix dernières années, la littérature chirurgicale s'est enrichie sur ce sujet d'un nombre considérable d'observations et de travaux importants.

En l'absence de signes cliniques permettant de préjuger, d'une façon à peu près certaine, le pronostic de cette maladie, on s'est efforcé de demander à l'anatomie pathologique des éléments d'appréciation susceptibles d'expliquer le mécanisme, la marche des lésions, alors que de leur pathogénie paraissaient découler des indications thérapeutiques.

La question n'est point aussi simple qu'on pourrait le croire, d'après de récentes communications. C'est avec des faits nombreux que l'on doit essayer de la résoudre.

Dans deux communications précédentes à l'Académie de médecine, la première sur l'*appendicite infectieuse aiguë avec péritonite généralisée sans gangrène et sans perforation de l'appendice* (1892); la deuxième sur la *résection à froid de l'appendice vermiculaire pour des appendicites à rechutes* (1894), j'ai envisagé une variété spéciale d'appendicites graves, et j'ai également insisté sur la nécessité de la résection appendiculaire comme seul traitement curatif de l'appendicite à répétition.

Je désire aujourd'hui me placer sur le terrain de la pathogénie, en interprétant 71 observations d'appendiculaires qui ont été opérés soit par mon collègue et ami le Dr Jaboulay, soit par moi.

Dans cette étude, j'utiliserai les 27 observations relatées dans un mémoire publié en 1892, sous notre nom, par la *Revue de chirurgie*.

Je ferai aussi des emprunts à plusieurs thèses soutenues récemment à la Faculté de médecine de Lyon, et dans lesquelles l'appendicite est étudiée à certains points de vue qui, dans l'espèce, nous intéressent.

Les 71 opérations pratiquées (Jaboulay, Poncet) se divisent en 2 catégories :

1° Les laparotomies iliaques avec résection et examen de l'appendice, soit que l'opération ait été faite dans le cours de manifestations aiguës de gangrène appendiculaire, soit qu'il se soit agi d'une résection à froid de l'appendice iléo-cæcal. — C'est cette catégorie d'observations que nous avons plus particulièrement en vue.

3 fois l'amputation de l'appendice a été pratiquée pour des appendicites infectieuses aiguës avec péritonite suppurée.

12 fois pour des appendicites chroniques à rechutes.

13 fois nous nous sommes trouvés en face d'une appendicite gangréneuse.

2° Dans une seconde série de faits, la laparotomie iliaque, quelquefois médiane, alors que l'incision sous-ombilicale avait paru préférable, n'a pas permis de voir et de reconnaître l'appendice, ou encore la résection de cet organe a été jugée dangereuse, et, de parti pris, il a été laissé en place. Ces interventions incomplètes, qui visaient des phlegmons intra ou extrapéritonéaux, sont les plus nombreuses; elles sont au nombre de 33.

L'examen des appendices enlevés nous a montré des lésions diverses, depuis la gangrène totale avec amputation spontanée de l'appendice, avec larges perforations, jusqu'au simple épaississement inflammatoire des parois appendiculaires (appendicite pariétale aiguë, subaiguë, chronique).

Dans les 13 cas de sphacèle plus ou moins étendu, 8 fois on constatait une ou plusieurs scybales (pas au delà de 3) situées à des hauteurs variables; 2 fois le calcul n'était pas de nature stercorale : il s'agissait d'une véritable pierre appendiculaire. Chez 3 malades, il n'existait ni corps étranger, ni déformation appréciable de l'appendice; mais nous tenons à faire remarquer immédiatement que, par suite de la nature et des caractères destructifs des lésions, ces observations ne peuvent guère nous renseigner sur la pathogénie de l'affection.

Aussi les laisserons-nous de côté pour ne tenir compte que des cas dans lesquels l'organe malade a été enlevé et examiné avec soin.

Ces examens portent sur 15 appendices amputés : 12 fois à froid (appendicite à rechutes), 3 fois à une date rapprochée des accidents aigus (appendicite infectieuse aiguë).

6 fois l'appendice présentait comme déformation un ou plusieurs rétrécissements, lui donnant, dans le 1er cas, une forme en battant de cloche, dans d'autres cas, en bissac, en chapelet, etc. Ces lésions existaient seules, sans calculs (tout au moins les fèces que l'on y rencontrait ne pouvaient jouer le rôle de bouchon), elles s'accompagnaient parfois d'une coudure plus ou moins marquée de l'appendice. Enfin, fait sur lequel nous appelons spécialement l'attention, 5 fois l'appendice était *rectiligne, sans déformation d'aucun genre. Il était indemne de toute*

flexion, de tout rétrécissement; il communiquait à plein canal avec le cæcum, et l'on ne trouvait dans sa cavité aucun corps étranger (1).

On avait affaire cependant, dans ces cas, soit à des appendicites graves avec péritonite suppurée, soit à des appendicites à rechutes.

De cet ensemble d'examens anatomiques, il résulte nettement que la pathogénie de l'appendicite, quelle qu'en soit la forme, n'en est pas une, et, entre parenthèse, que la *théorie du vase clos*, si brillamment défendue par M. le professeur Dieulafoy, est loin de répondre à la réalité des observations. L'occlusion temporaire ou permanente de l'appendice iléo-cæcal ne saurait être considérée comme la condition *sine qua non* de la colique et du phlegmon appendiculaire. Dans son traité de l'appendicite, M. Talamon avait, du reste, antérieurement, fait jouer au calcul et à l'obstruction de l'appendice, quelle qu'en soit la cause, un rôle mécanique des plus importants. Aujourd'hui, sans méconnaître le rôle occasionnel produit sur les parois de l'appendice par un corps étranger, sans dénier une action de même ordre à des déformations congénitales ou acquises de ce conduit, il faut bien reconnaître que ces causes n'ont qu'une importance secondaire, comme beaucoup d'autres, du reste, mises en avant : constipation, traumatismes, surmenage, etc., dont on ne saurait méconnaître l'influence.

Déjà, M. Talamon, dans son excellent traité, faisait jouer un rôle capital aux agents pathogènes normalement contenus dans la cavité appendiculaire, et la virulence exaltée provoquait des lésions plus ou moins graves. Il accordait, toutefois, croyons-nous, une action mécanique trop efficace aux agents d'obstruction de l'appendice, ainsi que l'a bien montré le professeur Roux, de Lausanne, dans ses recherches expérimentales communiquées au Congrès de chirurgie tenu à Lyon en 1894. Après avoir, sur le porc, confectionné aux dépens du cæcum un véritable appendice, ce chirurgien avait noté la tolérance de ce dernier, pour des corps étrangers de toute espèce qu'il avait introduits dans le canal appendiculaire. Malgré la ligature des vaisseaux nourriciers de cette portion de l'intestin, il n'avait pu provoquer de gangrène, ni d'appendicite. Nous sommes donc en droit de conclure avec lui, qu'une autre cause préside au développement de l'appendicite que l'occlusion plus ou moins complète de la cavité appendiculaire. *Cette cause est l'infection.* L'infection relève, avant tout, du terrain qui lui donne naissance, elle est le *primum movens* des lésions qui, là comme ailleurs, peuvent, suivant le sujet, parcourir toute la gamme de la virulence, depuis le simple épaississement inflammatoire (infection atténuée), appendicite catarrhale, pariétale simple), jusqu'au sphacèle rapide.

Nous ne méconnaissons pas le rôle mécanique joué par un corps étranger, un rétrécissement, une déformation de l'appendice dans le développement des accidents; mais ce ne sont là que des causes adjuvantes, et nous pensons, avec M. le professeur Laveran, que les rétrécissements constatés sur les appendices enflammés sont, la plupart du temps, le résultat et non la cause de l'appendicite plus ou moins ancienne.

Un autre argument contre la théorie de l'occlusion et le rôle des scybales ou calculs contenus dans l'appendice, nous est fourni par les recherches d'un de mes élèves, le Dr Lafforgue, consignées dans sa thèse (*Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire*, Lyon, 1893). Cet auteur a montré, en effet, que dans 100 appendices examinés à l'amphithéâtre, on trouvait le plus souvent des fèces dans la cavité, 88 p. 100, soit mêlées à du mucus 48 p. p. 100, soit seules 40 p. 100. Ces matières étaient en quantité et de consistance variables, parfois très fluides, tandis que, dans d'autres cas, elles avaient presque la dureté de concrétions stercorales. Dans ce même travail, il a rapporté plusieurs observations d'appendices kystiques, d'appendices transformés en kystes muqueux par rétention, à la suite d'obstructions, de rétrécissements; enfin, il a signalé l'oblitération totale et définitive de l'appendice, constatée à l'amphithéâtre chez des sujets qui n'avaient pas eu de symptômes appendiculaires, et chez lesquels l'autopsie ne révélait pas de lésions péri-appendiculaires. La conclusion qui s'impose, c'est que, chez des sujets sains, l'appendice a souvent sa cavité plus ou moins obstruée par des corps mous ou solides, et qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer des appendices absolument clos du côté du cæcum et pourtant non enflammés. Quoi d'étonnant dès lors que chez les opérés d'appendicite on trouve soit un calcul, soit une ou plusieurs oblitérations fibrineuses. A-t-on le droit d'en déduire d'abord que ces individus étaient atteints de lithiase appendiculaire et ensuite que l'oblitération est le premier stade nécessaire de l'inflammation?

Un appendice à cavité close est donc loin d'être fatalement voué à l'inflammation. En résumé, à l'heure actuelle, nous ne devons affirmer qu'une chose, c'est que la seule cause nettement démontrée d'appendicite est l'infection. C'est elle qui, suivant sa gravité, donne à la maladie ses caractères divers, et jusqu'à présent l'idée la plus nette que nous puissions formuler de l'appendicite se trouve dans sa comparaison avec d'autres lésions infectieuses dont l'étiologie, en dehors de l'agent pathogène, nous échappe, la plupart du temps, malgré l'existence de causes occasionnelles non douteuses. Les chirurgiens anglais ou américains, Roux à leur suite (Congrès de chirurgie, 1895) ont assimilé l'appendicite à l'amygdalite et, jusqu'à présent, il semble bien que les deux processus présentent entre eux de grandes analogies, justifiées en outre par des ressemblances anatomiques.

Quant à l'hérédité de l'appendicite, appendicite familiale que l'on voudrait expliquer par la transmission de certains vices de conformation portant sur le calibre, sur l'existence hypothétique de telle ou telle valvule, sur sa situation, etc., il nous paraît plus simple de ne voir là qu'une question de terrain transmis également par l'hérédité. L'appendicite serait héréditaire au même titre que la pneumonie, la fièvre typhoïde, les amygdalites, etc., qui font parfois aussi partie du lot familial transmis par les parents à leurs enfants.

Le mécanisme de la colique appendiculaire et de l'appendicite à rechutes reconnaît encore la même interprétation pathologique. On ne saurait la plupart du temps invoquer, comme l'a fait avec beaucoup de talent M. Talamon, la pénétration de calculs du cæcum dans l'appendice, leur séjour dans sa cavité, leur émigration en dehors d'elle, etc., par la raison fort simple qu'ils prennent naissance dans l'appendice et que leur existence a été maintes fois constatée dans ce conduit, sans qu'ils aient provoqué le moindre accident. Quant à la lithiase appendiculaire, elle ne saurait, non plus, entrer en ligne de compte dans la genèse des accidents. La douleur vive du

1. Ces 71 observations se répartissent ainsi comme mortalité : 12 résections à froid, 12 guérisons; 3 résections pour appendicite infectieuse aiguë avec péritonite suppurée, 2 morts, 1 guérison; 13 opérations pour appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée, 13 morts; 33 incisions pour phlegmons intra ou extra-péritonéaux, 27 guérisons, 6 morts. — Les morts ne doivent être attribuées qu'à la gravité de la maladie, gravité qui n'a pu être conjurée par une opération trop tardive.

début de l'appendicite, les rechutes de cette maladie ne sont que le retentissement sur la séreuse péritonéale des lésions inflammatoires de l'appendice. Dans le premier cas, on se trouve en face d'un processus infectieux plus ou moins aigu; dans le deuxième cas, c'est-à-dire d'appendicite à répétition, il s'agit d'un résidu pathologique, d'un foyer inflammatoire mal éteint que peuvent rallumer de temps à autre certaines causes occasionnelles bien connues.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1896.

Sur une forme de surdité centrale d'origine génitale.

M. Pierre Bonnier. — Chez 2 jeunes garçons de 9 à 13 ans présentant, l'un la monorchidie et l'autre une ectopie inguinale, et chez une jeune fille de 22 ans qui se livrait à une masturbation effrénée, j'ai constaté, sans aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie, une surdité centrale intermittente consistant en une véritable *absence auditive graduelle et variable* avec intégrité organique et fonctionnelle absolue de l'appareil auditif périphérique.

Chez ces 3 sujets, le trouble auditif central était identique. Au premier abord le sujet était totalement sourd, puis, son attention s'éveillant pendant les pratiques de l'examen, il répondait de mieux en mieux, et, en fixant et maintenant son attention, il arrivait à une audition parfaite, qui disparaissait graduellement dès qu'on cessait d'y faire appel. Le trouble était bilatéral et les variations parallèles dans les 2 organes. L'attention auditive seule était atteinte. A part une notable diminution de la mémoire chez la jeune fille, les 3 malades avaient le caractère normal et même assez ouvert. Aucune faculté ne semblait atteinte.

Sans chercher à déterminer le mécanisme du trouble signalé on peut lui attribuer une origine génitale parce que je ne l'ai jamais observé dans cette forme que dans ces 3 cas et que dans tous les 3 il y avait coïncidence de troubles génitaux de nature diverse, sans aucun autre trouble cliniquement défini dans les autres appareils.

Aphonie d'origine olfactive.

M. Joal a déjà cherché à établir qu'il existait une étroite relation de cause à effet entre certaines sensations olfactives et certains troubles vocaux. Il a montré que les altérations pouvaient porter sur les différentes parties de l'instrument humain, et entraîner des modifications du côté : 1° de l'élément résonnant; 2° de l'élément vibrant; 3° de l'élément moteur.

De plus, l'auteur avait réuni 10 cas d'aphonie, cités par les auteurs ou recueillis par lui-même sous l'influence des odeurs et des parfums, mais dans un seul fait l'examen laryngoscopique avait été pratiqué, et avait révélé que la perte de la voix était liée à des troubles congestifs du larynx; dans un autre cas il s'agissait probablement d'un spasme phonétique.

Aujourd'hui M. Joal rapporte l'observation d'un jeune homme qui fut pris de paralysie bilatérale des muscles adducteurs, indépendante de tout phénomène hyperémique du larynx, après avoir été soumis à l'action de l'essence de menthe, répandue autour de son lit, pendant le sommeil.

L'irritation des appareils terminaux du nerf olfactif a provoqué son influence réflexe, la turgescence du tissu érectile du nez et l'excitation des filets du trijumeau d'où un réflexe secondaire qui a abouti à l'akinésie des muscles constricteurs du larynx.

L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son action hémostatique.

M. Georges Gellé. — Des expériences faites au laboratoire de M. Laborde, à la Faculté, il conclut que l'eau oxygénée à 12 volumes produit par sa seule action l'hémostase rapide et définitive d'une hémorrhagie capillaire. Le mécanisme de l'hémostase paraît être une vaso-constriction énergique.

Dans les épistaxis traumatiques, chirurgicales, diathésiques ou idiopathiques, on introduira dans la narine un tampon de ouate hydrophile largement imbibé d'eau oxygénée; on le poussera sans trop le presser et en faisant plutôt porter en arrière la tête du patient. Pour l'introduction, on se servira d'une pince de Lubet, qui permet d'introduire un long tampon sans l'essorer par trop. Il suffit le plus souvent de l'introduction de 2 à 3 tampons pour arrêter l'hémorrhagie. S'il y avait lieu de pratiquer le tamponnement, on pourrait le faire en imbibant les tampons d'eau oxygénée et même en injectant dans la narine quelques centimètres cubes une fois le tampon postérieur fixé. On aurait ainsi un tamponnement idéal, hémostatique et antiseptique.

Dans l'oreille l'eau oxygénée est un merveilleux agent qui a réussi souvent à nettoyer presque extemporanément un conduit tapissé de pus concret. L'effervescence produite fait un véritable brassage et nettoie aisément. Jamais il n'y a eu d'accident même après pénétration dans la caisse. Au cours des interventions de chirurgie auriculaire, après une paracentèse, l'eau oxygénée a permis de rendre exsangue rapidement le champ opératoire.

M. Egger insiste à son tour non seulement sur l'innocuité et l'efficacité de l'eau oxygénée, mais encore sur sa stabilité.

M. Helme emploie fréquemment l'acide chromique pour cautériser le fond de la caisse, ou pour perforer le tympan. L'inconvénient de cet agent est qu'il est bien difficile d'en limiter l'action. Or, d'après Hélot, l'eau oxygénée décompose instantanément l'acide chromique et le rend ainsi beaucoup plus maniable. Lorsqu'on a fait un attouchement à l'acide chromique il suffit de faire par-dessus un second attouchement à l'eau oxygénée pour voir cesser immédiatement l'action du premier agent.

On peut encore se servir de l'eau oxygénée pour enlever les bouchons épidermiques de l'oreille dans les vieilles otorrhées ou pour nettoyer le nez.

Un cas de fistule œsophago-trachéale.

M. Garel. — Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un phlegmon siégeant vers le point d'union de la partie postéro-supérieure de la trachée, eut une fistule œsophago-trachéale. Ce qu'il y a lieu de noter à propos de cette observation, c'est que, malgré la pénétration fréquente des liquides dans la trachée, il ne se produisit jamais d'infection de l'appareil respiratoire. Cette malade put survivre à sa lésion car l'alimentation solide se faisait bien. Les aliments liquides produisaient du spasme, néanmoins une certaine quantité pouvait pénétrer dans le tube digestif. Le traitement fut pour ainsi dire nul; on ne put songer en effet à faire le tubage de l'œsophage au moyen des tubes de Symonds, car les liquides se seraient introduits entre le tube et la paroi œsophagienne. Quel a été le point de départ de l'abcès? Cela est bien difficile à dire. Était-ce la forme phlegmoneuse de Ziemssen et Zenker, caractérisée par une infiltration purulente sous-muqueuse, analogue à la gastrite phlegmoneuse, ou bien un abcès ayant son point de départ dans les ganglions du voisinage? On ne peut se livrer sur ce point qu'à des hypothèses plus ou moins contestables.

Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive.

M. Mounier présente 3 observations où la syphilis héréditaire tardive, ayant donné lieu à la production d'une gomme unique de la paroi pharyngienne supérieure, a été la cause longtemps méconnue des douleurs à la déglutition ressenties par les malades. Il en tire les conclusions suivantes :

1° Il existe des manifestations de la syphilis héréditaire tardive du pharynx qui peuvent être méconnues; 2° l'accident, dans

ce cas, se montre sous la forme de gomme unique de la paroi supérieure du pharynx sans irritation appréciable des piliers ou du voile; 3° cette gomme, en s'ulcérant, détermine de vives douleurs à la déglutition et dans tous les mouvements du voile du palais; 4° la rhinoscopie postérieure peut seule établir le diagnostic, le simple examen à l'abaisse-langue ne laissant pas voir l'ulcération.

Kystes suppurés du nez.

M. Joncheray. — Il s'agit d'une femme de 30 ans. Nez obstrué depuis 2 à 3 mois. Perte de l'appétit et du sommeil depuis 8 jours; fièvre; état presque typhique; gonflement de toute la partie gauche de la face, voix nasonnée, respiration buccale; pus épais, crémeux, qui s'écoule de la narine gauche. A l'examen antérieur, du pus remplissait la narine; curettage, prudent d'abord, qui enlève des masses crétacées, formant, mais incomplètement, plusieurs loges friables, de la grosseur moyenne d'une noisette, au niveau des cornets inférieur et moyen; puis, des grains pareils à du sébum concrété; le tout baignant dans du pus. A peine quelques gouttes de sang, si ce n'est à la fin du nettoyage, quand la narine débarrassée apparut perméable, presque normale, mais avec une muqueuse rouge, bourgeonnante et un peu hypertrophiée surtout au niveau du cornet moyen. Pas de lavage, mais attouchements au chlorure de zinc à 1/20, puis vaseline boriquée en abondance et tamponnement. Dix jours après, la malade revint guérie, avec état général bien meilleur, narine gauche à muqueuse un peu hypertrophiée, mais pas de pus. En résumé : kystes multiples, suppurés, des cornet inférieur et moyen gauches, sans extension aux sinus voisins. Dégénérescence calcaire des parois et *apparence* sébacée de la partie du contenu kystique non encore liquéfiée par la purulence.

Pseudo-hypertrophie post-diphthérique des amygdales.

M. Lacoarret (de Toulouse). — L'hypertrophie des amygdales est habituellement d'origine inflammatoire. Ici il s'agit d'une pseudo-hypertrophie consécutive à l'infection diphthérique.

A la suite d'une angine diphthérique traitée par le sérum et guérie, on vit survenir chez un enfant de 4 ans, après la disparition complète des phénomènes inflammatoires et l'entrée en convalescence, une tuméfaction énorme des tonsilles. Un mois plus tard, les glandes d'une dureté ligneuse et d'une coloration blanchâtre se touchaient sur la ligne médiane, gênant la respiration et la déglutition. Pâleur des téguments, quelque peu de diarrhée, rate sensible, pas d'adénopathie généralisée. L'auteur, pensant qu'il s'agissait d'une angine lymphadénique de nature toxique, institua un traitement général par le quinquina, les diurétiques, le régime lacté. L'élimination du poison diphthérique amena la disparition des accidents, et les amygdales après cette atteinte s'atrophièrent presque complètement.

Mutité chez des entendants.

M. Lavrand (de Lille). — Le médecin est souvent consulté par des parents pour des enfants de 3, 4, 5 ans qui ne parlent pas mais qui entendent parfaitement. Quel pronostic porter et et quels conseils donner?

M. Lavrand étudie le mutisme ou aphémie chez des enfants *non sourds et comprenant ce qu'on leur dit*. Il appuie son travail sur 3 observations choisies entre beaucoup d'autres, car il élimine les idiots. Chez ses 3 malades, l'examen détaillé lui permet d'admettre que tout est normal, ouïe, vue, intelligence. Les centres sensoriels du langage sont intacts, les centres psychiques également. Il croit chez eux à l'existence des centres moteurs d'articulation et à leurs connexions avec les autres centres du langage; mais ces centres ne fonctionnaient pas. Sous l'influence d'une éducation spécialement dirigée, leur activité latente s'est réveillée à la fin et les enfants ont parlé.

Voilà le mécanisme du mutisme dans ces cas et son traitement curatif. Même quand il y a des lésions cérébrales, quand celles-ci sont arrêtées, qu'elles ne progressent plus, ce procédé peut encore rendre des services comme chez les aphasiques. Ceux-ci ont oublié le mécanisme moteur, nos muets ne l'ont jamais connu.

Vertige auriculaire et spasme du muscle tenseur.

M. Lacoarret (de Toulouse). — Il s'agit, dans le fait rapporté, d'un malade atteint depuis longtemps de catarrhe naso-pharyngien et d'otite moyenne adhésive qui se compliqua d'une rétraction et d'un spasme du tenseur du tympan. Ce spasme détermine au moment où il se produit un vertige et une sensation d'hébétude passagère et très rapide. L'état vertigineux n'est qu'intermittent. L'ancienneté des lésions qui durent depuis 8 mois sans retentissement sur le labyrinthe, et la fréquence des crises, qui surviennent toutes les 3 ou 4 minutes, sont tout à fait dignes de remarque. Le traitement médical fut entrepris inutilement. L'auteur se décida alors à pratiquer la plicotomie et la ténotomie du tenseur. Cette opération amena à la disparition des bourdonnements et des crises vertigineuses.

Erysipèles de la face à répétition. Pathogénie; traitement.

M. Lavrand. — 1° La plupart du temps les érysipèles spontanés de la face à répétition prennent naissance dans les narines ou les points lacrymaux.

2° Le point de pénétration des germes ou de reviviscence de ces derniers (demeurant à l'état latent dans les tissus) peut se trouver dans les fosses nasales, mais plutôt dans le tissu adénoïde plus ou moins hypertrophié du cavum pharyngé.

3° Le traitement préventif et par suite curatif des érysipèles à répétition de la face consiste à soigner les fosses nasales et le pharynx nasal, mais principalement à supprimer le tissu adénoïde du cavum, qu'il se présente sous forme de tumeurs adénoïdes ou seulement sous forme de granulations que le médecin devra aller dépister entre les trompes d'Eustache : on supprime ainsi une porte d'entrée et un terrain de culture trop favorable au streptocoque.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Congrès de 1896.

La vision binoculaire, sa perte et son rétablissement.

M. Ed. Meyer (de Paris). — La vision binoculaire est l'apanage des êtres qui possèdent un champ visuel commun aux deux yeux. Dans l'étendue de ce champ, leurs axes optiques se dirigent sur le point regardé ou en parallélisme ou en convergence. Pour apprécier la vision binoculaire, ses particularités, ses avantages, il est nécessaire de rappeler les résultats visuels qui peuvent être obtenus à l'aide d'un seul œil.

Toutes les fois que nous désirons voir nettement un point du monde extérieur, nous tournons l'œil de façon que l'image de ce point puisse se former sur le centre de la fovea. En même temps, sans se déplacer, l'œil reconnaît la distribution des points dans son champ de vision; la perception apprend dans quel ordre les points s'y succèdent soit par une connaissance innée de la distribution des points rétiniens sur la rétine, soit par connaissance acquise à l'aide des mouvements de l'œil. C'est encore par le mouvement que l'œil fournit au sensorium des renseignements utiles pour juger la grandeur et la distance des objets. Par l'exercice, nous arrivons à la comparaison de deux grandeurs dans le champ visuel, à l'appréciation de la grandeur par le contraste, à celle de la distance qui nous sépare des objets et de la distance qui sépare les objets les uns des autres.

Lorsque nous nous servons des deux yeux et qu'un point lumineux attire notre attention, nous y dirigeons le regard de façon que les axes optiques de nos deux yeux s'entrecroisent en ce point, de façon que l'image du point se fasse dans chaque œil sur l'endroit de la vision la plus distincte; en outre nous accommodons nos yeux sur le point que nous regardons. La vision

binoculaire élargit considérablement le champ du regard dans lequel la vision peut s'exercer et fournit les éléments essentiels à la perception immédiate et précise de la dimension de profondeur, à la vision corporelle. Pour que les images se fassent toujours sur des points identiques des deux rétines, il existe une dépendance absolue des deux yeux l'un vis-à-vis de l'autre dans leurs mouvements et une harmonie constante de leurs associations.

Mais la fonction la plus importante de la vision binoculaire, c'est la perception de la troisième dimension, la dimension de profondeur, l'appréciation et la mensuration du relief, la vision corporelle. C'est le mouvement de convergence qui fournit l'élément le plus précieux à notre jugement sur la dimension de profondeur de points situés dans des plans différents. Nous nous procurons surtout la notion de la dimension de profondeur et la vision corporelle par la comparaison des images perspectives que présente un objet lorsqu'on le regarde sous des points de vue différents.

La perte de la vision binoculaire peut se manifester par l'apparition de la diplopie; dans les autres cas, pour la mettre en évidence, on se sert de moyens très différents.

Les causes qui portent atteinte à l'exercice normal de la vision binoculaire sont de deux ordres : les altérations des fonctions visuelles et les troubles de la motilité.

Altérations des fonctions visuelles. 1° Le rétrécissement du champ visuel est un obstacle sinon à l'exercice, du moins à l'emploi de la vision binoculaire; 2° l'abolition plus ou moins complète d'un œil. Il faut cependant remarquer que, suivant les expériences de Van der Meulen, il faut une anisométropie très forte (13 D.) pour détruire la vision binoculaire; et Schweigger a démontré que l'acuité visuelle peut descendre jusqu'à 1/50 sans détruire tout à fait la vision binoculaire. En outre, celle-ci peut être troublée et détruite lorsqu'on veut corriger complètement l'amétropie de chaque œil, quand même cette correction procure la plus grande acuité visuelle. Il est important par conséquent de se rendre compte, dans tous les cas, si les lunettes choisies conservent au malade sa vision binoculaire.

Troubles de la motilité. C'est la cause réelle de la perte de la vision binoculaire. L'affaiblissement d'un muscle oculo-moteur, la paralysie, la contracture d'un antagoniste, l'affaiblissement ou l'énergie exagérée de la convergence détruisent la vision binoculaire et produisent ou non la diplopie. Mais pourquoi la déviation d'un œil pourvu d'une vision suffisante ne s'accompagne-t-elle pas toujours de diplopie? On a admis pour expliquer ce fait que, lorsque l'image d'un point se forme sur le centre de la fovea d'un œil, quel que soit l'endroit de l'autre rétine qui reçoive l'image du même point, le sensorium le localise toujours à son point d'origine dans le champ de vision. Il est vraisemblable aussi que l'habitude de la fixation binoculaire ne s'est pas développée ou a été abandonnée, oubliée : or sans fixation binoculaire, pas de diplopie possible. Mais dans bien des cas, la diplopie existe et on peut la révéler à l'aide d'un verre rouge; il faudrait alors admettre une autre fovea.

On admet généralement que l'attention tout entière, se portant sur le champ de vision de l'œil normalement dirigé, néglige celui de l'autre d'autant plus volontiers qu'il est plutôt nuisible qu'utile à la vision distincte des objets regardés.

On explique plus difficilement les cas de strabisme périodique où la vision binoculaire manque, non seulement lorsqu'un des yeux est dévié, mais encore lorsque les deux yeux sont en *fixation* exacte. Il est probable cependant que, quelle que soit la position des yeux, il n'y a pas de fixation binoculaire, malgré l'apparence du contraire. Quant aux cas « d'antipathies contre la vision simple » de De Graefe, ce serait pour moi une éducation défectueuse du sensorium qui s'est habitué à tirer parti de l'action d'un seul œil.

L'œil dévié possède généralement une acuité inférieure à celle de l'autre œil. Que l'amblyopie soit la cause du strabisme comme le veut Schweigger, ou qu'elle en soit la conséquence, il n'en est pas moins vrai que les yeux déviés perdent progressivement de leur acuité quand on les néglige, et peuvent gagner beaucoup par des exercices convenables.

A ces causes de perte de la vision binoculaire, il faut en ajouter une autre qui me paraît indéniable : c'est la cause psychique; la vision binoculaire étant un travail cérébral, un jugement de notre sensorium basé sur des renseignements venant par les voies nerveuses, il est évident que l'état défectueux des centres doit entraîner la perte de la vision binoculaire (hydrocéphalie, idiotie, paralysie générale).

Pour les amétropies, l'indication est formelle; il faut les corriger par des verres appropriés : l'indication se pose chez les hypermétropes à un âge peu avancé, dès que l'enfant se trouve dans la nécessité de fixer; cela est rare pour les enfants myopes qui convergent trop pour travailler, et donnent une position vicieuse au corps et à la tête.

Il devient souvent utile de combiner les verres sphériques aux verres prismatiques. On peut également chez les hypermétropes employer l'atropine pour faire cesser les efforts d'accommodation. On peut aussi empêcher la neutralisation d'un côté par l'occlusion de l'œil qui sert habituellement à la vision, à l'aide de la lanchette ou coquille non percée. Enfin les exercices stéréoscopiques serviront à l'établissement et à la consolidation définitive de la vision binoculaire normale. Pour les cas où l'acuité visuelle n'est pas au-dessous de 1/12, et où l'on peut avec un verre à réfraction verticale produire la diplopie, on doit essayer la lecture à travers une loupe, et diminuer à mesure la puissance de celle-ci.

1° Déviations paralytiques :

Lorsque malgré le traitement propre à la paralysie, la déviation reste stationnaire, et la diplopie est gênante, il faut avoir recours aux courants électriques. Michel a conseillé un traitement orthopédique qui consiste à produire des mouvements passifs du muscle paralysé.

Un bon moyen consiste à se servir de la diplopie pour exciter les contractions du muscle affaibli à l'aide de prismes. Enfin, dans les cas où tous les moyens en question auront échoué, on interviendra chirurgicalement.

2° Déviations non paralytiques :

Pour les enfants hypermétropes, correction hâtive de l'amétropie; pour les enfants à convergence faible et tendance à la myopie, fortifier la convergence, ordonner une bonne position pour le travail, des verres sphériques et au besoin des prismes qui corrigent les convergences, un bon éclairage.

Pour les strabismes permanents, on ne peut espérer de reconstituer la vision binoculaire si l'œil dévié persiste, après l'occlusion de l'autre, dans sa position. Dans tous les cas, l'orthopédie opératoire est nécessaire; elle doit être complétée par les exercices stéréoscopiques avec les cartons de M. Javal.

M. Landolt (de Paris). — Je suis en parfaite communion d'idées avec le rapporteur, si ce n'est toutefois au point de vue des avantages de la vision binoculaire; dans le traitement des déviations strabiques, ce que je recherche avant tout c'est le résultat esthétique. La disposition à la vision binoculaire est innée. Elle ne se développe pas si les deux yeux sont anisométropes et si l'appareil moteur ne se développe pas simultanément. La première indication est donc de relever l'acuité dans l'œil le moins bon, puis de soumettre le malade à des exercices orthopédiques. Après l'intervention chirurgicale, lorsque celle-ci est nécessaire, la vision binoculaire peut revenir spontanément, mais il est plus sûr d'instituer des exercices stéréoscopiques.

M. Masselon (de Paris). — Pour ce qui concerne la question : l'amblyopie est-elle la cause ou la conséquence du strabisme? M. Masselon ayant eu l'occasion d'examiner, dans les écoles communales de Paris, un grand nombre d'enfants tout au début du strabisme, a été frappé de la vision relativement bonne qu'ils présentaient à cette période et en conclut que, dans la grande majorité des cas, l'amblyopie est la conséquence du strabisme.

Relativement à la vision binoculaire dans la paralysie musculaire. M. Meyer dit dans son intéressant rapport que, dans les cas de paralysie complète d'un muscle, il existe « une diplopie dans toute la partie du champ du regard où l'action du muscle atteint fait défaut, le point de fixation compris, tout en étant conservé dans le reste du champ du regard ». En réalité, la diplopie est bien plus étendue dans ces cas, et elle empiète très loin dans le sens de l'action du muscle sain, et cela dès le début, c'est-à-dire à une période où il ne peut être question de contracture de l'antagoniste. Ce fait, déjà déduit par M. Landolt d'une très ingénieuse étude sur le champ du regard, pourrait être prévu en considérant qu'un muscle paralysé perd sa tonicité et

que l'œil tend toujours à être entraîné à l'excès du côté du muscle sain.

M. Antonelli. — Parmi les causes de perte de la vision binoculaire, il est important de signaler la *dissymétrie du crâne et de la face*, chez les enfants; en effet, ce vice de conformation se trouve en rapport, à la fois, avec les deux grands groupes de causes qui compromettent la vision binoculaire simple, c'est-à-dire les altérations de la fonction visuelle et les troubles de motilité. Le défaut de développement d'une moitié de la tête est presque toujours associé à la déformation de la coque oculaire correspondante. A l'aide de l'ophthalmomètre Javal, j'ai reconnu que, presque toujours, l'œil qui appartient à la moitié de la tête moins développée, se trouve plus bas, et plus enfoncé dans l'orbite, par rapport à son congénère, et il est aussi atteint d'astigmie, plus ou moins forte, avec acuité défectueuse.

L'intérêt de la vision simple binoculaire pourrait bien amener l'appareil moteur des yeux à compenser leur *dénivellation*, pour nous servir d'un mot générique; mais, l'action simultanée de l'anisométropie rend presque inévitable le strabisme chez les enfants à dissymétrie crânienne prononcée.

M. Dianoux (de Nantes.) — MM. Landolt et Masselon ayant exprimé une partie des idées que je voulais soumettre à l'assemblée, ma tâche se trouve singulièrement allégée. Je me bornerai à deux observations, je signalerai d'abord une lacune dans l'énumération des causes de perte de la vision binoculaire : c'est l'influence de l'occlusion d'un œil chez les jeunes enfants, même lorsqu'elle n'est pas très prolongée. J'ai vu survenir un strabisme convergent dans plusieurs cas où l'occlusion d'un œil avait été nécessitée par une kératite, mais j'ai vu aussi des cas où la cornée était hors de cause : ainsi, dans un abcès de l'angle interne, le strabisme consécutif, qui n'a jamais guéri, ne pouvait être attribué à la diminution de l'acuité visuelle d'un œil. Il ne faut voir là qu'une facilité regrettable à abandonner une habitude. Si l'occlusion est indispensable, il est prudent de mettre le bandeau sur les deux yeux.

Je ne puis que confirmer l'opinion de Javal, que le stéréoscope permet seul la restitution de la vision binoculaire après, et peut-être devrais-je dire surtout, après la ténotomie. Je me sers donc particulièrement du stéréoscope à charnière avec lequel il m'a paru plus facile qu'avec le verre rouge lui-même de provoquer la diplopie et ultérieurement la fusion.

La simplicité du mécanisme se prête merveilleusement à l'emploi de l'instrument. Il est facile à mettre en main et le strabique peut constater à tout moment si ses yeux sont en forme.

Le stéréoscope de Brewster et l'appareil si ingénieux de Javal sont des moyens de perfectionnement; mais ils exigent une intelligence et une persévérance rares à rencontrer. Il faut que le médecin arrive à donner la foi à son client; dès lors le succès est assuré. La récupération de la vision binoculaire est une question de volonté.

M. Vacher (d'Orléans). — L'anisométropie ne cause pas la perte de la vision binoculaire, mais bien la correction complète de cette anisométropie.

M. Martin. — Rien n'est plus difficile que de rétablir la vision binoculaire, mais il est difficile aussi de provoquer la perte de la vision binoculaire, lorsqu'elle existe.

Pour faire supporter des verres entièrement correcteurs, il faut employer des verres de plus en plus forts en augmentant d'une demie ou d'une dioptrie. Meyer conseille pour l'amélioration de l'amblyopie strabique l'emploi des verres grossissants, je crois qu'il y a utilité à leur combiner des verres cylindriques, lorsqu'il existe de l'astigmatisme, ce qui est fréquent.

M. Ostwalt. — La mauvaise position, l'inclinaison de la tête chez les enfants, peut contribuer au vice de développement de la vision binoculaire. M. Meyer conseille d'empêcher l'inclinaison du corps par un lien fixe sur le dossier de la chaise. Je vous présente un petit appareil construit par un instituteur, M. Müller, et qui est constitué par une monture de lunettes avec un volet en celluloïde qui dans la position droite se tient horizontalement, tandis que l'inclinaison de la tête a pour effet de lui faire prendre une position verticale qui s'oppose à la vision et force ainsi le sujet à garder une position.

M. Parinaud. — Nous ne sommes pas en état de déduire le fonctionnement de l'appareil visuel de nos connaissances anatomiques et nous ne le serons pas de longtemps. A quelles sources devons-nous donc puiser pour pénétrer le mécanisme de la vision binoculaire? Il y en a deux : l'expérimentation physiologique et l'observation clinique dont les indications concordent admirablement. La première vérité dont il faut se pénétrer, c'es que la vision binoculaire ne doit pas être confondue avec la vision des deux yeux que l'on peut appeler « vision simultanée ». L'appareil de vision binoculaire n'est pas l'appareil de vision tout entier.

Tout appareil de l'organisme animal est en général composé de trois parties : une partie sensitive, une partie motrice et des connexions qui unissent ces deux parties. La *partie sensitive ou sensorielle* de l'appareil de vision binoculaire est représentée par les connexions des rétines avec les centres visuels destinés à assurer leur synergie d'action, connexions qui se traduisent par l'existence de points appelés identiques ou correspondants. Ces connexions ont pour résultat :

1° La faculté d'extérioriser en même temps les images de chaque œil produisant la diplopie.

2° La projection de ces images dans un lieu déterminé dépendant de la position relative de chaque œil.

La *partie motrice* de l'appareil de vision binoculaire est représentée par la convergence, destinée à assurer la formation des images de l'objet fixe sur les deux fovea.

Les *connexions* qui unissent la partie sensorielle et la partie motrice de l'appareil de vision binoculaire se traduisent par un réflexe spécial en vertu duquel deux images qui ne se forment pas sur des points correspondants réagissent sur la convergence. Ce réflexe de convergence est facile à mettre en évidence. Ce qu'il faut considérer maintenant c'est que cet appareil est le résultat d'une différenciation anatomique développée sur un autre appareil qui peut persister intact quand l'appareil de vision binoculaire est altéré ou même aboli. Ce nouvel appareil, qu'il convient d'appeler « appareil de vision simultanée » est également composé de trois parties. Les propriétés de la partie sensorielle sont l'absence de diplopie malgré la perception simultanée des objets par les deux yeux; la projection de chaque œil se faisant normalement quelle que soit la position relative des deux yeux. La partie motrice est représentée par les mouvements associés de direction indépendante de ceux de la convergence. La partie sensorielle n'est reliée qu'aux centres d'innervation des mouvements associés de direction.

Quand un appareil est différencié pour plusieurs modalités fonctionnelles, cet appareil est susceptible de réagir d'une manière différente suivant le mode d'excitation. Quand par exemple on regarde avec les deux yeux dans des conditions où la vision binoculaire ne peut pas s'exercer régulièrement, la vision simultanée tend à se substituer à la vision binoculaire.

J'ai défini le strabisme : un *vice de développement de la vision binoculaire* portant à la fois sur la partie sensorielle et sur la partie motrice de cet appareil. Le vice de développement respecte au contraire l'appareil de vision simultanée dans sa partie sensorielle comme dans sa partie motrice. La déviation une fois produite, la vision binoculaire est de fait supprimée et remplacée d'emblée par la vision simultanée. L'œil dévié n'est pas pour cela exclu de la vision, il continue à percevoir les objets; de plus, il extériorise normalement ses impressions. Lorsque la déviation strabique a existé depuis un certain temps, on voit trois faits se produire :

Après correction du strabisme, la difficulté est quelquefois l'impossibibité d'obtenir la diplopie.

Lorsque la diplopie existe, le peu de tendance ou l'abolition complète de la tendance au fusionnement, c'est-à-dire l'altération du réflexe rétinien de convergence.

L'altération progressive de l'inervation de convergence pouvant aller jusqu'à son abolition complète.

Ainsi, dans le strabisme, l'appareil de vision binoculaire s'altère dans ses trois parties.

Les appareils organiques, envisagés dans leur rapport avec le développement cérébral, se perfectionnent par des différenciations successives des éléments anatomiques dans l'espèce, comme chez l'individu. Ces modifications sont déterminées par l'exercice de la fonction et s'adaptent naturellement aux besoins de la fonction.

Loi pour la prévention de la cécité résultant de l'ophthalmie des nouveau-nés.

M. Lucien Howe pense que la grande proportion des aveugles par ophthalmie des nouveau-nés nécessite une loi applicable dans tous les pays.

Quoiqu'il y ait des opinions diverses quant aux méthodes du traitement, nous sommes tous d'accord que la proportion des yeux perdus serait presque nulle, probablement pas plus forte de 1 pour 100 ou peut-être même de la moitié de 1 pour 100, si l'enfant était conduit au médecin immédiatement au début de la maladie. Mais comment peut-on y arriver?

Le seul moyen, c'est de forcer les sages-femmes ou les nourrices ou d'autres personnes chargées du soin de l'enfant de déclarer le cas aussitôt après qu'il y a le moindre soupçon de la maladie. Dans quelques pays il y a des règlements semblables, mais, aux États-Unis, il est une loi bien simple, mais plus sévère sans doute que dans tout autre pays, la voici :

1° Si une sage-femme ou une nourrice ayant charge d'un enfant, dans cet état, remarque qu'un œil ou les deux yeux de l'enfant sont enflammés ou rouges, à quelque époque que ce soit dans l'intervalle de 2 semaines après la naissance, la sage-femme ou la nourrice ayant charge de l'enfant devra déclarer le fait par écrit dans les 6 heures à l'officier de santé ou à toute personne pratiquant légalement la médecine, dans la ville, le bourg, ou le district où résident les parents de l'enfant.

2° Toute infraction à cette loi sera passible d'une amende de 100 dollars (500 francs) au plus, ou d'un emprisonnement de 6 mois au plus, ou à la fois de l'amende et de la prison.

3° Cette loi est entrée en vigueur le 1er septembre 1890. Certaines petites modifications ont été apportées à cette loi dans l'État de New-York, mais elle a été adoptée déjà par 8 autres États donnant un ensemble de population de plus de 20 millions.

M. Abadie ne croit pas beaucoup à l'efficacité des lois pour la prévention de la cécité, et pense qu'il est préférable d'adresser des instructions précises aux sages-femmes et aux accoucheurs et de les prévenir des responsabilités qui leur incombent lorsqu'ils veulent diriger le traitement.

M. Terson (de Toulouse) a demandé, il y a 12 ans déjà la nomination d'une commission qui aurait été chargée de rédiger un avis aux parents et une instruction pour la généralité des médecins et des sages-femmes.

M. Gorecki profite de l'occasion pour dire que la loi sur la déclaration de l'ophthalmie des nouveau-nés est inapplicable et absurde.

M. Galezowski admet avec M. le Dr Howe qu'il n'y a pas de maladies qui amènent autant de désastres que celle de l'ophthalmie des nouveau-nés. D'un autre côté il est sûr que la guérison est certaine, lorsque la maladie sera prise au début et que l'on fera les cautérisations au nitrate d'argent au 1/40, mais à la condition expresse de faire ces cautérisations 2 fois par jour.

M. Chibret (de Clermont) pense qu'il serait sage d'adopter une loi analogue à celle des Américains, qui oblige à déclarer l'ophthalmie des nouveau-nés 6 heures après le début.

Fluxion de la conjonctive.

M. Trousseau. — Je donne le nom de *fluxion de la conjonctive* à une affection singulière et rare que j'ai observée chez 2 individus arthritiques et artério-scléreux; il s'agit d'une hyperémie active de la conjonctive survenant brusquement sans cause appréciable et disparaissent de même, les crises débutent presque toujours la nuit, durant 2 ou 3 heures pour reparaître le jour suivant 1 ou 2 fois, et cessant après un temps variable. La guérison définitive a toujours été la règle.

Vers le milieu de la nuit le patient est réveillé par une sensation de vive chaleur, de cuisson, de gravier, du côté de l'œil, sans qu'il y ait véritable douleur, en même temps que survient un abondant larmoiement. L'œil à demi fermé est fortement injecté, la conjonctive bulbaire est très rouge, la pupille contractée reste mobile en même temps que la tension du globe demeure normale.

On ne saurait confondre cette maladie ni avec de la conjonctivite, ni avec de la sclérite, de la névralgie faciale ou du glaucome. C'est une simple hyperémie active de la conjonctive, fugace et intermittente, ne s'accompagnant d'aucun désordre oculaire, guérissant définitivement après quelques reprises, et laissant une fois disparue une intégrité parfaite de l'organe visuel.

Sans vouloir rechercher le rôle exact du trijumeau, voire même du facial au point de vue du mécanisme de la crise même, je crois qu'on peut considérer comme appartenant à la période initiale de l'artério-sclérose celle que caractérisent divers troubles vaso-moteurs, la fluxion de la conjonctive que je viens de décrire.

Influence de la lumière et des couleurs sur les éléments de la rétine.

M. Louis Dor (de Lyon) présente des préparations microscopiques de rétines de grenouilles qui ont été exposées à l'obscurité, à la lumière bleue et à la lumière rouge et colorées avec le réactif de Biondi. A l'obscurité, la réaction de la rétine est alcaline et les noyaux des cônes et des bâtonnets ainsi que les grains prennent une coloration verte.

Exposée à la lumière bleue, la rétine change en partie de réaction; les grains se colorent toujours en vert, mais les noyaux des cônes et des bâtonnets prennent une teinte lilas pâle.

Enfin, à la lumière rouge on peut voir un fait très curieux, c'est une différence entre la coloration des noyaux de bâtonnets et celle des noyaux de cônes.

Ces faits démontrent que la fonction des cônes est liée à la vision des couleurs.

Nouveau procédé de kératotomie pour pratiquer l'iridectomie ou l'extraction de la cataracte dans les cas d'effacement complet de la chambre antérieure.

M. Darier (de Paris). — Dans les cas où la chambre antérieure est complètement effacée par accolement de l'iris à la cornée, soit à la suite de leucomes adhérents, soit à la suite d'un processus glaucomateux, pour arriver à exécuter une iridectomie convenable ou à pratiquer l'extraction de la cataracte, M. Darier recommande de faire avec deux couteaux lancéolaires deux ponctions dans la cornée opposées l'une à l'autre, à une distance appropriée à la largeur du lambeau qu'on veut tailler. Alors, avec un couteau à cataracte boutonné, qui entre par une des ponctions et sort par l'autre, on coupe la partie de cornée comprise entre les deux incisions.

De la valeur comparative du traitement iodé dans les choroïdites.

M. Vignes. — 1° Les injections sous-cutanées d'iode sont d'une plus grande efficacité que les autres préparations iodées dans les affections du tractus uvéal justiciables de cette médication. Chez certains sujets, où les iodures administrés par voie stomacale avaient été impuissants, leur action s'est montrée réellement curative.

2° Les affections du tractus uvéal, avec ou sans participation de la sclérotique, heureusement influencées par la médication iodée, sont les formes plastiques et même fibrineuses, c'est-à-dire la choroïdite disséminée, l'irido-choroïdite fibrineuse, l'irido-scléro-choroïdite. Suffisante à elle seule dans la forme exsudative disséminée, il faut dans les deux dernières formes adjoindre à la solution iodée les autres moyens habituellement mis en usage et tout particulièrement la révulsion ignée.

3° Ce sont surtout les choroïdites d'origine rhumatismale contre lesquelles les injections iodées sont actives; elles sont également avantageuses contre celles d'origine bacillaire.

4° Dans les formes spécifiques, elles ne font pas mieux que les iodures et restent bien inférieures à l'hydrargyre. Elles ne procurent aucune amélioration visuelle dans le staphylome myopique.

5° Les premiers signes d'amélioration consistent dans la diminution et la disparition des flocons du vitré; puis survient l'augmentation de l'acuité visuelle.

6° C'est surtout pendant la période exsudative que la médication est efficace; au début de la phase d'atrophie choroïdienne, le patient se trouve encore bien du traitement qui facilite la résorption des éléments embryonnaires qui infiltrent les tissus marginaux à l'aire atrophique.

7° Les doses journalières ont varié de 0,1 à 0,04 centigr.; les phénomènes réactionnels sont insignifiants. L'injection est suivie d'une sensation pénible, mais supportable. Jamais d'abcès ni autres accidents dignes de fixer l'attention.

De l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique de la myopie forte, progressive et du décollement de la rétine.

M. Vacher (d'Orléans). —L'extraction du cristallin transparent, depuis la première communication que j'ai faite, a donné lieu à beaucoup de travaux remarquables et est entrée définitivement dans la pratique ophtalmologique, mais on ignore généralement qu'au lieu d'être de date récente, elle est l'œuvre d'un oculiste français, l'abbé Desmonceaux, qui la pratiquait souvent dès l'année 1776. Comme on peut le voir en parcourant son traité des maladies des yeux, ce n'est donc ni à Weber, ni à Fukala qu'en revient l'honneur, mais à Desmonceaux, qui le premier la proposa, l'exécuta souvent et en montra tous les avantages pour les myopes dépassant 25 ou 30 dioptries. Le bénéfice de cette opération cesse puisque le malade reste myope encore de 8 à 12 dioptries. C'est une erreur. Dans un remarquable article du Dr Eperon, de Lausanne, justice est faite de cette objection et il prouve qu'un myope de 20 dioptries devient emmétrope et qu'un de 30 dioptries ne laisse ensuite que 3 dioptries de myopie; les observations confirment absolument ce qu'avance le Dr Eperon. J'avais indiqué dans ma première note le raccourcissement de l'axe oculaire du côté de l'œil opéré et la progression de la myopie dans l'autre œil. Ces faits ont été confirmés par différents auteurs, entre autres par M. Pflüger, de Berne. J'ai affirmé aussi que l'extraction du cristallin avait une action prophylactique du décollement de la rétine. En voici une preuve : au mois de septembre dernier j'ai revu l'opéré qui fait l'objet de la 10e obs.; cet homme, atteint de myopie, fut opéré, en janvier 1892, de son œil gauche. Je trouve en septembre 1895 un large décollement à droite, alors que l'œil gauche voit de mieux en mieux. Ce cas n'est pas le seul; aussi je me félicite d'avoir réhabilité une opération d'origine française qui doit désormais s'appeler : opération de Desmonceaux.

Conclusions :

I. — L'opération de Desmonceaux est une opération grave qu'on ne doit pratiquer qu'avec la plus grande prudence.

II. — La myopie progressant rapidement entre 12 et 16 dioptries, on peut opérer dès l'âge de 12 ans, s'il existe un staphylome; si le nombre de dioptries de myopie dépasse le nombre d'années du sujet.

III. — Il ne faut opérer qu'un œil, et le plus atteint; la seconde extraction aura lieu plus tard si la myopie continue à progresser.

IV. — Passé 30 ans, les myopes de plus de 15 dioptries étant particulièrement exposés au décollement de la rétine, il ne faut pas hésiter.

V. — L'extraction du cristallin pour guérir la myopie forte doit s'appeler : opération de Desmonceaux.

M. Abadie trouve que l'extraction du cristallin pour éviter la décollement de la rétine n'est pas un moyen préventif absolu. Il a opéré 25 malades dans ces conditions, et dans un cas des plus brillants il y eut un décollement six mois après l'opération. Ce n'est donc pas un moyen infaillible. Par contraire l'indication de l'extraction est formelle dans la myopie progressive avec chorio-rétinite maculaire : dans ces cas c'est ce seul moyen de traitement qui permet d'arrêter l'évolution de la désorganisation grogressive de l'œil.

M. Chibret pratique cette opération de la façon suivante : Il fait d'abord une discision au kystotome; la plaie se renferme vite et le cristallin s'opacifie en 4-5 jours; il pratique ensuite l'extraction à travers une incision linéraire de 4 millimètres en se servant de sa seringue à aspiration spéciale.

M. Parinaud pense que l'extraction du cristallin n'empêche pas toujours la progression de la myopie. C'est ainsi que chez un confrère opéré avec succès par M. de Wecker la myopie a progressé tout de même.

M. Galezowski pense qu'il serait dangereux d'élever en principe l'extraction du cristallin dans tous les cas de myopie forte. Pour lui l'extraction du cristallin transparent est indiqué 1° lorsque la myopie dépasse 15 dioptries; 2° lorsque le cristallin commence à s'opacifier; 3° lorsqu'il existe des altérations de chorio-rétinite.

M. Coppez fait observer que depuis longtemps les Anglais préconisent l'extraction du cristallin transparent contre le kératocône et qu'elle semble réussir mieux contre le staphylome pellucide que contre la myopie progressive.

Prophylaxie du prolapsus iridien dans l'extraction simple de la cataracte.

M. Nuel évite de pousser l'iris hors de l'œil de la manière suivante. Lors de l'évacuation du cristallin, il en déprime fortement le bord inférieur à l'aide d'une curette appliquée sur l'œil. La cataracte bascule sur place et passe de la pupille dans l'œil même. La pupille se dilate sur place et la membrane reste dans sa position. De même le col de la matrice s'ouvre sur le fœtus et se ferme derrière lui en restant sur place. Le mécanisme oculaire est encore comparable à l'accouchement en ce sens que les circonstances qui produisent une première descente de la matrice exposent à des descentes ultérieures presque spontanées de la matrice.

M. Nuel recommande aussi fortement l'établissement d'un lambeau conjonctival dans l'extraction de la cataracte. Ce lambeau est un puissant moyen de coaptation des lèvres de la plaie. Et, si son usage n'est pas plus général, c'est qu'on craint les inconvénients bien connus d'une section située dans le limbe ou dans la sclérotique, et dont le plus immédiat est une forte hémorrhagie dans la chambre antérieure. Mais on peut ménager parfaitement un lambeau conjonctival au sommet de lambeau cornéen, tout en plaçant la section cornéenne franchement dans cette dernière membrane. M. Nuel fait donc la ponction et la contre-ponction dans la cornée. Au moment d'achever la section, si celle-ci n'est pas trop loin dans la cornée, on voit le couteau soulever de la cornée une lamelle conjonctivale. Dès lors on tourne le couteau un peu vers la sclérotique et on taille un lambeau conjonctival plus ou moins large, dont l'effet occlusif est toujours très marqué. Si on tourne le couteau trop tôt avant qu'il soulève la conjonctive on risque d'intéresser les vaisseaux ciliaires, toujours athéromateux chez les vieillards et qui saignent fortement après chaque lésion.

Un écueil de l'extraction sans iridectomie est l'accrochage de l'iris par le couteau dans la chambre antérieure. Cet accrochage n'est plus guère à craindre lorsque le couteau a dépassé le champ pupillaire. Nuel recommande donc de commencer l'opération avant que la cocaïne ait franchement dilaté la pupille. L'anesthésie est complète avant ce moment.

M. Sulzer. — Si la théorie de la contusion comme cause du prolapsus de l'iris est vraie, ce dernier doit dépendre dans une large mesure de la grandeur de l'incision cornéenne.

Une incision suffisante doit s'approcher de la moitié de la circonférence cornéenne, et toute incision de dimension insuffisante doit prédisposer au prolapsus de l'iris, soit primitif, soit secondaire. Mon expérience s'accorde avec cette considération théorique; toutefois il ne faut pas oublier que la contusion de l'iris qui amoindrit la contractilité du sphincter irien n'est pas le seul facteur dans la production du prolapsus. L'évacuation des masses corticales est d'autant plus facile et complète que l'incision sera plus grande. Il faut revenir au grand lambeau de Daviel.

M. Parinaud trouve avantageux le procédé de bascule de M. Nuel quand il s'agit de cararactes dures; mais il ne semble pas bien facile de faire basculer un cristallin mou.

Il croit qu'en faisant à la cornée une plaie un peu irrégulière on peut éviter l'enclavement. En outre, M. Parinaud a remarqué que, chez les vieillards opérés de cataracte et qui entrent en délire tout de suite après l'opération, il n'y a pas d'enclavement

d'habitude. Il en a conclu que l'on peut laisser plus de latitude aux opérés de cataracte.

M. Kalt a essayé de traiter les hernies de l'iris par le procédé de la suture de la cornée. Ce procédé, un peu délicat dans l'exécution, lui a donné des résultats très favorables, et sa moyenne des enclavements est descendue à 4 p. 100 tandis qu'elle est encore à 8 p. 100 pour les meilleurs opérateurs.

M. Chibret. — Dans l'opération de la cataracte il y avait deux écueils : la suppuration et l'enclavement; nous avons vaincu le premier grâce à l'antisepsie, nous combattons le second par des moyens souvent efficaces. Il y a à ce point de vue à distinguer :

1° Les différences d'élasticité et de consistance de l'iris, il est des iris souples, flasques qui ne donnent jamais lieu à une hernie; d'autres au contraire, sont rigides comme du drap, ils sont très dangereux;

2° Les cas ou pendant l'opération on a irrité l'iris en le pinçant, le tiraillant;

3° Les cas ou la cataracte est molle, les masses cristalliniennes sont gonflées, où il y a un rapide et abondant écoulement d'humeur aqueuse. Enfin les opérations de cataracte non mûre, l'opération hâtive, le grand lambeau cornéen exposent à l'enclavement.

J'ai pris comme règle de tâter mon iris avant d'extraire la cataracte et je fais l'iridectomie d'emblée si elle me semble nécessaire. Je recommande surtout ma prudence à ceux qui opèrent des cararactes d'une maturité incomplète.

Étude sur les images de diffusion.

M. Bull (de Paris) a observé que, pour bien comprendre ce que c'est qu'une erreur de réfraction, il faut bien étudier les cercles de diffusion. Avec l'aide de la photographie, des constructions et du calcul, il a montré la relation qui existe entre le trouble des caractères d'imprimerie vu par les malades et la grandeur de leurs pupille et le degré de leur myopie ou hypermétropie. Il a expliqué comment les cercles de diffusien déforment les lettres des tableaux d'épreuves, et il a annoncé ensuite la règle suivante :

Le diamètre des cercles de diffusion est directement proportionnel au diamètre de la pupille et au degré de l'erreur de réfraction.

La grandeur des cerches de diffusion pour une erreur de 1 D avec une pupille de 4 millimètres étant, en général, 6 millimètres, on peut déterminer au moyen de cette règle la forme et le degré du trouble oculaire que doit observer un malade quelconque.

M. Bull a montré aussi comment les cercles de diffusion sont modifiés dans tous les yeux par un léger degré de polyopie monoculaire due à l'irrégularité des secteurs du cristallin.

Rapport de géographie ophthalmologique sur le trachome.

M. Chibret (de Clermont). — Conclusions : 1° Graine ou microbe inconnu, cellule pathologique :

a. Aucun microorganisme, même les coccidies, ne peut être considéré comme pathognomonique du trachome. *b.* Il y a analogie entre l'évolution de la granulation conjonctivale et celle du trachome. *c.* Les différentes formes du trachome, granulation superficielle, dure, verruqueuse; granulation molle noyée dans le tissu conjonctival; forme mixte intermédiaire entre les 2 formes précédentes; folliculite, catarrhe printanier, constituent des modalités réactionnelles de la conjonctive, vis-à-vis de l'infection trachomateuse. La folliculite et le catarrhe printanier peuvent être provoqués par d'autres causes d'irritation conjonctivale, la granulation restant seule presque constamment typique du trachome.

2° Terrain : races, profession, alimentation, tempérament.

a. La notion de race domine l'étiologie du trachome malgré qu'elle ait été jusqu'ici à peu près généralement méconnue.

L'immunité conférée par la race est absolue ou relative : l'immunité absolue existe chez les sauvages du Canada : Iroquois, Hurons, Mic-Macs, Chippewas, Cries, Sauteux, etc., qui ne contractent jamais le trachome. Ils sont très facilement et très gravement atteints par toutes les autres maladies virulentes importées par les Européens : tuberculose, syphilis, fièvres éruptives, etc. Ils sont immuns absolument au trachome malgré les déplorables conditions qui augmentent la réceptivité parmi les autres races résidant au Canada.

Certains nègres notamment ceux d'Amérique, jouissent d'une immunité relative à l'égard du trachome (Swan Burnett). Les nègres d'Amérique viennent de la côte occidentale d'Afrique où la race noire a conservé une grande pureté. Les nègres de la côte orientale, moins purs et mélangés de sang sémite, ne semblent pas jouir de la même immunité que ceux d'Amérique (Von Mellingen).

Parmi les races blanches, la race celte de Broca jouit d'une immunité relative, c'est-à-dire qu'un Celte est immun vis-à-vis du virus trachomateux préalablement atténué par un passage sur un autre Celte. Cette loi se traduit par l'absence complète de contagiosité du trachome parmi les populations celtes : Plateau central français, plateau bavarois (Chibret).

Toutes choses égales d'ailleurs au point de vue de l'habitat, les trois souches du tronc humain offrent des réceptivités caractéristiques : à Cuba les souches sont représentées par les nègres, les blancs, les jaunes (Chinois). La race noire se montre 4 fois plus immune que la race blanche, la race blanche 2 fois plus immune que la race jaune. Santos-Fernandez trouve 16 trachomateux chez les nègres pour 67 chez les blancs et 111 chez les jaunes.

b. La profession ne semble pas constituer des conditions d'immunité au trachome : les mineurs contractent le trachome comme les filateurs; les cultivateurs comme les artisans.

c. Une mauvaise alimentation, surtout l'insuffisance de nourriture, de mauvaises conditions hygiéniques, la malpropreté sont des conditions favorables de réceptivité au trachome.

d. Le tempérament lymphatique, l'infection malarienne constituent également une prédisposition.

3° Conditions météorologiques, pression atmosphérique, température, état hygrométrique, insolation.

a. Les climats d'altitude sont défavorables à l'extension du trachome, si à l'altitude s'ajoutent l'humidité et la froidure comme en Suisse. Un climat d'altitude chaud et sec, tel que celui de Colorado ne confère aucune immunité vis-à-vis du trachome. *b.* Certains climats maritimes jouissent peut-être mais à un degré moindre des qualités immunisantes des climats d'altitude froids et humides. *c.* L'insolation et la chaleur augmentent la réceptivité et diminuent les effets immunisants de l'altitude et du climat marin.

M. de Gouvea fait observer qu'au Brésil le trachome atteint surtout les populations du littoral, et ne respecte aucune race.

M. Howe n'a jamais trouvé les coccidies considérées comme pathognomoniques par certains auteurs.

M. Abadie a observé en Egypte nombre de trachomateux, et il a remarqué que vers les limites du désert les Bédouins nomades ne deviennent jamais granuleux, tandis qu'ils sont atteints du trachome quand ils séjournent longtemps dans un village.

M. Javal pense qu'il faut rechercher le rôle de certaines poussières coupantes. En Algérie, quand souffle le siroco on a une sensation toute spéciale de graviers dans les yeux.

M. Gorecki fait remarquer que dans les pays volcaniques où les poussières de silicates sont le plus coupantes, on n'observe pas de granuleux.

Cataractes traumatiques.

M. Puech (de Bordeaux). — On est d'accord aujourd'hui pour user de la méthode expectante envers toute cataracte traumatique. L'intervention immédiate offre certainement de grands dangers, si du moins on prétend opérer une cataracte traumatique dans ce que l'on pourrait nommer sa période aiguë tout comme l'on opère une cataracte ordinaire. Entre l'absolue réserve et l'audace opératoire il y a place pour différents modes d'intervention. Si on laisse de côté l'infection, l'augmentation de pression, il faut, avec Neumann, attribuer une grande part des complications à une cause trop oubliée, sinon inconnue, c'est l'action chimique irritante que peuvent exercer sur les

tissus de l'œil les fibres cristalliniennes dissoutes dans l'humeur aqueuse. Si l'aspiration donne de si beaux résultats, comme mode opératoire, elle doit son effet de débarrasser l'œil de l'agent le plus irritant. Le rôle des fibres cristalliniennes serait démontré le jour où de nombreuses observations de cataractes traumatiques sans ouverture du globe relateront des accidents graves d'irido-choroïdite guéris presque instantanément par l'issue seule de ces masses. J'ai 4 observations dans ces conditions.

On peut remplacer l'aspiration par la simple paracentèse, pratiquée non en haut ou en bas, mais au niveau de l'une des deux extrémités du diamètre horizontal en regard du champ pupillaire. Les masses situées au-dessus de la ligne de ponction sont les premières à se diriger dans le sens de l'ouverture; en tout cas elles descendent à son niveau. Celles situées au-dessous sont poussées par la curette ou viennent, par l'effet même du courant établi chaque fois que l'on ouvre la plaie cornéenne, se placer vis-à-vis du champ pupillaire, d'où il est facile de leur faire gagner l'ouverture cornéenne.

En résumé, l'action irritante des fibres cristalliniennes continue dans la chambre antérieure paraît bien établie par des faits cliniques; il y a intérêt à évacuer ces fibres soit comme moyen préventif, soit comme moyen curatif de certains phénomènes inflammatoires susceptibles de compromettre la vitalité d'un œil atteint de cataracte traumatique.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 Mai 1896.

Myosite ossifiante progressive.

M. Weill présente un malade atteint de myosite ossifiante progressive. Ce malade, âgé de 30 ans, a commencé à être malade il y a 12 ans. Le début fut marqué par de la fièvre et des vomissements, avec rougeur et tuméfaction de la moitié droite et supérieure du corps. Au bout de 3 mois, cette région était rigide, avec ossification des masses musculaires péri-articulaires. Les mêmes phénomènes marquèrent l'origine de la lésion dans les autres régions du corps; la dernière poussée date de 4 ans.

Actuellement, la station debout et la marche sont impossibles, toute la musculature postérieure du tronc est transformée en une carapace inégale. Sont intacts les muscles antérieurs du tronc et des membres, ceux des avant-bras. Il existe en outre de nombreuses exostoses et hypérostoses. L'état général est resté satisfaisant.

Kyste hydatique du foie.

M. Delbet a proposé de traiter les kystes hydatiques du foie par le capitonnage (voir *Gazette*, 1896, p.). Depuis, il a eu l'occasion d'appliquer ce procédé dans un cas où il y avait communication du kyste avec les voies biliaires, sans fièvre il est vrai, et sans phénomènes inflammatoires. M. Nicaise résume devant l'Académie ce nouveau succès de la méthode.

Comité secret.

Correspondants étrangers (4e division, *Physique et chimie*). La liste est dressée :
1re ligne : M. Bunge (de Bâle).
2e ligne : M. Schmiedeberg (de Strasbourg).
3e ligne : M. Schaer (de Strasbourg).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 Mai 1896.

Le rôle du foie dans l'action coagulante de la peptone.

M. Gley indique les grandes lignes des expériences qu'il a faites avec **M. Pachon** et qui sont destinées à montrer que dans l'action anti-coagulante que les injections de peptone exercent sur le sang, le foie joue un rôle considérable, peut-être par la formation d'une substance anti-coagulante. En effet, quand on arrive à diminuer ou à abolir le fonctionnement du foie, soit par la ligature de ses vaisseaux, soit par la suppression de son système nerveux (extirpation des ganglions cœliaques), soit par l'injection d'acide acétique dans le canal cholédoque, soit enfin par l'ablation simple du foie — dans toutes ces conditions, la peptone injectée perd ses propriétés anti-coagulantes qu'elle exerce sur le sang.

M. Coutejean pense que la substance anti-coagulante est formée non seulement dans le foie, mais encore dans tous les autres organes de l'économie.

De l'action du streptocoque et de ses toxines sur les nerfs, les ganglions spinaux et la moelle épinière.

M. Homén (Helsingfors) a injecté directement dans le nerf sciatique, quelquefois dans la moelle des lapins, une culture de bouillon d'un streptocoque assez virulent pour tuer un lapin quelquefois dans 24 heures. Il a constaté que les bactéries se propagent sur tout le parcours du nerf (au-dessous même du lieu d'inoculation) jusque dans la moelle en suivant les voies lymphatiques. De là, elles pénètrent entre les éléments nerveux, de la périphérie vers le centre du faisceau nerveux ou de la moelle, et dans cette dernière se propagent avec une certaine prédilection au dedans et le long du septum postérieur. Déjà 20 à 24 heures après l'inoculation, on peut constater cette pénétration sur les sujets morts spontanément, elle augmente ensuite pendant 6 à 10 jours. Quelquefois, il survient une infection générale. Chez les animaux morts ou tués plus de 10 jours après l'inoculation, on ne peut plus, en général, constater la présence des microbes dans le système nerveux.

A cette répartition des microbes correspondent intimement des altérations histologiques : petites hémorrhagies, infiltration de leucocytes, altération et destruction des fibres nerveuses, quelquefois aussi d'une partie des cellules des cornes antérieures et même des cellules des ganglions spinaux correspondants, surtout de celles situées vers la périphérie.

Des injections identiques d'une toxine du même streptocoque, faites à des lapins par M. Laitinen, ont provoqué des altérations semblables et réparties à peu près de la même manière, mais un peu moins prononcées dans le nerf.

M. Homén fait ressortir que ces recherches viennent à l'appui de l'opinion d'après laquelle plusieurs affections de la moelle seraient de nature infectieuse ou toxique, et constituent la base anatomique de la théorie de la névrite ascendante.

M. Lapicque cite le cas d'une peuplade d'Afrique qui emploie pour la préparation des aliments des sels de potasse à l'exclusion du chlorure de sodium. Il en tire cette conclusion que, contrairement à l'opinion de Bunge, il n'existe pas de besoin physiologique de sel marin et que son emploi est une question de goût.

M. Féré montre un coq chez lequel l'inoculation sous-cutanée de blastoderme a donné lieu à la formation d'une tumeur qui augmente depuis 2 mois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Mai 1896.

Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire.

M. Routier est intervenu 8 fois pour la lithiase de la vésicule chez 7 femmes et 1 homme. Tous ces malades présentaient

le syndrome des coliques hépatiques, avaient de l'ictère et une douleur localisée à la vésicule et qui s'exagérait par la pression.

Le diagnostic était relativement facile, dans 2 cas pourtant on pouvait hésiter entre la lithiase et le cancer, et dans les 2 cas l'opération montra qu'il s'agissait de cancer.

Sur ces 8 cas, M. Routier a fait 3 fois la cholécystectomie avec 1 mort et 5 fois la cholécystotomie. La malade qui est morte a succombé à des lésions infectieuses anciennes du foie.

En analysant ces observations M. Routier arrive à conclure pour ce qui est du choix entre la cholécystectomie et la cholécystostomie qu'il faut se laisser guider par les circonstances. Quand cela est possible, il faut faire de préférence la cholécystectomie. Quand celle-ci est difficile ou impossible à pratiquer, on peut avoir recours à la cholécystotomie. Cette dernière donne d'excellents résultats; la fistule biliaire guérit rapidement.

M. Monod est intervenu 4 fois dans la lithiase vésiculaire. Dans un premier cas il a fait la cholécystectomie; la vésicule très distendue par du liquide contenait 230 calculs. Le malade, âgé de 41 ans, a bien guéri.

Dans le deuxième cas, il a fait la cholécystotomie, mais 18 mois après il dut faire la cholécystectomie secondaire pour guérir la fistule biliaire. La malade est restée guérie.

Dans le troisième cas il a encore fait la cholécystotomie, mais comme dans le cas précédent il survint une fistule biliaire rebelle, et on fut obligé de faire une cholécystentérostomie secondaire. La malade a bien guéri, mais elle eut à la suite de sa deuxième opération des vomissements bilieux abondants qui cessèrent rapidement.

En passant ensuite en revue les faits consignés dans la thèse de M. Morin, son élève, M. Monod arrive à conclure que la cholécystostomie est une opération moins grave que la cholécystectomie et que la cholécystotomie doit être préférée dans deux circonstances : 1° quand on est sûr que les voies biliaires (cholédoque) sont absolument libres; 2° quand le canal cystique est absolument oblitéré.

Quand les voies biliaires sont infectées, mieux vaut ouvrir la vésicule, la débarrasser de ses calculs, quitte à faire ultérieurement la cholécystectomie.

M. Reclus a fait 3 cholécystostomies dans ces dernières années et dans les jours qui ont suivi ces opérations, il est sorti par la plaie un certain nombre de calculs. Il est donc utile de laisser ainsi, grâce à la bouche biliaire, s'éliminer des calculs. D'ailleurs les fistules guérissent facilement.

M. Reynier pense qu'il faut distinguer nettement les différentes variétés de lithiase biliaire. Quand il y a de l'ictère, le cholédoque est bouché; alors il est dangereux de faire la cholécystectomie. Mieux vaut faire la cholécystostomie. Quand il n'existe pas d'ictère, quand les voies biliaires sont libres, on peut pratiquer la cholécystectomie.

Trois fois il a pratiqué la cholécystectomie. Or, 2 de ces opérées sont mortes 2 ans après l'opération, de phénomènes grippaux, et M. Reynier se demande si l'ablation de la vésicule n'est pas pour quelque chose dans la diminution de la résistance de l'organisme aux infections.

Cholédocotomie.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de cholédocotomie présentée par M. Lejars (sera publiée) en insistant principalement sur les avantages de l'incision latérale qui permet de mieux explorer le foie que l'incision médiane utilisée par M. Lejars.

M. Malapert présente un lipome de la jambe enlevé chez un enfant de 5 ans. Ce lipome siégeait entre les masses musculaires de la face postérieure de la jambe, était très dur et avait donné le change pour un sarcome.

M. Routier présente un malade atteint de péritonite généralisée post-appendiculaire et guéri par la laparotomie suivie du lavage.

M. Routier présente deux appendices malades.

M. Hartmann présente un malade atteint d'un faux anévrysme du creux poplité et de la jambe opéré par l'incision du sac. L'anévrysme était consécutif à un coup de tranchet.

M. Rochard présente un malade chez lequel il a pratiqué la désarticulation interscapulo-thoracique pour sarcome.

M. Julien lit une note sur l'ulcère blennorrhagique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 Mai 1896.

Empoisonnement par l'acide pyrogallique.

M. Dalché a observé un cas d'empoisonnement volontaire, chez un jeune homme, âgé de 23 ans, qui a absorbé 15 grammes d'acide pyrogallique en poudre, mêlé à un verre d'eau additionnée d'absinthe. Immédiatement après, il est pris d'une sensation de brûlure à l'estomac, puis de vomissements noirs; les jours suivants les vomissements cessent, mais un état de subictère apparaît, le foie déborde légèrement les fausses côtes, la rate s'hypertrophie, une diarrhée très liquide apparaît, la température monte à 38°9. Les urines, assez abondantes, sont brunes, très foncées, presque noires; elles contiennent de l'albumine 2gr75 par litre, urée 24 grammes, pas de sucre, quelques rares hématies; méthémoglobine, et oxyhémoglobine. Mort au bout de 5 jours.

A l'autopsie on trouva les reins gros, noirâtres. Les tubes étaient comblés par des sphères réfringentes, qui existaient de même dans les cavités glomérulaires et présentaient des réactions micro-chimiques permettant d'affirmer la présence de sels de fer dans leur constitution. Les éléments sphériques ne se retrouvaient pas dans les vaisseaux, mais dans les capillaires et dans les grosses veines, il existait des coagula sous forme de taches ou de réseaux plus ou moins épais.

Ces diverses lésions indiquent une modification profonde du sang; mais les altérations qui les accompagnent ne sont nullement comparables à celles que l'on connaît dans la plupart des hémoglobinuries, car les épithéliums du rein ne renferment aucune poussière pigmentaire donnant la réaction ferrugineuse.

On peut donc conclure que, dans ce cas, il y a eu une altération profonde du sang avec destruction globulaire; mais les lésions rénales diffèrent notablement de celles indiquées comme complication des hémoglobinuries en général et, en particulier, de l'hémoglobinurie paroxystique.

Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse.

MM. Mathieu et **Richard** communiquent à la Société deux nouveaux cas qu'ils ont observés.

Dans un cas, le sable se présentait sous forme de grains assez réguliers, d'une couleur jaune ayant environ 1/4 ou 1/2 millimètre de diamètre, et qui étaient disséminés dans une masse assez considérable de matières fécales.

Dans le second cas, les grains de sable étaient beaucoup plus volumineux; son aspect rappelait assez exactement du poivre blanc; on peut admettre que cet aspect est le résultat d'une agglomération des grains entre eux.

Les recherches faites à propos de ces deux cas, ont démontré à MM. Mathieu et Richard que l'existence de ce sable, dans les fèces, coïncidait fréquemment avec l'évolution d'une entérite muco-membraneuse. Aussi, se demandent-ils si dans cette association fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de la lithiase intestinale, il n'y a pas une véritable relation de cause à effet.

La composition chimique de ces concrétions présente, dans les différents cas, une remarquable analogie; ce qui y prédomine ce sont des sels de chaux. Les calculs appendiculaires, auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite, ont une composition très analogue. Il en est de même des calculs de l'intestin, qu'on trouve dans les amygdales, dans les fosses nasales, dans les bronches, etc.

On peut se représenter comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse,

c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. D'après l'étude microscopique des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production de phosphate de sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal, d'autant plus qu'on a vu se produire des concrétions à base de magnésie et de chaux dans les détritus épithéliaux accumulés dans la partie du gros intestin située au-dessus d'un anus contre nature.

Pour que des concrétions, assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples, puissent prendre naissance, il faut admettre : 1° un apport anormal de sels calcaires, ce qui expliquerait bien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérée par le fait de l'inflammation; 2° une véritable stase de ces produits, ce que réalise la constipation habituelle dans ces conditions.

M. Hayem a également constaté que la production de sable intestinal que l'on observe presque toujours chez les femmes, coïncide très souvent avec l'entérite muco-membraneuse.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 19 Mai 1896.

Ostéo-arthropathie hypertrophique.

MM. Thorburn et **Westmacott.** — L'ostéo-arthropathie hypertrophique est une affection rare qui a été décrite par Marie en 1890 et dont Thorburn a relaté 3 observations dans le *British medical Journal* du 3 juin 1893. Un malade faisant le sujet d'une de ces observations a été suivi jusqu'à sa mort, sans du reste qu'on ait vu ses symptômes cliniques se modifier. A l'autopsie on trouva presque partout des érosions et des lésions artilaires. Les poumons, le rachis, la capsule surrénale droite, le tibia droit étaient le siège de lésions tuberculeuses et il y avait une dégénérescence amyloïde avancée. Le crâne était très épaissi, rugueux à l'intérieur, sclérosé et dépourvu de diploé; les os de la face, les côtes, les vertèbres (sauf celles qui étaient le siège de carie) ne présentaient aucune lésion; il en était de même des clavicules. Les os des membres étaient recouverts d'une couche rugueuse, poreuse, d'os sous-périosté. Leur tissu compact était sclérosé et leurs cavités médullaires étaient envahies par du tissu osseux de nouvelle formation. Ces dépôts osseux étaient surtout marqués dans la diaphyse des os et au niveau des points d'attache des muscles et des aponévroses. Les articulations scapulo-humérales contenaient un excès de liquide clair; les cartilages des têtes humérales étaient érodés surtout au niveau de leur périphérie; les synoviales étaient normales. Dans les articulations coxo-fémorales on trouva des lésions analogues; les érosions cartilagineuses avaient dans les hanches et les épaules des distributions symétriques. De même les coudes et les genoux formaient 2 groupes symétriques; on y trouva moins de liquide que dans les épaules et les hanches. Mais il y avait des érosions cartilagineusss et des épaississements des synoviales. On trouva encore des érosions cartilagineuses, surtout marginales, dans les poignets, les chevilles, les articulations radio-cubitales carpiennes, tarsiennes et autres petites articulations.

D'une façon générale il y avait donc une ostéo-périostite généralisée et symétrique des os des membres, avec des lésions atrophiques des cartilages articulaires; dans les viscères on trouva une tuberculose étendue mais atténuée. M. Thorburn n'est pas satisfait par la théorie de Marie, qui attribue la maladie à l'absorption de ptomaïnes provenant de foyers de suppuration; il n'accepte pas non plus l'hypothèse de Bamberger qui en fait une congestion veineuse. Il croit plutôt qu'il s'agit d'une tuberculose diffuse atténuée des os.

M. Godlee. — La confusion qui règne sur cette affection tient à la manière dont elle a été présentée par Marie, qui a surtout insisté sur les différences qui existent entre l'ostéo-arthropathie et l'acromégalie. Les observations sont très rares et elles paraissent bien correspondre à la description de Bamberger. J'ai soigné deux malades atteints de cette affection, l'un était un homme qui, toute sa vie, toussa; il avait une expectoration d'une odeur repoussante. Il n'y avait pas d'hypertrophie bien nette des diaphyses osseuses, mais il y avait des épanchements articulaires, de la douleur, de la diminution des mouvements, de la fièvre. Rien ne permettait de dire que le malade fût tuberculeux. Le 2e cas est celui d'un homme qui, depuis 1891, souffrait de pleurésie et de bronchiectasie; les poignets et les chevilles étaient gonflés et il y avait de l'épanchement dans les genoux. Si on refaisait la classification de ces cas, on en verrait beaucoup rentrer dans le groupe des ostéo-arthrites septiques, bien différent de celui du rhumatisme.

M. Thorburn. — Les cas décrits par M. Godlee sont tout à fait différents des miens et appartiennent à un autre groupe.

Corps thyroïde dans la maladie de Graves.

M. Edmunds. — L'ablation de la totalité de la glande thyroïde, ainsi que d'une glande parathyroïde n'entraîne pas fatalement la mort chez le chien; une seule glande parathyroïde est suffisante pour empêcher la mort et même l'apparition des symptômes ordinaires de l'athyroïdisme. Si on enlève les 2 glandes parathyroïdes, il faut laisser une notable proportion du corps thyroïde, si l'on veut empêcher la mort du chien; même en laissant 40 p. 100 du corps thyroïde on peut voir survenir des tremblements et la station debout devient impossible. Lorsqu'on laisse en place une seule glande parathyroïde, celle-ci s'hypertrophie; au microscope on voit que cette hypertrophie est due à une augmentation du nombre des cellules sécrétantes, en même temps qu'à un épaississement du tissu connectif. On peut voir quelquefois une aire de très grosses cellules et parfois de cellules cylindriques pouvant constituer un tube ou une petite vésicule; exceptionnellement on peut voir de petites collections de matière colloïde; mais en somme la glande parathyroïde ne forme pas de tissu thyroïdien vrai, même au bout de 6 mois. On observe les mêmes résultats chez les lapins. La portion de tissu thyroïdien proprement dit, qu'on laisse en place, s'hypertrophie aussi; les vésicules augmentent leurs dimensions, deviennent oblongues et se ramifient; la membrane qui les tapisse se projette dans l'intérieur sous forme de bourrelets; les cellules sécrétantes deviennent cylindriques; la matière colloïde diminue et est remplacée dans beaucoup de vésicules par un liquide qui se colore moins. Tous les changements qu'on voit se produire dans un reste de tissu thyroïdien laissé en place s'observent également dans l'hypertrophie thyroïdienne de la maladie de Graves. Chez les lapins l'ablation des glandes parathyroïdiennes paraît produire le contraire de l'exophthalmie. Chez les chiens on voit quelquefois un agrandissement pathologique de la fente palpébrale à la suite de l'excision partielle du corps thyroïde.

Ostéite déformante.

M. Fielder. — J'ai vu une femme atteinte de cette affection depuis l'année 1891. Elle avait 45 ans. Elle avait accouché 12 fois. Le mari était atteint d'une ancienne choroïdite syphilitique. Il y avait des douleurs constantes dans les membres, plus marquées la nuit. Les jambes s'incurvèrent assez rapidement. Les os des pieds, le radius, le cubitus, étaient sains; la respiration était diaphragmatique. Les lésions osseuses étaient surtout marquées au niveau des épaules et des genoux; elles étaient plus avancées du côté droit. Avant la mort, on découvrit une tumeur dans le voisinage de l'articulation sacro-iliaque; on sut plus tard que c'était un sarcome mixte à cellules fusiformes et à cellules rondes. Les os de la base du crâne étaient sains; les articulations vertébrales étaient ankylosées. Aucun traitement médical ne put diminuer les douleurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Un fait de cholédochotomie,

Par M. Félix Lejars,

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

Les faits de cholédochotomie ne sont pas si nombreux encore qu'il ne soit utile d'en recueillir et d'en analyser les observations nouvelles. Celle que je vais rapporter a été heureuse de tout point : malgré l'âge de la malade, et bien que l'existence d'un néoplasme fût à craindre, je n'ai pas eu à me repentir d'avoir eu recours à l'intervention : l'extraction d'un gros calcul oblitérant du canal cholédoque, seule cause de tous les accidents, a été suivie d'une cessation immédiate des douleurs et d'un retour complet à la santé.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, mère de 4 enfants, qui n'avait jamais eu d'affection sérieuse, mais qui, dès l'âge de 30 ans, avait commencé à souffrir de coliques hépatiques frustes. Les douleurs revenaient tous les 2 ou trois mois, elles siégeaient dans la région du foie, en s'irradiant vers le creux de l'estomac et les lombes, elles duraient, en général, une journée, et n'étaient jamais suivies, au dire de la malade, de la moindre teinte ictérique. — Pourtant les souffrances devenaient parfois assez violentes pour nécessiter un alitement passager.

Il y a 2 ans, les crises ont changé de caractère : depuis lors, elles sont plus fréquentes, plus longues, plus aiguës et se compliquent d'ictère. Elles se prolongent 4, 5, 6, 8 jours, et reparaissent tous les mois.

Depuis octobre 1895, elles étaient, à proprement parler, subintrantes, et les douleurs ne présentaient plus que de très courtes accalmies. Les selles étaient absolument décolorées, les urines très rouges et chargées de pigment biliaire, l'ictère s'était foncé de plus en plus, et la malade, qui avait beaucoup maigri et dont l'appétit était presque nul, avait pris une apparence cachectique des plus inquiétantes.

Ce fut dans cet état qu'elle me fut envoyée par mon ami le Dr Duchaine (de Puteaux), qui l'avait suivie depuis le début des accidents.

Le foie n'était pas gros et débordait à peine les fausses côtes; on ne sentait pas la vésicule, et l'exploration du ventre ne fournissait pas d'autre donnée.

Le 14 décembre 1895, je pratiquai la laparotomie médiane sus-ombilicale. J'arrivai tout de suite sur une vésicule très petite, rétractée et indurée et qui paraissait complètement vide. En suivant le col de la vésicule et le canal cystique, libre aussi de calculs, et en portant le doigt dans l'hiatus de Winslow, j'explorai le canal cholédoque, et je découvris, dans sa portion libre, très près du duodénum, qui avait été rétracté par en bas, une bosselure du volume d'une petite noix, arrondie et dure, constituée manifestement par le relief d'un calcul. Peu à peu le cholédoque fut découvert, à ce niveau, en ne se servant que de la pince et de la sonde cannelée, et en procédant avec d'autant plus de prudence, que la veine porte, très grosse, dessinait une volumineuse saillie sur le bord gauche du canal. Une fois achevé ce travail de libération préliminaire, une incision d'environ 2 centimètres fut pratiquée en long, sur la paroi antérieure du cholédoque, et permit de mettre à nu le calcul, qu'on put faire basculer et extraire sans trop de peine. Il s'écoula en même temps une petite quantité d'un liquide muqueux, filant, légèrement teint en jaune et qui fut reçu par les compresses qui circonscrivaient le champ opératoire. Le cholédoque était notablement dilaté au-dessus et au-dessous de l'obstruction calculeuse, et le petit doigt s'y engageait sans peine. De plus, en aucun autre point, on ne trouvait trace d'induration.



Calcul du canal cholédoque (grosseur naturelle).

Je pris le parti de tenter la chance d'une réunion primitive et je fermai complètement l'ouverture que je venais de pratiquer au canal, en suturant les deux lèvres par un surjet de catgut, qui les adossait l'une à l'autre et que complétaient quelques points séparés; puis je laissai un drainage à la gaze iodoformée, et je réunis la plaie abdominale, sur tout le reste de sa longueur.

Les suites de cette intervention furent très simples : il y eut seulement quelques vomissements bilieux, dans le cours des deux premières journées. Aucune élévation thermique.

Je retirai le drainage iodoformé le 3e jour : la gaze n'était nullement humectée par la bile, et la cavité opératoire, ou plutôt le trajet, paraissait, du reste, presque sec. Ce ne fut qu'au 8e jour, qu'il se produisit un écoulement biliaire, qui, dès lors, persista pendant tout le courant de janvier, mais en diminuant peu à peu d'abondance.

Dès les premiers jours qui avaient suivi l'opération, la teinte ictérique avait commencé à pâlir; au bout de trois semaines, elle avait complètement disparu. — Dès le lendemain de l'opération, les selles avaient perdu leur teinte grise : elles cessèrent d'être colorées pendant 2 jours, au moment où s'établit la fistule biliaire, puis elles reprirent leur coloration normale, qu'elles ont toujours conservé depuis.

J'ajoute que toutes les douleurs avaient cessé. Aujourd'hui, depuis 3 mois, l'écoulement biliaire est absolument tari, et la cicatrisation complète : toutes les fonctions sont redevenues régulières, la malade ne souffre plus, elle a repris de l'embonpoint et de la mine; je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est enchantée d'avoir consenti à se soumettre, malgré son âge, à une intervention.

Je ne tiens à rapporter ce fait que comme un document à l'actif de la cholédochotomie, qui a rempli, ici, toutes ses promesses. J'ajouterai seulement que, si la réunion primitive du canal cholédoque a manqué, ce qui est, du reste, le cas ordinaire et, pour ainsi dire, la règle, la suture que j'ai faite a eu, du moins, pour avantage, de rétrécir l'ouverture du cholédoque, assez large, par suite de la grosseur du calcul, et de raccourcir d'autant la durée de l'écoulement biliaire consécutif. Le drainage rendait, d'ailleurs, inoffensive cette tentative de réunion immédiate.

Quant au calcul, figuré ci-contre, il est, en effet, d'un volume assez remarquable : irrégulièrement ovoïde, il mesure 22 millimètres dans son grand axe, 18 millimètres en largeur et en épaisseur.

Chirurgie des voies biliaires,

Par M. le Dr Schmidt (1).

Avec neuf observations personnelles, M. le Dr Schmidt dans son intéressante monographie, publie quelques considérations générales pour servir à la chirurgie des voies biliaires.

Le diagnostic des calculs biliaires n'est pas toujours facile à établir avec précision, et pour y arriver il faut rechercher avec la plus minutieuse attention les antécédents du malade.

Lorsque le sujet a présenté de la fièvre avec des frissons répétés, des coliques et de l'ictère : surtout lorsque l'imprégnation biliaire des téguments persiste après disparition de la douleur, il faut songer à l'existence d'un calcul. La palpation peut dans un bon nombre de cas permettre de confirmer le diagnostic, mais parfois la surcharge graisseuse, la contracture de la paroi abdominale rendent ce moyen d'investigation impuissant. Sans doute l'anesthésie permet un palper plus précis, mais elle ne suffit pas toujours pour conduire à une certitude.

Une languette de substance hépatiques peut se développer anormalement au-devant de la vésicule; ce fait est d'autant moins rare qu'il relève de la même cause que la formation des calculs. Il est facile de comprendre que la palpation ne pourra donner alors aucun résultat; il en est de même lorsque, les calculs s'arrêtant dans les gros canaux biliaires, la vésicule se ratatine et disparaît sous le foie.

Lorsque le diagnostic reste douteux, faut-il avoir recours à la ponction exploratrice? M. Schmidt pense qu'il ne faut employer ce moyen qu'après laparotomie exploratrice, car il a remarqué en procédant ainsi que même après l'emploi d'un trocard peu volumineux les parois de la vésicule enflammée reviennent incomplètement sur elle-même, et il s'échappe toujours quelques gouttes de liquide. Ce fait qui n'a pas de conséquence si l'on a fait une laparotomie, peut déterminer une péritonite mortelle si la ponction est faite à travers la paroi abdominale.

Un des points les plus importants à déterminer, est la localisation du calcul. D'après l'auteur, on différenciera l'obstruction du cholédoque d'avec sa compression, parce que dans la seconde hypothèse il n'y a ni douleur ni colique, mais seulement l'ictère et son cortège. Lorsqu'un calcul oblitère le canal cholédoque, la dilatation de la vésicule biliaire ne tarde pas à se produire; cette augmentation de volume est exceptionnelle lorsque les concrétions calculeuses s'accumulent dans la vésicule même.

Si l'obstacle s'arrête dans le canal cystique, la vésicule s'hypertrophie, mais moins rapidement; elle devient le siège d'une véritable hydropisie, les glandes continuant à sécréter dans une cavité devenue close.

Les bactéries de l'intestin peuvent alors pénétrer dans la vésicule et en déterminer l'empyème; ce fait d'ailleurs n'aggrave pas excessivement le pronostic d'après M. Schmidt.

L'hypertrophie de la vésicule n'est pourtant pas fatale dans l'oblitération du canal cystique; il est peu fréquent, mais cependant possible que l'inflammation chronique des glandes de ce réservoir entraîne leur atrophie et supprime leur sécrétion.

Les indications opératoires sont évidemment assez variables; pourtant l'arrêt des calculs dans les conduits biliaires réclame une intervention d'une façon plus urgente que leur accumulation dans la vésicule. Dans ce dernier cas l'opération deviendra nécessaire lorsque la région de la vésicule reste très douloureuse; elle n'est pas urgente, mais toutefois il ne faut pas la différer trop longtemps. Elle s'imposera naturellement s'il survient de la fièvre et des frissons.

Lorsque le malade présente des accidents péritonéaux et du collapsus, il ne faut pas s'abstenir; sans doute le pronostic est très assombri, mais une intervention immédiate peut encore sauver le malade dans quelques cas.

En terminant, l'auteur insiste sur les rapports du cancer et de la lithiase biliaire, qu'il considère comme indéniables. Enfin il rapporte une observation personnelle de tuberculose de la vésicule, consécutive à la lithiase. Déjà Czerny avait signalé un cas analogue, mais qui n'était pas absolument probant. La lithiase biliaire exposerait donc à la tuberculose et au cancer.

Tuberculose du genou,

D'après les recherches de M. Kœnig (1).

C'est sur 18 années d'observations, de 1875 à 1893 et sur 720 observations que M. le Dr Kœnig (1) appuie cet intéressant travail. — Il y décrit les diverses formes cliniques de la tuberculose du genou, depuis les hydarthroses tuberculeuses, séreuses ou fibrineuses, jusqu'aux formes granuleuses fongueuses, constituant la tumeur blanche; il montre la bacillose du genou accompagnée d'abcès et les positions dans lesquelles les contractures mettent la jointure.

L'anatomie pathologique est minutieusement étudiée avec de nombreuses figures. L'auteur distingue trois ordres de faits. Dans un premier cas, le début se fait par la synoviale et les parties molles, dans le second la lésion se développe primitivement dans les épiphyses, enfin dans le troisième, la tuberculose est diffuse.

La tuberculose synoviale frappe simultanément les tissus fibreux qui doublent la synoviale et le bord libre des cartilages articulaires. Aussi est-ce le plus souvent au niveau des insertions ligamenteuses sur le fémur que l'affection débute dans cette forme. Les granulations se propagent de proche en proche sous la séreuse qui s'épaissit et se recouvre de fausses membranes et de fongosités tuberculeuses, celles-ci sont parfois saillantes, polypiformes, lorsqu'elles atteignent des « pannus » de la synoviale.

Ainsi donc ce n'est pas dans la séreuse même que la lésion

1. *Beiträge zur Gallenbasenchirurgie* von Dr Med. Georg B. Schmidt, Privat Docent in Heidelberg. (Abdruck aus der Festschrift für Professor Dr Med. Benno Schmidt, von Dr Med. Georg B. Schmidt. Dr Med. Arthur B. Schmidt, Dr Med. Martin B. Schmidt. Iéna, 1896, Verlag von Gustav Fischer). — Brochure in-8 de 30 pages.

1. Kœnig, *Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke, auf Grund von Beobachtungen der Gottinger Klinik. I. Das Kniegelenk.* Berlin, A. Hirschwald, 1896.

commence par évoluer, dans bon nombre de cas au moins; c'est le tissu fibreux parasynovial qui est atteint; le pus se forme dans cette couche et se répand dans l'articulation après rupture de la séreuse, semant sur son chemin l'élément spécifique.

Souvent la maladie partie des insertions ligamenteuses fémorales par exemple suit les bandes condyliennes et la surface articulaire du fémur se trouve divisée en trois champs, deux condyliens, un rotulien que séparent les uns des autres les productions tuberculeuses avec du tissu fibreux. Peu à peu le cartilage articulaire est envahi de plus en plus et le processus gagnant en profondeur vient léser l'os lui-même qui présentera des cavités avec de l'ostéite éburnée et des séquestres.

Lorsque le point de départ initial est osseux; la marche est inverse; la lésion se propage au cartilage et à la synoviale et c'est ici le foyer osseux qui s'ouvre dans l'articulation. Dans un 3e groupe, enfin, il faut ranger les cas où la tuberculose diffuse frappe à la fois les os, la synoviale et les parties molles para-articulaires.

De 1875 à 1893, M. Kœnig a observé et traité 720 cas de tuberculose du genou (427 hommes, 293 femmes); 364 fois il s'agissait du genou droit; 326 fois du genou gauche et 13 fois des deux à la fois; dans 17 observations le côté n'a pas été noté.

Sur 691 cas, 281 (44,5 pour 100) avaient eu un point de départ osseux, et 351 (55,5 p. 100) un point de départ synovial. Sur ces 281 ostéites primitives, il s'agissait 33 fois de la rotule, 53 fois du fémur, 107 fois du tibia et 48 fois de plusieurs os simultanément.

L'auteur a traité tous ses malades par le repos en position convenable, l'extension, les injections d'acide phénique à 5 pour 100, les injections de glycérine iodoformée, la tuberculine de Koch, des opérations atypiques, l'arthrectomie, la résection ou l'amputation; après avoir montré comparativement les résultats immédiats et éloignés que lui ont donné ces diverses méthodes il établit le pronostic de la tuberculose du genou.

De cet intéressant travail, très documenté, et où l'on trouve des statistiques très consciencieuses, M. Kœnig conclut que dans un bon nombre de cas le traitement conservateur fournit d'excellents résultats. Si l'on examine la totalité des cas, les guérisons représentent 20 pour 100, mais parmi les malades guéris très peu ont conservé un bon fonctionnement du membre. C'est surtout lorsque la maladie a duré longtemps qu'on observe des contractures et il ne faut guère compter garder la fonction parfaite même par le traitement conservateur; très souvent le genou reste fléchi.

Sur 126 malades, 59 avaient des mouvements satisfaisants; 5 gardaient peu de mouvement et 62 avaient de la raideur absolue.

En somme, un médecin ne peut rien présumer de la durée, ni même du résultat du traitement, dans une tuberculose du genou. On peut dire pourtant que la majorité des malades guérissent, mais avec des positions vicieuses. Lorsqu'une vieille arthrite fongueuse, rebelle au traitement conservateur, guérit avec ankylose par l'opération, on doit s'estimer heureux, car toute autre méthode eût entraîné certainement la même raideur. D'ailleurs l'opération n'élève pas la mortalité, qui est d'après l'auteur allemand de 28 p. 100 avec opération et de 29 p. 100 sans opération.

L'arthrectomie est l'opération de choix pour l'enfant; chez l'adulte, il faut faire la résection. Mais lorsque la suppuration s'établit vite, avec fièvre et altération des organes (rein, foie), il faut intervenir sans retard, et faire l'amputation si dans ces cas il y a des fistules.

Les autres localisations de la tuberculose ne constituent pas des contre-indications; il est souvent remarquable de voir la rapidité avec laquelle les opérés s'améliorent.

M. Kœnig se montre, au résumé, adversaire convaincu de ceux qui préconisent l'amputation pour presque tous les cas; mais il condamne également ceux qui ne veulent intervenir qu'à la dernière extrémité.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé,

Par M. le D Colleville,

Médecin des hôpitaux de Reims.

Parmi les nouveaux médicaments, peu nombreux sont ceux qui ont la bonne fortune de résister aux multiples essais que leur composition chimique semble autoriser. Une fois effacée l'estampille officielle qui leur a servi d'acte de naissance, il leur faut des vertus bien incontestées pour être rangées parmi les préparations classiques (digitale, quinine, mercure, etc.). Telle est l'antipyrine, médicament bulbaire par excellence, qui reste un antithermique analgésique de premier ordre. De nos jours, le gaïacol semble devoir se placer comme importance à côté de l'antipyrine. Ses bienfaits sont déjà nombreux : la liste de ses vertus serait trop longue à énumérer complètement dans ce petit article. La créosote, proclamée naguère le remède souverain contre la tuberculose, commençait à rencontrer des détracteurs. Depuis quelques années, le professeur Picot (de Bordeaux) lui a substitué le gaïacol en injections sous-cutanées, à doses très élevées, facilement absorbé par les tissus. Nous ne citerons que pour mémoire les nombreuses préparations pharmaceutiques à base de gaïacol, associées ou non avec l'iodoforme pour les affections des voies respiratoires.

Appliqué sur la peau, pur et cristallisé, ce serait un antithermique précieux. Montagnon et Hull le préconisent dans la fièvre typhoïde au triple point de vue de l'antithermie, de la diurèse et de la diaphorèse. Sciolla (1893), le promoteur d'une pareille thérapeutique, ne craint pas d'administrer jusqu'à 30 grammes par jour. Bard (de Lyon) descend aux doses plus modestes de 2-3 grammes au plus. Dans les érysipèles graves, les pneumonies, les grippes, Robillard n'hésite pas à affirmer sa supériorité sur le sulfate de quinine. Pour Bosc, le granulique ressent des améliorations de l'administration du gaïacol. Ses propriétés analgésiques et antiseptiques le font préconiser en injections dans la coqueluche (Chateaubourg); en badigeonnages dans l'orchite blennhorragique (Balzer et Lacour), dans les angines et amygdalites aiguës (Darbouet-Raymond) et aussi dans les cystites tuberculeuses. Comme analgésique sur la peau, il est associé en général à parties égales avec la glycérine (G. Lyon, *Gazette hebdomadaire*, 23 février 1895). Le Dr Lucas-Championnière (dans son *Journal des Praticiens*, 10 septembre 1895) lui ouvre un nouvel horizon. Récapitulant les inconvénients attribués aux anesthésiques locaux en chirurgie (chlorure d'éthyle, cocaïne), il propose de leur substituer pour les petites opérations (ablation de loupes, abcès, anthrax, etc.) les injections huileuses sous-dermiques au vingtième, procurant au bout de 10 minutes une insensibilité locale pouvant durer 35 minutes, sans escharre ni irritation.

Depuis cette époque, ce journal insère des succès nouveaux dans ce mode d'emploi. Il n'est pas jusqu'au salicylate de soude qui ne voie son monopole disputé dans le rhumatisme polyarticulaire aigu ou chronique. Les névralgies diverses et même les douleurs névritiques des tuberculeux (Ferrand) seraient calmées avec des applications extérieures de gaïacol. Nous nous proposons d'étudier ici l'action analgésique des injections sous-cutanées de

gaïacol chloroformé pour calmer les douleurs profondes de diverses natures.

Après avoir essayé diverses combinaisons avec le gaïacol, nous nous sommes arrêté à la préparation suivante : gaïacol et chloroforme. En tenant compte des densités spéciales à chaque composant de notre solution :

Une goutte de chloroforme pèse. . . 0gr86
Une goutte de gaïacol pèse. 1gr12

Nous formulons la solution de la façon suivante, comme la plus forte dose tolérable pour l'organisme :

Chloroforme. . . . . 10 gouttes.
Gaïacol. . . . . 6 —

Ce qui revient à :

Chloroforme. 8gr60
Gaïacol. 6gr76

Il est bon de laisser le flacon au sec et dans l'obscurité : nous l'entourons même d'un papier violet qui le protège au jour des rayons électro-chimiques. L'expérience nous a prouvé en effet que, sans ces précautions, la décomposition du liquide se fait vite; de transparent, il devient jaunâtre avec des parcelles brun-noirâtre en suspension; l'efficacité du médicament diminue en raison de ces transformations chimiques. La quantité à injecter varie de 15 à 60 gouttes du mélange; la moyenne à conseiller étant de 30 gouttes, ce qui correspond comme capacité à la moitié de la seringue de Pravaz. Pour la forme nous rappelons : 1° qu'on savonne antiseptiquement l'endroit où l'on fera l'injection ; 2° qu'on stérilise l'aiguille avant de l'introduire *séparément* dans les tissus, s'assurant ainsi qu'on n'a pas intéressé le moindre vaisseau; 3° qu'on adapte la seringue à l'aiguille : on retirera le tout sans faire de massage.

Dans la zone injectée, la sensation accusée par le malade est celle d'une brûlure, disparaissant en général au bout de 1 à 3 minutes, pouvant persister chez certains jusqu'à un quart d'heure. Si l'injection est faite profondément dans les masses musculaires, cette sensation est très vite dissipée; si, au contraire, elle est faite superficiellement dans l'hypoderme ou dans le tissu aponévrotique, la cuisson dure plus longtemps Depuis 2 ans environ que nous pratiquons ces injections, deux fois nous avons noté un petit noyau d'induration ou une légère ecchymose à la place de l'insertion médicamenteuse. Dans ces cas nous avons opéré au voisinage des malléoles, c'est-à-dire dans une régions défavorable pour l'intervention. La règle capitale est de porter le remède le plus près possible du nerf malade ou du tissu intéressé.

Nous nous sommes posé la question de savoir si le mélange sus-indiqué était indispensable pour obtenir l'effet recherché. Chez quelques malades nous avons substitué à notre produit l'huile chloroformée en injections sans résultat bien satisfaisant. La douleur accusée étant chose variable selon la susceptibilité individuelle et peu facilement appréciable quantitativement pour l'observateur, nous avons recherché les effets physiologiques de notre médicament obtenus sur un vigoureux lapin de 3 kilogrammes. Ayant mis à nu les deux nerfs sciatiques à la hauteur des cuisses; nous avons injecté dans l'une d'elles 6 gouttes du mélange, l'autre nous servant de témoin. Des deux côtés, la piqûre du nerf avec la pointe d'une épingle ou d'une aiguille n'a amené aucune réaction. En pinçant comparativement les sciatiques avec les mors d'une pince, le mouvement de défense a été bien plus marqué de la part de la patte non injectée. Si l'on fait passer sur les deux nerfs un courant provenant de deux piles Leclanché, tandis que la contraction de la patte témoin se montre très forte dès l'ouverture du courant; au contraire, dans la patte injectée, le mouvement est bien moins énergique et l'excitation latente bien plus prolongée. Les muscles interrogés électriquement de chaque côté répondent de la même manière. Que l'on effleure légèrement les deux sciatiques avec la pointe du thermo-cautère, les différences mentionnées plus haut s'accusent encore. Aux bras nous avons remplacé l'injection du gaïacol chloroformé par celle de l'huile chloroformée; nous avons mis à nu les deux médians et nous avons opéré dans les mêmes conditions : il y avait peu de différences dans chacune des sensations constatées comparativement à droite et à gauche. Le gaïacol pur sur le nerf isolé est douloureux comme topique. Il y a donc avantage en pratique à combiner les deux substances : l'association du gaïacol avec la cocaïne donne un liquide louche fort pénible à supporter : elle doit donc être rejetée.

Observations. — Parmi les observations recueillies, voici celles qui nous paraissent les plus probantes pour se faire une opinion au sujet du gaïacol chloroformé.

Névralgies réflexes péri-utérines.

Observation I. — D..., 27 ans. Opérée à la clinique chirurgicale le 9 oct. 1895, pour une hypertrophie du col utérin. Restée 2 mois en observation, souffrant de douleurs névralgiques persistantes après l'intervention, et pour lesquelles avec des potions calmantes on lui a appliqué des pointes de feu, à 7 ou 8 reprises différentes. Les douleurs suivent le trajet des nerfs abdominaux-génitaux et fémoro-cutané gauches. Le 3 avril 1896, première injection de 20 gouttes au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, *loco dolenti*; sensation de brûlure pendant quelques minutes. A la visite du lendemain 4 avril, la douleur s'est bien atténuée sur le trajet inguinal. Une deuxième injection de 30 gouttes entre les deux épines iliaques antérieures, à la sortie du fémoro-cutané. Revue le 7 avril, D... s'est prétendue très soulagée le jour même; elle n'accuse plus d'élancements douloureux le long du fémoro-cutané que par intervalles espacés. Le 14 avril, à la suite de fatigues particulières, les branches nerveuses susnommées sont redevenues douloureuses, avec moins d'intensité que la première fois. Nouvelle piqûre de 30 gouttes comme au 7 avril. Au 18 avril, la douleur fémorale est totalement disparue. Par précaution, injection de 30 gouttes à l'aine. Le 15 mai, D... revient nous dire qu'elle se croit guérie, n'ayant plus rien éprouvé de pénible depuis, alors qu'avant le traitement, elle souffrait tous les jours. Nous acceptons cette interprétation sous toutes réserves : mais nous signalons l'amélioration survenue.

Obs. II. — G..., 32 ans, entrée salle Sainte-Jeanne, n° 11. Admise une première fois dans le service en décembre 1895, pour endométrite avec névralgies réflexes suivant les bronches abdomino-génitales et fémoro-cutanée gauches. Vésicatoires successifs et pointes de feu pratiquées antérieurement sans grand soulagement durable. Une première injection de 15 gouttes entre les deux épines iliaques antérieures procure un calme qui dure un mois. Rentrée le 20 février 1896 pour mêmes symptômes plus tenaces. En l'espace d'un mois, on lui fait 5 piqûres espacées de 5 jours environ. Revue au mois d'avril, elle n'a plus rien ressenti de particulier. A noter un phénomène qui ne s'est pas représenté dans nos autres observations; G... transpirait pendant les deux heures qui suivaient l'injection : ces sueurs se limitaient au segment injecté du membre abdominal.

Plaque topoalgique.

Obs. III. — B..., 30 ans, apprêteur; entre le 30 janvier 1896 pour une plaque topoalgique de 0,05 centim. carrés environ au niveau de l'hypochondre droit; neurasthénique; pas de stigmates hystériques. Traité déjà à Saint-Thomas en 1895 par le gaïacol avec succès, il est revenu dans la même salle pour renouveler le traitement. Disparition de la plaque 2 heures après l'injection de 15 gouttes. L'action des médicaments est susceptible d'être critiquée chez les nerveux : aussi mentionnons-nous ce cas pour mémoire.

Douleurs fulgurantes tabétiques.

Obs. IV. — Mise avec intention en opposition avec la précédente, comme importance. M..., 37 ans, cordonnier. Ancien syphilitique acquis : premiers symptômes tabétiques remontant à 5 ans. Crises laryngées : douleurs en ceinture et fulgurantes le long des membres inférieurs. Traité antérieurement pour celles-ci par des injections de morphine et par des pointes de feu; iodure à l'intérieur.

Les crises duraient de 2 à 3 jours; grâce à l'accoutumance, la morphine administrée toujours aux mêmes doses, ne produisait plus d'effets.

Le 20 février 1896, 20 gouttes injectées, amenant au bout de 6 heures un soulagement notable qui ne dura que 2 heures. Le 26 février, une nouvelle crise étant survenue, on injecte 20 gouttes à 6 heures du matin; à 10 heures, la douleur était plus sourde; à 11 heures, nouvelle piqûre de 20 gouttes; à 3 heures de l'après-midi, disparition totale de la crise, n'ayant duré qu'un jour au lieu de 3.

Le 2 mars, nouvelle crise débutant à 3 h. 1/2 du soir. 20 gouttes insérées à la hauteur du genou gauche; calme immédiat pendant 1/2 heure; puis, reprise de la douleur avec décroissance jusqu'à 9 h. 1/2 : en tout 4 heures au lieu d'une journée, comme en février.

Le 13 mars, nouvelle crise; nous essayons l'emploi de l'huile chloroformée (25 gouttes). La sensation immédiate de cuisson est moins forte qu'avec le gaïacol. La crise a duré 2 jours, quoique atténuée et le malade nous a redemandé lui-même le gaïacol. Nous lui proposons la morphine, qu'il refuse comme ne le soulageant pas. Une seconde expérience faite le 16 mars avec l'huile chloroformée, à l'insu du malade, aboutit aux mêmes résultats que la première fois.

Le 17 mars, 20 gouttes de gaïacol sur le bord interne du pied au voisinage du premier métatarsien; calme au bout d'une 1/2 heure. Les frictions extérieures avec le gaïacol glycériné ont procuré une sédation moins marquée.

Le 28 mars, nous essayons le *carbonate de gaïacol* chloroformé, comme topique moins douloureux que le gaïacol lui-même. M... constate que la sensation de cuisson est moins forte qu'avec le gaïacol; mais le soulagement consécutif est moins grand. Le carbonate de gaïacol étant plus difficilement soluble dans le chloroforme, nous avions employé la solution presque à saturation, voulant faire profiter le malade de la plus grande quantité possible de carbonate de gaïacol. Aussitôt la piqûre, il s'est formé immédiatement à l'extérieur et à l'intérieur de la seringue un dépôt cristallin difficile à faire disparaître. En raison de ces inconvénients supérieurs aux avantages du carbonate, nous en sommes revenu à notre première préparation.

Le 1er avril, 20 gouttes à la cuisse droite; l'effet est moins actif que d'habitude par suite de la décomposition du liquide à la lumière. Depuis, nous avons recouvert le flacon.

Le 2 avril, injection préventive : rien d'anormal jusqu'au 8 avril, époque à laquelle les douleurs fulgurantes changent de place, envahissent les deux côtés du cou en remontant le long des sterno-mastoïdiens jusque sur la surface des pariétaux. Deux piqûres de 30 gouttes chacune sont pratiquées derrière les muscles. A gauche, la douleur cesse presque immédiatement; à droite, la sensation douloureuse persiste parce que le liquide, ayant fusé dans les mailles peu extensibles de l'aponévrose, y séjourne sous forme de noyau induré long à disparaître alors que la douleur fulgurante avait cessé dès le lendemain.

Le 19 avril, nouvelle apparition des douleurs à la jambe droite; injection de 30 gouttes. Depuis ce jour jusqu'au 7 mai, rien de spécial. Le liquide ayant été inséré trop près de la malléole, une ecchymose est survenue sans autres complications.

Cette observation nous a montré l'efficacité incontestable du gaïacol, non pour faire disparaître les crises, mais pour les écourter et les atténuer, puisque au lieu de durer 2 ou 3 jours, elles ne persistent que pendant quelques heures après l'injection. Après les tentatives d'huile chloroformée et de carbonate de gaïacol, nous voyons que notre préparation est la meilleure : de plus, elle nous a été démontrée ici plus efficace que l'injection de morphine. Ce cas nous a prouvé l'importance du lieu d'élection pour la piqûre qui ne doit être pratiquée ni dans une aponévrose, à cause de la difficulté de résorption du liquide; ni dans un hypoderme comme est celui qui avoisine les malléoles. Enfin la suppression de la douleur fulgurante malgré le noyau d'induration prouve l'action analgésiante du gaïacol.

Traumatisme.

Obs. V. — L..., entrepreneur de maçonnerie, reçut sur les reins, il y a quatre ans, une cloison du poids de 150 livres, tombant de la hauteur de 3 mètres. A la suite de cet accident il perdit un moment connaissance et fut obligé de garder le lit pendant 3 jours. Les 15 jours qui suivirent, il marcha avec l'aide d'une canne. Au cours de la première année, il ressentit peu de douleurs. Depuis, celles-ci se rapprochaient progressivement en procédant par crises de quelques heures avec des intervalles de 3 à 4 jours et recrudescences aux changements de température. La névralgie partant de la fesse droite tint le trajet du crural et du sciatique. Lourdeur au mollet, engourdissement du talon, douleurs lancinantes dans le cou-de-pied et la face antéro-interne de la cuisse. Les bains de Barèges, les douches écossaises, les frictions répétées avec l'essence de térébenthine, n'amènent pas un grand soulagement. Trois injections successives de gaïacol, avec intervalle de quelques jours, ont suffi pour l'améliorer. Nous avons rencontré L... dans la rue, il y a quelques jours; il nous a dit n'avoir plus éprouvé de mal depuis.

Fissure sternale.

Obs. VI. — U..., 33 ans, entré à Saint-Thomas, n° 29, le 8 avril 1896, a reçu, le 4 avril, un coup de pied de cheval vers le milieu de la 3e pièce sternale. Il se plaint d'une douleur si violente au niveau de la région intéressée qu'il ne peut se mouvoir; il respire avec peine : le maximum de la douleur correspond à une ligne qui intéresserait transversalement ce point sternal, à la manière des fêlures osseuses. Une première injection de 30 gouttes ne le soulage que sur le tard dans la nuit. A la visite du lendemain, nous constatons l'amplitude normale de la respiration; il n'accuse de sensibilité qu'aux mouvements de la toux. Il subsiste encore à gauche, alors que la piqûre a été faite à droite, une certaine sensibilité. Une friction extérieure de gaïacol glycériné, *loco dolenti*, soulage complètement le malade. Ici, vu le siège superficiel de la douleur, l'application extérieure du médicament aurait suffi.

Néphroptose. Rein droit congestionné.

Obs. VII. — C..., 23 ans. A la suite de fatigues, le rein droit ptosé par suite de grossesses antérieures, est douloureux et manifestement congestionné. 15 gouttes injectées dans la région lombaire droite suffisent à calmer la douleur entretenue par la congestion. Dès le lendemain, elle peut porter la ceinture de Glénard.

Névralgie radiale double.

Obs. VIII. — G..., atteint de bacillose au premier degré, sommet droit. Se plaint de douleurs névralgiques le long de la branche superficielle du radial avec crampe du long supinateur formant une masse dure et tendue, appréciable à l'œil et à la main. Les deux côtés sont atteints; mais plus à gauche qu'à droite : pas de points apophysaires. Le 9 mars, injection de 15 gouttes dans le muscle; diminution de la crampe. Le 13 mars, injection de gaïacol à gauche et d'huile chloroformée à droite. Le lendemain une grande différence est accusée entre les deux côtés, au profit du gaïacol. Trois autres piqûres avec intervalle de quelques jours finissent par débarrasser G... qui sort complètement guéri.

Douleurs musculaires.

Obs. IX. — L..., atteint d'emphysème avec congestion hypostatique droite compliquée de bronchite généralisée, se plaint de douleurs violentes provoquées par des secousses de toux, à la base du thorax et au niveau des reins à droite. Une injection de 30 gouttes lui procure un grand soulagement et lui permet de dormir. Ces tiraillements musculaires pénibles cessent au bout de trois piqûres.

Obs. X. — Giv..., 32 ans, ayant contracté la coqueluche auprès de ses enfants, a eu des quintes si fortes qu'il s'est déchiré quelques fibres musculaires au niveau de la région moyenne du 6e espace intercostal droit : légère ecchymose et

douleur continue locale très violente, condamnant la poitrine à l'immobilité et limitant par conséquent l'excursion de la cage thoracique. L'application de cataplasmes laudanisés le soulage à peine.

Une injection de 15 gouttes le remet au bout d'une demi-heure : il peut dormir sur n'importe quel côté : dès le lendemain, il vaque à ses occupations, n'éprouvant plus qu'une sensibilité diffuse et légère.

Quelques cas de névralgies sciatiques.

Obs. XI. — Di... Rhumatisant. Sciatique gauche remontant à 2 mois. Occupations suspendues à cause des douleurs : la moindre fatigue augmente les crises pénibles : points de Valleix, à la fesse, cheville, talon creux poplité, tête du péroné, sensibilité constante avec crises nerveuses; démarche caractéristique sans scoliose; pas de troubles vaso-moteurs. Le 14 avril, piqûre de 15 gouttes au point fessier, peu douloureuse; dans la même séance, une seconde au milieu de la région antéro-externe de la jambe; les points douloureux disparaissent. Au niveau du cou-de-pied, applications extérieures de gaïacol : D... déclare qu'elles ne le soulagent pas autant que les injections. Le 22 avril une dernière piqûre vers le milieu de la cuisse : D... a repris ses fonctions.

Obs. XII. — M..., fortement albuminurique, se plaignait de douleurs très intenses le long du sciatique poplité interne; toutes les potions calmantes ont été essayées en vain : pas d'applications extérieures à cause de son état rénal. Le Dr Malot (de Villedommange) lui fait une piqûre de 60 gouttes qui l'a soulagé pendant 48 heures. Nouvelle injection faite sur la demande de M..., à une seconde récidive, avec succès.

Obs. XIII. — B..., âgé de 60 ans, entré 32, salle Saint-Thomas. Sciatique depuis décembre dernier. Le 10 avril, application extérieure de gaïacol glycériné sur la cuisse et le genou gauche : très légère amélioration. Le 11 avril, injection de 30 gouttes; la douleur commence à se calmer au bout de 1 heure. Le 13 avril, nouvelle piqûre de 30 gouttes le long de la ceinture iliaque pour névralgie associée lombo-iliaque : moindre amélioration que la première fois. Le 15 avril, on substitue au gaïacol, une piqûre de morphine, sans grande différence. Le 17 avril, nous injectons 60 gouttes de gaïacol qui, cette fois procurent un soulagement plus marqué.

Ce cas est intéressant par le caractère rebelle de la douleur : l'emploi comparé de la morphine et du gaïacol font donner encore la préférence au gaïacol.

Zona chronique.

Obs. XIV. — Z..., âgé de 62 ans, atteint de névrite intercostale avec zona à droite vers le 8e espace intercostal. L'éruption était passée lorsque nous avons vu le malade avec le Dr Malot. Les douleurs lancinantes survenaient avec une régularité frappante à 8 heures du soir et tenaient éveillé L... toute la nuit. Potions morphinées inutilement employées. Une première injection de 30 gouttes, sans autre médication, ne produit pas de résultats : une seconde piqûre avec ingestion de gouttes laudanisées n'est guère plus calmante. On a recours alors à une piqûre de 60 gouttes combinée avec la potion calmante : soulagement marqué alors qu'auparavant, la potion ne produisait que peu d'effet; 2 nouvelles injections successives de 60 gouttes chacune permettent au malade de sortir dans sa cour.

Obs. XV. — D..., 68 ans, atteinte d'un zona intercostal, s'est trouvée soulagée un peu avec 15 gouttes. Deux fois de suite, 30 gouttes l'ont débarrassée de la douleur.

Nous faisons remarquer, en passant, qu'il s'agit ici de zona chez des personnes âgées, par conséquent difficiles à guérir.

Rhumatisme. Douleurs sacro-coccygiennes.

Obs. XVI. — D..., 38 ans, salle Sainte-Jeanne, n° 11. Entrée le 29 avril pour douleurs rhumatismales au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes du 2e et du 3e doigt à droite, ainsi que dans les articulations sacro-coccygiennes et coccygiennes, et le trajet du sciatique droit. Une injection de 30 gouttes pratiquée le 1er mai, au niveau du nerf, la soulage au bout de 4 heures. Le 2 mai, injection de 30 gouttes à droite et à gauche des articles médians du rachis : résultat peu satisfaisant. Le 6 mai, nous faisons alors une injection de 60 gouttes qui combat la douleur avec succès. Une piqûre analogue sur le trajet de la branche abdominale de l'abdomino-génitale, est suivie du même résultat mais laisse un petit noyau d'induration.

Nous nous contenterons de ces quelques observations pour ne pas abuser davantage de la patience du lecteur.

Conclusions. — Nous ne proposons pas ici une panacée universelle ou infaillible, mais un moyen de soulagement bon à employer dans des cas variés. Voici les remarques que comportent nos observations.

1° Selon l'âge et l'intensité de la douleur, la susceptibilité nerveuse du sujet; la dose injectable varie de 15 à 60 gouttes, la moyenne étant de 30 gouttes, non suivie de noyau d'induration. Les 60 gouttes, par contre, nous ont souvent procuré ce petit inconvénient, qui se dissipe progressivement.

2° Le médicament étant un analgésique local, lorsqu'il s'agit d'une région douloureuse assez étendue, comme le trajet total du sciatique v. g., il peut être indiqué de faire dans une même séance plusieurs injections espacées. Lorsqu'on est obligé de répéter *eodem loco dolenti* les piqûres à plusieurs jours d'intervalle, nous avons rarement dépassé 2 ou 3 insertions.

3° En préconisant le gaïacol chloroformé, notre objectif est de supprimer les injections de morphine pour douleur localisée. Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, nous y sommes arrivé; notamment chez notre tabétique (obs. IV) et chez le sciatique (obs. XIII). Nous avons pu éviter le danger du morphinisme.

4° Les douleurs intenses, comme les crises fulgurantes du tabétique, écourtées en intensité et en durée par le gaïacol, la névralgie tenace du zona de personnes âgées (obs. XIV et XV), font ressortir l'avantage de nos piqûres, thérapeutique précieuse dans ces cas qui font en général le désespoir des malades et des praticiens. Sauf les petits inconvénients locaux visés plus haut, nous n'avons jamais eu de complications locales à relever, même à la dose de 60 gouttes. L'obs. XV montre qu'il peut être nécessaire parfois d'associer aux injections l'usage de potions calmantes qui seraient inefficaces si elles étaient administrées seules.

5° D'une façon générale, tenant compte de l'application comparative cutanée et sous-cutanée du gaïacol, nous pouvons dire que : les frictions sont indiquées lorsque le siège de la douleur est superficiel ou inaccessible à la piqûre, tout en tenant compte du dire de nos malades qui, ayant pu comparer les deux modes d'administration du médicament, prétendent avoir retiré plus de soulagement de l'injection. Dans les douleurs profondes, c'est indubitablement aux piqûres qu'il faut avoir recours. Plus celles-ci sont faites dans la masse musculaire, moins elles sont pénibles.

6° Nous avons employé non seulement le gaïacol dans les névralgies ou les névrites, mais encore dans les douleurs congestives du rhumatisme ou du rein ptosé, dans les tiraillements musculaires, dans quelques cas de fractures osseuses, dans le tabès. On pourrait peut-être faire bénéficier les malades, dans d'autres circonstances analogues, des bienfaits de l'action analgésiante locale du gaïacol chloroformé en injection sous-cutanée.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mars et avril 1896.

M. C. Mirallié. *De l'aphasie sensorielle.*

M. Roux (Auxence-Adolphe). *Contribution à l'étude de la persistance de l'hymen après l'accouchement.* N° 234.

M. Renon (Maurice). *Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle.* N° 243.

M. Farret (Ulysse). — *Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant.* N° 249.

M. Brée (Maurice). — *Essai sur les hydatides flottantes intracardiaques.* N° 253.

M. Gorecki (Louis). — *Étude sur l'irido-choroïdite de la fièvre récurrente.* N° 260.

M. Boulai (Jean). — *Étude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse nasale (pseudo tissu érectile).* N° 262.

M. Rolet (Gustave). — *Symphyséotomie et accouchement prématuré artificiel (essai de parallèle historique).* N° 263.

Le mémoire de M. Mirallié est une étude soignée de l'aphasie sensorielle, comparée aux autres formes d'aphasie. Soixante-deux observations dont plusieurs inédites, détaillées et du plus haut intérêt, en forment la base. Plusieurs figures dans le texte, dues surtout à l'obligeance et au talent bien connu de Mme Déjerine-Klumpke, illustrent quelques-unes de ces observations et facilitent la description compliquée des lésions. Enfin une bibliographie très complète, très bien classée, termine l'ouvrage en ajoutant encore à sa valeur intrinsèque.

Le but principal de l'auteur est de soutenir, comme il l'a déjà fait dans de précédentes publications faites en collaboration avec M. Déjerine, que l'agraphie, qui complique souvent l'aphasie, n'est pas localisée en un centre spécial, comme l'affirment d'autres auteurs, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ne donneraient la preuve d'un centre d'images graphiques.

On trouvera dans ce mémoire une discussion très serrée de tous les points intéressant la question de l'aphasie, et la distinction de ses différentes formes. En résumé, à côté de l'aphasie de Broca, il existe une aphasie sensorielle, l' « aphasie sensorielle de Wernicke, » dont les variétés « cécité verbale » et « surdité verbale » de Kussmaul ne sont que des reliquats. Les centres d'images du langage (moteur d'articulation, visuel et auditif) sont groupés dans la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, constituant la zone du langage. Toute lésion de cette zone entraîne une altération du langage intérieur (Déjerine) et par suite des altérations manifestes ou latentes de toutes les modalités de langage (parole, audition, lecture, écriture), avec troubles prédominant sur la fonction des images directement détruites. L'agraphie existe toujours. Ce sont les aphasies vraies. Les aphasies pures (aphasie motrice sous-corticale, cécité verbale pure de Déjerine, surdité verbale pure) siègent en dehors de la zone du langage et laissent intact le langage intérieur (Déjerine). Elles n'entraînent jamais l'agraphie et ne portent que sur une modalité du langage. Elles constituent un groupe à part, à côté des aphasies vraies. Rien n'autorise à admettre un centre moteur des images graphiques. La clinique et l'anatomie pathologique s'accordent à démontrer son absence. L'existence de l'agraphie pure est encore à établir.

Les premiers rapports sexuels n'amènent pas toujours la défloration, et la membrane hyménéale peut persister même après un premier accouchement normal. En outre, la fécondation peut se produire sans qu'il y ait pénétration du pénis dans le canal vaginal. Aussi M. Roux conclut-il, au point de vue médico-légal, que l'intégrité de l'hymen n'implique pas absolument la non-consommation de l'acte génital.

M. Renon conclut que le chlorhydrate de phénocolle est, comme tous les médicaments de la même série, à la fois un antithermique et un antinévralgique. Comme antithermique, il a été surtout prescrit dans la fièvre hectique de la tuberculose et à ce point de vue, il soutient avec avantage la comparaison avec les autres médicaments employés en pareil cas et en particulier avec l'antipyrine. Dans la malaria, il a été utilisé avec succès par les médecins italiens. Comme antinévralgique, il possède des propriétés très efficaces; à ce point de vue également comme médicament nervin, il a rendu des services dans le traitement de diverses névroses, en particulier dans la chorée. Les accidents observés à la suite de l'administration du chlorhydrate de phénocolle sont rares, parfois on note quelques sueurs, surtout si le médicament est administré au moment de la poussée fébrile et non pas un certain temps avant l'ascension du thermomètre. Les exanthèmes, les bourdonnements d'oreille, les symptômes d'intolérance gastrique sont très exceptionnels, en tout cas, l'auteur ne les a pas observés. Ils semblent plus rares qu'après l'administration d'autres médicaments tels qu'antipyrine, acétanilide, etc. Son indifférence vis-à-vis de l'utérus lui donne un sérieux avantage dans les cas de fièvre chez les femmes enceintes.

M. Farret termine sa thèse en concluant :

Le thymus, par sa situation dans le médiastin antérieur, est en rapport avec des organes très importants. Ses fonctions, incomplètement connues, semblent être des fonctions de nutrition. Son développement est lié à l'état général des sujets. Le poids et le volume du thymus varient non seulement avec l'âge, mais encore avec le poids de l'enfant. Cette glande peut s'hypertrophier et s'enflammer; l'hypertrophie pouvant amener la mort subite des nourrissons, soit par la compression de la trachée, soit par un tout autre mécanisme. Enfin on rencontre quelquefois dans le thymus des lésions syphilitiques et tuberculeuses, et il peut être le point de départ de certaines tumeurs malignes du médiastin.

Des kystes hydatiques peuvent, quoique rarement, se trouver flottants dans les cavités du cœur, soit qu'ils y aient pris développement, soit qu'ils y aient été apportés par la rupture dans une veine d'un kyste hydatique, du foie, par exemple. Ils déterminent, au dire de M. Brée, des accès de dyspnée et d'asphyxie en gênant le fonctionnement des valvules. Ces accès peuvent se terminer par la mort. Ils sont surtout causés par les changements de position. Ces kystes peuvent se déplacer, être lancés dans une artère, l'artère pulmonaire ordinairement, et produire des symptômes d'embolie.

Il se développe dans la convalescence ou mieux à la suite du typhus récurrent des accidents oculaires relevant d'une irido-choroïdite, auxquels M. Gorecki consacre sa thèse. Ces accidents sont, dans la majorité des cas, unilatéraux. Leur étiologie laisse encore à désirer; nous ne connaissons presque rien des causes occasionnelles. Le type anatomo-pathologique est une irido-choroïdite spécifique, infectieuse, de forme plastique. Au point de vue symptomatique, ces lésions entraînent au début des accidents inflammatoires d'iritis auxquels font suite assez rapidement des troubles fonctionnels (abaissement de l'acuité visuelle, scotomes, mouches volantes) et des symptômes physiques (exsudats iriens et rétro-cristalliniens visibles à l'ophthalmoscope) dont la marche est chronique et la durée varie d'un à deux mois. Le diagnostic est facile grâce aux commémoratifs. Pour établir qu'il offre cependant parfois des difficultés, il faut se rappeler qu'à l'exposition de 1889 quelques Annamites furent atteints de fièvre récurrente. Le diagnostic n'en fut pas tout d'abord établi, justement à cause de la rareté exceptionnelle de cette maladie en France. Ne serait-on pas exposé à la même hésitation dans le diagnostic en présence de cas de choroïdite dus à cette même affection? Si rarement que le fait puisse se présenter, nous croyons qu'il n'aura peut-être pas été inutile de rappeler ce fait à la mémoire des ophthalmologistes français qui ne peuvent guère connaître cette affection que par les livres, de leur épargner, le cas échéant, des incertitudes dans le *diagnostic* et le *pronostic*. L'atropine, les compresses chaudes, les injections mercurielles forment la base du traitement. A la période ultime, on se trouvera bien des iodures et des toniques administrés à hautes doses.

Dans sa thèse, M. Boulai démontre que les parois vasculaires qui sillonnent la muqueuse nasale, et surtout celle des cornets, *ressemblent de tous points à celles de veines très musculaires*, mais la muqueuse nasale, sillonnée par ces veines, ne *saurait être assimilée à du tissu érectile vrai*.

1° *Histologiquement*. — A. On n'y rencontre pas de faisceaux musculaires interposés entre les cavités vasculaires et occupant les trabécules, faisceaux complètement indépendants des parois des cavités dans le tissu érectile. *(Il en est qui semblent indépendants au premier abord; cette apparence résulte d'une orientation particulière de la coupe.)* — B. Le mode de développement de cette muqueuse ne ressemble en rien à celui du tissu érectile. — C. Son développement est plus avancé que celui du tissu érectile étudié sur le même individu. — D. On n'y trouve pas le fourreau fibreux qui renferme tout tissu érectile et permet sa rigidité, fourreau si remarquable par sa résistance. (Les vaisseaux qu'on y a décrits comme artères hélicines se distinguent des vaisseaux artériels par l'absence complète d'une couche élastique interne. Quand on les examine à l'état de dilatation, la confusion n'est pas possible.)

2° *Physiologiquement*. — Il n'y a pas d'*érection véritable dans la muqueuse nasale*. Ce qu'on a décrit comme une érection n'est qu'une *parésie vasculaire accompagnée de stase sanguine et de turgescence, sans rigidité*, pouvant avoir une durée indéterminée et se montrer tout à fait en dehors de l'orgasme vénérien.

Au cours de ce travail, l'auteur montre *le développement du tissu érectile* qui se fait aux dépens d'un tissu embryonnaire que l'on voit se continuer insensiblement avec l'enveloppe fibreuse de la face interne de la verge.

L'accouchement prématuré artificiel ne paraît pas à M. Rolet, élève de M. Bar, devoir être radicalement proscrit. Les reproches adressés à la méthode au point de vue du développement ultérieur du prématuré, les résultats des statistiques citées, devront faire réserver l'accouchement provoqué au cas où il n'enlèvera au fœtus le bénéfice que de 2 à 3 semaines de vie intra-utérine, perte qu'on compensera par l'emploi de la couveuse et du gavage. Les bassins de 9 centimètres et au-dessus de diamètre promonto-pubien minimum rentrent dans ce cas. On devra donc, pour fixer l'époque de la provocation de l'accouchement, s'appuyer sur les résultats fournis par le palper mensurateur et tenir compte des influences qui ont pu agir sur le développement du fœtus (taille du père, grossesses antérieures, etc.). Les bassins au-dessous de 8 centimètres jusqu'à 67 millimètres sont tous justiciables de la symphyséotomie. Attendu que dans ces bassins on ne peut faire passer que des fœtus d'environ 2 000 grammes et que la mortalité dans ces cas est trop élevée sans que la mortalité maternelle soit nulle. Restent les bassins de 8 à 9 centimètres.

Dans ces cas, il y a à considérer : *a*) Le volume de l'enfant (nous savons sur quelles données on doit s'appuyer pour l'évaluer). *b*) La forme du bassin. — 1° Le bassin est généralement rétréci; le volume de l'enfant devra être plus petit. Il vaudra donc mieux attendre la fin de la grossesse et faire la symphyséotomie; 2° le bassin est aplati d'avant en arrière. S'il est *annelé*, avec conservation de la concavité du sacrum, le mécanisme particulier de l'accouchement, dans ce cas (déflexion de la tête et asynclitisme postérieur), permettra le passage d'enfants assez volumineux pour être bien viables. S'il est *canaliculé*, avec une concavité sacrée effacée, ce mécanisme ne pourra se produire et la symphyséotomie reprend ses droits. C'est au sens clinique de chaque opérateur de lui dicter sa conduite, dans ces bassins de 8 à 9 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum.

Thèse de la Faculté de Lyon.

M. J. Nicolas. *Pouvoir bactéricide du sérum antidiphthérique.*

L'action thérapeutique et préventive du sérum de cheval immunisé contre le bacille de Lœffler, sur les sujets atteints de diphthérie spontanée ou expérimentale, action amenant la chute des fausses membranes, la disparition habituelle plus ou moins rapide du bacille de Lœffler, l'atténuation des symptômes généraux infectieux et toxiques, ne reconnait probablement pas une origine univoque. A côté du *pouvoir antitoxique* dont le sérum antidiphthérique est doué et auquel les travaux récents paraissent vouloir attribuer un rôle trop exclusif, il faut donner une place au *pouvoir bactéricide* (ce terme étant employé dans son sens le plus large), nié jusqu'à présent de ce sérum, pouvoir bactéricide dont l'importance ne peut être méconnue, et dont les recherches de M. Nicolas ont montré l'existence dans le sérum de cheval immunisé. Ce *pouvoir bactéricide* manifeste son action *in vitro* en diminuant la *végétabilité* et en atténuant la *virulence* du bacille de Lœffler. Il semble proportionnel au degré de puissance immunisante du sérum utilisé. Nous n'avons observé, au cours de nos recherches, aucune action sur la morphologie, ni sur les réactions histochimiques de l'agent pathogène. L'affaiblissement de la végétabilité ainsi que l'atténuation de la virulence du bacille de Lœffler, observés dans ces conditions, ne paraissent pas se transmettre dans des générations successives en milieux favorables. La végétation du bacille de Lœffler dans du sérum de cheval normal semble lui conserver une virulence plus forte et plus durable que sa végétation en bouillon de bœuf peptonisé à 20 p. 1000, fait déjà établi pour d'autres agents pathogènes, en particulier pour le streptocoque.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Ataxie locomotrice et folie simulées, rapport médico-légal par MM. P. Garnier et Ch. Vallon (*Archives de neurologie*, 1er janvier 1896, p. 26). — Il s'agit d'un nommé Delannoy, âgé de 53 ans. Ancien infirmier, il devint soi-disant ataxique en 1889. Au cours d'un pèlerinage à Lourdes, il guérit subitement de cette ataxie. A la suite de cette guérison, il commet une série de vols, notamment à l'asile de Sainte-Anne où il avait été placé comme aliéné. Le Dr Dubuisson, dans le service duquel il se trouvait, pense que les troubles mentaux présentés alors par Delannoy étaient absolument simulés.

Garnier et Vallon l'ont examiné à Mazas, où il était enfermé pour les vols commis à l'asile clinique. Le prisonnier simula d'abord une nouvelle attaque d'ataxie. Sa démarche est anormale; il gigote, il titube comme un homme ivre, mais ce n'est pas la démarche de l'ataxique qui lance ses jambes en avant et en dehors; de plus, en marchant, l'ataxique a continuellement les yeux fixés sur ses pieds, tandis que Delannoy marche le nez en l'air, regardant à droite et à gauche. Enfin ses réflexes rotuliens sont normaux. D'ailleurs ces troubles pseudo-ataxiques n'existent plus au bout de 8 jours.

D'autre part, le faux ataxique simule une perte complète de la mémoire, perte de mémoire qui s'efface comme les troubles locomoteurs. Cette amnésie brusque ne s'observe guère qu'à la suite d'un traumatisme ou d'un ictus apoplectique. Cette amnésie est définitive : la lacune qui existe dans la mémoire ne se comble jamais. Or, chez l'inculpé, cette perte de mémoire n'a été que temporaire.

Delannoy prétend également n'avoir pas eu conscience de ses actes lorsqu'il volait, et, comme preuve, il donne l'amnésie; mais puisque la mémoire de ces actes est revenue, c'est que ces actes avaient pu se fixer dans son cerveau, c'est qu'ils étaient conscients.

Les troubles locomoteurs et mentaux présentés par Delannoy sont donc simulés. L'inculpé est responsable de ses vols. La cour l'a, de ce chef, condamné à 4 ans de prison.

Pathogénie de l'épuisement nerveux, par Maurice de Fleury (*Revue de médecine*, 1896, n° 2, p. 81). — A l'aide d'une série très serrée d'arguments tirés de l'étiologie, des symptômes et de la thérapeutique expérimentale de l'épuisement nerveux, l'auteur édifie une théorie pathogénique de la neurasthénie, de la mélancolie et des maladies similaires.

Ce mécanisme se divise en quatre temps :

1° Intervention de la cause (dépense immodérée d'activité, psycho-motrice ou surmenage par excès de sensation, chez un sujet héréditairement prédisposé).

2° Détente des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale que ce surmenage met en état de demi-activité et de vitalité insuffisante.

3° Hypotonies musculaires et vasculaires plus ou moins généralisés.

4° Modification de l'état mental; l'état mental n'est que le reflet de conscience vague de l'état d'épuisement, d'hypotonicité chronique du corps entier.

Il semblerait résulter de ce travail que l'épuisement nerveux, que la fatigue résident primitivement dans une simple détente du réflexe tonus et qu'ils ne deviennent que secondairement un phénomène chimique (ralentissement de la nutrition). La nature de la fatigue ne serait donc pas primitivement toxique, comme on l'a enseigné jusqu'à ce jour, et la source première de l'énergie, de la vitalité, ne serait pas dans la nutrition chimique, mais dans l'irritation nerveuse centripète, dans la sensibilité.

MÉDECINE

Pseudo-cirrhose du foie d'origine péricardique (Ueber chronische unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Pericarditis), par F. Pick (*Zeitschr. f. klin. Mediz.*, 1896, vol. XXIX, p. 385). — L'auteur rapporte 3 cas de cirrhose du foie avec ascite où l'autopsie montra l'existence d'une ancienne péricardite adhésive méconnue dans les 2 premiers cas, tuberculeuse et diagnostiquée dans le troisième. En se basant sur ces trois observations personnelles et une dizaine de cas qu'il a trouvés dans la littérature, l'auteur donne la description de sa pseudo-cirrhose péricardique, autrement dit de la cirrhose cardiaque des auteurs français.

La pseudo-cirrhose péricardique se compose de deux syndromes différents : 1° une péricardite adhésive, symphyse du péricarde, qui est primitive; 2° une cirrhose du foie atrophique ou hypertrophique ou mixte, avec ascite, laquelle cirrhose est secondaire à la péricardite qui, elle, évolue souvent d'une façon latente et échappe au clinicien.

D'après l'auteur, si la péricardite échappe souvent au clinicien, c'est tout d'abord parce que le tableau clinique est dominé par la cirrhose et par les phénomènes de stase du côté de la veine porte; en second lieu, parce que la péricardite chronique évolue fréquemment de telle façon que son diagnostic n'est guère possible. Ainsi dans les cas observés par l'auteur, la matité du cœur n'était pas très augmentée, les bruits du cœur étaient sourds, il n'existait pas de frottements; l'affaiblissement du choc de la pointe était marqué, mais il existe aussi chez des individus bien portants et a été également noté dans l'emphysème (Riegel), dans l'insuffisance mitrale et aortique.

La cirrhose, et surtout l'ascite qui complète le tableau clinique de la pseudo-cirrhose péricardique, est aussi capable de dérouter le diagnostic, puisque, dans la plupart des cas, les œdèmes et autres hydropisies font défaut. On se trouve donc en face d'une affection cardiaque où l'insuffisance du cœur se manifeste presque exclusivement par de l'ascite. Bien que le fait soit rare, il a été noté dans diverses affections du cœur, dans l'insuffisance mitrale et tricuspide (Oppolzer, Liebermeister), dans la péricardite (Strumpell, Leube, Rosenbach), dans la péricardite tuberculeuse (Most). Dans tous ces cas, l'ascite dominait les autres œdèmes, comme c'était le cas de certaines pseudo-cirrhoses péricarditiques où l'œdème était noté à côté de l'ascite.

Au point de vue anatomique, la cirrhose se rapproche du type des cirrhoses mixtes des auteurs français. Sa pathogénie doit être comprise de telle façon que l'insuffisance du cœur par le fait de la péricardite amène une stase veineuse dans le foie, laquelle stase est suivie de prolifération de tissu conjonctif qui, à son tour, donne lieu à une stase dans le domaine de la veine porte.

Une fois l'attention attirée sur ces faits, le diagnostic devient possible, et il a été fait dans le troisième cas rapporté par l'auteur. Les symptômes qui, d'après l'auteur, peuvent faire penser à la pseudo-cirrhose par péricardite, sont : les caractères de la cirrhose qui, le plus souvent, est une cirrhose mixte (ascite considérable sans hydropisie généralisée, augmentation du foie qui semble induré, quelquefois léger ictère); les antécédents du malade qui attirent quelquefois l'attention sur le cœur; l'absence d'alcoolisme, de syphilis, de malaria.

Le travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe un complexus symptomatique simulant la forme mixte de cirrhose (hypertrophie du foie avec ascite et sans ictère) et dû à ce que les troubles de circulation du foie provoqués par une péricardite latente, déterminent une prolifération de tissu conjonctif qui provoque une stase dans le système porte avec ascite.

2° Ce complexus s'observe principalement chez des individus jeunes, mais il se rencontre aussi chez les adultes.

3° Le diagnostic différentiel s'appuie : sur l'absence des causes étiologiques de la cirrhose; sur les antécédents du malade où l'on peut relever l'existence antérieure de la péricardite et des œdèmes; sur les les signes fournis par l'auscultation attentive et fréquemment répétée du cœur.

Pneumonie franche au cours du diabète (Fibrinöse Pneumonie als Complication des Diabetes mellitus), par Bussenius (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 14, p. 293). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une diabétique de 50 ans entrée dans le service du professeur Senator pour une pneumonie franche de la base droite datant probablement de 3 jours. Le diagnostic de pneumonie s'appuyait d'une part sur les phénomènes cliniques très typiques sauf la température qui restait aux environs de 38°, de l'autre sur la présence des pneumocoques dans les crachats caractéristiques. Au 7° jour parut un herpès labial très étendu, et l'examen bactériologique du contenu des vésicules montra la présence des staphylocoques dorés à côté des pneumocoques. Le même jour la température, qui avait atteint 40°, tomba à 37°, sans que cette chute produise l'euphorie habituelle. Le lendemain la fièvre se ralluma et à l'examen on trouva les phénomènes d'hépatisation du côté gauche et aucune modification dans les phénomènes stéthoscopiques du côté droit. L'état de la malade s'aggrava de plus en plus et la malade succomba dans le coma, au 13° jour de sa pneumonie.

Le dosage systématique du sucre de l'urine a montré dans ce cas que la proportion de sucre suivait une marche inverse de celle de la température. Ainsi, au moment de la défervescence passagère qui s'était produite au 7° jour, la proportion de sucre augmenta brusquement dans l'urine pour diminuer très rapidement aussitôt que la fièvre monta. A aucun moment, on n'a constaté la disparition complète de la glycosurie.

CHIRURGIE

Nécrose du tissu adipeux du péritoine (Pathogenese der abdominalen Fettnekrose), par Ponfick (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 17, p. 365). — On sait que ces temps derniers on a publié en Allemagne plusieurs cas d'une affection encore peu connue, qui évolue cliniquement avec les phénomènes d'une obstruction intestinale suraiguë, et dont les lésions sont constituées par une infiltration hémorrhagique du pancréas et par une gangrène irrégulière, partielle du tissu adipeux du péritoine.

Dans un cas de ce genre, qui doit être publié prochainement avec tous les détails, l'auteur isola dans un foyer hémorrhagique et de nécrose du péritoine un bacille se rapprochant par certains caractères du bacille typhique et par d'autres du coli-bacille et appartenant très probablement, suivant l'auteur, à une espèce colibacillaire.

Les expériences ont montré que ce microbe était pathogène pour les souris blanches et les lapins, chez lesquels il provoquait tantôt des lésions locales (nécrose), tantôt une infection générale. Les cobayes et les chiens se sont montrés très résistants envers ce bacille.

Modification des os pendant la croissance sous l'influence du phosphore à petite dose (Ueber die Veränderungen in den Knochen der wachsender Thiere unter dem Einfluss minimales Phosphordoson), par Kissel (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIV, p. 94). — D'après les recherches que l'auteur a faites sur des jeunes chiens, le phosphore serait pour l'organisme jeune un poison bien plus énergique qu'on ne le suppose ordinairement, et les troubles digestifs qui surviennent, même avec des doses minimes, peuvent acquérir rapidement une gravité extrême. L'auteur tient à relever ces faits à cause de l'emploi du phosphore dans le rachitisme, préconisé depuis quelques années.

Quant à l'influence du phosphore sur les os, l'auteur a constaté que les doses minimes comme les doses élevées exercent une action défavorable sur le développement du tissu osseux. Avec les doses de 1 décimilligramme de phosphore par kilo d'animal, on obtient le tableau complet de l'empoisonnement chronique avec atrophie des zones d'apposition des os en voie d'accroissement et cirrhose atrophique du foie. Seules les doses de 0,3 décimilligrammes, qui elles aussi agissent mal sur le système osseux, ne provoquent pas de phénomènes d'intoxication chronique.

Pour toutes ces raisons, l'auteur déconseille formellement l'emploi du phosphore dans les affections du système osseux.

Modifications de l'utérus à la suite de l'extirpation des ovaires (Ueber den Einfluss der Ovarien-Exstirpation auf Strukturveränderungen des Uterus), par Sokoloff (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LI, p. 286). — Les recherches de l'auteur ont été faites sur des chiennes adultes ou nouveau-nées, auxquelles on extirpait les ovaires et qui étaient ensuite sacrifiées 3 semaines et 14 mois après l'opération. Dans tous ces cas, l'auteur trouva une atrophie de l'utérus portant sur tous les éléments, sauf la muqueuse.

L'atrophie commence ordinairement au niveau de la couche des fibres musculaires circulaires, et est suivie de celle de la couche à fibres longitudinales. L'atrophie des fibres circulaires atteint son maximum environ 4 mois après l'opération, et, à partir de ce moment, ne fait plus de progrès; par contre, l'atrophie des fibres longitudinales est d'autant plus accusée qu'il s'est passé plus de temps après l'opération. Quant à la muqueuse, elle ne présente la moindre modification, pas plus dans son épithélium que dans ses glandes, même 14 mois après l'intervention.

Sur les coupes, les fibres musculaires paraissent très altérées : elles ont perdu leur aspect fusiforme et sont devenues arrondies, très courtes. La substance fibrillaire a disparu, et il ne reste que le noyau diminué de volume et un peu de protoplasma granuleux. Les cellules musculaires sont séparées les unes des autres par le tissu conjonctif proliféré. Du côté des vaisseaux, on trouve un épaississement de la tunique interne, un amincissement de la tunique moyenne par atrophie des fibres musculaires. L'adventice reste normale. Dans les cas où la prolifération du tissu conjonctif est très accusée, on trouve une oblitération de la lumière des vaisseaux.

La muqueuse reste normale et ne présente pas trace d'altération, contrairement à l'assertion de Weissmann et Reissmann, qui ont fait leurs expériences sur des lapines. Pour vérifier ce point, l'auteur a fait à son tour une série d'expériences sur des lapins. Les résultats ont été les mêmes que chez les chiennes, à savoir l'atrophie de l'utérus laissant intacte la muqueuse.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Chloral (Hydrate de).

Solubilité. — Soluble dans l'eau et la glycérine.

Incompatibilité. — Le chloral, en présence des alcalis ou des carbonates alcalins, se décompose en donnant 72,20 p. 100 de chloroforme (Bardet).

Antidotes. — Son antidotisme paraît bien établi avec la strychnine, tandis que la picrotoxine et le nitrite d'amyle semblent jouir seulement de propriétés antagonistes (Claude Bernard, Rabow).

Propriétés thérapeutiques. — Le chloral agit surtout comme hypnotique : c'est donc le médicament par excellence de l'insomnie. Mais on l'utilise peu comme tel en thérapeutique hypodermique, en raison de la douleur provoquée par l'injection. On pourrait néanmoins utiliser avec profit cette propriété, dans certaines affections cardiaques où la morphine est contre-indiquée, mais sous la réserve de certaines précautions dont nous parlerons plus bas.

L'un des avantages, dans ce cas, du chloral sur les autres hypnotiques est en grande partie dû à ce que, par la voie sous-cutanée, on emploie forcément de faibles doses. Il ne faut pas croire en effet que le chloral soit un hypnotique absolument inoffensif chez les cardiaques, à la dose de 1 à 2 grammes, qui est la dose usuelle par la voie gastrique. Nous avons vu pour notre part des accidents redoutables être causés chez des aortiques par l'ingestion un peu large d'une spécialité connue de sirop de chloral.

Les propriétés analgésiques du chloral ne sont guère utilisables par la voie hypodermique, en raison des doses élevées auxquelles il faut recourir pour abolir la sensibilité à la douleur et modifier le pouvoir excito-réflexe des centres nerveux. Dans le cas où l'on voudrait obtenir ce résultat, c'est à la voie intra-veineuse qu'il faudrait s'adresser, celle-ci étant la seule qui permette d'atteindre la quantité nécessaire du médicament.

C'est encore directement dans les veines que l'on devra injecter le chloral dans les cas de tétanos, comme l'ont fait avec succès Vulpian et Bourneville. On calme ainsi les contractures, on abaisse la température et peut-être agit-on sur la toxine tétanique. Il est en tous cas légitime d'employer le chloral en injections intra-veineuses, concurremment avec l'antitoxine de Vaillard et Roux qui, en dehors de son pouvoir préventif aujourd'hui bien établi, paraît avoir eu une action curative dans sept cas connus (cas de Barth, Schwartz, Tizzoni-Cattani, Lucas-Championnière).

Mais c'est contre l'empoisonnement par la strychnine que le chloral donne en injections intra-veineuses les plus beaux succès, même après l'apparition des contractures. Le diagnostic posé, le praticien doit pratiquer l'injection de chloral, ce qui est toujours facile avec le plus simple appareil. Il suffit d'avoir à sa disposition, à défaut de l'aspirateur Potain, un trocart muni d'un ajutage en caoutchouc en relation avec un simple entonnoir en verre dans lequel on verse sa solution de chloral. La veine rapidement dénudée, on enfonce le trocart dans son calibre, après avoir purgé l'appareil de l'air qu'il peut contenir : on n'a plus qu'à élever l'entonnoir pour que le liquide s'écoule sous l'action de la pression atmosphérique.

Disons enfin pour être complets que le chloral a été employé sans succès dans l'éclampsie.

Dose usuelle. — *a) Chez l'enfant :* Ne doit pas être employé en injections sous-cutanées. En injections intra-veineuses, contre le tétanos : de 10 à 50 centimètres cubes, suivant l'âge, d'une solution de chloral à 5 p. 100 et à la température de 38 degrés.

b) *Chez l'adulte :* 20 à 50 centigrammes pour une injection sous-cutanée, comme hypnotique. En injections intra-veineuses, jusqu'à 4 et 5 grammes, à différents intervalles, contre le tétanos et l'empoisonnement par la strychnine : on peut injecter jusqu'à 2 grammes en une fois.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Douleur nulle par la voie intra-veineuse : très vive douleur avec sentiment de brûlure intense par la voie sous-cutanée.

Ces phénomènes peuvent être considérablement atténués, en se servant de solutions à titre plus faible que celles ordinairement employées. Il vaut mieux injecter 10 cent. cubes d'une solution à 2 p. 100 que 1 à 2 cent. cubes d'une solution à 10 p. 100 et à plus forte raison 1/2 à 1 cent. cube d'une solution à 25 et 50 p. 100. Nous nous sommes toujours trouvés bien du titre de 2 p. 100 pour nos solutions hypodermiques qui sont ainsi parfaitement acceptées des malades.

b) *Éloignés.* — Même observation. Avec des solutions fortes on a de l'empâtement local, quelquefois une vive enflammation pouvant aller jusqu'à la destruction des tissus, à la production de véritables escharres. On évite ces accidents en se servant de solutions à 2 p. 100, 5 p. 100 au maximum.

L'effet hypnotique est précédé d'un sentiment de lassitude invincible et se produit généralement moins d'une heure après l'injection. Très rarement et seulement chez les alcooliques, on a noté des phénomènes passagers d'excitation.

La résolution musculaire est obtenue, dans le tétanos ou le strychnisme, à des temps plus ou moins éloignés de l'injection, suivant le degré de l'intoxication. On ne peut fixer aucune règle précise à cet égard.

FORMULES

Hydrate de chloral	2 gr.
Eau stérilisée	100 gr.

10 cent. cubes en injection sous-cutanée.

Hydrate de chloral	3 gr. à 5 gr.
Eau stérilisée	100 gr.

10 à 50 cent. cubes en injection intra-veineuse.

(Maurange.)

Chloral	3 gr.
Eau	6 gr.

1/2 à 1 cent. cube.

Formule dangereuse. (Dujardin-Beaumetz.)

Chloral	10 gr.
Eau	50 à 100 gr.

1 à 10 cent. cubes dans le tétanos en injections sous-cutanées ou intra-veineuses.

(Vulpian.)

Chloral	10 gr.
Glycérine	50 gr.

1 à 2 cent. cubes.

(Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

Traitement diététique du diabète,

D'après M. Klemperer.

D'après M. Klemperer, le traitement du diabétique doit tendre à deux résultats : 1° augmenter ou, du moins, maintenir le poids du malade; 2° diminuer autant que possible la glycosurie. La quantité d'azote éliminée ne doit donc pas dépasser celle des aliments, et, à cet effet, il faut que le régime du diabétique qui, en règle générale, doit contenir peu de substances albuminoïdes (105 à 125 gr.), utilise largement les ressources que fournissent la graisse et l'alcool qui possèdent la propriété de diminuer la destruction de substances albuminoïdes. La graisse (120 à 200 gr.) est éminemment utile à tous ces malades; l'alcool (50 à 100 gr.) est également indiqué chez presque tous.

Quant à l'emploi des aliments hydrocarbonés, il est nécessaire de diviser les malades sous ce rapport en plusieurs catégories. D'une façon générale, pour chaque diabétique, la quantité d'hydrocarbures qu'il peut prendre, est celle dont l'ingestion ne provoque pas chez lui de glycosurie. Il existe, en effet, des diabétiques qui peuvent ingérer 50 à 100 grammes de substances hydrocarbonées sans que le sucre apparaisse dans les urines ; ces diabétiques ont droit à cette dose d'hydrocarbures. Chez d'autres, la glycosurie ne disparaît que lorsque les malades sont complètement privés de substances hydrocarbonées : chez eux, les hydrates de carbone doivent être proscrits d'une façon absolue. Chez d'autres encore, notamment dans le diabète grave, la glycosurie persiste, quand même le régime ne se compose que de viandes et de graisse : dans ces cas la proscription des hydrocarbonés est inutile et même dangereuse, et pour éviter que les diabétiques de ce groupe ne forment du sucre avec les substances albuminoïdes de leur organisme, il est tout indiqué de faire entrer dans leur régime 100 à 150 grammes de substances hydrocarbonées.

Il faut donc, avant d'établir le régime, se rendre compte de la façon dont chaque diabétique se comporte envers les hydrocarbures. Les diabétiques graves, chez lesquels la suppression des hydrocarbures n'entraîne pas celle de la glycosurie, ont des urines présentant toujours la réaction de Gerhardt (coloration rouge avec le perchlorure de fer, déterminée par la présence de l'acide diacétique), et cette réaction indique un diabète grave qui exige l'administration des hydrocarbures. L'absence de cette réaction indique un diabète plus ou moins léger, et là il faut tâter la susceptibilité du malade pour voir si et dans quelles proportions on peut lui donner des hydrocarbures.

Le régime diffère dans les deux cas.

Dans le diabète grave, toutes les fois que la suppression des substances hydrocarbonées ne fait pas disparaître la glycosurie, c'est le lait qui doit former la base du régime alimentaire. Le malade peut prendre dans la journée jusqu'à 2 litres de lait, par petites quantités, en additionnant chaque prise d'une petite quantité de cognac. Le lait caillé, le képhyr sont également à recommander. La crème, qui renferme 15 à 25 °/₀ de graisse, est fort bien supportée à la dose d'un demi-litre par jour. On permettra tous les légumes, principalement ceux qui sont riches en eau (épinards, asperges, choux-fleurs, haricots verts, carottes, etc.), préparés autant que possible avec beaucoup de graisse. Le pain sera permis à la dose de 50 à 100 gr., mais on défendra les pommes de terre. On conseillera encore les œufs, surtout les œufs préparés au beurre. Le sucre sera proscrit d'une façon absolue, mais, dans la préparation des aliments, on pourra le remplacer par la saccharine. On peut du reste autoriser l'usage de 50 à 100 grammes de lévulose. La viande et le poisson seront donnés à discrétion, toutefois il est préférable que les malades n'en prennent pas trop, le lait et les œufs fournissant déjà un apport suffisant de substances albuminoïdes. Comme boisson, à part le lait, on peut encore tolérer l'usage du vin rouge, un à deux verres, avec de l'eau. Théoriquement, l'alimentation doit fournir 120 grammes de substances albuminoïdes, 150 à 200 grammes de graisse, 100 grammes d'hydrocarbures.

Les effets du régime doivent être contrôlés, chez les diabétiques graves, par l'examen systématique des urines. Si la quantité journalière de sucre dépasse 60 à 80 gr., il est indiqué de diminuer la quantité des hydrocarbures des aliments; mais, si cette diminution se manifeste par une diminution du poids du malade, il faut revenir aux hydrocarbures à dose suffisante ou même élevée.

Chez les diabétiques dont l'urine ne donne pas la réaction de Gerhard, il faut commencer par voir si la glycosurie peut être supprimée par la suppression des hydrocarbures. Si au bout de 3 jours d'un régime ne comprenant que de la viande, du beurre et des œufs, on trouve encore, dans l'urine, plus de 0,05 p. 100 de sucre, le diabète est grave et le régime à instituer est celui qui a été indiqué plus haut. Si, par contre, la quantité de sucre disparaît complètement, ou n'est pas supérieur à 0,5 p. 100, on commencera par tâter la susceptibilité du malade en donnant d'abord 50, puis 75, puis 100 gr., etc., de pain. La quantité de pain permis ne doit pas être supérieure à celle dont l'ingestion provoque l'apparition de 0,75 p. 100 de sucre dans l'urine.

Chez ces malades, l'indication principale est encore la conservation du poids. On leur donnera donc 300 gr. de viande, 6 œufs et 100 gr. de beurre par jour; les quantités de graisse et de substances albuminoïdes qui font défaut avec cette ration, sont couverts par les aliments hydrocarbonés que l'on donne en même temps.

Ces diabétiques ont la propriété de brûler complètement les hydrocarbures de certains légumes comme les topinambours, la pomme de terre japonaise (stachys affinis), les salsifis, qui renferment de l'inuline. Les autres légumes comme les épinards, les asperges, les salades, les choux-fleurs, les concombres, etc., renferment des hydrates de carbones qui polarisent à droite, mais qui se trouvent en si petites quantités (2 à 4 p. 100) que les malades peuvent en faire usage. Les pommes et les poires qui renferment 6 à 8 p. 100 de sucre, dont la moitié est formée par la lévulose, sont bien supportées ; de même le lait à la dose d'un demi-litre par jour. Pour le lait, il y a des exceptions, et l'examen méthodique de l'urine fixera le médecin sur ce point.

La bière est contre-indiquée; pour le vin, on procédera comme pour le lait. Le cognac est bien supporté. La meilleure boisson du matin est le thé. La levulose et la mannite en petites quantités, 60 gr. par jour environ, sont plutôt utiles.

Le diabétique doit être tenu loin des soucis, et il est tout indiqué de lui procurer toutes sortes de distractions. Les soins de la peau, les bains tièdes, ne doivent pas être négligés. Le travail, les exercices physiques, n'allant pas jusqu'à la fatigue, sont indiqués dans le diabète léger. Dans le diabète grave, le malade est quelquefois obligé de garder le repos au lit (1).

1. *La Presse médicale*, 1896, n° 42.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Legs faits à des médecins. — Un médecin peut-il soigner ses clients à des eaux minérales? — Le professeur Stoltz.

Depuis le retentissant procès plaidé par les héritiers du duc de Gramont-Caderousse, il est maintes fois arrivé que les tribunaux aient été embarrassés pour appliquer la loi alors qu'il s'agissait de donations faites à des médecins. En pareille matière les questions de personne et les questions de fait devraient toujours prévaloir, et l'interprétation rigoureuse et littérale du terme : *dernière maladie* ne devrait être considérée que comme accessoire. Il est certain, en effet, qu'un malade peut être en même temps le parent ou l'ami de son médecin. Il est non moins évident qu'un malade reconnaissant doit toujours avoir le droit de rémunérer dignement les soins qui lui ont été donnés et que rien ne doit l'empêcher, s'il est riche, de léguer dans cette vue une somme relativement considérable à celui qui a su prolonger sa vie ou adoucir ses souffrances.

Lorsque le médecin ne peut être soupçonné d'avoir provoqué ces libéralités; alors surtout que celles-ci ne sont que partielles les tribunaux n'hésitent pas d'ordinaire à considérer comme valables les donations ou les legs qui sont faits en faveur de médecins.

La première chambre du tribunal de la Seine, présidée par M. Poncet, vient même de décider qu'un legs universel peut être fait à un médecin s'il est bien démontré que de longues relations d'amitié ou des liens de parenté permettent d'affirmer que ce n'est pas en raison de sa profession que celui-ci a été constitué héritier. Il s'agissait en l'espèce d'un legs universel, grevé d'ailleurs de nombreuses libéralités accessoires, fait en faveur du Dr Chevillon, député de Marseille par Mme Bonin. Si, comme tout le fait croire, ce jugement devient définitif il fixera la jurisprudence sur un point souvent controversé.

Le tribunal civil de Besançon vient de rendre un jugement diversement interprété par les médecins et leurs conseils judiciaires. Un médecin peut-il accompagner son client dans un établissement thermal et appliquer lui-même le traitement? Telle était la question posée. Le tribunal civil de Besançon a très sagement jugé qu'il devait être permis à un médecin d'accompagner son client partout où celui-ci demandait sa présence mais qu'il devait lui être interdit d'appliquer directement le traitement thermal, c'est-à-dire de se servir des appareils quels qu'ils soient mis à la disposition des médecins agréés par l'administration de l'hôpital ou de la station thermale.

Il est assez difficile de comprendre que, dans un journal de médecine, on ait critiqué ce jugement. Sur le premier point aucune contestation n'a été faite. On pourrait cependant se demander si l'administration d'un établissement thermal privé ne peut revendiquer le droit d'ouvrir ou de fermer ses portes à qui lui convient. Dès l'instant que le fermier de l'établissement est un industriel qui, moyennant une rémunération fixée par lui, ouvre ses piscines, ses cabines de bains, ses salles de douches ou d'inhalation, on peut, il est vrai, soutenir qu'il doit lui être interdit de les fermer, sauf les cas de force majeure ou d'indignité notoire, à ceux qui peuvent et qui veulent acquitter la taxe.

Mais il semble plus évident encore que les appareils de douche, que les baignoires, que les instruments qui servent au humage ou à l'inhalation sont la propriété de l'administration et que celle-ci dès lors a le droit d'en interdire le maniement à ceux qu'elle n'a pas spécialement agréés et qui ne lui semblent pas qualifiés pour agir suivant ses vues.

Un médecin quelconque ne doit donc pas être autorisé à donner ses soins aux malades qui entrent dans un établissement thermal pas plus qu'il ne serait admis dans un établissement d'électricité statique, de gymnastique ou de douches à se substituer à celui qui en est le directeur technique en même temps que le propriétaire.

Quelques mois avant sa mort, le professeur Schützenberger voulait bien m'offrir un précieux document qui contient l'histoire de la Faculté de médecine de Strasbourg rédigé tout entier par l'ancien doyen Ehrmann et contenant, signé de leur nom, l'exposé des titres et des travaux scientifiques de tous les professeurs et agrégés jusqu'à la fin de l'année 1867.

C'est dans ce recueil, confié par M. Schützenberger à l'un de ses plus reconnaissants élèves, que j'ai trouvé, signé par M. Stoltz, l' « Exposé des progrès réalisés dans les vingt dernières années par les découvertes, inventions et publications de la clinique obstétricale de Strasbourg ».

Avec quelle modestie mon ancien et vénéré maître appréciait l'œuvre qui l'a rendu longtemps célèbre. Je copie textuellement : « M. Stoltz, qui a introduit en France la pratique de l'*accouchement prématuré artificiel* dans les cas de rétrécissement du bassin chez la femme et dans ceux de maladies graves compliquées de grossesse, a continué pendant les vingt dernières années à faire adopter cette pratique en l'étayant d'exemples nouveaux. »

« Les succès obtenus dans l'*opération césarienne* exécutée pour la première fois par M. Stoltz en 1834 l'ont convaincu que cette opération devient indispensable dans certaines éventualités. Il y a eu recours une seconde fois sur la même femme en 1855. »

Suit l'énumération d'un certain nombre de publications sur l'*éthérisation appliquée à la pratique des accouchements*, sur la *hernie* dite *vagino-labiale*, sur la *perforation du col de l'utérus*, sur les *fistules utéro-abdominales* et *vésico-utérines*, sur les *polypes du rectum*, etc., etc., et de progrès accomplis en perfectionnant les forceps, le spéculum, etc. Et c'est tout. Deux pages in-4° signées du professeur de clinique obstétricale de la Faculté de Strasbourg.

Ce que M. Stoltz n'a pas ajouté c'est que son enseignement, commencé en 1829, terminé en 1878, a été un des plus féconds, un des plus utiles aussi bien par la méthode avec laquelle le maître savait recueillir les observations et en tirer des renseignement utiles que par la magistrale habileté manuelle qu'il mettait au service de son expérience.

Né le 14 décembre 1803, docteur à 23 ans, agrégé à 26 ans, professeur à 31 ans (en 1834), directeur de l'Ecole d'accouchement, puis doyen de la Faculté de Strasbourg d'abord, de la Faculté de Nancy après 1870. M. Stoltz a contribué à faire de l'obstétrique une science positive, à fixer les indications des opérations les plus délicates, à prouver que celles-ci étaient aisément réalisables. Son nom a été longtemps cité comme celui d'un maître éminent, d'un savant et d'un patriote. Il meurt à 92 ans sans que son œuvre ait mérité l'oubli.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

GYNÉCOLOGIE

Trois cas d'hémorrhagie grave par défloration (1),

Par M. le Dr MAXIME CHALEIX.

L'hymen possède, comme le vagin, dont il est la terminaison antérieure, de nombreux vaisseaux, des ramifications nerveuses et des fibres musculaires lisses.

Cependant ces vaisseaux sont, en somme, de petit volume. D'autre part, comme l'a montré M. Budin, les premiers rapports sexuels ne font ordinairement que déchirer le bord libre de l'hymen, sa rupture complète étant plutôt le fait de l'accouchement que de la défloration.

Aussi l'effusion sanguine qui suit le traumatisme sexuel est-elle en général de peu d'importance ; une douleur plus ou moins vive l'accompagne, et c'est à cela que se bornent le plus souvent les accidents de la défloration.

Mais dans des cas heureusement peu fréquents la défloration a entraîné de plus sérieuses conséquences. Je ne parlerai pas des phénomènes douloureux réflexes tels que la dysurie, la cystalgie et le vaginisme qui persistent parfois longtemps par le fait d'une fissure hyménéale demeurée douloureuse. En ce qui concerne la dysurie, j'ai cité plusieurs faits de ce genre dans ma thèse de 1888 sur les *Névralgies vésicales*.

L'hémorrhagie, si elle est intense, mérite plutôt d'attirer l'attention. Elle peut tenir d'abord à une vascularisation anormale de l'hymen, peut-être par le développement exagéré de ce tissu érectile qu'y a décrit Henlé, ensuite à ce que l'hymen n'est pas toujours constitué par le frêle diaphragme que l'on rencontre d'ordinaire, mais quelquefois par une membrane épaisse, charnue et résistante. C'est ce qui peut arriver chez les femmes qui ne sont plus de la première jeunesse. L'hémorrhagie est due le plus souvent à la simple rupture de l'hymen, mais elle peut aussi tenir à une autre cause, surtout lorsqu'il s'agit de ces hymens épais et résistants : l'hymen est non point perforé par le coït, mais violemment décollé de son insertion postérieure et la muqueuse vaginale déchirée dans une étendue plus ou moins grande. Nous citons plus loin un fait de ce genre.

L'hémophilie peut également jouer un rôle important, comme nous allons le montrer.

Enfin, le traumatisme peut atteindre d'autres points que l'hymen, et l'on voit quelquefois la déchirure gagner le vestibule ou les petites lèvres.

Des désordres plus graves et qui semblent d'abord incroyables ont été cités par Sabin, par Breisky, par Haliday Croom, Barston-Hirst, Savine, Sinaïsky, Smolitschow, etc. Il s'agit de cas où l'hymen, offrant une résistance vive à une attaque impétueuse, le membre viril l'a décollé à sa partie postérieure, a déchiré la muqueuse vaginale, a pénétré dans le tissu cellulaire recto-vaginal et a rompu le rectum, donnant lieu à une énorme fistule recto-vaginale.

Les observations les plus typiques de ces délabrements sont celles de Sinaïsky (*Médecine russe*, 1889) et celles de Smolitschow (*Médecine russe*, 1890).

Voici le fait de M. Sinaïsky : « Une juive, âgée de 23 ans, fait appeler l'auteur le 3e jour après son mariage, se plaignant de douleurs vives dans l'anus depuis la nuit nuptiale. Le premier rapport, dit-elle, a été très douloureux et accompagné d'une hémorrhagie qui a amené chez la malade une syncope.

« A l'examen, les parties génitales externes sont normales, l'hymen semi-lunaire est incomplètement déchiré. La commissure postérieure des lèvres est rompue et présente en arrière un enfoncement infundibuliforme, logeant facilement trois doigts. En outre, il existe une rupture cutanée du périnée sur la ligne médiane du sphincter formant comme une continuation de l'enfoncement ci-dessus mentionné.

« En introduisant un doigt recourbé dans le rectum, on le voit sortir par la vulve ; c'est à la fausse route partant de la fosse naviculaire que commence le canal infundibuliforme étendu de la vulve au rectum, ayant une large base à l'entrée de la vulve et un sommet plus étroit dans le rectum. C'est par ce canal que vont dans la vulve les gaz et les excréments.

« Le mari de la malade est âgé de 23 ans, d'une complexion robuste, et n'a point eu de rapports avant le mariage ; il nie absolument l'introduction du doigt et de quoi que ce soit. Son pénis présente des dimensions assez considérables. »

Le cas de M. Smolitschow est très démonstratif : « Femme de 31 ans, mariée depuis 12 jours à un homme robuste de 26 ans. Les deux premières nuits toutes les tentatives du jeune mari restèrent sans succès, en raison d'un insurmontable obstacle à l'intromission du pénis et des douleurs intolérables éprouvées par la jeune mariée. L'époux était cependant homme expérimenté dans la matière, étant marié pour la seconde fois. La troisième nuit, le mari parvint à pénétrer assez profondément, mais en même temps sa compagne fut prise d'une douleur aiguë au sacrum et dans le rectum. Quant au mari, il était, comme il le raconta, tout souillé de sang et d'excréments.

1. Communication faite à la *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie* de Bordeaux.

« A l'examen, les grandes lèvres sont gonflées, douloureuses; la fente vulvaire laisse facilement passer l'index qui, arrivé à un pouce et demi de profondeur se heurte contre une sorte de membrane molle et charnue lui barrant le passage dans la vulve.

« Glissant sur la surface de cette membrane, le doigt pénètre en haut et en arrière dans une invagination infundibuliforme pleine d'excréments solides. Le doigt recourbé en avant, introduit dans le rectum, pénètre par la plaie dans la vulve.

« L'hymen était membraneux, compact, placé très haut et fermait complètement l'entrée de la vulve. »

M. Lvow, professeur à l'Université de Kasan, dans un article dont les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* ont publié la traduction dans leur numéro de décembre 1894, a recueilli ces divers faits, auxquels il en ajoute un à peu près analogue dû à son observation personnelle.

Je ne m'attarderai pas à rapporter les cas de Mundé, de Radcliff, de Bartel, de Harris, où le cul-de-sac postérieur a été défoncé par le premier rapport sexuel. Mais je ne puis passer sous silence l'observation racontée par M. Severeano, de Bucharest, au Congrès français de chirurgie de 1893. Le membre viril a pu déchirer les téguments périnéaux et s'enfoncer dans la profondeur des tissus; dédoublant la cloison recto-vaginale, il est allé à une profondeur de 10 centimètres jusqu'au rectum qui a été déchiré et pénétré. L'hymen, épais de 2 millimètres, est demeuré intact. M. Severeano fait remarquer que la verge du mari n'était ni très volumineuse, ni *ossifiée*.

Les trois faits que j'ai été appelé à observer n'ont heureusement pas comporté les délabrements que je viens de passer en revue, mais il me semble qu'en raison de l'hémorrhagie grave qui les a signalés, ils méritent d'attirer l'attention.

Observation I. — Mme A..., 22 ans, enfance chétive.

Premières règles à seize ans, très intermittentes; régulières depuis l'âge de 19 ans, mais très abondantes. Un peu de leucorrhée. A eu des épistaxis fréquentes, très longues, très intenses, qui la laissaient très affaiblie.

En 1888 et en 1890, a subi deux extractions dentaires suivies d'une hémorrhagie difficilement arrêtée.

A remarqué que la moindre contusion produit chez elle une vaste ecchymose.

Mariée en décembre 1892.

Le premier rapport conjugal se fait sans grandes difficultés, la douleur causée par l'intromission du pénis est modérée, mais il se produit une perte de sang assez intense et continue, qui ne s'arrête pas malgré les lavages d'eau froide et les applications de compresses auxquelles a recours la jeune femme.

Au matin, on m'envoie chercher, et je peux constater, à la vue des linges souillés de sang, que l'hémorrhagie a été très abondante. D'ailleurs elle n'a pas cessé.

La malade est très affaiblie, peau froide, pouls petit, bourdonnements d'oreilles.

Une injection très chaude n'amène qu'un résultat passager.

Je constate à l'examen que l'hymen, de forme annulaire, de faible épaisseur, a éclaté par deux déchirures en sa partie postérieure. La commissure de ces déchirures laisse sourdre du sang. Il en sort également en nappe de la paroi postérieure du vagin, où siège, tout à fait en arrière de l'hymen, une érosion large comme une pièce d'un franc.

Je fais en ces points une compression assez énergique avec de la gaze iodoformée. Injection sous-cutanée d'ergotine de Tanret. La perte de sang s'arrête.

L'état général de la malade a été relevé par des toniques, etc., mais elle est restée très longtemps affaiblie.

Les rapports conjugaux ont, paraît-il, été repris sans amener de nouvel accident.

Cette jeune femme est devenue enceinte l'année suivante et j'ai su que son accouchement avait été suivi d'une hémorrhagie très violente.

Comme le montre la lecture de cette observation, nous avions affaire ici à une hémophile.

Obs. II. — Mme B..., vingt-quatre ans, bonne santé habituelle, femme très vigoureuse, se marie en février 1895.

Le premier rapport amène une légère perte de sang due à la rupture de l'hymen, mais la douleur causée par l'intromission du pénis est tellement vive, que le mari ne pousse pas plus avant sa tentative.

Les deux jours suivants, la jeune femme étant quelque peu souffrante, les rapports sont suspendus. Pendant ce temps, elle n'a pas perdu de sang.

La quatrième nuit, le mari renouvelle ses essais, et n'ayant plus à vaincre la résistance de l'hymen, pénètre directement dans le vagin, ce qui cause une douleur extrême. Il se produit aussitôt une perte de sang plus abondante que la première fois. La jeune femme se lève, procède à sa toilette, se recouche, sent qu'elle perd encore un peu, n'y fait pas attention et s'endort.

A deux heures du matin, elle se réveille et s'aperçoit qu'elle a perdu du sang en quantité. Un gros caillot s'est formé entre ses jambes.

Appelé auprès d'elle, je constate que la perte se fait par un petit suintement vaginal continu. Uue grande injection chaude paraît arrêter tout à fait cet écoulement. Aussi, après avoir prescrit une boisson alcoolique pour remonter l'état général assez affaibli, je crois pouvoir me retirer.

Le lendemain matin, à sept heures, je suis rappelé en toute hâte; la perte a repris, après avoir cessé quelques heures. La malade est très pâle et très affaiblie.

L'examen fait voir que l'hymen est rompu par une seule déchirure à sa partie postérieure. Il ne saigne pas. Le sang vient du vagin. On sent au toucher que le vagin est étroit; le doigt est serré, aucune lésion du col et des culs-de-sac.

L'hémorrhagie paraît venir en nappe du vagin. Le doigt sent en effet plusieurs érosions qui remontent assez haut le long de la paroi postérieure du vagin. Injections chaudes. Tamponnement aussi complet que possible du vagin, à la gaze iodoformée coupée en bandelettes; toniques, etc.

Le lendemain, j'enlève le tamponnement qui est quelque peu imprégné de sang et je le renouvelle pour l'enlever définitivement deux jours après.

Depuis, les rapports sexuels ont eu lieu sans accident. Cette jeune femme est devenue enceinte. Je l'ai accouchée en janvier dernier. Il n'y a eu aucune dystocie de par le fait du vagin ou de la vulve, demeurée cependant très étroite.

Obs. III. — En octobre dernier, je fus appelé au milieu de la matinée, dans un hôtel, pour une jeune femme atteinte d'une hémorrhagie.

Je me trouvai en présence d'une personne âgée de trente ans, paraissant vigoureuse et bien constituée, mais pour le moment très pâle et très affaiblie.

Son mari, homme plus jeune qu'elle, me raconta qu'il faisait son voyage de noces, et que, dès son arrivée, il avait voulu entrer en possession de ses droits d'époux. Il avait éprouvé à la pénétration une résistance très vive qui céda brusquement à l'ardeur de son impulsion. Sa femme jeta un grand cri et tomba presque en faiblesse. Il se retira aussitôt et vit que sa verge était pleine de sang. Sa femme perdait beaucoup; cette perte ne passait pas, la douleur était très vive. Il fut effrayé et demanda qu'on fît venir un médecin.

Quand j'arrivai, l'acte avait eu lieu depuis une heure et demie à peu près. Le sang avait été perdu en quantité, et comme la malade, terrifiée, n'avait pas osé bouger, il formait une petite mare entre ses jambes et ses fesses.

Je la plaçai en travers du lit, je lavai la région, je fis une injection vaginale chaude et constatai les faits suivants :

Un peu de sang s'écoulait du vagin en nappe, mais il en venait par plusieurs points, surtout de la partie postérieure de l'orifice vulvaire. De cette région s'élançait un petit jet artériel.

L'hymen, percé en sa partie supérieure d'un petit orifice, paraissait épais et résistant. Il n'avait été ni rompu ni perforé par la pénétration du membre viril, mais désinséré, arraché de

sa base, en sa partie postérieure. La désinsertion portait non seulement sur la partie postérieure de l'hymen, mais un peu à droite, de telle sorte qu'il en flottait, au dessus de la commissure postérieure de la vulve, une sorte de lambeau épais et saignant.

Après une grande injection chaude, je pratiquai le pincement et la torsion de l'artériole saignante, j'assurai avec de la gaze iodoformée la compression de la paroi postérieure du vagin et du lambeau hyménéal saignant. L'hémorrhagie s'arrêta promptement. La malade fut guérie au bout de quelques jours, et put reprendre son voyage.

Ce fait n'approche en rien des délabrements constatés par Sinaïsky, Severeano et Smolitschoff, mais il en constitue pour ainsi dire l'ébauche, puisqu'on y trouve aussi la désinsertion postérieure d'un hymen demeuré imperforé et l'érosion profonde de la muqueuse vaginale.

Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire,

Par MM. Binaud et Chavannaz (1).

Les auteurs classiques ne consacrent pas d'habitude un chapitre spécial à la torsion du pédicule des kystes du parovaire. Quoique rare, cet accident peut cependant être rencontré, et l'observation que nous allons rapporter en offre un exemple des plus nets.

Il s'agit d'une malade âgée de 27 ans, qui est entrée dans le service du professeur Demons le 27 décembre 1895.

Sauf 2 grossesses normales, à 18 ans et à 22 ans, ses antécédents personnels n'offrent rien de particulier jusqu'à 24 ans.

Depuis quatre ans, la malade éprouve dans le flanc gauche des accidents douloureux qu'elle qualifie de coliques. Au moment des crises, qui surviennent à intervalles irréguliers et qui tendent aujourd'hui à devenir plus fréquentes, le ventre se ballonne, et il y a parfois des vomissements. Il faut ajouter qu'à maintes reprises la malade a constaté que ses urines contenaient des dépôts uratiques.

Réglée pour la première fois à 11 ans, la menstruation a toujours été régulière jusqu'à l'âge de 24 ans. Depuis cette époque, les pertes cataméniales apparaissent à intervalles très irréguliers, et, dans ces deux derniers mois, il y a eu suspension totale des règles.

Le ventre a commencé à grossir il y a deux ans environ, et il s'est accru progressivement jusqu'à ce jour.

Au moment de l'entrée, on constate tous les signes d'un kyste uniloculaire de l'ovaire avec légère mobilité de la tumeur.

Laparotomie le 30 décembre 1895.

Evacuation partielle de la tumeur au moyen du trocart de Kœberlé : il s'écoule un liquide ayant tous les caractères objectifs de celui des kystes du parovaire.

La tumeur est amenée au dehors, et on peut constater qu'elle est supportée par un pédicule large de 4 centimètres, long de 10 centimètres, se continuant inférieurement avec le bord supérieur du ligament large, sur lequel il s'implante à deux travers de doigt de la corne utérine. Ce pédicule est tordu sur lui-même et présente un tour et demi de spire.

L'ovaire, étiré, est accolé au pédicule, il a suivi le mouvement de torsion de ce dernier, et il est considérablement violacé. Il en est de même de la trompe. Double ligature en chaîne et section du pédicule suivant le procédé habituel. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit bien d'un kyste du parovaire, et on trouve à sa surface les deux feuillets du ligament large.

Les recherches que nous avons pu faire ne nous ont pas permis de rencontrer des faits semblables dans la littérature médicale. A notre avis, ces faits ne doivent point pourtant être exceptionnels ; ils doivent être cependant peu nombreux, étant donné que les kystes du parovaire sont rarement pédiculés.

Dans le cas que nous venons de signaler, la torsion du pédicule ne s'est accompagnée d'aucun phénomène réactionnel cliniquement appréciable. Tout au plus peut-on se demander si les crises douloureuses, que la malade accusait depuis 4 ans dans son flanc gauche, peuvent être attribuées à la présence du kyste ou au contraire doivent être mises sur le compte de coliques néphrétiques.

Dans tous les cas, le peu de développement des vaisseaux du pédicule nous semble devoir être mis en cause pour expliquer la bénignité de sa torsion.

1. Communication faite à la *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie* de Bordeaux.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Congrès de 1896.

Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive.

M. Mitvalsky (de Prague), tout en conformant d'une façon générale la classification de la tuberculose conjonctivale établie par M. Sattler, attire l'attention sur une variété du premier groupe de M. Sattler qui se présente sous la forme d'un véritable polype de la conjonctive du tarse. Il a également observé un cas de tuberculose de la conjonctive bulbaire miliaire type, où on trouvait des tubercules miliaires isolés, formant de petites stries, et des ulcères tuberculeux miliaires nombreux.

Au point de vue de la genèse de la tuberculose conjonctivale, la forme nodulaire est seule due à une infection métastatique et n'atteint que les individus déjà tuberculeux. Les autres formes sont dues à une infection locale. Il n'est pas nécessaire d'admettre une lésion traumatique de la conjonctive, pour que l'infection tuberculeuse ait lieu. La masse inoculante peut s'arrêter dans les replis conjonctivaux, dans l'orifice d'une glande et y pulluler.

Le pronostic de la tuberculose oculaire.

M. de Wecker. — Aujourd'hui il est bien établi qu'une quantité d'affections oculaires incontestablement tuberculeuses ont été longtemps méconnues. Il en est d'ailleurs de même pour certaines affections des articulations et du système osseux qui ont guéri sans infection générale, et bien des malades n'ont conservé un œil ou un membre que grâce à l'ignorance où l'on était de la nature tuberculeuse de leur affection.

J'ai déjà antérieurement soutenu que l'on devait rejeter l'énucléation des yeux atteints de tuberculose pour 3 raisons :

1° Parce que la tuberculose de l'œil, que Leber envisage comme une forme atténuée, est incontestablement susceptible de s'éteindre sur place.

2° Parce que l'on n'est nullement autorisé à considérer comme primitive la tuberculose intra-oculaire évoluant dans une coque close, tandis que tout semble démontrer que l'infection est partie d'un point éloigné de l'organisme ; aussi, en pareil cas, l'ablation de l'œil pour garantir de l'infection est-elle absolument illusoire.

3° Parce qu'il s'agit le plus souvent de jeunes sujets chez lesquels l'ablation d'un œil est une grave mutilation, alors que la conservation d'un œil, même légèrement atrophié, est encore une garantie pour sauvegarder la symétrie du squelette de la face. A l'appui de ces principes, je vous citerai l'exemple d'un jeune enfant atteint de tuberculose cornéenne suivie de destruction presque complète de la cornée avec formation d'un volumineux fongus granuleux dont le développement fut accompagné de très violentes douleurs. Le petit malade n'échappa à l'énucléation qu'à cause de la gravité de son état simulant une méningite. Néanmoins l'enfant revint promptement à la santé et présente actuellement un œil un peu réduit de volume et cicatrisé.

Un autre cas intéressant se rapporte à un jeune garçon de 12 ans présenté à la Société et qui, 7 ans auparavant, a été affecté de tubercules de l'iris. A cette époque, l'avis presque unanime des confrères consultés était qu'il fallait recourir à l'énucléation. Néanmoins, une simple iridectomie pratiquée dans le point affecté de l'iris, bien que l'on pût se rendre compte au cours de l'opération que les parties avoisinantes du corps ciliaire se trouvaient envahies par la tuberculose, fut suivie d'une prompte guérison et l'enfant aujourd'hui vigoureux présente sur un œil que l'on voulait sacrifier une vision sensiblement normale.

M. Terson (de Toulouse) a présenté, il y a 6 ans, une fillette de 13 ans qu'il avait opérée depuis 7 mois avec succès d'un tubercule de l'iris et du corps ciliaire du volume d'un pois. L'énucléation aurait pu être faite et était à cette époque la pratique habituelle, pour éviter la généralisation. Mais déjà plusieurs nodules de lupus existaient au visage, on ne pouvait donc pas éviter l'infection générale avec certitude. D'autre part, l'énucléation aurait été refusée par la famille; il n'y avait qu'à tenter l'extirpation de la tumeur. Mais la zonule avait été rompue pendant l'opération, et un an après le cristallin était opacifié. On en fit l'extraction. L'œil guérit encore avec la plus grande facilité et il est aujourd'hui parfaitement conservé. La jeune fille est grande et bien portante, et selon toute apparence n'offre aucune généralisation tuberculeuse.

M. Terson pense donc que dans des cas où un tubercule solitaire augmente toujours jusqu'à la perforation de l'organe, il faut opérer de bonne heure, et qu'il faut au contraire s'abstenir quand il y a de nombreux tubercules miliaires, parce qu'ils peuvent alors guérir par régression et parce qu'on observe souvent cette forme de tuberculose oculaire, en quelque sorte confluente chez des sujets dont la santé générale est déjà très compromise.

M. Jocqs cite 2 cas où il avait conseillé l'énucléation qui a été refusée, et où il y eut mort par méningite.

M. Motais cite aussi un cas de généralisation rapide à la suite de tuberculose conjonctivale.

M. Sulzer croit que la tuberculose irienne est due à une infection endogène, et cite plusieurs autopsies où il a une tuberculose intestinale concomitante.

Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie. Résultats éloignés.

MM. H. Truc et **H. Villard** (de Montpellier). — Pour MM. Truc et Villard, l'opération de choix dans le traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure est la tarso-marginoplastie, opération vieille déjà de 20 ans, mais peu répandue, qui consiste à intercaler, dans le bord ciliaire dédoublé, un lambeau de peau pris à la paupière supérieure et resté adhérent par un pédicule. Ils appuient leur opinion sur l'étude des résultats éloignés fournis par cette opération. En effet, chez 21 malades (ayant fourni 35 opérations) qui ont été revus de 1 à 8 ans après l'intervention chirurgicale, le résultat a toujours été excellent, et la guérison absolument définitive. Les cils ont été définitivement rejetés loin de l'œil; la marge ciliaire a été reconstituée parfaitement et a pris, bien souvent, l'aspect d'une marge normale. Cet heureux résultat s'est maintenu même lorsque le processus granuleux de la conjonctive continuait à évoluer, ce qui est une preuve de la valeur réelle de la méthode. Quant au résultat esthétique, il ne laisse rien à désirer d'ordinaire, les paupières, après l'opération, présentant un aspect absolument normal. Ces heureux résultats, constatés chez des malades revus 8 ans après leur opération, s'obtiennent à l'aide d'un manuel opératoire qui, malgré des apparences contraires au premier abord, est d'une grande simplicité. Pour toutes ces raisons, simplicité, efficacité certaine, absence de déformations palpébrales, MM. Truc et Villard font de la tarso-marginoplastie l'opération de choix dans le traitement de l'entropion et du trichiasis.

Kératite à répétition par dacryo-adénite infectieuse.

M. Sauvineau (de Paris). — Les rapports de certaines affections graves de la cornée (ulcères, abcès) avec les affections du sac lacrymal, du canal nasal, en un mot, des voies lacrymales *inférieures* ou voies d'excrétion sont bien connus. En revanche, personne n'a jamais attiré l'attention sur les rapports de ces mêmes kératites infectieuses avec les voies lacrymales *supérieures*, c'est-à-dire avec la glande lacrymale.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de 7 ans, bien portante, absolument indemne de toute affection générale, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, depuis l'âge de 3 ans, était atteinte de poussées fréquentes de kératite de l'œil gauche, manifestement de nature infectieuse : ulcères et abcès de la cornée, parfois accompagnés d'hypopion. Cette enfant avait été soignée sans succès, pendant 4 ans, par plusieurs oculistes connus. Chaque poussée aiguë guérissait tant bien que mal, parfois en nécessitant l'application du fer rouge; mais après une courte période d'accalmie, les accidents cornéens ne tardaient pas à réapparaître.

Pensant trouver la cause de cette kératite infectieuse, toujours localisée à l'œil gauche, dans l'infection de la glande lacrymale accessoire de ce côté, laquelle était très grosse, mamelonnée, violacée, et dont la sécrétion, cultivée sur gélatine, révélait la présence du staphylocoque en culture pure, l'auteur pratiqua des injections de sublimé au 1/1000 en plein parenchyme de cette glande. La kératite guérit très rapidement. Trois mois après, l'enfant étant allée au bord de la mer, fut reprise d'une violente poussée de kératite suppurée. Quelques injections de sublimé dans la glande lacrymale pratiquée derechef eurent vite raison de cette récidive.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 3 ans, la guérison s'est maintenue. La glande est atrophiée et présente un aspect cicatriciel.

L'auteur conclut que dans des circonstances moins rares, sans doute, qu'on ne le pense généralement, la glande lacrymale accessoire peut s'infecter, comme s'infecte le sac lacrymal; et que, d'autre part, les ulcères et abcès de la cornée peuvent survenir consécutivement à la *dacryo-adénite* infectieuse, comme ils succèdent à la *dacryocystite* ou à la blennorrhée du sac.

Il est donc indiqué dans les cas où le point de départ de l'infection cornéenne nous échappe, de rechercher avec soin l'état de la glande lacrymale accessoire, et de le constater *de visu*.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Juin 1896.

Emphysème sous-cutané pendant l'accouchement.

M. Nicaise lit un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° On observe quelquefois dans les accouchements difficiles, particulièrement chez les primipares, la formation brusque d'emphysème sous-cutané à la base du cou.

2° Cet emphysème se produit à la suite de cris aigus et répétés, c'est-à-dire pendant l'expiration.

3° Il est dû à la rupture de la trachée distendue, ou d'un point faible des grosses bronches.

4° Cette complication présente le plus souvent peu de gravité, elle a cependant une fois causé la mort.

5° La production d'emphysème sous-cutané à la base du cou indique la nécessité de terminer l'accouchement le plus tôt possible, ou de faire cesser les douleurs et les cris par l'administration du chloroforme.

M. Pinard a vu quelques cas de ce genre et les femmes n'avaient pas beaucoup crié. A son sens, le point important est une prédisposition, encore inconnue d'ailleurs.

M. Nicaise croit en effet que la prédisposition joue un rôle réel.

M. Guéniot croit que le cri étouffé, à glotte presque fermée pendant l'effort, est plus dangereux que le cri éclatant, à glotte ouverte.

Rayons de Rœntgen.

M. Brouardel présente au nom de **M. Bordas** des épreuves prouvant que les poumons n'ayant pas respiré sont imperméables tandis qu'après la respiration ils sont perméables aux rayons de Röntgen. Les preuves déjà possédées à cet égard par la médecine légale étaient suffisantes, mais l'intérêt du fait actuel est que le médecin peut conserver une preuve matérielle, capable d'être mise sous les yeux du jury.

Huîtres et fièvre typhoïde.

M. Cornil communique un travail où **M. Chantemesse** attire l'attention sur les cas où la fièvre typhoïde est due à la consommation d'huîtres crues. M. Chantemesse cite une observation où une petite épidémie a été due à des huîtres venant de Cette. A cette occasion, il a examiné des huîtres et en a trouvé bon nombre contaminées par le coli-bacille; et il a constaté que si on les met dans de l'eau de mer contenant du bacille d'Eberth, elles le conservent dans leur eau à l'état virulent. Il est donc dangereux de manger les huîtres crues, et il serait utile d'aviser, en inspectant ce produit alimentaire comme les autres. Il est à noter que les huîtres les plus succulentes sont celles qui viennent des parcs contenant le plus de matières organiques (*Commission :* MM. Cornil, Gautier, Laboulbène).

M. Charpentier lit un rapport sur l'observation d'*éclampsie puerpérale* communiqué par M. Robert (de Pau) (voir *Gazette*, p. 441). Il trouve que l'on aurait probablement pu éviter l'accouchement prématuré, et à ce propos il affirme à nouveau les conclusions qu'il a émises devant l'Académie (voir *Mercredi médical*, 1894, p. 27 et 51) contre l'accouchement forcé, à ne pratiquer qu'en cas de danger imminent pour la mère. Enfin M. Charpentier ne croit guère démontrée l'hypothèse pathogénique émise par M. Robert; dans ce cas comme dans tous les autres, l'albuminurie est la cause de l'éclampsie.

Comité secret.

Liste de présentation pour une place d'associé libre :

1re ligne, M. Roux ; *2e ligne*, M. Rivière; *3e ligne*, MM. Commenge, Corlieu, Galezowski, P. Richer.

Election.

Sont nommés correspondants étrangers (4e division, physique et chimie) :

1re place :

MM. Bunge (de Bâle)	39	VOIX ÉLU
Schaër (de Bâle)	3	
Bulletin blanc	1	
Bulletins nuls	1	

2e place :

MM. Schmiedberg	32	VOIX ÉLU
Schaër	3	
Bulletins blancs	14	

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 22 et 29 Mai 1896.

Lésions histologiques des hématomes musculaires.

M. Cornil a pu étudier 2 cas d'hématomes musculaires remontant à 2 et 3 années.

Dans ces 2 cas, il existait une poche unique ou multiple, remplie de détritus sanguins et limitée par une paroi fibreuse très épaisse, comprenant trois zones : une externe, où l'on trouvait des îlots musculaires nombreux, isolés les uns des autres par de petits tractus fibreux; une moyenne, avec prédominance du tissu fibreux interstitiel; une interne, où l'on ne trouvait au milieu du tissu conjonctif que des détritus musculaires. Les nombreux vaisseaux de la poche étaient tous atteints d'endartérite et d'endophlébite et entourés d'une zone de cellules embryonnaires et de cellules granuleuses d'Ehrlich.

Les fibres musculaires, qui avaient subi la dégénérescence vitreuse ou cireuse, étaient gonflées, festonnées sur leurs bords, et, au niveau du sillon formé par deux bourrelets consécutifs, on voyait le tissu conjonctif envoyer de petits bourgeons vasculaires enflammés. Par places, les cellules du sarcolemme pénétraient dans l'intérieur de la substance propre du muscle. Enfin il y avait atrophie complète de la cellule; la substance musculaire avait disparu complètement, et l'on ne voyait plus que de petits blocs possédant un ou deux noyaux dans leur centre.

Épulis sarcomateuse à myéloplaxes.

M. Mermet rapporte l'observation d'une femme de 27 ans à laquelle M. Schwartz a enlevé une épulis à myéloplaxes de la gencive supérieure, du volume d'une amande, qui avait débuté il y a dix ans au niveau de la gencive gauche, à la hauteur de la canine supérieure cariée.

La tumeur se compose d'un noyau bosselé, irrégulier de sarcome myéloïde, recouvert tout entier par l'épithélium gingival sain. Le derme de la gencive est le siège d'une infiltration embryonnaire intense, est parsemé de vaisseaux lymphatiques et sanguins dilatés, qui forment au niveau de la face profonde de celui-ci un riche réseau; en ce point, il existe une zone conjonctive représentant comme une espèce de coque ou noyau sarcomateux sous-jacent. Les vaisseaux manquent complètement dans le tissu sarcomateux même; par contre, ils sont très abondants dans la membrane conjonctive qui limite la tumeur; les rares capillaires qu'on rencontre en plein tissu néoplasique sont contenus dans les prolongements de cette capsule d'enveloppe.

Lipome sous-deltoïdien.

M. Gustave Keim rapporte l'observation d'une malade entrée dans le service de M. Polaillon pour une gêne croissante dans l'épaule droite, ayant abouti à l'impossibilité de mouvoir le bras. A l'examen, on trouva à la partie antéro-supérieure de l'épaule droite une tumeur du volume d'une tête de fœtus, tumeur rénitente, lisse, non lobulée, non adhérente à la peau, mobile sous elle, sauf pendant la contraction musculaire qui la bride.

A l'opération, on trouva sous le deltoïde, limité par une capsule, un lipome assez volumineux et présentant une lobulation en feuillets de livre, tournant autour d'un même axe. La capsule était commune à la tumeur et à l'articulation; son ouverture donna issue à de la synovie. Sur la capsule, sur les tendons et la tête humérale existent des fongosités d'apparence tuberculeuse, mais sans caractère spécifique à l'examen histologique. Ces fongosités avaient décidé à la résection d'une partie de la tête humérale, un curettage et une cautérisation au chlorure de zinc. Le résultat a été satisfaisant, et la malade est en voie de guérison.

Sarcome ossifiant du pouce.

M. Gustave Keim montre les pièces d'un sarcome ossifiant de la première phalange du pouce, ayant débuté il y a trois

ans et présenté une évolution assez rapide, à la suite d'un traumatisme. La tumeur, du volume d'une petite mandarine, entourait complètement le pouce, sauf sur sa face externe, était inégale et dure, étendue jusqu'au pli intermétacarpien.

L'examen de la pièce, après amputation du pouce, montra que la tumeur était entourée d'une gaine molle et avait un centre dur, composé de cellules sarcomateuses, entourées d'une substance hyaline, granuleuse, infiltrée de sels calcaires et pénétrées par du tissu cartilagineux, émané du cartilage de conjugaison de la première phalange, origine probable de la tumeur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 Mai 1896.

Épidermisation de la muqueuse urinaire.

M. Hallé attire l'attention sur une lésion particulière des voies urinaires atteintes d'inflammation chronique qu'il a observé dans 7 cas et qui consiste dans la formation sur la muqueuse de la vessie, des uretères et des bassinets, des zones blanches, dures, nacrées, le plus souvent disséminées, mais occupant quelquefois une étendue considérable de la muqueuse. Sous le microscope, on peut constater qu'au niveau de ces zones l'épithélium de la muqueuse a subi une modification profonde grâce à laquelle il a pris tous les caractères de l'épiderme. Le nouvel épithélium qui recouvre la muqueuse est végétant et desquamatif.

Dans 4 autres cas, M. Hallé a trouvé sur la muqueuse urinaire des épithéliomas lobulés cornés à globes épidermiques. Si cette lésion peut, à la rigueur, s'expliquer par le développement de la vessie, il n'en est pas de même de sa localisation aux uretères et aux bassinets qui dérivent de l'endoderme.

Sur l'emploi de l'eucaïne en ophthalmologie.

M. E. Berger. — L'eucaïne est un produit synthétique dont la formule se rapproche de celle de la cocaïne : elle présente une action anesthésique à peu près égale à cette dernière. Les phénomènes caractéristiques de l'eucaïne sont :

1° Au moment de l'instillation, sensation de cuisson plus forte qu'avec la cocaïne. Pour obvier à cet inconvénient, on instille d'abord dans le sac conjonctival une goutte de solution à 1 p. 100 et 3 minutes après une goutte de solution à 2 p. 100.

2° L'anesthésie commence par la sensibilité tactile, et ne s'étend à la sensibilité thermique que quelques instants après.

3° La durée de l'anesthésie est de 10 à 18 minutes : elle s'accompagne d'hypérémie conjonctivale avec hypersécrétion lacrymale.

4° On n'observe jamais ni mydriase, ni trouble de l'accommodation, ni trouble de l'épithélium cornéen, que l'auteur explique, dans l'œil cocaïnisé, par un dessèchement des couches superficielles de l'épithélium de la cornée.

5° L'hypérémie conjonctivale est facilement combattue par l'association à parties égales de cocaïne et d'eucaïne (1 p. 100 de chaque).

Les capsules surrénales dans les infections.

M. Charrin présente une note de **M. Auguste Pettit**, relative au mode de fonctionnement de la capsule surrénale.

De l'ensemble de ses études histologiques et physiologiques sur les capsules surrénales, il résulte que ces dernières doivent être considérées comme de véritables glandes, possédant une sécrétion propre, se révélant par des processus histologiques. Les faits d'hypertrophie compensatrice fonctionnelle qu'on constate dans la glande laissée en place à la suite de l'extirpation de l'autre organe démontrent la légitimité de cette interprétation anatomique. En outre, les résultats fournis par l'injection aux animaux de certaines substances chimiques (pilocarpine, curare) et des toxines microbiennes plaident dans le même sens. Dans ces conditions, la glande est le siège d'une hypersécrétion. Comme celle-ci atteint son maximum dans les infections graves d'origine bactérienne, il est naturel d'attribuer à la sécrétion surrénale un rôle antitoxique.

Ferment d'oxydation dans les différentes sécrétions.

M. Paul Carnot. — La salive est assez riche en ce ferment : il ne provient ni des microorganismes de la bouche ni de leurs sécrétions ; il a un optimum de 1° à 40°, n'est détruit qu'à l'ébullition, est précipité par l'alcool, n'agit qu'en milieu alcalin, etc. Il semble provenir des différentes glandes salivaires et aussi de la muqueuse buccale. Chez le chien, le pouvoir oxydant est un peu moindre que chez l'homme, moindre surtout chez le cheval : la sécrétion parotidienne de ce dernier en est dépourvue. Ce ferment existe dans le mucus nasal, les sécrétions lacrymales, le sperme. Il fait défaut dans l'urine, la bile, les sécrétions intestinales.

Un cas de signe de Romberg survenant chez un tabétique amaurotique depuis neuf ans et disparaissant progressivement.

M. J.-B. Charcot. — Il s'agit d'un malade reconnu tabétique depuis 12 ans et chez qui le premier symptôme a été l'affaiblissement progressif de la vue entraînant en deux ans la cécité complète. Ce malade qui, en outre de l'amaurose tabétique accompagnée de sa lésion typique, présentait des douleurs fulgurantes et le signe de Westphal, n'a jamais souffert de la moindre incoordination motrice. Il y a deux mois, il a présenté subitement et d'une façon très accentuée le signe de Romberg, rendu permanent par son amaurose. Ce phénomène pathologique s'est amoindri au bout d'un mois par le traitement par la suspension.

Ce cas est particulièrement intéressant en ce que : 1° à la connaissance de l'auteur, le signe de Romberg n'a jamais été signalé chez les tabétiques frappés comme premier symptôme par l'amaurose ; même chez ceux qui dans la suite sont frappés d'amaurose, ce signe n'existe généralement pas. 2° Ce malade est resté pendant 9 ans sans présenter la moindre trace du phénomène de Romberg, qui est survenu subitement pour disparaître ensuite progressivement par un traitement approprié. 3° Le malade n'a et n'a eu à aucun moment d'incoordination motrice ni d'insensibilité plantaire.

Il faut se contenter de signaler ce fait sans émettre d'hypothèse pour l'expliquer. Aucune des théories, d'ailleurs hypothétiques, proposées pour expliquer le signe de Romberg ne l'expliquent d'une façon absolument satisfaisante.

Myélites aiguës par toxine streptostaphylococcique.

M. H. Claude. — Au cours d'inoculations à des animaux d'une culture filtrée de streptocoques et staphylocoques virulents, nous avons constaté 2 cas, chez des cobayes, de myélite à évolution rapide et caractérisée, dans le 1er cas, par une paraplégie spasmodique, suivie d'une parésie des membres supérieurs ; dans l'autre, par une paraplégie simple.

Les lésions de la moelle consistaient en petits foyers hémorrhagiques dans la substance grise et dans une prolifération des leucocytes et des cellules interstitielles. Ces éléments s'amassent autour des cellules ganglionnaires, les étouffent, pénètrent à leur intérieur et les détruisent. Mais les cellules nerveuses qui ont échappé à cette destruction présentent aussi des altérations plus ou moins prononcées consistant dans une désintégration du protoplasma, l'apparition de vacuoles et des modifications dans la situation et la structure du noyau. La substance blanche est, en général, épargnée. Les petits vaisseaux présentent des lésions inflammatoires marquées pouvant aller jusqu'à la thrombose.

Les nerfs examinés nous ont paru normaux.

Ces faits prouvent donc que le streptocoque et le staphylocoque, agents d'infection communs et souvent associés, dont l'on doit si fréquemment dans la pathogénie des myélites invoquer le rôle actif, peuvent encore, par les produits qu'ils élaborent, et à distance pour ainsi dire, déterminer des lésions médullaires très accentuées.

MM. François-Franck et **Hallion** ont étudié, à l'aide de la méthode volumétrique, les vaso-moteurs du pancréas et du foie. Ils ont trouvé que les vaso-constricteurs de ces deux organes sont fournies par le grand sympathique, que la vaso-constriction est suivie de vaso-dilatation; que l'excitation des nerfs sensibles de la périphérie provoque une vaso-constriction de ces glandes; que l'excitation des nerfs viscéraux provoque une vaso-dilatation de ces deux glandes.

M. Dastre signale la propriété que possède le chlorure de calcium, en injection intravasculaire, de provoquer la coagulation générale du sang.

M. Gley, en faisant des expériences avec la peptone et des substances vaso-constrictrices (anagyrine, strychnine), a trouvé que l'action anticoagulante des peptones n'a pas de rapport avec l'état de la tension sanguine.

M. Rodet (de Lyon) a trouvé que la valeur nutritive du lait stérilisé est égale sinon supérieure à celle du lait non stérilisé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 Mai 1896.

Lithiase de la vésicule biliaire.

M. Tuffier résume les faits et objections qui ont été provoqués par sa communication.

Le diagnostic est généralement facile, mais il est des cas où il peut présenter des difficultés. Ainsi quand la tumeur fait défaut, on est obligé de se rapporter aux antécédents des malades, à la douleur localisée au niveau du siège de la vésicule. Mais cette douleur peut siéger en des points variables, puisque dans certains cas la vésicule peut descendre avec le foie vers l'ombilic S'il y a tuméfaction sous-hépatique, le diagnostic alors se pose entre une tumeur du rein et une tumeur du foie. Le diagnostic se fait en général par une palpation minutieuse, et de plus, grâce au signe de Kehr ou au signe de Naunyn qui consiste à remplir le côlon de gaz. Mais quand il y a coïncidence de 2 tumeurs rénale et hépatique le diagnostic devient très difficile. Enfin tout récemmement, dans un cas où la malade présentait sous le foie une tumeur que tout le monde diagnostiqua tumeur calculeuse de la vésicule, M. Tuffier trouva un kyste fœtal contenant un fœtus de 5 mois.

Dans les cas de lithiase vésiculaire, il faudrait faire encore le diagnostic bactériologique de la bile et du contenu de la vésicule.

Pour ce qui est du traitement, il résulte de la discussion que la choix est à faire entre la cholécystostomie et la cholécystectomie.

Cette dernière opération a ses indications, mais elles sont rares. Elle est indiquée quand il n'y a pas d'adhérences, quand le pédicule de la vésicule est long, quand le cholédoque est et restera perméable, quand la bile est aseptique. Mais en dehors de ces cas on est conduit à la cholécystostomie, avec suture de la vésicule à la paroi quand il n'y a pas d'adhérences.

Les résultats de la cholécystostomie sont difficiles à établir, mais en résumé il est certain que la cholécystostomie est une opération plus bénigne que la cholécystectomie.

Reste la question d'efficacité de l'opération. A brève échéance, la cholécystostomie débarrasse le malade de sa douleur et de ses calculs. A longue échéance, on reproche à la cholécystostomie de laisser une fistule biliaire et d'exposer aux récidives. Quand le foie est infecté, la fistule biliaire est nécessaire, et dans ces cas la fistule s'établit rapidement. La fistule est encore fréquente quand les canaux biliaires sont oblitérés.

La fistule biliaire est un gros inconvénient. Mais, d'autre part, on peut dire que souvent la fistule est une porte de sûreté permettant la sortie ultérieure des calculs ou de la bile infectée. Donc l'opération n'est pas responsable de la fistule. Celle-ci est due à des lésions des canaux hépatiques sous-vésiculaires, et alors elle est inévitable. D'autres fois la fistule est une bonne chose permettant l'issue de calculs ou de bile infectée.

Phlegmon ligneux du cou.

M. Reclus a observé un nouveau cas de phlegmon ligneux du cou. Il s'agit d'un porteur aux Halles qui fut pris au mois de juin, d'une tuméfaction de la partie antérieure du cou, 6 semaines environ après une sorte d'angine à allure chronique. M. Reclus vit le malade 6 semaines après le début de sa tuméfaction cervicale. Celle-ci descendait jusqu'au creux sus-sternal et allait sur les côtés jusqu'aux bords postérieurs des sterno-mastoïdiens. Elle était dure, ligneuse, sa couleur lie de vin, indolore. La pression du doigt ne laissait pas d'empreinte. Quelques chirurgiens portèrent le diagnostic de cancer en cuirasse du cou. M. Reclus, qui avait déjà vu des cas analogues, diagnostiqua un phlegmon ligneux du cou. En effet, au bout de quelques jours, il se forma un petit abcès qu'on évacua. Un certain nombre de petits abcès se formèrent ainsi, se vidèrent ou restèrent fistuleux, la tumeur ligneuse elle-même restant stationnaire.

Le pus examiné bactériologiquement montra qu'il contenait des bacilles ou des pseudo-bacille de Löffler. Et comme ce phlegmon avait succédé à une angine ayant duré plusieurs jours, on se décida à faire une injection de sérum de Roux. Le résultat fut merveilleux. La dureté du phlegmon s'atténua rapidement; les limites du phlegmon s'effacèrent peu à peu et au bout de 1 mois le malade sortit guéri.

Dans les 5 cas observés par M. Reclus il s'agissait toujours d'hommes. Ces individus étaient toujours âgés; dans 2 ou 3 cas on a noté une angine antérieure. Ce phlegmon semble donc être une altération inflammatoire venant par les lymphatiques du cou et ayant pour origine une angine sans doute spécifique. Le sérum antidiphthérique a donné dans le dernier cas un résultat merveilleux.

M. Quénu croit que les phlegmons ligneux ne sont pas particuliers au cou, et ne sont pas forcément spécifiques. Cette dureté ligneuse tient à la marche chronique de l'inflammation, à l'œdème du tissu cellulaire, à la lymphangite chronique. M. Quénu a vu de ces phlegmons ligneux à la nuque et dans d'autres régions. En ce moment il a dans son service une malade portant un phlegmon ligneux semblable au niveau de l'abdomen consécutif à une injection antistreptococcique. Il a incisé ce phlegmon hier, et il est sorti un peu de pus collecté à la face profonde des muscles.

M. Reynier observe en ce moment un phlegmon ligneux de la région sus-hyoïdienne. L'examen bactériologique n'a pas été fait. Dans un autre cas de phlegmon ligneux, il n'a trouvé que du staphylocoque.

Pour lui, ces phlegmons se développent surtout chez des individus affaiblis, cachectiques, qui réagissent mal.

M. Poncet (de Lyon) a vu certains abcès de la région cervico-faciale, produits par l'actinomyces ou un champignon pseudo-actinomyces présenter une allure chronique, analogue à celle signalée par M. Reclus pour son phlegmon ligneux du cou.

Abcès cérébral suite d'otite grippale.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de **M. Bopp**, se rapportant à un malade atteint d'otite suppurée à la suite de grippe qui semblait guérie après ouverture du tympan, quand tout à coup il fut pris de paralysie, d'aphonie et de fièvre. On fit la trépanation sur le milieu de la ligne rolandique, en pratiquant 4 couronnes de trépan. Les ponctions restèrent sans résultat, et la plaie fut laissée ouverte. Le lendemain, l'état du malade était le même; on refit une nouvelle trépanation au-dessus de l'oreille qui conduit sur le lobe temporal. M. Bopp sous la rondelle osseuse, après ouverture de la dure-mère, ne trouva rien. Nouvelle rondelle et ponctions multiples. Le malade survécut 5 jours. A l'autopsie on trouva un abcès du volume d'un œuf de pigeon vers la première circonvolution temporale et à la surface des méninges se trouvait une couche de pus verdâtre.

M. Courtin (de Bordeaux) lit une observation de cure radicale de hernie du cæcum.

M. Delbet lit l'observation d'un cas de cholédocho-duodénostomie.

M. Broca présente un enfant guéri de tétanos par les injections de sérum antitétaniques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 Mai 1896.

Ulcérations buccales et cutanées, œdèmes, érythème noueux, orchites, probablement d'origine hystérique.

M. Widal présente un malade dont l'observation a déjà été publiée en partie par M. Morel, interne de M. Balzer. Depuis 2 ans, le malade présente des poussées d'érythème noueux siégeant surtout au niveau des membres inférieurs et s'accompagnant souvent de poussées d'épididymite apparaissant et disparaissant brusquement. Pendant le séjour du malade dans le service de M. Widal, il présenta encore des ulcérations buccales, grosses comme une petite lentille, qui survenaient au niveau des gencives ou de la face interne des lèvres. Plusieurs fois apparurent en même temps des ulcérations sur la verge ou le scrotum, comme il en porte encore actuellement.

D'après M. Widal les ulcérations buccales n'ont jamais été signalées comme troubles trophiques hystériques. On peut donc se demander si ces troubles glandulaires, cutanés et muqueux, apparaissant simultanément, ne constituent pas, chez ce malade, une véritable diathèse vaso-motrice, et si les congestions testiculaires présentées par le malade ne sont pas de même nature que le sein hystérique ou que les névralgies si souvent observées chez les femmes hystériques.

M. Gilles de la Tourette a observé quelques cas particuliers qui peuvent être rapportés à des troubles trophiques viscéraux d'origine hystérique.

Le premier a trait à une jeune fille de 26 ans, de race israélite, hystérique confirmée qui, au cours de la cérémonie impressionnante des fiançailles de son frère, fut prise d'étourdissements, de vertiges, au point d'être obligée de se coucher dans l'appartement même où elle se trouvait. Dans la nuit il se développa sous les yeux du médecin habituel une hémiplégie gauche avec hémianesthésie, en même temps il survenait des vomissements, un état demi-comateux. Le lendemain, la situation était restée sensiblement la même.

M. Gilles de la Tourette ne vit la malade que 24 heures après le début des accidents. L'hémiplégie avec hémianesthésie persistait; la face, du côté gauche, était paralysée. Aucune agitation, pas de grands mouvements, pas d'hallucinations. L'impression immédiate fut qu'il fallait penser à une lésion organique car le tableau clinique était celui de l'hémorrhagie cérébrale. Quarante-huit heures plus tard, le coma devenait de plus en plus profond et la malade succombait après avoir présenté de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

L'examen de l'urine ne révéla ni sucre ni albumine, le cœur était sain, les artères semblaient en bon état; l'hypothèse de la syphilis devait être écartée. L'autopsie ne fut pas faite.

Le second cas est celui d'une dame de 40 ans qui avait souffert de nombreux accidents hystériques particulièrement d'ordre trophique, et chez laquelle s'était manifesté l'ensemble si douloureux du sein hystérique qu'on avait dû recourir à une opération chirurgicale. La malade fut prise, au bout de quelques jours seulement, de manifestations consistant en un ptosis pseudo-paralytique, des névralgies occipitales violentes, de la diplopie, le tout évoluant sans fièvre, d'un sommeil d'abord léger d'où il était facile de la tirer momentanément mais qui devint de plus en plus profond. Pas d'éléments anormaux dans les urines, sauf une quantité considérable de phosphates; pas de lésions organiques du cœur; absence de syphilis.

Le diagnostic porté fut sommeil hystérique. Le jour même où M. Gilles de la Tourette devait voir la malade, la face se congestionna, les conjonctives devinrent œdémateuses et la mort survint. Pas d'autopsie.

Si l'on compare l'observation de la première malade à celle de la seconde, on peut se demander s'il n'existe pas des troubles trophiques cérébraux, œdèmes ou hémorrhagies, analogue aux hémorrhagies ou aux œdèmes hystériques que l'on observe au niveau d'autres viscères ; sein, testicule, poumons, estomac, etc., et devenant graves par le fait de leur localisation particulière.

Le troisième fait observé par M. Gilles de la Tourette peut être invoqué en faveur de cette hypothèse. Il s'agit d'une dame actuellement âgée de 42 ans, hystérique convulsive dès l'adolescence, qui, à l'âge de 22 ans, fut frappée d'une hémiplégie gauche accompagnée d'une hémianesthésie qui a disparu. Aucune des causes ordinaires ne peut être invoquée pour expliquer cette hémiplégie qui est certainement organique car le faisceau pyramidal a dégénéré, le bras est contracturé et le membre inférieur présente de la trépidation spinale, ce qu'on n'observe jamais dans l'hémiplégie hystérique telle que nous la connaissons. Celle-ci reste flasque et si l'hémicontracture hystérique qui la pourrait simuler s'accompagne parfois de tremblement, jamais elle ne présente de trépidation épileptoïde.

Ce qui, en outre, conduit à penser que cette hémiplégie organique peut être rattachée à l'hystérie, c'est que dans les 24 heures où elle se produisit, il survint sur le bras et sur la jambe gauche quatre bulles de pemphigus qui se sont terminées par des cicatrices légèrement chéloïdiennes qui persistent toujours. Le pemphigus étant une des manifestations trophiques les plus fréquentes de l'hystérie, il est permis d'en faire ressortir la coexistence avec la lésion qui concurremment se produisit dans l'encéphale.

M. Sevestre a observé récemment un enfant de 4 ans 1/2 présentant tous les signes d'une hémorrhagie cérébrale mortelle à bref délai. Deux jours après le petit malade n'avait plus rien. Peut-être fit-il simplement un œdème cérébral passager.

M. Rendu a vu un cas très analogue chez un enfant nerveux, issu de parents nerveux. Là aussi il s'agissait probablement d'un œdème cérébral passager.

M. Siredey cite 2 cas relatifs à des adultes. Dans l'un, on était absolument convaincu qu'il y avait une tumeur cérébrale. Le siège de la tumeur sembla même pouvoir être fixé d'avance avec précision. Or, à l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on ne trouva absolument rien.

Dans le second cas il s'agissait d'une femme de 36 ans qui fit brusquement, en pleine santé, une hémiplégie classique flasque, sans convulsions mais avec coma. Elle n'avait rien au cœur et rien dans les urines. Trois jours après elle était sur pied.

M. Hayem cite le cas d'un malade de son service qui était le plus beau cas d'épilepsie jacksonienne qu'il ait jamais rencontré et qui succomba dans le gâtisme. L'existence d'une tumeur cérébrale paraissait certaine. Or, l'autopsie fut absolument négative.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 Mai 1896.

La désintoxication du sang.

M. Barré croit que le caractère ordinaire de la *désintoxication du sang* peut être obtenu par l'emploi simultané de deux moyens thérapeutiques, la saignée et les injections intra-veineuses de sérum artificiel ayant pour but de lutter contre les phénomènes généraux d'intoxication qui se manifestent dans le cours ou vers la fin de beaucoup de maladies infectieuses ou toxiques. Avant elle, devront évidemment être appliqués les moyens ordinaires dont dispose le médecin : purgatifs, diurétiques, stimulants, révulsifs, etc., et ce ne sera qu'une fois leur insuffisance constatée, que, en dernier ressort, on aura recours à la désintoxication du sang.

Les instruments nécessaires se composent essentiellement de deux tubes de caoutchouc terminés à une de leurs extrémités par une aiguille d'un diamètre un peu supérieur à celle de la seringue de Pravaz. Le plus long de ces tubes amène dans une des veines du bras le sérum artificiel d'un vase gradué placé à un niveau plus ou moins élevé suivant que l'on veut ou non accélérer l'entrée de ce liquide dans le système veineux. L'autre tube, dont l'aiguille est enfoncée dans une des veines de l'autre bras, est en communication avec un vase gradué, comme le premier, où le vide a été fait préalablement. C'est celui-ci qui sert à l'extraction du sang. On règle l'écoulement en sens

inverse des deux liquides de façon qu'il n'entre pas plus de sérum, qu'il ne sort de sang, afin que le système circulatoire étant toujours également rempli, la pression artérielle ne soit pas diminuée comme elle l'est à la suite des saignées ordinaires. La quantité de sérum introduit et par conséquent de sang retiré peut varier de 500 grammes à un litre pour un adulte suivant le degré d'intoxication.

Dans les 3 seuls cas (2 d'urémie, 1 de pneumonie infectieuse) où M. Barré a eu l'occasion d'appliquer sa méthode, alors que tout avait été inutile et que la mort menaçait à brève échéance, il a obtenu une amélioration rapide. Non seulement les symptômes inquiétants ont cessé, mais, à la suite de la crise urinaire, ils ne se sont pas reproduits et les malades ont marché rapidement vers la guérison.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances des 25 Mars et 22 Avril 1896.

Crises épileptiques d'origine cardiaque et leur traitement.

M. Pierre Parisot rapporte l'observation d'un vieillard de 87 ans, qui présente depuis huit ans des crises épileptiques caractérisées le plus habituellement par les symptômes suivants : modification dans le caractère 24 heures avant l'accès, troubles digestifs prémonitoires ou tremblement des membres, aura sensitive, pâleur de la face, perte de connaissance, chute, convulsions plus ou moins généralisées ou simplement aura et perte de connaissance, obnubilation intellectuelle postparoxystique; ces crises se montrent ordinairement sous l'influence d'une insuffisance dans la contraction du cœur. Ce malade est en effet atteint d'une cardiopathie artérielle; il n'a pas d'albumine dans l'urine et on ne relève dans ses antécédents ni syphilis ni paralysie.

M. Parisot termine par les conclusions suivantes :

1° Les crises épileptiques engendrées par une cardiopathie ne paraissent pas offrir une symptomatologie particulière.

2° Lorsque l'origine cardiaque de la crise est bien démontrée, la médication cardiaque et le repos sont indiqués de manière à rétablir la régularité de la circulation cérébrale.

3° La médication bromurée ne doit pas être négligée, mais il faut administrer le bromure de potassium avec grande prudence et peut-être lui préférer le bromure de sodium.

M. Bernheim fait remarquer que l'épilepsie n'est pas particulièrement fréquente dans les affections cardiaques pures, mais que les affections cardiaques peuvent déterminer dans le cerveau des lésions corticales donnant lieu à des attaques d'épilepsie.

On sait, en effet, que toute lésion corticale peut devenir épileptogène sous l'influence des causes les plus diverses, psychiques ou autres. C'est ainsi qu'il a fait ces jours derniers l'autopsie d'un vieil alcoolique qui pendant deux ans fut pris d'attaques d'épilepsie. Celles-ci disparurent ensuite et, à l'autopsie, on trouva au niveau du lobe temporal un petit nodule crétacé d'origine évidemment fort ancienne qui était demeuré latent pendant de nombreuses années pour devenir épileptogène à un moment donné. Ainsi encore M. Bernheim a trouvé chez des urémiques des plaques jaunes qui avaient donné lieu à des attaques épileptiques passagères. On peut donc penser que chez le vieillard et, d'une façon générale, au-dessus de 40 ans, les attaques d'épilepsie reconnaissent pour cause de petites lésions corticales liées à l'âge. Dans le cas particulier rapporté par M. Parisot, M. Bernheim est disposé à admettre qu'il s'agissait d'une épilepsie organique de ce genre, car il n'a jamais vu l'épilepsie survenir sans lésion organique chez un vieillard.

M. P. Parisot croit que l'apparition tardive de l'épilepsie chez certains sujets peut s'expliquer par l'absence de malformations épileptiques héréditaires et ajoute que beaucoup de vieillards présentent des plaques jaunes sans avoir de ce fait des attaques d'épilepsie. Pour expliquer ces attaques chez les uns et leur absence chez les autres, il semble qu'on puisse admettre l'existence chez les premiers d'une certaine prédisposition, d'une diathèse, bref de cet état nerveux particulier auquel on a donné le nom de spasmophilie.

M. Haushalter rappelle que Pitres a publié, il y a quelques années, des observations démontrant que l'épilepsie jacksonienne pouvait se manifester avec tous les symptômes de l'épilepsie essentielle, non organique.

M. G. Etienne observe en ce moment dans le service de M. Spillmann une femme de 40 ans, atteinte d'insuffisance aortique, qui depuis deux ans est sujette à des crises épileptiques à symptomatologie absolument typique.

M. Picard demande si le malade de M. Parisot ne présentait aucun symptôme d'affection rénale.

M. P. Parisot n'a rien trouvé d'anormal du côté des reins et aucun signe d'urémie.

Antisepsie et sages-femmes.

M. Remy pose cette question : Le corps des sages-femmes est-il à la hauteur des connaissances de l'antisepsie? Cependant, de leur part, l'antisepsie est absolument nécessaire parce que, faisant le plus grand nombre des accouchements, elles peuvent porter l'agent de contagion d'une femme à une autre.

Il faut remarquer cependant qu'un certain nombre d'accoucheuses ont profité ou profitent d'un enseignement sur la matière; mais une fois établies elles ne sont pas sous la surveillance des médecins et elles peuvent abandonner les saines pratiques. On ne néglige dans les Maternités aucun moyen d'enseignement pour faire comprendre aux élèves la nécessité d'une antisepsie parfaite et pour les tenir au courant de tous les progrès réalisés de ce côté, mais est-il bon de les abandonner à leur propre initiative? Beaucoup de sages-femmes exercent sans avoir reçu autrefois un enseignement en rapport avec nos connaissances modernes, abandonnées à elles-mêmes, sans direction établie, sans autres conseils que ceux qu'elles voudront bien entendre. Elles n'auront pas le moyen de s'instruire, n'en sentiront pas toujours l'obligation et cette négligence volontaire ou non sera cause d'accidents pathologiques.

C'est au médecin à signaler cette lacune en hygiène publique et à rechercher les moyens de préserver la société de toutes les affections contagieuses qui peuvent être écartées par des mesures prophylactiques.

Le meilleur moyen serait d'établir une réglementation spéciale et une surveillance médicale, mais en attendant on peut : 1° faire des conférences aux sages-femmes pour rappeler à celles qui savent et apprendre à celles qui ne savent pas, les principes et les règles de l'antisepsie; mais on objectera que cet enseignement n'atteindra pas les sages-femmes éloignées des centres.

On peut : 2° adresser des circulaires aux sages-femmes d'un département, leur exposant ce qu'il leur est utile d'apprendre.

C'est ce moyen que propose M. Remy à la Société de médecine, et il propose de faire nommer une commission qui serait chargée de rédiger des instructions sur l'antisepsie destinées aux sages-femmes de ce département.

La Société nomme une Commission, composée de MM. A. Herrgott, Remy, Rohmer et Schuhl, chargée de rédiger une instruction à l'usage des sages-femmes et du public, et de la soumettre à la Société pour publication ultérieure.

Actinomycose cervico-faciale.

M. Th. Weiss. — Il s'agit d'un jeune homme qui avait l'habitude de mâcher constamment du blé avarié et qui a présenté, dans la région du maxillaire inférieur du côté droit, une série d'abcès d'où se sont écoulés les grains jaunes caractéristiques de cette affection.

Ce malade a guéri par le grattage des trajets fistuleux et l'usage interne de l'iodure de potassium.

M. Février, à l'occasion de l'observation de M. Weiss, rapporte *un cas d'actinomycose* dans lequel la lésion paraît nettement avoir débuté par le centre *de la mâchoire inférieure.*

Un jeune soldat de 22 ans, n'ayant aucun antécédent tuberculeux ou syphilitique, entre à l'hôpital militaire pour une affection de la mâchoire inférieure remontant à trois ans. Il était cultivateur, soignait des bestiaux qui d'après lui n'ont jamais été malades. Il avait l'habitude de mâchonner des brins de paille et des épis de blé. Il y a 3 ans, il souffrit des molaires inférieures gauches, s'en fit arracher quelques-unes. Il survint

plus tard un abcès, et les dents avoisinantes tombèrent. Cependant, au bout de quelque temps, il pouvait mâcher les aliments aussi bien du côté malade que du côté sain. Il n'y eut jamais de trismus.

L'examen montre un gonflement de la partie inférieure de la joue gauche, empiétant un peu sur la région sus-hyoïdienne latérale et le bord inférieur de la mâchoire. Ce gonflement est dur, élastique, sans crépitation parcheminée et sans changement de couleur de la peau. Petit ganglion en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire. La bouche s'ouvre facilement et montre à la place des molaires absentes, une cavité elliptique bordée de fongosités rouge pâle, rappelant les caractères de l'épithélioma térébrant de Verneuil et Reclus. Le doigt rencontre au fond un séquestre dur, allongé, tranchant. Les parois de la cavité, de consistance osseuse, sont tapissées de fongosités. Le stylet introduit, dépasse le séquestre et plonge dans la région sus-hyoïdienne. La curette ramène du pus contenant quelques grains jaunes et noirâtres. M. le professeur Vuillemin put y constater quelques jours après et nous faire voir des parasites ressemblant à l'actinomyces avec le mycélium central et la couronne de massues.

Le malade, ayant refusé toute intervention chirurgicale, fut réformé.

Cette observation est un exemple d'actinomycose à forme osseuse de la mâchoire inférieure, considérée autrefois comme très rare chez l'homme où la localisation était surtout parostale, tandis que chez le bœuf, la lésion osseuse de la mâchoire était la règle. Il semble ici que le début ait eu lieu par la portion centrale du maxillaire inférieur qui a été frappée de nécrose, tandis qu'à la périphérie se montrait de l'ostéite productive. Le début central expliquerait l'absence de contracture des muscles élévateurs de la mâchoire, habituellement si précoce dans les faits ordinaires d'actinomycose.

M. Gross fait remarquer qu'il existe des cas d'actinomycose où le diagnostic est des plus difficiles à établir et dont l'étiologie échappe entièrement. C'est ainsi qu'au mois de décembre dernier, il eut occasion d'examiner une religieuse de 27 ans qui venait le consulter pour une affection suppurative de l'angle de la mâchoire du côté gauche. La patiente était anémiée, amaigrie et dans un état de débilitation accentué. A l'angle de la mâchoire gauche, on voyait une plaque rouge indurée, ressemblant à une petite ulcération lupoïde ou à un petit ganglion adhérent à la peau. M. Gross conseilla l'extirpation qui fut acceptée et l'examen de la partie enlevée permit à M. Baraban d'y constater la présence d'actinomycètes. L'affection était limitée aux parties molles, les os n'étaient pas touchés et la malade ne se plaignait que de douleurs. L'étiologie est restée tout à fait obscure. Peut-être la patiente avait-elle contracté son affection en donnant des soins à d'autres malades atteints eux-mêmes.

M. Rohmer a observé, il y a 5 ans, chez un contremaître, un abcès froid très étendu de la paroi abdominale qu'il soupçonne pouvoir être rattaché à l'actinomycose, bien qu'aucune recherche histologique n'ait permis de vérifier cette hypothèse.

Obstruction calculeuse du cholédoque.

M. Vautrin. — Au point de vue anatomique, il faut distinguer au cholédoque une portion sus-duodénale, une portion rétro-duodénale. La première est le plus souvent le siège des gros calculs; la seconde est le siège préféré des obstructions par petits calculs ou par concrétions résultant de pierres de petit volume agminées par des dépôts calcaires. D'après les expériences de l'auteur, le point le moins dilatable du cholédoque correspond à l'entrée du canal dans le pancréas. C'est donc en arrière de ce point et dans la première partie de la région rétro-duodénale qu'on rencontrera les obstructions du cholédoque. — Il est possible d'explorer la partie rétro-duodénale du cholédoque en décollant l'intestin de ses attaches postérieures. En procédant avec ménagements, l'intestin se détache non seulement de la face antérieure du cholédoque, mais encore du pancréas, sans que la résistance de ses tuniques en souffre et expose à des perforations secondaires. Il résulte de ce fait que le décollement du duodénum s'impose dans les cas où l'obstruction siège dans la portion terminale du cholédoque.

Le diagnostic des obstructions calculeuses du cholédoque est difficile, mais généralement possible. On s'appuiera sur les anamnestiques, sur les crises hépatiques successives, de plus en plus rapprochées et de plus en plus prolongées, sur l'ictère intermittent ou chronique, sur les troubles gastriques, la décoloration des selles, et sur l'absence de dilatation de la vésicule. L'auteur recommande de chercher à atteindre le cholédoque par la palpation, ce qui est aisé sur les malades amaigris. En refoulant la paroi abdominale jusque dans la gouttière vertébrale droite, il a pu reconnaître dans deux cas, la présence d'un noyau d'induration, douloureux, qui n'était autre qu'une obstruction calculeuse.

La laparotomie exploratrice doit être conseillée, mais elle n'est pas dépourvue de gravité chez des sujets en état d'hépatisme, affaiblis par la cholémie. On ne l'entreprendra donc qu'à bon escient et en songeant qu'elle entraîne à une exploration souvent difficile au milieu d'adhérences étendues.

M. Vautrin aborde ensuite le traitement des calculs du cholédoque. Il les passe en revue et discute leur valeur.

1° Le *refoulement des calculs vers la vésicule ou le duodénum* est le procédé idéal. Il est rarement praticable parce qu'il faut refouler les calculs dans des conduits plus étroits qui les reçoivent difficilement.

2° La *cholédocolithotripsie*, dont l'auteur a expérimenté la valeur dans deux cas, est une opération aveugle, exposant aux mêmes dangers que la cholécystotomie, sans procurer les mêmes avantages. Dans une observation, M. Vautrin a fait la cholédocolithotripsie avec cholécystotomie et cholécystopexie et a guéri sa malade. Dans une autre, la même opération a été suivie d'insuccès. Le malade a succombé à une infection colibacillaire (diarrhée, pneumonie), sans péritonite.

3° La *cholédocotomie*, qui se propose l'incision du conduit obstrué, avec extraction des calculs et suture de la plaie, est une excellente opération. M. Vautrin l'a pratiquée deux fois et dans un cas seulement avec succès. Il s'agissait de deux femmes, âgées l'une de 58 ans, l'autre de 59 ans, toutes deux cachectiques et atteintes depuis longtemps de troubles hépatiques intenses. L'une de ces malades succomba le 9e jour à la suite d'insuffisance hépatique. L'insuffisance hépatique est en effet la cause la plus fréquente de la mort après la cholédocotomie. On la trouve notée sept fois sur 27 cas dans la thèse de Jourdan (Paris, 1895).

A part les accidents résultant de l'infection par le bactérium coli et de l'insuffisance hépatique, la cholédocotomie est une bonne opération dont les dangers sont peu considérables.

La cholédocotomie doit être souvent associée à d'autres opérations sur les voies biliaires, lorsque la lithiase intéresse aussi la vésicule ou le canal cystique. La cholécystotomie avec suture à la paroi est à recommander lorsque la vésicule doit être ouverte; il en est de même de la cholécystostomie, qui crée une voie de dérivation à la bile et soulage d'autant le cholédoque suturé.

Après avoir étudié la valeur de la duodénotomie, de la cholécystentérostomie dans les calculs du cholédoque, M. Vautrin expose le manuel opératoire de la cholédocotomie d'après ses recherches et sa pratique personnelle.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 Mai 1896.

Diabète rénal.

M. Klemperer a déjà insisté dans le temps sur les rapports entre la glycosurie et l'albuminurie chez le même individu.

Quand un diabétique commence à avoir de l'albuminurie, la glycosurie diminue et finit même par disparaître quand la lésion rénale arrive à l'atrophie granuleuse. Le diabétique dans ces conditions n'a plus de sucre, mais il succombe à l'urémie. On peut donc supposer que si une lésion rénale fait disparaître le sucre de l'urine, un rein normal peut répondre à une irritation par l'élimination de sucre.

Certains faits montrent effectivement que la glycosurie par irritation rénale existe. Mehring a notamment montré qu'à la suite de l'administration de la phloridzine à l'homme ou aux animaux, il survient de la glycosurie. Mais dans ces cas, contrairement à ce qui s'observe dans le diabète, la proportion du sucre du sang n'est pas augmentée, c'est-à-dire que cette glycosurie n'est pas provoquée par une glycémie. On doit donc admettre que dans la glycosurie qui survient après l'administration de phloridzine, les reins interviennent d'une façon directe. Ce qui vient à l'appui de cette supposition, c'est que lorsque, après ingestion de phloridzine, on extirpe les reins, la proportion du sucre du sang augmente, tandis que dans les mêmes conditions on observe dans les autres formes de diabète expérimental une élévation considérable de la proportion du sucre du sang, pouvant aller jusqu'à 9 p. 100. Ce fait a été établi d'une façon très nette par Minkowski. D'un autre côté, Zuntz a montré que si l'on injecte de la phloridzine dans une artère rénale, la glycosurie se manifeste seulement dans le rein correspondant, et que ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que le second rein commence à son tour à éliminer une urine contenant du sucre.

Tous ces faits établissent d'une façon assez précise l'existence d'une glycosurie d'origine rénale.

Personnellement M. Klemperer a constaté que chez les individus ne présentant pas de lésions rénales la phloridzine, suivant la dose employée, donne lieu à une glycosurie avec une proportion de sucre allant de 0,5 à 2,5 p. 100, et que cette glycosurie n'est pas influencée par le régime alimentaire. Par contre, chez les individus porteurs de lésions rénales graves, atteints de néphrite atrophique, l'administration de phloridzine ne provoque ordinairement pas de glycosurie.

On a dit que la phloridzine n'était pas la seule substance capable de provoquer la glycosurie. D'après Jacoby (de Strasbourg) la caféine agirait de la même façon; mais la caféine ne provoque de la glycosurie que si l'on donne en même temps une alimentation riche en hydrocarbures. Le calomel, la digitale agissent de la même façon, dans les mêmes conditions. Seulement le mode d'action de ces substances dans les conditions données est complexe, en ce sens qu'il faut envisager cette glycosurie comme le double résultat de la glycémie provoquée par l'alimentation et de la diurèse exagérée produite par les diurétiques.

Le diabète rénal résultant d'une irritation spéciale du parenchyme rénal est important à connaître au point de vue pratique. En clinique, on n'aura pas à s'occuper de la lésion rénale et il sera inutile d'établir le régime spécial des diabétiques Chez un diabétique présentant de l'albuminurie on ne pourra songer à une glycosurie rénale que lorsque, l'albuminurie augmentant toujours et la glycosurie diminuant, on trouvera que la proportion du sucre du sang n'est pas augmentée. En sept ans, M. Klemperer n'a observé qu'un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme de 50 ans qui avait 2 p. 100 d'albumine et 0,35 p. 100 de sucre dans l'urine. Auparavant la proportion de sucre était plus grande. Le régime alimentaire n'avait aucune influence sur la glycosurie, et l'examen du sang pratiqué après l'administration de 150 grammes de sucre a montré que la proportion du sucre du sang n'a pas changé.

M. Fränkel fait observer que la diminution de la glycosurie en cas d'albuminurie est connue depuis longtemps. Seulement, comme on ne sait rien sur les rapports intimes qui existent entre les divers organes, il est difficile de dire si cette diminution dans l'élimination du sucre est due à une lésion de l'épithélium rénal ou à une lésion d'autres organes qui interviennent dans la destruction du sucre.

M. Senator accepte l'idée d'un diabète rénal, mais il explique son mécanisme d'une autre façon. Il admet notamment qu'au niveau de la substance médullaire des reins il se fait une résorption du sucre de l'urine et qu'en cas de diurèse abondante cette résorption n'a pas le temps de se reproduire.

M. Gerhardt fait remarquer que chez les diabétiques on peut observer une diminution de la glycosurie non seulement à la suite des lésions rénales, mais encore à la suite d'autres affections, de la tuberculose pulmonaire, par exemple, qui n'ont aucun rapport avec le rein.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 22 Mai 1896.

Fièvre typhoïde avec hyperpyrexie et dilatation cardiaque.

M. Clemord. — Un homme de 25 ans tomba malade le 13 novembre 1894; on ne tarda pas à constater les symptômes d'une fièvre typhoïde; il eut une fièvre très forte et de la rétention d'urine; on dut le sonder. Son état général était bon; le pouls avait 90 pulsations et la langue était humide; pas de distension abdominale. Il y eut des épistaxis, puis dans la soirée du 26 le malade eut un frisson intense; il y eut du délire et la température s'éleva beaucoup. On fit des affusions froides et le malade redevint calme, tout en restant dans le délire. Le lendemain matin la température était normale, mais le soir il y eut un nouveau frisson suivi d'une ascension considérable de la température. On fit encore des affusions froides qui calmèrent le malade. Le lendemain matin on fit une piqûre de morphine, mais très rapidement l'état du malade devint désespéré : la figure était cyanosée, la mâchoire avait retombé, le réflexe conjonctival avait disparu, la respiration se bornait à quelques inspirations très superficielles. L'examen du cœur révéla l'existence d'une dilatation du cœur droit, qui venait de s'établir subitement. On fit une saignée, puis une injection hypodermique de strychnine et de digitaline; on ordonna en outre de l'alcool. La cyanose diminua graduellement, le pouls, encore très faible et irrégulier pendant quelques minutes, devint plus plein et moins rapide; les mouvements respiratoires devinrent meilleurs et l'air pénétra mieux dans la poitrine. Une heure plus tard, puis toutes les 3 heures pendant 24 heures on recommença les injections de digitaline et de strychnine; on administra au malade des lavements de lait peptonisé, de beaf-tea et d'alcool. Vers 5 heures du soir le malade revint à lui et put prendre quelque nourriture. Le lendemain on constata une congestion pulmonaire hypostatique intense; mais celle-ci céda ensuite au traitement. Il y eut encore quelques petits frissons et 2 ou 3 élévations de température; mais finalement le malade guérit complètement.

M. Benham. — Je ne sais pas jusqu'à quel point la saignée a diminué l'hyperpyrexie même : elle me paraît plutôt avoir agi sur le début de l'affection pulmonaire. Dans un cas d'hyperpyrexie rhumatismale contre lequel les antithermiques restaient impuissants, j'ai eu recours à la saignée comme dernière ressource; mais il ne s'est produit aucune amélioration. Les frissons marquaient peut-être l'invasion de l'affection pulmonaire.

M. West. — Les frissons sont souvent consécutifs à l'hyperpyrexie. La saignée soulage considérablement le ventricule droit distendu; à ce point de vue elle agit mécaniquement. D'une façon générale elle ne diminue pas la fièvre. Il y a relativement peu de cas où la saignée soit indiquée, mais enfin il y en a et trop souvent alors on n'y a pas recours.

Dilatation chronique du côlon.

MM. Rolleston et Haward. — Un enfant de 12 ans était, depuis l'âge de 6 mois, sujet à la constipation. De temps en temps il avait des vomissements avec inaction complète de l'intestin; dans une de ces crises il resta 9 semaines sans évacuer son intestin. Quand il arriva à l'hôpital, il était amaigri, les yeux étaient enfoncés, le teint était bistre. L'abdomen était énormément distendu et à travers la paroi abdominale on pou-

vait voir les mouvements péristaltiques de l'intestin. Les parties supérieure et antérieure du ventre étaient sonores et on ne pouvait sentir aucune masse de matières fécales. La palpation de l'abdomen n'était pas douloureuse; cependant une pression profonde provoquait de la douleur. Le rectum paraissait sain, pas de spasme du sphincter. Pendant les 3 mois qu'on garda ce malade en observation, on vit son état se modifier et souvent d'une manière subite; il allait mieux pendant un certain temps, ayant des selles chaque jour et son abdomen devenant plus souple. Puis brusquement survenaient sans cause appréciable des vomissements et de la constipation. D'ordinaire ces attaques ne duraient qu'un jour ou deux, mais finalement une d'elles l'emporta. Il n'y eut à aucun moment d'occlusion intestinale; il y avait une garde-robe presque chaque jour. On eut recours à plusieurs traitements, mais seul le calomel parut agir. A l'autopsie on trouva une grande dilatation du côlon. On ne put trouver ni rétrécissement, ni aucune cause d'occlusion intestinale en aucun point. Il y avait de nombreuses ulcérations dans le colon et ses tuniques musculaires étaient épaissies. Ces cas de dilatation du côlon s'accompagnent d'une mortalité fort élevée; tout traitement paraît inutile et le massage est dangereux.

M. Halewhite. — La forme acquise de cette affection est due à la constipation et est peu grave, si on la diagnostique. Pour la forme congénitale il n'y a pas d'explication satisfaisante, car dans ce cas la constipation est la conséquence et non la cause de la maladie.

De l'emploi du gaïac dans la goutte.

M. Garrod, après avoir constaté la présence de l'acide urique dans le sang des goutteux, à la suite de ces études a fait des recherches qu'il vient de communiquer le 26 mai à la *Société royale de médecine et de chirurgie* et qu'il termine par les conclusions suivantes : 1° le gaïac n'offre aucun danger et peut être administré pendant un temps indéfini; on doit même le regarder comme un condiment aussi inoffensif que le gingembre; 2° le gaïac agit favorablement sur toutes les inflammations goutteuses; cependant il est moins actif que la colchique; on peut toujours donner le gaïac pourvu qu'il y ait peu de fièvre; 3° le gaïac pris dans les intervalles des accès diminue considérablement leur fréquence, il a donc un grand pouvoir prophylactique; 4° le gaïac ne paraît pas perdre son activité par un usage prolongé; 5° chez certaines personnes seulement on ne peut continuer l'usage prolongé du gaïac.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 20 Mai 1896.

Fractures spontanées.

M. Erdheim a observé deux cas de ce genre. Dans le premier, il s'agit d'une fracture spontanée du fémur droit, survenue au cours d'un phlegmon de la cuisse, consécutif à une plaie par écrasement. On a été obligé de pratiquer la désarticulation du fémur, et l'examen de la pièce montra l'existence d'une ostéomyélite avec fracture de la gaine osseuse qui entourait le séquestre.

Le second cas se rapporte à un homme chez lequel, au cours d'une affection cancéreuse des reins, pendant longtemps méconnue, il se produisit une fracture spontanée du fémur. Ici encore on a été obligé de pratiquer la désarticulation du fémur, et l'examen de la pièce montra que l'os était envahi par du tissu cancéreux.

Dans les deux cas la désarticulation de la cuisse a réussi fort bien.

Affections du tympan.

M. Politzer. — Les modifications pathologiques de la membrane du tympan sont primitives ou secondaires. Les premières, qui sont plus fréquentes que les secondes, occupent l'épaisseur même de la membrane. Elles sont les mêmes que celles qu'on observe dans certains cas d'otite moyenne, avec cette différence que lorsque l'oreille moyenne est en jeu, il existe des troubles de l'ouïe. La myringite primitive chronique est d'un diagnostic difficile. Fréquemment, on trouve la membrane du tympan couverte de granulations sans que l'acuité auditive soit bien diminuée. Si l'on examine l'oreille avec le spéculum de Siegle, on voit dans ces cas les granulations suivre les mouvements de la membrane du tympan, tandis que dans les cas où les granulations viennent de l'oreille moyenne, ils n'accompagnent pas les mouvements de la membrane du tympan. Ces granulations cèdent aux badigeonnages de perchlorure de fer.

Dans les ruptures traumatiques de la membrane du tympan, les bords de la déchirure se rétractent, paraissent couverts de suffusions sanguines. Le promontoire présente une coloration normale.

Les modifications secondaires de la membrane du tympan s'observent dans l'otite moyenne catarrhale ou suppurée. S'il y a accumulation de sérosité, on trouve sur le tympan la ligne de niveau caractéristique; dans le cas où le liquide est en grande quantité, la membrane du tympan prend une coloration jaunâtre. En donnant à la tête une inclinaison convenable on peut évacuer le liquide de la caisse en y insufflant de l'air par la trompe. Mais dans les cas où la caisse est remplie de mucosités, celles-ci, quand elles ne se résorbent pas spontanément, ne peuvent être évacuées qu'à travers une perforation de la membrane du tympan.

Dans les catarrhes de l'oreille moyenne, on trouve fréquemment un aspect trouble diffus ou partiel de la membrane, dû souvent aux dépôts calcaires. Une coloration bleu grisâtre ou jaune avec forte rétraction de la membrane du tympan s'observe fréquemment dans le catarrhe de la caisse et dans la trompe chez les enfants. En cas de sclérose de la capsule du labyrinthe, on aperçoit à travers la membrane le promontoire à reflets rougeâtres.

L'otite moyenne aiguë doit être strictement séparée du catarrhe de la caisse, en ce sens que dans le premier cas on trouve au niveau de la membrane du tympan une hyperémie considérable avec formation d'exsudat; le tableau est dans ces cas souvent le même que celui qu'on trouve dans la myringite aiguë. Cette forme peut se terminer par la guérison spontanée ou par la perforation, cette dernière particulièrement fréquente dans l'otite moyenne suppurée aiguë. La perforation se présente sous forme d'une déchirure à bords accolés, animés de pulsations dont l'intensité est en rapport avec celle du processus inflammatoire. Dans d'autres cas, principalement dans les cas d'origine influenzique, le quadrant supérieur se présente sous forme d'une tuméfaction en mamelon. Dans l'inflammation scarlatineuse ou diphthérique il se produit rapidement une destruction de la membrane du tympan, tout comme dans l'otite tuberculeuse.

Dans les processus chroniques, l'aspect de la membrane du tympan est très variable. Le siège et la forme de la perforation présentent de grandes variétés suivant les cas. Les perforations multiples se rencontrent principalement chez des tuberculeux et sont dues à la fonte des tubercules. Dans les otites moyennes chroniques, la formation des granulations dans la caisse et sur les débris de membrane est fréquente. Si l'on parvient à détruire une partie des granulations, les autres se rétractent. La formation de granulations diffuses ne guérit souvent que par les instillations d'alcool. Quand la suppuration est tarie, on peut se rendre compte de l'aspect de la perforation. Ce qui reste dans la membrane paraît trouble, épaissi, calcifié et souvent l'envahissement des bords par l'épiderme du conduit auditif interne empêche la cicatrisation et la perforation. Si la cicatrisation a lieu il survient une diminution considérable de l'acuité auditive dans les cas de l'immobilité du marteau et de l'enclume.

La cicatrisation peut s'effectuer dans de bonnes conditions. Dans d'autres cas il se forme des adhérences, des cloisons fibreuses entre la caisse et la trompe, etc.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A propos du tube œsophagien,

Par A. Bert,

Interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté.

Nous n'avons pas l'intention de discuter, dans les quelques lignes qui vont suivre, le principe du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par la sonde à demeure ou par la gastrotomie, nous réservant de revenir longuement sur cette importante question de thérapeutique médico-chirurgicale dans une étude ultérieure.

Notre but est simplement de défendre une méthode préconisée à l'étranger, où elle paraît donner d'excellents résultats et qui, nous avons peine à nous figurer pourquoi, a été, dès son apparition, bannie de la thérapeutique française : nous voulons parler du tubage œsophagien. Et cependant cette méthode est loin d'être inconnue ici; tous les auteurs qui se sont occupés du traitement des rétrécissements de l'œsophage en font mention, mais pour l'éliminer. Or, on conviendra qu'il est au moins curieux de voir délaisser complètement en France une méthode souvent employée avec succès en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en Amérique, et cet état de choses nous paraît expliquer suffisamment l'opportunité de notre tentative.

Dans cette première étude, nous aurons en vue l'instrumentation, le manuel opératoire, et surtout l'état actuel. En d'autres termes, nous nous proposons de comparer le tubage à la sonde à demeure, principalement au point de vue du soulagement apporté au malade.

Quant aux suites, qu'il nous suffise de dire, en attendant que nous puissions nous appuyer sur des faits personnels, que, d'après tous les partisans du tubage, les résultats éloignés sont absolument comparables à ceux que fournit la longue sonde à demeure, tandis que les résultats immédiats lui sont de beaucoup supérieurs. Enfin, si nous pouvons parler de ces derniers avec quelque expérience, nous le devons à notre maître, M. le professeur Ollier, qui a bien voulu nous autoriser à faire entrer dans son service un certain nombre de malades atteints de cancer œsophagien, et sous les yeux duquel nous avons pratiqué notre première tentative de tubage.

M. le Dr Jaboulay, de même, nous a fort aimablement autorisé à pratiquer une intervention analogue dans son service.

Nous avons, de plus, trouvé auprès des différents chefs de service de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de la Croix-Rousse le plus favorable accueil.

I

L'histoire du tubage œsophagien est facile à résumer.

C'est en 1884 que Charters Symonds, frappé de certains inconvénients présentés par la sonde à demeure, telle que la préconisait alors Krishaber (1), proposa de substituer à celle-ci un tube court destiné à rester en place au niveau même du rétrécissement. Il est juste cependant de dire qu'avant lui, et dans un but à peu près analogue, sir Morell Mackenzie avait eu la même idée. Mais Symonds n'en reste pas moins le vulgarisateur et le plus chaud défenseur de la méthode qui porte son nom (2).

Cette méthode, dès le début, donna de si bons résultats entre les mains de son auteur, que nous la voyons successivement employée par Leyden et Renvers (3) à Berlin, par Nicolaï (4) à Milan, par Mixter (5) à Boston et par d'autres encore. Tous en obtiennent d'heureux résultats. A Paris, au contraire, M. Kirmisson s'élève contre l'emploi des tubes courts dans un mémoire lu à l'Académie de médecine dès 1888 (6). Il fait à cette méthode un certain nombre de reproches concernant l'introduction et l'extraction du tube, et depuis lors, à notre connaissance,

1. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1881.
Congrès international de médecine, 7e session, Londres, 1881.
Gaz. des hôp., 1881.

2. Voici, du reste, comment s'exprime Symonds lui-même sur ce point : « Le tube court que j'ai introduit pour le traitement des rétrécissements malins de l'œsophage a été présenté pour la première fois à la *Société clinique* en 1884 (voir *Transactions*, vol. XVIII). Je ne savais pas, au moment où j'ai employé cette méthode, que sir Morell Makenzie avait usé d'un tube semblable dans le but de dilater les rétrécissements. On en trouvera une figure dans son ouvrage que je n'avais pas lu en 1883. Le tube de Mackenzie, cependant, n'est pas destiné à un usage permanent. » (Symonds, The treatment of malignant stricture of the Œsophagus by tubage or permanent catheterisme, *Brit. med. Journ.*, London, 1887.)
— Further improviments in the treatment of malignant stricture of the Œsophagus (*The Lancet*, 30 mars 1889).

3. Renvers et Waetzoldt, Zur Behandlung der Œsophagusstricturen mittelst Dauercanülen (*Deutsch. med. Woch.*, Leipzig, 1888).
Leyden, 7e Congrès de méd. int. de Wiesbaden, avril 1888, *in Semaine méd.*, 1888, p. 160.
Renvers, Die Behandlung der Œsophagusstricturen mittelst Dauercanülen (*Zeitschr. f. klin. Med.*, Berlin, 1888).

4. L'intubazione dell' esofago (*Giornale dello Instituto Nicolaï*, n° 2, 1893).

5. Malignant stricture of the œsophagus. Its treatment by Symonds method of permanent tubage. With cases (*Bost. med. and. surg. Journ.*, 1890, II, p. 385).
— Further observations on permanent tubage of the Œsophagus (*Ibid.*, 1891, I, 5).

6. *Académie de médecine*, séance du 3 juillet 1888. Rapport de L. Le Fort, séance du 26 novembre 1889.

le tubage a été complètement abandonné en France. A Lyon, où la sonde à demeure compte de chauds partisans, MM. Gangolphe (1), Pollosson (2), Bouveret (3), Garel (4), nous ont dit ne jamais y avoir eu recours.

Quant à l'instrumentation, elle est fort simple. Nous nous sommes servi jusqu'à ce jour du modèle original décrit et figuré par Symonds et qui nous a été construit par M. Lépine. Cet appareil nous a paru plus simple et plus pratique que celui de Mixter; aussi lui avons-nous donné la préférence. Du reste, comme le fait remarquer Mixter lui-même, chaque opérateur a plus ou moins modifié soit l'introducteur, soit les tubes, selon les résultats fournis par sa propre observation; mais comme, dans l'espèce, toute l'originalité est dans la méthode et non dans le procédé, rien n'est plus juste que de donner au tubage œsophagien le nom de méthode de Symonds.

L'appareil de Symonds se compose de 3 pièces : 1° un tube de calibre variable selon le degré du rétrécissement; 2° une sonde œsophagienne dont le bec a été retranché; 3° un mandrin en baleine.

Les tubes, construits spécialement pour nous par M. Lépine (car on n'en trouve pas en France dans le commerce), sont en gomme. Ils mesurent 7 à 8 centimètres et varient, comme calibre, entre les numéros 18 et 30 de la filière Charrière. Ils sont dilatés en pavillon à l'une de leurs extrémités, tandis que l'autre se termine en cul-de-sac. A 5 millimètres au-dessus de celui-ci se trouve un large œil latéral. Chaque tube est muni de deux longs fils de soie aussi solides que possible et destinés à en permettre plus tard l'extraction. La sonde œsophagienne à bout coupé doit refouler le tube. Pour cela, elle pénètre à frottement dur dans l'entonnoir. Elle est de calibre moyen et s'enfonce par conséquent plus ou moins profondément dans le pavillon du tube selon le numéro employé. Cette sonde ainsi articulée doit faire corps avec le tube et donner la sensation d'une seule pièce, c'est-à-dire celle d'une sonde œsophagienne ordinaire. Enfin le mandrin de baleine occupe l'axe de l'appareil. Il déborde la sonde qui lui sert de manchon à son pavillon et dirige le bec du tube; il permet, en outre, par une simple pression, de désarticuler les deux pièces et de laisser ainsi le tube en place.

L'introduction se pratique de la façon suivante (5) :

Après avoir déterminé, par le cathétérisme ordinaire, le siège et le calibre du rétrécissement qu'il s'agit de tuber, on choisit un tube correspondant et on marque sur un des fils dont il est muni, au moyen d'un nœud et à partir du pavillon, une distance égale à celle qui sépare le rétrécissement des arcades. Puis on monte l'appareil en ramenant les fils le long de la sonde. L'opération, à ce moment, est ramenée à un simple cathétérisme. Une fois le tube pris dans le rétrécissement, on désarticule la sonde-manchon en appuyant sur le mandrin tout en tirant sur elle; puis on retire la sonde d'abord, le mandrin ensuite en ramenant les fils au dehors de la bouche. Les rapports affectés par le nœud préalablement fait sur la soie et les arcades dentaires renseignent exactement sur la situation du tube.

Telle est, dans toute sa simplicité, la méthode de Symonds. Envisageons maintenant la soulagement qu'elle apporte au patient, ce dont nous avons pu nous rendre compte par nous-même.

II

Le malade porteur d'un tube œsophagien se nourrit de lui-même. Il ne peut évidemment pas avaler des aliments solides, mais il jouit du goût des liquides (lait, bouillon, viande), qu'il prend. Il n'a nullement la sensation d'un corps étranger dans le pharynx ou l'œsophage. Il n'éprouve aucune gêne, enfin il peut avaler sa salive. Or, ce sont là justement autant de points sur lesquels ont insisté les adversaires de la sonde à demeure. Avec celle-ci, en effet, la situation est tout autre. Pour se nourrir le malade est obligé d'adapter au pavillon de la sonde la canule d'un irrigateur; il ne peut, par conséquent, apprécier la saveur de ce qu'il avale. C'est donc plutôt un gavage qu'autre chose. De plus « le patient s'habitue difficilement à l'excitation que produit la présence constante d'un corps étranger dans le pharynx et dans le nez. Il en résulte une salivation et une sécrétion muqueuse fort abondantes et qui provoquent la toux et la regurgitation. Parfois le patient éprouve des douleurs dans les oreilles et dans la tête (1) ». Enfin la déglutition de cette abondante salive est impossible. Aussi le malade a-t-il constamment son crachoir à la main et, pendant son sommeil, il souille son oreiller. D'autre part, le rôle important de la salive (2) dans la digestion stomacale ne peut plus se remplir, puisque celle-ci n'entre pas en contact avec les aliments et ne pénètre pas dans l'estomac. Tel est comparativement la situation d'un malade porteur d'une sonde à demeure et celle d'un malade porteur d'un tube de Symonds. On conviendra facilement que, pour l'instant, le tube court l'emporte sur la longue sonde. Mais si la question de l'état actuel nous paraît jugée, il est certaines critiques concernant l'introduction et l'extraction qui méritent d'être prises en sérieuse considération.

L'introduction, a-t-on dit, est difficile (3) et, de plus, est-on toujours sûr d'avoir placé son tube au niveau du rétrécissement? (4) En ayant soin, comme nous l'avons indiqué, d'articuler le tube avec la sonde-manchon, de façon à en faire une seule pièce, l'introduction devient un cathétérisme. Plus le cathétérisme est difficile, plus le tubage le sera. Si le cathétérisme est impossible, il faut évidemment renoncer au tubage et pratiquer la gastrostomie. Quant à la situation du tube, le nœud que nous

1. *Lyon méd.*, 6 et 13 juillet 1890, et Th. de Pouy, Lyon, 1890 : « De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. »
2. Observation *in* Th. de Pouy.
3. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1893, p. 592, et Paviot, *Prov. méd.*, 30 novembre 1895.
4. Observation in Th. de Pouy.
Voir aussi :
Berill, The notes of a case of malignant stricture of the œsophagus, treated by intubation (*The Lancet*, 9 juin 1894.)
Rodman, Remarks upon the treament of cancerous stricture of the œsophagus by means of intubation, with illustrative cases (*Brit. med. Journ.*, 25 mai 1889).
Nous n'avons pu nous procurer ;
Cheatam W., Intubation of the larynx and œsophagus (*Am. Pract. and News*, Louisville, 1893, p. 175).
Cohen, Intubation of the œsophagus for carcinoma and for stricture, with exhibition of instruments (*Journ. respir. Org.*, New-York, 1890).
Chappel, Treat. of œsophageal stricture by permanent tubage (*Med. Rec.*, New-York, 1892, p. 205).
5. Leyden et Renvers conseillent de faire précéder l'introduction du tube d'une diète buccale de deux jours et de lavages antiseptiques (?) de la dilatation œsophagienne qui précède le rétrécissement. Ceci est très bien lorsqu'on traite le mal à son début; mais, à l'hôpital, on se résoudra difficilement à prolonger de deux jours le jeûne des malades qui, presque toujours, se présentent tard. Cependant si l'on peut débarrasser la dilatation œsophagienne des matières sanieuses qui l'emplissent, le tubage ne peut manquer d'être plus heureux.

1. Bouveret, *loc. cit.*, p. 594.
2. Terrier et Delagenière, *Rev. de chir.*, 1890, p. 199.
3. Kirmisson, *loc. cit.*
4. Tillier, De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage (Th. Lyon, 1891, p. 619).

conseillons de faire sur les fils à une distance déterminée du pavillon renseigne exactement sur la place occupée. Il suffit d'exercer une légère traction sur les fils pour s'assurer qu'ils sont tendus et l'on saura immédiatement si la canule est au niveau du rétrécissement ou si elle ne l'est pas.

Bien plus sérieuses sont les critiques concernant l'extraction. C'est là qu'est évidemment le point faible de la méthode. Quoique les fils employés soient en soie tressée, ils peuvent se rompre et alors il est de toute impossibilité de retirer le tube, à moins que le malade ne le rende lui-même dans un effort de vomissement (1). Cet accident est signalé par tous les auteurs, aussi est-il nécessaire de se prémunir autant que possible contre cette éventualité. Il faut vérifier à plusieurs reprises la solidité du fil, surtout au niveau de ses attaches au tube; d'autre part on s'assurera une fois le tube en place, et cela tous les jours, que les fils ne sont pas entamés par les dents. Comme il s'agit, en général, de vieillards, il est facile de trouver un espace privé de dents; c'est à ce niveau qu'on fera passer les fils. Nous avons, quant à nous, préféré faire ressortir ceux-ci par la narine gauche, tant pour éviter l'usure possible par les dents, que pour obvier au petit inconvénient suivant. Le fil, infléchi au niveau de la commissure labiale, est en général attaché à l'oreille. Or nous avons vu, à deux reprises et au bout de peu de temps, le frottement du fil amener une ulcération de la commissure ainsi qu'une lésion analogue des piliers du voile du côté correspondant. Aussi avons-nous ramené, avec la sonde de Belloc, les fils par la narine gauche pour les fixer à nouveau à l'oreille. De plus, si petit soit-il, le fil, lorsqu'il sort par la bouche, force le malade à entr'ouvrir les lèvres et la salive s'écoule par gouttelettes le long de celui-ci, ce qui est incommode. En faisant passer le fil au niveau des dents, dans un fragment de drain en caoutchouc, on évite l'usure, mais on augmente encore l'écoulement salivaire. Lorsqu'on veut extraire le tube on tire sur les fils sortis par la bouche, de la main droite, après avoir introduit, aussi loin que possible, l'index gauche dans le pharynx. Les fils en se réfléchissant sur l'index, permettent de transformer une traction antéro-postérieure une traction verticale. Le plus souvent le tube remonte facilement, mais c'est à ce moment qu'ont été signalés les accidents de rupture des fils.

Les fils rompus, l'accident n'a pas la gravité qu'on veut bien lui attribuer. Le cas s'est présenté deux fois dans la pratique de Symonds et les tubes furent refoulés dans l'estomac *sans provoquer d'accidents*. « L'un fut rendu par l'anus au bout de 66 jours, l'autre fut trouvé dans le duodénum à l'autopsie pratiquée 65 jours après (2). » Dans un autre cas de Leyden, la canule est restée en place dans la sténose pendant 10 mois sans aucun inconvénient (3). Cependant, comme le conseille Nicolaï, il convient d'avertir le malade de cette éventualité possible, en le rassurant sur ses suites et nous avons tenu à nous conformer à ce précepte. On ne saurait trop recommander quand même de s'assurer de la solidité du fil.

M. Kirmisson fait encore à la méthode le reproche suivant : « La partie supérieure du tube est dans une partie de l'œsophage encore dilatable; les aliments et les boissons qui ont traversé le pharynx ne s'engagent pas tous dans la lumière de la sonde, des parcelles s'insinuent entre elle et la paroi œsophagienne, descendent jusqu'au bord inférieur du rétrécissement y séjournent, s'altèrent et amènent l'inflammation. »

1. Rodman, *Brit. med. Journ.*, 25 mai 1889.
2. Th. de Pouy, p. 48 et 56.
3. Congrès de Wiesbaden, 1888.

Cette objection, évidemment, est à considérer, mais n'en est-il pas à peu près de même avec la longue sonde que défend M. Kirmisson? Avec celle-ci, le produit si abondant de la sécrétion salivaire et muqueuse descend en partie le long de la sonde et vient s'accumuler au niveau du rétrécissement, où il constitue un milieu pour le moins aussi favorable aux fermentations que le peu de lait ou de bouillon qui, chez un malade « tubé », a pu glisser entre la canule et la paroi œsophagienne. D'autre part, au niveau de la portion dilatée de l'œsophage, le tube est évasé en entonnoir, de sorte que les liquides alimentaires auront peu de tendances à glisser dans l'interstice.

Le tube en place, quand faut-il le retirer? Voici comment s'exprime Nicolaï (1) à ce sujet : « Si l'on a employé un tube en gomme il faut le changer au bout de 2 mois; si on a eu recours à un tube en caoutchouc durci, on peut le laisser beaucoup plus longtemps et ne le sortir que s'il vient à s'oblitérer par suite d'une imprudence du malade ou pour toute autre raison. » On a vu, plus haut, un cas de Leyden où le tube a été conservé en place pendant 10 mois.

La nature du tube, son oblitération et l'état des fils, tels sont les trois points que l'on doit prendre pour guides, dans la pratique du tubage œsophagien.

III

Nous avons déjà dit, en débutant, que nous ne comptions nullement aborder ici l'étude comparative de la sonde à demeure et de la gastrostomie. Nous avons simplement essayé de démontrer les avantages immédiats que présente le « tube court » sur la « longue sonde », et les partisans de la sonde pourront avoir recours le plus souvent, et avec avantage, à la méthode de Symonds. Ceci dit, on ne s'étonnera pas de nous voir laisser de côté les complications pulmonaires et autres attribuées, à tort ou à raison, à la sonde à demeure.

Quant à la durée de survie, la lecture des observations contenues dans les mémoires cités plus haut appuie solidement les arguments que nous avons essayé de faire valoir en faveur du tubage (2).

Comme pour la sonde à demeure, on a dit que le tube constamment en présence du néoplasme devait l'irriter et hâter son développement. Telle n'est pas l'opinion de Leyden et de Renvers pour lesquels la canule agit plutôt en sens inverse, c'est-à-dire en protégeant la tumeur contre les irritations dues au passage sans cesse répété des aliments, même liquides, et de la salive (3).

Enfin si, à l'autopsie des malades traités par la sonde à demeure (Bouveret) ou par le tubage (Mixter), on trouve des lésions plus étendues que celles que l'on a coutume de rencontrer chez ceux qui sont morts d'inanition, cela tient au fait que le néoplasme a eu plus de temps pour se développer, vu la survie du malade.

Comme tout traitement rationnel, le tubage ne doit pas être appliqué systématiquement à tout rétrécissement.

D'une façon générale il faut s'abstenir de « tuber » les formes molles saignant facilement, de crainte de pro-

1. *Loc. cit.*
2. Voir surtout, à ce sujet, la th. de Pouy, inspirée par M. Gangolphe, où on trouve, recueillies, nombre d'observations de tubage œsophagien.
3. Voir aussi, au sujet de l'action de la sonde sur le néoplasme : Schreiber, Zur Behandlung der Œsophagusstenosen (*Deutsche med. Woch.*, 7, 1894).

voquer de sérieuses hémorrhagies et des perforations. D'autres fois, la douleur au niveau de la lésion est si violente qu'elle fait abandonner toute tentative de canule à demeure. De même dans les rétrécissements de l'extrémité supérieure de l'œsophage, le tubage n'est pas possible et il faut recourir à la longue sonde (1) à cause des mouvements de déglutition.

Enfin, lorsque la lésion est avancée, lorsqu'elle s'étend sur une longue étendue avec décollement de la muqueuse, et surtout lorsque apparaissent les fistules bronchiques, il faut renoncer au tubage et placer la sonde à demeure. C'est ce qui arrive souvent dans les derniers jours du malade et c'est alors que l'on doit substituer au tube court une longue sonde afin d'empêcher les liquides alimentaires de pénétrer dans les poumons.

Il faut donc, comme nous le disait M. le professeur Ollier, se garder d'appliquer systématiquement le même traitement à tous les cancers œsophagiens et savoir déduire de la forme les indications concernant la sonde à demeure, le tubage ou la gastrostomie.

En résumé, les cas qui paraissent les plus favorables au tubage sont les rétrécissements squirrheux occupant la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage (2). Malheureusement, en pratique, il n'en est pas toujours ainsi.

Un mot encore avant de terminer. Nous avons, jusqu'à ce jour, pratiqué trois fois le tubage de l'œsophage pour rétrécissement cancéreux, deux fois dans le service du professeur Ollier, une fois dans celui du Dr Jaboulay, et nous n'avons eu qu'à nous louer de cette méthode. Deux de nos malades vaquent actuellement à leurs occupations et viennent se faire voir tous les 5 ou 6 jours. Le troisième est encore en traitement à l'hôpital de la Croix-Rousse. Nous reviendrons, du reste, ailleurs et en détail, sur ces intéressantes observations. Mais si nous n'avons pas cru devoir attendre une époque plus éloignée pour publier ces quelques notes, c'est que nous avons voulu, dès maintenant, insister sur les nombreux avantages que présente la méthode de Symonds, afin d'en multiplier, si possible, les applications. Forgue et Reclus (3) disent qu'il faut attendre avant de proclamer la supériorité des canules courtes sur les sondes longues. C'est donc aux faits de parler. Un point cependant nous paraît acquis, c'est que le tube se tolère beaucoup plus facilement que la sonde à demeure. Dans le milieu hospitalier, où la gastrotomie précoce est souvent refusée et où la longue sonde est même quelquefois difficile à faire supporter (4), le tube de Symonds paraît bien être le traitement palliatif le plus commode à employer dans les formes de cancer œsophagien présentant les caractères que nous avons indiqués. Dans la pratique civile, le tube sera également accepté, d'autant plus volontiers que le malade qui en est porteur vaque à ses occupations, peut prendre place à table où on ne lui servira que des aliments liquides et qu'en somme il ne se fait remarquer que par deux fils attachés à l'oreille (5).

1. Nicolai, *loc. cit.*
2. Nous avons présenté à la *Société nationale de médecine* de Lyon, dans sa séance du 23 mars 1896, un malade du service du professeur Ollier, paraissant réaliser ces *desiderata* et auquel nous avions placé un tube le 12 mars. Au point de vue de l'état actuel les résultats sont des plus satisfaisants.
3. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
4. Bouveret, *loc. cit.*
5. *Province médicale*, 1896, p. 145.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Pathogénie des lésions rénales dans le saturnisme,

Par M. Paviot.

Les données classiques actuellement en France, en matière de néphrite saturnine, ont été déduites des expériences de Charcot et Gombault (1) et vulgarisées par le *Traité des maladies du rein*, de MM. Cornil et Brault. Les premiers de ces auteurs constataient dans la néphrite expérimentale saturnine produite chez le cobaye une distribution très spéciale de la sclérose; ils décrivaient à ce point de vue, dans le lobule rénal, trois zones scléreuses : une tache centrale correspondant au prolongement de Ferrein, une zone périphérique rejoignant irrégulièrement la ligne des glomérules, enfin des tractus étendus en rayons de roue de la tache centrale à la zone périphérique constituaient la troisième zone. Les glomérules restaient intacts et n'étaient qu'accessoirement et accidentellement lésés.

Pour eux le rein était atteint primitivement dans son élément glandulaire et l'altération prise dans son ensemble et suivie à travers ses différentes périodes représentait un type de ce qu'ils ont désigné sous le nom de *cirrhose épithéliale* ou de *cirrhose glandulaire*.

A côté de la cirrhose rénale, à point de départ vasculaire depuis longtemps classique, était placée une néphrite portant exclusivement et dès le début sur l'élément épithélial dont les altérations retentissent sur le tissu conjonctif ambiant. Et Cornil et Brault séparaient des néphrites diffuses, portant sur tous les éléments du rein primitivement, deux néphrites systématiques : l'une *épithéliale*, ayant pour type le rein saturnin, et l'autre *vasculaire*.

Or, ces auteurs dans leur traité relatent une *seule* observation chez l'homme de « lésion presque identique » à celle de la néphrite saturnine expérimentale; mais à la lecture attentive on voit aisément qu'ils sont moins catégoriques que leur classification ne semble l'indiquer. En effet, ils font remarquer que Charcot et Gombault, à l'examen histologique, ont trouvé, même dans les cas les moins avancés, de petits blocs calcaires dans les branches grêles de Henle.

Ils font remarquer que la production initiale de *blocs calcaires s'arrêtant et s'incrustant dans les anses de Henle* pouvait régir tout l'enchaînement des phénomènes pathologiques; ils rappellent de plus que cette production rapide de blocs calcaires est un accident très fréquemment observé dans les expériences que l'on pratique sur le cochon d'Inde et la présence de ces blocs n'est pas sans influer sur la partie des tubes urinifères situés en amont.

Or, le point principal à établir pour prouver que cette néphrite est primitivement épithéliale et que la cirrhose n'est que secondaire, c'est que les lésions observées chez les animaux mourant de bonne heure sont uniquement et primitivement épithéliales. Mais Charcot et Gombault disent que le premier indice de l'action du plomb sur l'épithélium rénal est la formation de ces blocs; ils les trouvaient, en effet, chez les animaux morts dans les quinze, seize ou vingt premiers jours de l'intoxication; or ne peut-on objecter que les lésions observées sont des lésions de dilatation en amont? Les auteurs eux-mêmes

1 Charcot et Gombault, *Archives de physiologie*, 1881.

disent que dans ces cas récents les cellules restées adhérentes à la paroi sont aplaties ; quelques tubes renferment des débris épithéliaux, de la desquamation épithéliale; sur d'autres tubes les modifications du revêtement épithélial sont moins profondes : elles consistent essentiellement dans un aplatissement des éléments qui le composent et un élargissement proportionnel de la cavité du tube. Enfin, que ce soit pour les branches grêles des anses de Henle, que ce soit pour les grosses branches, les mots dont se servent ces auteurs, pour caractériser la lésion de début, sont *élargissement de la cavité des tubes* et *aplatissement de leur épithélium*, et ce n'est que dans les cas plus avancés qu'ils voient des signes non douteux d'irritation du côté de l'épithélium, alors la cavité du tube s'encombre de ces cellules épithéliales desquamées, et *déjà à ce moment* la paroi du tube s'accuse, prend un double contour.

La première idée qui vient à la lecture des observations de Charcot et Gombault n'est-elle pas d'attribuer aux oblitérations partielles que produisent les infarctus calcaires les lésions initiales observées?

Ce sont ces considérations qui ont déterminé M. Paviot (1) à reprendre l'étude de la néphrite saturnine et à faire de nouvelles expériences d'intoxication en choisissant un animal autre que le cobaye, afin d'éviter la production des infarctus calcaires. Ces recherches sont exposées dans sa thèse inaugurale que nous résumons ici.

Néphrite saturnine chez l'homme. — Il est à remarquer que Charcot n'appuie sa conception des néphrites épithéliales que sur des comparaisons faites avec les lésions obtenues par la ligature des uretères. Or, sans parler des résultats différents que donnent la ligature septique et la ligature aseptique, on peut bien se demander si les conditions réalisées sont comparables à une lésion épithéliale primitive sans rétention; et puis il est très probable que les lésions observées par Charcot et Gombault chez le cobaye par l'intoxication saturnine dès le premier mois ne sont dues qu'à des oblitérations de tubes par les infarctus calcaires.

D'ailleurs ce ne sont que des *analagies* que Charcot (2) invoque entre les néphrites interstitielles primitives et le rein de ligature, la cirrhose hépatique de ligature, la carnisation pulmonaire d'origine bronchopneumonique. Enfin le dernier argument qu'il invoque est constitué encore par les « analogies singulières qui existent entre le saturnisme et la goutte relativement à la diminution de la *sécrétion de l'acide urique,* le taux de l'urée n'étant pas modifié. Cette diminution rappelle, dit-il, le phénomène observé chez les saturnins (par Garrod) et porte à croire que, dans un cas comme dans l'autre, *l'épithélium est depuis longtemps affecté au moment où se développe la lésion organique.* » Mais on sait qu'ultérieurement la loi de Garrod a été infirmée pour l'urologie de la goutte, car MM. Lécorché et Bouchard ont vu que l'acide urique était éliminé en quantité égale ou supérieure à la normale dans les urines et que l'excès d'acide urique peut se rencontrer au moment des localisations articulaires de la goutte.

Pour ce qui est des lésions observées chez l'homme dans les néphrites saturnines comme dans le rein sénile, par exemple, quelques tubes subsistent toujours, dilatés ou non, avec lésions épithéliales plus ou moins profondes; ce sont eux qui forment les granulations saillantes à la surface et sur les coupes, entourées d'une sclérose qui est manifestement la lésion prédominante. Il s'y joint des altérations vasculaires qui sont sous la dépendance d'une seule et même cause agissant sur l'endartère comme sur le tissu interstitiel du rein.

M. Paviot a rassemblé dans sa thèse quatre observations de néphrite chez des saturnins avec ou sans autre intoxication connue.

Or on peut voir par la lecture de l'examen histologique qui est relaté dans tous ses détails que l'on a affaire à une néphrite diffuse interstitielle accompagnée d'endo-périartérite, avec des nuances dans l'intensité et la distribution.

Dans le premier cas, on trouve à l'état d'ébauche la distribution indiquée par Charcot et Gombault; mais le malade était syphilitique et alcoolique en même temps que saturnin.

Dans l'observation II la sclérose a un caractère de diffusion très marqué et on ne trouve rien qui rappelle même de loin la distribution en trois zones.

Dans la troisième si, en dehors du saturnisme, toute autre cause d'intoxication lente peut être écartée, du moins le début semble avoir été celui d'une néphrite aiguë, dite *a frigore :* histologiquement c'est une néphrite interstitielle.

Enfin le quatrième cas est à peu près le seul où il ne semble pas exister d'autres causes de néphrite que le saturnisme. La sclérose est ici tout à fait au début; mais comme dans les autres observations, on retrouve la même irrégularité de distribution, la cause n'agissant ni suivant le système épithélial, ni suivant le système vasculaire, mais lésant le tissu interstitiel en des points multiples et variables dans les espaces labyrinthiques, conservant cependant avec une constance assez régulière la prédominance au voisinage du hile et souvent des pyramides de Ferrein.

Avec raison M. Paviot insiste sur la difficulté que l'on a à trouver des observations de néphrites chez les saturnins indemnes de syphilis, d'alcoolisme ou de toute autre grande infection antérieure. Ainsi, en parcourant les 15 observations d'albuminurie chez des saturnins qu'Ollivier relate dans son *Traité de pathologie et clinique médicale,* on trouva que 10 fois il n'est pas spécifié si le malade était ou n'était pas alcoolique, 2 fois il y avait alcoolisme avéré, 3 fois on en note l'absence; parmi les 15 saturnins, 1 avait eu des accidents goutteux. La syphilis n'est pas non plus toujours indiquée négativement ou positivement.

C'est pourquoi il est indispensable de faire appel à l'expérimentation.

Néphrite saturnine expérimentale. — Tout le monde admet l'action de l'intoxication saturnine sur le rein, depuis les expériences d'Ollivier (1). Rosenstein (2) cependant, ayant choisi un animal trop sensible, le chien, avait contesté le fait, mais, au dire de Fürbringer (3), Rosenstein est revenu sur son opinion première et admet une connexion entre les coliques de plomb et les néphrites, toutefois il se refuse à croire qu'elles puissent, à elles seules, produire le mal de Bright.

Il est incontestable que le plomb ingéré à haute dose, comme Ollivier le faisait absorber à des lapins, des chiens, des cobayes, produit une altération épithéliale et unique-

1. J. Paviot, Le rein des saturnins (étude anatomo-pathologique et expérimentale). Thèse de Lyon, 1895.
2. Charcot, Rev. gén. Maladie de Bright et néphrites interstitielles (Leçons résumées par Brissaud, *in Rev. de méd.*, 1881).

1. Ollivier, sa thèse, son *Traité de clinique médicale.*
2. Rosenstein, *Maladies des reins* (traduc. franç.), 1874.
3. Fürbringer, *Maladies des organes génito-urinaires.*

ment épithéliale. Tous ces animaux étaient intoxiqués par l'application journalière sur le museau d'un cornet contenant 1 gramme de céruse et sacrifiés au bout de douze à vingt-cinq jours; les examens pratiqués par M. Cornil révélèrent constamment une altération des tubes contournés consistant en : disparition de la lumière, des cellules et des noyaux la remplissent, tous les éléments épithéliaux sont granulo-graisseux, et en dehors de la congestion il ne fut trouvé aucune autre altération.

Le plomb, dans ces conditions, localise son action sur l'épithélium rénal, comme beaucoup d'autres toxiques donnés à dose massive ou produisant un effet rapide, comme la cantharide, le phosphore, l'arsenic, l'acide chromique et les chromates.

Depuis les expériences de Browicz (1), de Cornil (2) et d'Ida Eliaschoff (3), on sait que l'action de la cantharide produit pendant la première heure une glomérulite aiguë desquamative, puis après une heure et demie ou deux heures une dégénérescence hyaline des cellules, puis leur nécrose de coagulation (Dunin) (4). Le phosphore, le stéatosant par excellence, fait en quelques jours une dégénérescence des épithéliums. L'arsenic, l'antimoine, l'iodoforme déterminent les mêmes lésions de stéatose; l'acide chromique et les chromates, d'après les opinions de Gergens (5), de Kabierske (6) feraient de la nécrose de coagulation, l'épithélium des tubes est transformé en une masse réfringente, vitreuse, homogène. Il n'est pas jusqu'aux néphrites parasitaires expérimentales, comme celles que M. Charrin a obtenues avec le bacille pyocyanique, qui ne se localisent à l'épithélium dans leur action primordiale.

Donc le plomb semble bien à doses massives localiser son action sur les portions filtrantes et fonctionnelles du rein. Mais en est-il de même pour les doses minimes? L'intoxication lente plombique, cantharidienne ou autre est-elle la même?

Or M. Cornil a montré que la cantharide, à petites doses, chez le chien, au bout d'un mois, outre les lésions de néphrite parenchymateuse aiguë et subaiguë, commence à produire des altérations consistant en une infiltration de cellules rondes le long des artérioles, indiquant, dit-il, un commencement de néphrite interstitielle. M. Aufrecht (7), procédant encore plus lentement, a obtenu toutes les formes de néphrites, parenchymateuse, interstitielle diffuse et la rétraction du rein. M. Germont (8), dans sa remarquable étude expérimentale des néphrites, a observé chez un cobaye mort en quatre jours par une injection de 2 milligrammes de cantharide à la fois des lésions épithéliales et des lésions conjonctives.

Les expériences faites sur des lapins avec le plomb par M. Paviot ont fourni des résultats analogues : tous les tissus constituant le rein étaient lésés et lésés simultanément; jamais il n'y avait des lésions épithéliales qui ne fussent parallèles aux lésions conjonctives. Ces résultats diffèrent considérablement de ceux de MM. Charcot et Gombault. Ces derniers, tout de suite, avant toute sclérose, voyaient la dilatation des tubes, l'aplatissement de leur épithélium, chez les cobayes mourant de bonne heure; mais tout de suite aussi ils trouvaient dans les branches grêles de Henle et les tubes droits les infarctus calcaires. Tous les tubes ne les offraient pas, mais tous les tubes contournés n'étaient pas altérés, aussi comprend-on que la néphrite qu'ils produisaient ait été « parcellaire ».

Or, chez le lapin, il ne se produit pas de ces infarctus calcaires tubulaires, et c'est ce qui explique que les résultats soient complètement différents.

Après un mois d'intoxication par le plomb, chez le lapin les lésions rénales se sont bornées à une accentuation des lignes interstitielles séparant les tubes au centre des lobules avec péri-artérite assez marquée sans endartérite.

Après cinq mois d'intoxication, la sclérose est toujours prédominante au niveau de la pyramide, de la substance intermédiaire (tubes droits, branches larges et grêles de Henle, chez le lapin comme chez le cobaye) et elle pénètre la substance corticale en se cantonnant à peu près exactement aux radiations de Ferrein.

Après six mois d'intoxication, elle prédomine dans les mêmes parties du rein et du lobule rénal, mais irradie d'une façon absolument irrégulière, sans distribution systématique, en anneau ou en rayons.

Des lésions marquées du tissu périartériel n'ont été rencontrées que deux fois; le bouquet glomérulaire a toujours été trouvé intact. La capsule de Bowmann ne s'épaissit que lorsque la sclérose atteint les glomérules, serait-ce même en un seul point.

En aucun cas les épithéliums rénaux n'ont été vus primitivement et uniquement malades. La sclérose a été souvent rencontrée en dehors de toute altération tubulaire et celle-ci n'est au contraire jamais isolée.

On peut donc produire expérimentalement une néphrite saturnine chez l'animal; le plomb à petites doses ne porte son action que sur le tissu interstitiel et les épithéliums ne semblent pas malades en dehors des îlots scléreux.

En faut-il conclure que chez l'homme le saturnisme seul produit la néphrite chronique que l'on peut observer chez les saturnins? M. Paviot ne le pense pas; en effet, il n'y a pas de néphrite chez l'homme saturnin indemne de toute autre cause d'intoxication; dans l'appréciation de la valeur étiologique du plomb dans la production des néphrites chroniques, on est arrêté par la difficulté clinique insurmontable de pouvoir rigoureusement écarter toute autre cause. Il y a plus; il est douteux qu'on puisse jamais prouver que le plomb est capable chez l'homme, à lui seul, en dehors des causes connues et inconnues de néphrites, d'en produire une. Une dose de 50 centigrammes ou 25 centigrammes de carbonate de plomb, donnée à un animal qui pèse de 1 500 à 2 000 grammes, fait des altérations rénales; mais l'homme a une tout autre résistance à une intoxication qui se produit certainement à bien plus faibles doses. La rareté de la néphrite chez les saturnins, opposée à sa constance chez le lapin aux doses expérimentales, semble montrer que d'autres facteurs étiologiques sont sans doute nécessaires pour la déterminer chez l'homme.

1. Browicz, *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1879.
2. Cornil, Recherches sur l'action toxique de la cantharidine (*Journal de l'anatom. et de la physiol.*, 1880).
3. Ida Eliaschoff, *Virchow's Archiv*, 1883.
4. Th. Dunin, *Virchow's Archiv*, 1883.
5. Gergens, *Arch. f. exp. Pathol.*, Bd. VI, p. 148.
6. Kabierske, Die Chromniere (Inaug. Dissert., Breslau, 1888).
7. Aufrecht, Die Schrundniere nach Cantharidin Inject. (*Centralbl.*, 1882).
8. Germont, Th. de Paris, 1883.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en avril et mai 1896.

M. Dreyfus (Jules). — *Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort.* N° 150.

M. Mouillé (J.). — *Essai sur la pathogénie de la maladie bleue.* N° 154.

M. Papas (Jean). — *Des effets de la digitale dans les cas d'insuffisance tricuspidienne.* N° 163.

Mlle Lape (Esther). — *Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée.* N° 164.

M. Logereau (Louis). — *Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites.* N° 175.

M. Pupin (Ch.). — *Le neurone et les hypothèses histologiques sur son mode de fonctionnement. Théorie histologique du sommeil.* N° 222.

M. Frénoy (Georges). — *Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac.* N° 143.

M. Massary (Ernest de). — *Le tabes dorsalis (dégénérescence du protoneurone centripète).* N° 251.

Le traumatisme indirect, comme coup sur la poitrine ou chute, et l'effort violent, peuvent produire des ruptures valvulaires étudiées par M. J. Dreyfus, portant sur la mitrale, la tricuspide, les sigmoïdes aortiques ou pulmonaires. Les plus fréquentes sont les ruptures des sigmoïdes aortiques, puis viennent celles des valvules mitrales; les ruptures de la valvule tricuspide et des sigmoïdes pulmonaires sont très rares. Le traumatisme et l'effort violent ont une influence égale dans la production des lésions valvulaires. Dans les lésions de l'appareil auriculo-ventriculaire, ce n'est jamais la valvule elle-même qui est déchirée, mais les cordages ou piliers. Les valvules sigmoïdes sont plus facilement rompues que les auriculo-ventriculaires; en effet, il faut, d'après M. Potain, une atmosphère et demie pour rompre la mitrale; 20 à 25 centimètres de mercure suffisent pour rompre les valvules aortiques. Il existe beaucoup de causes prédisposantes, mais certaines observations tendent à démontrer que le traumatisme et l'effort peuvent seuls produire la lésion. Tout porte à croire que la rupture des valvules sigmoïdes ou auriculo-ventriculaires a lieu en diasiole. La rupture se fait par augmentation de la tension sanguine. Le tableau symptomatique est caractérisé par la brusquerie extrême des accidents et surtout par l'apparition des signes d'une insuffisance aiguë subite; le diagnostic doit être fait avec la rupture de l'aorte, la rupture du cœur, l'angine de poitrine et les pseudo-angines. Le pronostic des ruptures valvulaires est très sévère et proportionnel à l'étendue de la déchirure ainsi qu'à l'état du myocarde; les autres complications pouvant encore assombrir le pronostic sont les infections secondaires, endocardite infectieuse, déchirure de la cloison, anévrysme et embolies. L'auteur termine par une considération médico-légale, en disant qu'un traumatisme de la poitrine, quelquefois sans lésions apparentes externes, pouvant causer la mort, l'examen à l'autopsie des cavités cardiaques pourra seul faire découvrir la cause d'une mort inattendue.

La cyanose, d'après M. Mouillé, n'est pas un ensemble de symptômes correspondant à des affections cardiaques diverses : c'est une maladie congénitale constituée par un trouble de nutrition originel. Dans sa marche, deux choses principales sont à considérer : l'affection congénitale et une endocardite survenant pendant le cours de la vie intra-utérine. Les lésions cardiaques dépendent non d'arrêts de développement, mais de l'endocardite car les faits ont prouvé l'existence de celle-ci. Les symptômes s'expliquent par les troubles circulaires que cause l'obstacle à la circulation pulmonaire. Cet obstacle varie, c'est tantôt le rétrécissement de l'artère pulmonaire, tantôt l'hypoplasie de ce vaisseau. L'hypoplasie artérielle a, dans la production de la cyanose, une importance qui ne lui avait pas été donnée jusqu'ici. Les communications entre les deux cœurs n'ont au contraire aucun rôle dans sa production, leur rôle unique est de rétablir la circulation générale. L'hyperglobulie est un effet et non une cause de la cyanose. Elle peut manquer, mais souvent elle apparaît en même temps que s'aggravent les autres symptômes. Lorsqu'elle augmente régulièrement elle serait d'un pronostic fatal. L'état de la rétine dans la maladie bleue mérite d'être étudié, on y trouve les vaisseaux avec tous les caractères que leur donne la cyanose : l'hypoplasie et la congestion capillaire. La cyanose considérée comme entité morbide doit être placée à côté de la chlorose. Ces deux affections, à part la gravité des symptômes et l'intensité des lésions, ont trop de caractères communs pour être séparées et nous pouvons déjà énoncer cette hypothèse que : *la cyanose et la chlorose ne sont qu'une même maladie. La cyanose*, c'est *la chlorose compliquée*, depuis la vie intra-utérine, d'une endocardite fœtale ou d'une atélectasie trop considérable de l'artère pulmonaire.

Dans l'insuffisance tricuspidienne organique, M. Papas considère que l'emploi de la digitale est indiqué dès que la lésion n'est plus compensée. La digitale remédie alors à la dilatation fonctionnelle surajoutée du ventricule droit, mais reste sans action sur la lésion valvulaire même. Ce médicament convient surtout à l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, sans lésion de la valvule auriculo-ventriculaire droite. Il fait alors disparaître rapidement cette insuffisance. La disparition rapide de l'insuffisance tricuspidienne augmente la pression dans l'artère pulmonaire et dans les capillaires du poumon. Cette augmentation de pression peut être assez prononcée pour rompre les capillaires pulmonaires. Dans tous les cas où la circulation pulmonaire est très compromise, on ne doit administrer la digitale qu'à doses modérées pour ne pas obtenir une cessation trop brusque de l'insuffisance valvulaire.

Mlle Lape pense que le traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse doit toujours être institué, même dans les cas d'angine peu prononcée, bénigne. La résorcine, en collutoire glycériné à 1/20, semble le meilleur antiseptique à adopter contre l'angine scarlatineuse bénigne ou grave. Elle est facilement applicable, nullement caustique dans les collutoires employés, réalise une antisepsie générale assez énergique et d'après l'auteur attaque directement la virulence du streptocoque. Ce traitement modifie l'état de l'angine, en abrège souvent la durée et diminue la fréquence des infections secondaires dans le cours de la scarlatine.

L'abcès du cervelet, envisagé comme complication de l'otite, suit presque toujours l'otite moyenne suppurée chronique. La carie du rocher sert souvent d'intermédiaire entre l'otite et la lésion cérébelleuse. M. Logereau pense que la question de terrain joue un grand rôle comme cause prédisposante. Une des causes occasionnelles les plus puissantes est l'absence de traitement de l'otorrhée. La théorie microbienne est la plus propre à expliquer la pathogénie des abcès du cervelet. L'infection peut se faire par différentes voies. Il n'y a pas de symptomatologie nette. Les symptômes sont plus ou moins nombreux ; il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique et permette d'affirmer le diagnostic. Les indications opératoires sont aujourd'hui suffisamment établies pour autoriser la trépanation qui est le seul traitement.

M. Ch. Pupin étude d'abord la physiologie du neurone. Les neurones présentent les uns avec les autres des rapports non de continuité, mais de contiguïté. Ces rapports de contiguïté sont plus ou moins intimes et leur variation s'explique par les mouvements des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, Ces mouvements peuvent être comparés aux mouvemants dits amœboïdes. Ils ont d'ailleurs été vus par Ranvier au niveau des prolongements périphériques des cellules olfactives. Ainsi, tandis que le corps cellulaire du neurone préside surtout à la trophicité et secondairement aux fonctions proprement dites du neurone, les articulations mobiles des neurones entre eux constituent les centres nerveux fonctionnels.

L'état de repos, l'immobilisation des ramifications du neu-

rone constitue le sommeil. Il y a autant de sommeils partiels qu'il y a d'espèces de neurones. Mais le sommeil d'ensemble consiste probablement dans l'immobilité ou la rétraction au niveau des zones d'articulation entre les neurones sensitifs périphériques et les neurones sensitifs centraux. On peut comparer le sommeil des neurones à l'asphyxie des leucocytes, asphyxie qui cesse dès que se produit l'arrivée de l'oxygène et le départ de l'acide carbonique.

M. G. Frénoy pense que la sclérose sous-muqueuse hypertrophique n'est pas la seule affection pouvant simuler le cancer de l'estomac; il existe des faux cancers de cet organe. Cette appellation, il faut le reconnaître, ne répond à rien de vraiment scientifique, puisqu'elle englobe tout un groupe encore incomplètement limité d'affections hétérogènes pouvant revêtir l'aspect du cancer (gastrite chronique, ulcère simple, adénome, etc.). Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites en ce sens, de façon à assigner à chacun des faits signalés des caractères permettant de les différencier du cancer vrai. Quoiqu'il en soit, l'existence de ces faits étant désormais acquise, et devant la difficulté parfois insurmontable d'arriver à un diagnostic précis, on devra se conduire en pareil cas, comme s'il s'agissait toujours de faux cancers. On mettra donc en œuvre toutes les médications rationnelles connues aujourd'hui, sans négliger les différents régimes alimentaires. Le chlorate de soude rendra parfois de réels services. Le traitement médical ne répondant pas à ce qu'on pouvait espérer, on n'attendra point que le malade, arrivé à la période ultime de la cachexie, soit incapable de supporter tout traumatisme pour proposer une exploration chirurgicale.

M. de Massary conclut de la façon suivante :

Les diverses théories que l'on a proposées pour expliquer le processus anatomique du tabes dorsalis peuvent se grouper en deux classes distinctes : les unes incriminent le tissu interstitiel, dont les lésions proliféralives agissent sur les tubes nerveux soit par compression, soit par irritation, soit des deux manières à la fois; les autres font du tabes une affection primitivement parenchymateuse. Des théories interstitielles, les dernières en date sont celles d'Obersteiner et Redlich, d'une part; de Nageotte, d'autre part. Elles sont réfutables par des arguments d'ordre anatomo-pathologique; elles sont, de plus, impuissantes à expliquer le syndrome tabétique dans son ensemble. L'origine parenchymateuse, affirmée par la grande majorité des auteurs, est seule capable d'expliquer les différentes modalités cliniques du tabes dorsalis.

A la définition classique de : tabes = affection systématique localisée aux fibres radiculaires postérieures, il faut substituer la formule plus large de : tabes = affection du protoneurone centripète. Le protoneurone centripète représente la première partie de toutes les voies sensitives en général, il doit être étudié particulièrement pour les voies optique, acoustique, radiculaires spinales. L'étude embryologique et tératologique des différents protoneurones centripètes démontre que ces neurones possèdent une autonomie originelle certaine.

De cette différenciation, dès le début de la formation embryonnaire, découlent des aptitudes morbides spéciales héréditaires ou acquises. Les discussions qui se sont élevées pour fixer la lésion primitive du tabes soit sur les troncs radiculaires, soit sur les nerfs périphériques, soit sur les cellules ganglionnaires, seront toujours et forcément inutiles. Il est préférable de considérer le protoneurone comme un tout continu dont les membres sont étroitement solidaires entre eux. Cette explication est d'autant plus légitime que les travaux les plus récents démontrent cette solidarité pour toutes les parties du protoneurone centrifuge, beaucoup mieux connu dans son anatomie normale et pathologique que le protoneurone centripète.

En considérant ainsi le syndrome tabétique comme traduisant cliniquement les lésions du protoneurone centripète, on explique la diversité des aspects multiples que peut prendre la maladie de Duchenne, et on fournit une explication rationnelle des différents symptômes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Lésions du sympathique cervical (Ueber einen ungewöhnlichen Fall einer Läsion des Halstheils des Sympathicus), par Jacobson (*Neurologisches Centralblatt*, 1er mars 1896, n° 5, p. 194). — Les symptômes habituels que détermine la section du sympathique cervical sont les suivants : myosis du côté de la lésion, diminution de la fente palpébrale, congestion des vaisseaux de la face avec élévation de température locale du même côté, sécheresse de la peau, rétraction du globe oculaire avec diminution de la pression intra-oculaire, hémiatrophie de la face. Quelquefois il y a en outre des troubles cardiaques. Les trois premiers phénomènes sont les plus fréquents. Nicati avait déjà décrit un cas où, après la lésion du sympathique cervical, il n'y a pas eu de dilatation des vaisseaux, mais au contraire une vasoconstriction, une pâleur et diminution de température dans une moitié de la face. Mais comme ce trouble avait été constaté plusieurs années après la lésion du sympathique, il a été amené à distinguer deux ou trois phases dans la lésion du sympathique. Dans la première, il y a de la vaso-dilatation; dans la deuxième, elle diminue par places; dans la troisième, il y a vaso-constriction. Cette question ne doit pas être considérée comme définitivement résolue, parce que l'auteur a eu l'occasion d'observer un cas où immédiatement après la lésion il y a eu de la pâleur dans la moitié de la face correspondant à la lésion du sympathique. Chez un enfant d'un an et demi, après l'ouverture et le grattage d'un abcès cervical gauche se produisirent les phénomènes suivants : contraction de la pupille, rétrécissement de l'ouverture palpébrale, pâleur et refroidissement de la moitié gauche de la face, anhydrosis, exophthalmie. Il y avait en plus de l'hypo-esthésie de la moitié gauche de la face, qui ne doit pas être considérée comme un phénomène immédiat dû à la lésion du sympathique, mais comme un phénomène indirect dû à l'insuffisance d'irrigation de la face. La lésion siégeait probablement dans le ganglion cervical supérieur ou un peu au-dessous, parce qu'il n'y avait pas de troubles cardiaques. Le fait que dans le cas actuel il n'y a pas eu de congestion de la face, mais au contraire un phénomène anormal, la pâleur, prouverait qu'il s'agirait ici à la fois d'une paralysie et d'une irritation du sympathique.

Trajet des racines postérieures (Zum Lehre von Verlaufe der hinteren Wurzeln beim Menschen), par Margulies (*Neurologisches Centralblatt*, 15 avril 1896, n° 8, p. 347). — Le malade dont l'auteur a étudié la moelle était syphilitique et atteint de paralysie générale : inégalité pupillaire, réflexe à l'accommodation et à la spasmodique. Le malade étant mort, on a trouvé dans le cerveau les lésions connues de la paralysie générale. Elles siégeaient surtout dans le lobe frontal. Dans la moelle épinière, par la méthode de Marchi, on trouve un champ de dégénération qui correspond à la zone cornue radiculaire droite de Marie (6e racine dorsale). Certaines fibres dégénérées pénètrent dans la corne postérieure. Au niveau de la 1re dorsale, les fibres dégénérées ont changé de topographie. Elles sont dirigées vers la ligne médiane et se trouvent tout près du sillon intermédiaire postérieur dont elles sont séparées par une bande de tissu sain. La partie dégénérée forme une espèce d'aile dont la branche verticale atteint à peine le tiers antérieur des cordons de Burdach, tandis que la branche horizontale est située à la périphérie des cordons postérieurs, dans la région du cordon de Burdach du côté droit. Au niveau de la 7e racine cervicale, le champ de dégénérescence forme un triangle dont le sommet se trouve dans le sillon qui sépare le cordon de Goll du cordon de Burdach, tandis que sa base occupe la périphérie de la moelle. Au niveau de la 3e cervicale, la forme du champ dégénéré est changée. Il constitue une mince bande qui s'étend de la commissure postérieure jusqu'à la périphérie de la moelle. Elle se trouve à la limite entre le cordon de Goll et celui de Burdach. L'auteur n'a pas pu constater une dégénérescence descendante au-dessous de la 6e racine dorsale dégénérée. Aucune dégénérescence n'a été trouvée non plus dans le cordon postérieur opposé. Quant à l'étiologie de cette dégénérescence uniradiculaire, on ne peut

rien affirmer; il est possible toutefois qu'un jour cette lésion soit trouvée plus fréquente qu'on ne croit chez les paralytiques généraux.

La théorie des neurones et les lésions des cellules du noyau du moteur oculaire commun (Einige Betrachtungen über die Neuronenlehre im Anschluss an frühzeitige, experimentelle erzeute Veränderungen der Zellen des Oculomotorius), par Flatau (*Forschritte der Medizin*, 15 mars 1896, n° 6. — L'auteur a examiné le cerveau de 4 chats chez lesquels on avait pratiqué la section intercrânienne du moteur oculaire commun d'un côté. Le 1er animal a survécu 13 jours à l'opération, le 2e 11 jours, le 3e 3 jours et le 4e 2 jours. Sur le 1er animal, les cellules du moteur oculaire commun ont changé d'aspect. Elles sont rétractées, sans beaucoup de prolongements. Le corps de la cellule nerveuse ne présente plus la striation caractéristique ; on y trouve un semis de granulations analogue à de la poussière sur un fond de verre d'un bleu mat. Certaines cellules sont homogènes, et dans leur corps on ne distingue plus que le noyau; dans d'autres enfin, il y a des taches claires. Chez le 3e chat, qui a survécu 3 jours à l'opération, on trouve une coloration diffuse du corps cellulaire. La forme extérieure est peu modifiée. Le noyau, dans certaines cellules, était coloré, et par suite de contour indécis. Enfin le 4e animal, qui a survécu 2 jours à l'opération, ne présente pas de lésions certaines dans le noyau du moteur oculaire commun. Pour se rendre compte de l'état des fibres nerveuses dans le bout central du moteur oculaire commun, l'auteur a employé la méthode de Marchi, mais il n'a pas vu de lésions dégénératives. L'auteur admet avec ceux qui ont fait des expériences semblables que le neurone constitue une entitée non seulement anatomique, mais physiologique.

MÉDECINE

Diagnostic précoce et pathogénie de la maladie de Basedow (Ueber Frühdiagnose und Theorie des Morbus Basedowii), par Lemke (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 15, p. 335). — L'auteur rapporte deux cas de maladie de Basedow fruste, caractérisés par de la tachycardie et par du tremblement général. Le tremblement présentait cette particularité qu'il disparaissait quand les malades étaient assis ou couchés, et par contre devenait tellement énergique dans la station debout que les malades étaient obligés de s'appuyer contre un meuble pour ne pas tomber. Au bout de deux ans un de ces malades a vu se développer un goitre, et l'autre une exophthalmie.

D'après l'auteur, ces deux observations viendraient à l'appui de la théorie qu'il soutient depuis plusieurs ans, à savoir que la maladie de Basedow résulte de l'action sur l'économie d'un poison musculaire sécrété par la glande thyroïde. La nature spéciale de ce poison est indiqué par la tachycardie, le tremblement, l'exophthalmie (relâchement des muscles de l'œil), le signe de Graefe, de Stellwag, etc., symptômes qui relèvent tous d'une modification du fonctionnement normal des muscles.

Bronchite fibrineuse idiopathique (Ueber die idiopathische fibrinöse Bronchitis), par Sokolowski (*Deut. Arch. f. klin. Mediz.*, 1896, vol. LVI, p. 476). — L'étude, basée sur quatre observations personnelles, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La bronchite fibrineuse aiguë est une affection qui se rapproche des maladies infectieuses et qui semble due à l'infection des bronches par les staphylocoques blancs et dorés.

2° La bronchite fibrineuse chronique relève d'un processus inconnu, et doit être différenciée de la bronchite fibrineuse aiguë avec laquelle elle n'a de commun que la production de fausses membranes qu'on rencontre dans des affections très diverses.

4° La tuberculose pulmonaire ne semble jouer aucun rôle dans l'étiologie de la bronchite fibrineuse chronique.

Les injections de sérum dans le rhumatisme articulaire aigu (Die Wirkung von Seruminjektionen auf den Gelenkrheumatismus), par Weiss (*Centralbl. f. innere Mediz.*, 1896, n° 17, p. 417). — L'auteur a traité 10 cas de rhumatisme articulaire aigu par les injections sous-cutanées de sérum chez des individus convalescents de rhumatisme articulaire aigu. La quantité de sérum injectée a été de 6 à 10 grammes; le nombre d'injections a varié suivant les cas et a été de 22 pour les 10 malades. Les résultats de ces injections sont difficiles à apprécier car ils ont varié non seulement d'un individu à l'autre, mais encore d'une injection à l'autre chez le même individu.

Neuf fois les injections ont paru exercer une action très favorable sur l'état local des articulations prises c'est-à-dire que la tuméfaction et la douleur ont disparu, 2 fois au bout de quelques heures, 7 fois au bout de 24 à 48 heures. 6 fois l'effet local des injections a été nul, et trois fois il y eut même une aggravation de l'état local après les injections.

Dans les 9 cas où l'injection fut suivie d'une amélioration de l'état local, il y a eu en même temps, 5 fois, un abaissement de la température de 1° à 2°; cet abaissement a été noté deux fois dans les cas où l'injection n'avait pas modifié l'état local, et a fait défaut dans les cas où l'injection avait aggravé l'état local.

D'après l'auteur ces faits autorisent d'autant moins d'envisager les injections de sérum comme un traitement spécifique, que dans aucun de ces cas le processus morbide n'a été arrêté par les injections.

Leucocytose artificielle dans la septicémie puerpérale (Zur Verwehrtung einer kunstlichen Leukocytose bei der Behandlung septischer Puerperalprocesse), par Hofbauer (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 17, p. 441). — L'auteur a fait à la clinique du prof. Schauta (de Vienne) des recherches sur l'influence de l'administration interne de nucléine, à la dose de 5 à 10 grammes, sur la marche de la septicémie puerpérale. La nucléine a été choisie en vertu de sa propriété de provoquer une leucocytose artificielle très accusée pouvant, d'après l'auteur, servir à la défense de l'organisme contre l'infection. En second lieu, l'auteur pensait utiliser la propriété que possède la nucléine de précipiter les toxines (Tikhomiroff) et d'exercer une action bactéricide sur les microorganismes pathogènes (Kossel).

Les recherches instituées dans 7 cas, dont l'auteur rapporte l'observation, ont montré qae la nucléine semble agir d'une façon assez efficace contre la septicémie.

L'état général se modifie rapidement : les malades sortent de leur état d'apathie, se sentent mieux, répondent aux questions; la peau perd sa coloration ictérique. Les modifications locales se manifestent du côté des lochies, de l'écoulement qui perd sa couleur sale et son odeur fétide pour prendre un aspect franchement purulent; cet écoulement purulent d'abord très intense et très abondant ne tarde pas à diminuer. La température s'élève ordinairement, souvent même d'une façon très énergique, mais cette élévation de la température ne persiste pas longtemps et la fièvre tombe ordinairement en lysis.

Un phénomène constaté dans tous les cas était les douleurs osseuses que l'auteur attribue à l'action spéciale de la nucléine sur la moelle osseuse et qu'il compare à celles qui s'observent dans la leucémie. Ces douleurs, le plus souvent légères et localisées aux tibias, étaient dans quelques cas très vives et avaient envahi les fémurs, les os du bassin, les membres supérieures.

Sur les 7 cas que l'auteur rapporte il y a eu cinq guérisons et deux morts.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la sciatique,

D'après M. P. Chéron.

On doit instituer : 1° un traitement causal; 2° un traitement symptomatique.

I. *Traitement causal.* — *Causes locales.* S'il s'agit d'une sciatique par compression, souvent il est facile d'en faire disparaître la cause : accumulation de matières fécales, hernie, déviation utérine, ou bien cette cause cesse d'agir sans intervention spéciale : grossesse, application de forceps pendant l'accouchement. D'autres fois, au contraire, elle exige un traitement plus ou moins difficile : tumeur du petit bassin ou de la cuisse, méningite spinale, ou même il est impossible de faire cesser la compression : mal de Pott.

Les varices des membres inférieurs, même peu développées, peuvent entraîner une sciatique par altération des vasa vasorum du nerf (Quénu); le bas élastique est alors indiqué.

On n'oubliera pas la possibilité d'une attitude vicieuse professionnelle ou non, du surmenage (bicyclette, machine à coudre).

Causes générales : arthritisme (diabète et goutte); intoxications (alcool, mercure, oxyde de carbone, plomb); maladie infectieuse : (blennorrhagie, malaria, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose); chlorose, hystérie.

La sciatique diabétique est souvent double. On la combattra par le régime spécial puis, après quelque temps, par l'antipyrine qui donnera alors de bons résultats (Lemoine), par les alcalins, ou bien par la quinine associée à l'opium (Lyon).

Dans la sciatique des arthritiques succédant à une fatigue, au froid, le salicylate de soude est indiqué : commencer par une dose élevée et massive (2 à 6 gr. en 3 paquets dans un intervalle de temps de 3 à 4 h.), abaisser ensuite graduellement (Lemoine). On peut aussi employer le salicylate de lithine 1 gr. 50 à 2 grammes par jour. La médication ne sera pas continuée plus de 10 à 15 jours.

En cas d'intoxication supprimer naturellement la cause le plus tôt possible. L'iodure de potassium (0,50 à 1 gr.) convient dans le saturnisme et l'alcoolisme.

Naturellement on traitera soigneusement la blennorrhagie, s'il y a lieu; l'antisepsie des voies urinaires par le salol rend alors de grands services (Lemoine).

On ordonnera encore l'iodure, mais à plus forte dose, dans la syphilis, en même temps que l'on prescrira des frictions avec l'onguent napolitain sur le trajet du nerf.

Dans la malaria on essaiera la quinine, d'abord par la bouche puis en cas d'échec en lavements et, enfin, en injections sous-cutanées *loco dolenti*. Il est des cas où l'arsenic sera ensuite nécessaire pour obtenir la guérison.

La sciatique hystérique peut guérir par la sugggestion.

Nous insisterons sur la nécessité de la recherche minutieuse des causes de la sciatique; trop souvent, si le traitement est négligé, la sciatique névralgie tend à devenir une sciatique névrite qui peut alors s'accompagner de déformation, d'atrophies musculaires, et dont la guérison est beaucoup plus difficile à obtenir.

II. *Traitement symptomatique.* — La morphine ne doit être employée que d'une façon exceptionnelle, dans les crises très aiguës. Il semble qu'elle rende les névralgies rebelles aux autres modes de traitement (Plicque); de plus, le morphinisme est toujours à redouter. Autant que possible on procurera le sommeil aux malades à l'aide du chloral et surtout du sulfonal, du trional.

L'antipyrine a été très employée (3 gr. par jour par cachets de 1 gr.; un toutes les six heures). Elle est loin de toujours réussir et l'acétanilide peut alors donner des succès :

Acétanilide	2 gr.
Elixir de Garus	150 gr.

Une cuillerée à bouche toutes les 3 heures. Ou bien cachets de 0,25 : 4 en 24 heures.

Le bleu de méthylène a été conseillé en injections par Ehrlich et Lippmann :

Bleu de méthylène	2 gr.
Eau distillée	100 gr.

Injecter d'abord 1 c.c. On peut aller jusqu'à 8. L'effet ne se produit qu'au bout d'une ou deux heures. L'urine se colore en vert, puis en bleu et il reste souvent une nodosité.

Par la voie buccale le bleu peut être donné en pilule de 0 gr. 05, 2 à 4 par jour. Les douleurs de la sciatique névrite se calmeraient rapidement avec ce médicament (Combemale).

On a vu réussir l'essence de térébenthine à l'intérieur (8 à 10 capsules par jour).

Les liniments calmants ou irritants ont une action des plus douteuse. Voici cependant deux formules, car souvent le malade ne comprendrait pas l'abstention :

1° Extrait de belladone	4 gr.	(Yvon)
Glycérine	2 gr.	
Axonge	24 gr.	

2° Chloroforme	4 gr.
Extrait d'opium	1 gr.
Accoolat de Fioravanti	15 gr.
Baume tranquille	40 gr.

Lemoine s'est bien trouvé, parfois, des applications externes de fleur de soufre; le membre malade est entouré d'une couche de ouate saupoudrée du topique et on la renouvelle chaque soir.

La révulsion, très employée, peut être obtenue par l'application de vésicatoires en longues bandes, par celle de pointes de feu nombreuses et superficielles si l'on veut atténuer la douleur, en petit nombre et profondes si l'on se propose d'agir sur la circulation du nerf (Lemoine).

Les pulvérisations de chlorure de méthyle sont aussi très efficaces. On ne dirigera le jet de liquide sur les régions que l'on désire atteindre qu'après les avoir enduites de vaseline; il faut agir prudemment afin d'éviter sûrement les eschares. Chaque pulvérisation est généralement suivie d'une grande amélioration et en les répétant on peut obtenir la guérison. Le malade ressent d'abord du froid, puis ensuite une brûlure assez forte; la douleur serait plus supportable que celle produite par la cautérisation.

Dans les formes prolongées, lorsque la névrite devient probable, on aura recours au massage, à l'électricité, aux bains de vapeur.

Le massage, tel qu'on le pratique à Aix-les-Bains, est très efficace. Il est classique de conseiller les douches tièdes, les douches de vapeur avec massage ensuite. Les bains térébenthinés ont parfois été utiles.

La galvanisation donne souvent d'excellents résultats. On appliquera le pôle positif sur un point indifférent; il faut faire usage d'un courant d'intensité moyenne, l'augmenter progressivement, et, quand on juge que la séance a duré assez longtemps revenir, progressivement aussi, à zéro. Quelquefois le pôle négatif donne de meilleurs effets que le positif; il peut même être utile de changer les points d'application des électrodes pendant la séance. Cette dernière doit durer dix minutes au plus; l'intensité du courant doit arriver jusqu'à 15 milliampères (G. Hayem). Après la séance de galvanisation, on peut faire la faradisation de l'ensemble du membre (Lemoine).

L'électrisation peut du reste être employée dans les sciatiques récentes à la condition de ne faire usage que de courants très faibles.

En dehors des eaux d'Aix dont nous avons déjà parlé, toutes les eaux chaudes ou sulfureuses peuvent être conseillées (1).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Chloroforme.

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau : 1,20 à 2 p. 100 suivant les auteurs.

Insoluble dans la glycérine, soluble dans l'alcool et l'éther. Miscible aux huiles fixes.

Propriétés thérapeutiques. — Anesthésique local d'après Besnier, Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Landouzy, antifermentiscible, antinévralgique, hypnotique (?), le chloroforme a, sur tous ces points, une infériorité évidente à bien d'autres substances qu'emploie la méthode hypodermique. Si donc il mérite d'avoir sa place dans le présent *Formulaire*, c'est moins en raison de ses propriétés que de celles de sa solution dans l'eau, connue sous le nom d'*eau chloroformée saturée* et dont il y aurait le plus grand bénéfice à généraliser l'emploi en pratique hypodermique.

L'eau chloroformée est en effet un excellent véhicule pour les substances injectées sous la peau. Elle atténue dans une certaine mesure la douleur liée à l'injection. Mais elle présente surtout le très grand avantage de conserver indéfiniment les solutions.

Le praticien connaît en effet les difficultés qu'il éprouve à garder les solutions de morphine dont il se sert couramment. Il ne peut en effet toujours préparer ou faire préparer extempo-

1. *Bulletin médical*, 1896, n° 44.

ranément la solution au moment où il est appelé à s'en servir. Il y a donc intérêt pour lui à avoir une préparation peu altérable : il réalise ce desideratum en se servant d'eau chloroformée saturée (1 cent. cube de chloroforme pour 100 cent. cubes d'eau). Une telle solution, préparée aseptiquement, n'est pas fermentescible. De plus la présence du chloroforme paraît empêcher ou du moins limiter la formation de ce léger précipité floconneux qui se produit habituellement dans les flacons contenant des solutions d'alcaloïdes, même de celles préparées avec les plus minutieuses précautions d'asepsie, et qui est dû à une décomposition partielle de l'alcaloïde en contact avec le réactif *eau*.

Il serait bon par conséquent que le praticien s'habituât à formuler comme il suit ses injections alcaloïdiques :

Alcaloïde.	*n* centigr. ou milligr.
Eau stérilisée chloroformée. . .	*n* cent. cubes.

L'eau chloroformée, employée en nature, présente encore en pratique l'avantage d'être légèrement analgésique. Elle constitue un excellent agent de suggestion hypodermique et a donné comme tel entre nos mains de bons résultats dans le traitement de certains phénomènes douloureux, chez des neurasthéniques. Elle peut constituer enfin un excellent moyen pour masquer une expectation nécessaire et pourrait trouver une application heureuse dans le traitement de la morphinomanie.

Dose usuelle. — Les auteurs qui ont employé le chloroforme hypodermiquement en ont injecté, chez l'adulte, 50 centigrammes à 2 grammes. Sous forme d'eau chloroformée, la dose importe peu : on n'est jamais en effet amené à dépasser la dose nécessaire à la saturation de 100 cent. cubes, dose qui ne présente aucun inconvénient.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Injecté pur, le chloroforme est très douloureux, malgré l'affirmation de Besnier qui déclare la douleur nulle ou du moins très tolérable. En solution, la douleur est insignifiante ou tout au moins la légère cuisson qui accompagne l'injection est-elle très éphémère.

b) *Éloignés.* — Le chloroforme (employé par Besnier, Weir-Mitchell, Dujardin-Beaumetz, H. Fournier, Cérenville, Hamelin) est caustique et peut amener des indurations persistantes, voir même des eschares. Il doit donc être proscrit de la pratique hypodermique, puisque même dans les cas les plus favorables, il n'a donné que des résultats inférieurs à la morphine ou à la cocaïne, comme analgésique ou hypnotique. (Féréol). Au contraire, associé à la vaseline ou en saturation dans l'eau, il ne cause pas d'accidents locaux consécutifs et peut donc être utilisé ainsi sous les réserves et les conditions énumérées plus haut.

FORMULES

Chloroforme.	20 gr.
Vaseline liquide médicinale.	80 gr.

1 à 2 cent. cubes contre les névralgies et les douleurs locales.

(Albin Meunier, Dujardin-Beaumetz.)

Chloroforme.	1 cent. cube.
Eau stérilisée.	100 cent. cubes.

1 à 10 cent. cubes contre les douleurs des neurasthéniques.

(Maurange.)

Association. — Le chloroforme associé au gaïacol constituerait une préparation jouissant de propriétés analgésiques remarquables (Colleville) (1).

Ce mélange est injecté, le plus près possible du nerf malade, à des doses variant entre XV et LX gouttes. L'injection peut être poussée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les masses musculaires, où elle est moins douloureuse; mais on devra s'assurer, en introduisant séparément l'aiguille, que la piqûre n'intéresse aucun vaisseau.

L'injection serait suivie d'une sensation de brûlure pouvant durer de 1 à 3 minutes et persister quelquefois un quart d'heure. Contrairement à ce que l'on observe avec les préparations analogues, l'analgésie ne serait pas seulement temporaire, mais pourrait devenir définitive.

FORMULE

Chloroforme.	8 gr. 60
Gaïacol.	6 gr. 76

XV à LX gouttes pour une injection, soit 1/2 à 2 seringues de Pravaz.

(Colleville.)

G. Maurange.

1. Pour plus de détails voir *Gazette hebdomadaire*, 1896, n° 44, p. 519 et suiv.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association des médecins de la Seine. — Charité et publicité. — Pudeur et probité professionnelles. — Les titres médicaux. — Les élections académiques.

Le *Bulletin de l'Association des médecins du département de la Seine* vient d'être distribué à tous ses membres et il nous est possible de rendre compte des œuvres qu'elle a su réaliser pendant l'année 1895. Pourquoi ce retard? Pourquoi, lors de chacune de ses réunions annuelles, l'Association n'envoie-t-elle pas à la presse un compte rendu sommaire de ses actes et de ses votes? Pourquoi ne convie-t-elle personne à ses séances et semble-t-elle préférer le silence discret de ses amis? M. Brouardel l'a dit, dans son discours, c'est que l'Association « a eu la sagesse que l'on admire chez les nobles dames qui vont elles-mêmes chercher les pauvres, leur donner secours et qui ajoutent à leur bonté *le mérite de la cacher* ». Est-ce un mérite lorsqu'il s'agit d'associations qui font le bien pour le bien et qui ne peuvent recruter de nouveaux adhérents qu'en se faisant connaître? Tel n'est pas l'avis du président de l'Association des médecins de la Seine qui, après avoir constaté que, pour un grand nombre de nos confrères, le fonctionnement, et même parfois l'existence de l'Association étaient l'inconnu, a proposé un mode de publicité sur lequel nous aurons à revenir.

De son côté, le secrétaire général M. Henri Barth, a constaté que l'Association de la Seine n'est pas assez connue, que trop de médecins ignorent les misères qu'elle soulage, les services qu'elle rend. Il fait appel à l'initiative de chacun de ses membres pour recruter de nouveaux adhérents et, afin de les encourager, il montre par l'exposé financier de l'exercice 1895 ce qu'a pu faire l'association.

Celle-ci a distribué à 6 sociétaires une somme de 5 400 francs, à 55 veuves, 37 500 francs; à 36 personnes étrangères à l'association, 6 100 francs. Elle a encaissé 68 941 fr. 30, y compris les rentes, dons et legs.

L'initiative individuelle des membres du bureau et de la commission administrative suffira-t-elle à recruter beaucoup d'adhérents, à faire que la majorité des médecins de la Seine sera bientôt inscrite au nombre des membres de l'association fondée par Orfila? Nous voudrions pouvoir l'espérer. Ce que nous voyons autour de nous à l'Association générale nous fait craindre cependant que la crise traversée par le corps médical n'entrave au lieu d'exciter le mouvement de solidarité et de générosité qui devrait inciter tous les médecins à s'inscrire parmi les membres des associations charitables.

Et c'est pourquoi nous réclamons pour elles une plus grande, une plus cordiale publicité. M. Brouardel va plus loin. Il demande que chaque mois, à la même place, paraisse dans le journal lu par les médecins, la liste des allocations accordées par l'Association. Alors, dit-il, obéissant à une bonne suggestion, le lecteur se déciderait probablement à demander son admission.

Il est probable qu'une semblable publicité pourrait amener quelques adhésions nouvelles. Mais cette publicité serait-elle possible? A l'Association générale on a protesté contre la publication des noms de nos pensionnés. On ne donne plus depuis 2 ans que leurs initiales et le nom du département auquels ils appartiennent. La majorité de nos collègues a approuvé cette discrétion. Il a semblé que l'on peut avoir à rougir d'être pauvre et qu'il vaut mieux, comme les belles dames dont a parlé M. Brouardel, cacher soigneusement le nom de ceux que l'on oblige. Je ne puis cependant admettre que l'on doive éprouver quelque honte à faire usage du droit que donne à tous ceux qui ont honorablement lutté le titre qu'ils ont acquis en se faisant inscrire au nombre de nos sociétaires. Qu'ils fassent partie de l'Association de la Seine ou de l'Association générale, ils ont droit à une pension ou à un secours lorsque leurs ressources sont devenues insuffisantes, et cette subvention reçue de la main de ses confrères honore tout à la fois celui qui la reçoit et ceux qui la donnent.

Que la pudeur médicale ne s'effarouche donc pas de la publicité donnée aux œuvres de bienfaisance, des efforts tentés en vue de les faire prospérer. Elle a d'autres occasions de se manifester, lorsque la probité professionnelle peut être suspectée, alors surtout qu'il s'agit de combinaisons industrielles qu'il est toujours difficile à un médecin et surtout à une association de médecins d'entreprendre et de mener à bien. J'aurai sans doute très prochainement à m'expliquer plus nettement à cet égard.

La pudeur de quelques médecins s'est aussi effarouchée des titres indûment accolés à leur nom par des dentistes ou des officiers de santé. Une jurisprudence nouvelle vient de s'établir à cet égard. Un dentiste a été condamné en police correctionnelle parce qu'il s'était paré du titre de docteur. Il a dû supprimer ce qualificatif. Il s'est intitulé professeur. Et l'on ne peut rien lui objecter. Il professe, en effet, et n'eût-il qu'un petit nombre d'élèves, il peut opposer à ses détracteurs le vide qui se fait à certains cours officiels. Le titre de professeur est donc légalement inférieur à celui de docteur. Mais il y a plus. Les officiers de santé qui usurpent le titre de docteur ne sont passibles d'aucune peine correctionnelle. Ne sont condamnables, d'après un récent arrêt de la cour de Paris, que ceux qui n'ont pas le droit d'exercer. Or les officiers de santé ont le droit d'exercer, donc ils ont le droit de s'intituler docteurs. Ainsi le dit le texte, sinon l'esprit de la loi de 1892. J'avoue que je n'attache pas trop d'importance à ces subtilités juridiques. Mais on avouera qu'elles ont, au point de vue professionnel, d'assez amusantes conséquences.

Il arrive parfois dans les séances académiques de singuliers incidents. A l'Académie française et dans les autres classes de l'Institut, on voit d'interminables scrutins dont l'incohérence défie le raisonnement. L'élection, après 8 ou 10 tours, c'est-à-dire une heure au moins inutilement perdue, est renvoyée à plusieurs mois, et le public est à l'aise pour hausser les épaules.

A l'Académie de médecine, pareille mésaventure est rendue impossible par un règlement judicieux qui établit un ballottage après le 3e tour. Mais on assiste depuis quelque temps à d'autres surprises. Tantôt c'est le candidat classé le 6e sur la liste des correspondants qui passe d'emblée au premier tour. Le plus souvent, il faut l'avouer, c'est parce qu'il a des titres très supérieurs à ceux qui avaient valu à un candidat plus ancien ou mieux en cour les faveurs de la commission. D'autres fois, c'est un candidat non classé qui obtient un grand nombre de voix. Celles-ci sont déclarées non avenues et — le règlement est formel à cet égard — les bulletins au nom de ce candidat sont annulés. Une assez vive discussion, soulevée au cours d'une des dernières séances, a prouvé qu'on n'était en droit de voter que pour des candidats, et que l'on ne pouvait considérer comme candidats au titre de correspondant que ceux qui figuraient sur une liste dressée par l'Académie. Tous les académiciens restent libres d'ailleurs, s'ils ont des sympathies pour un de leurs confrères, de le faire ajouter sur la liste, à la condition de faire apostiller leur demande par 10 de leurs collègues. Rien de plus juste, on en conviendra.

Quelquefois enfin, on s'efforce de protester contre la Commission en refusant son vote. C'est ce qui a été tenté hier. Un des savants les plus considérés parmi les membres de l'Académie de médecine parcourt les bancs au moment du vote. « Il faut protester, dit-il, votons blanc. » Et l'on vote par bulletin blanc, au grand étonnement du bureau et de ceux qui n'avaient pas reçu la consigne. Si celle-ci avait été donnée un peu plus tôt; si des arguments un peu plus précis avaient été fournis à son appui, l'élection eût été nulle.

Loin de moi l'idée de prétendre que celui de nos collègues qui protestait ainsi n'avait pas de sérieuses raisons d'agir comme il l'entendait.

Ce que je veux faire ressortir, c'est que ces incidents ne relèvent ni le prestige ni la dignité des académies.

Comme l'a dit maintes fois le gardien vigilant de la tradition et du règlement, ce n'est pas au moment du scrutin, c'est au moment du comité secret où se lit le rapport que doivent se faire entendre les objections. « Mais, a ajouté M. Bergeron, les comités secrets se tiennent devant le bureau — quand il reste au complet — et 2 ou 3 académiciens. Tous les autres ont été à leurs affaires, sauf à protester ensuite par leur vote. » L'observation est juste, mais il est juste aussi de faire remarquer que, pour des hommes occupés, l'heure des comités secrets est assez mal choisie. Pourquoi, dès lors, l'Académie de médecine n'imiterait-elle pas ses grandes sœurs de l'Institut et n'interromperait-elle pas ses séances à 3 h. 1/2 ou 4 heures, comme elle le fait d'ailleurs pour les votes, toutes les fois qu'il s'agit d'un comité secret? Qu'il s'agisse d'élection ou de prix à décerner, les discussions et les votes auxquels elles aboutissent ont au moins autant d'importance que les lectures faites au milieu du brouhaha académique par tel ou tel orateur. Si, comme on l'a fait exceptionnellement à deux ou trois reprises, on prenait l'habitude de se former en comité secret après la lecture du procès-verbal et les présentations, sauf à reprendre ensuite la séance publique, les élections et les jugements sur les prix académiques y gagneraient certainement. On le fait à l'Institut : pourquoi ne pas le faire à l'Académie de médecine?

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Une nouvelle mycose à grains jaunes; ses rapports avec l'actinomycose; est-ce une variété de l'actinomycose ou une espèce différente?

Par M. L. Dor.

Travail du laboratoire de M. le professeur A. Poncet.

Parmi les nombreux cas d'actinomycose observés par mon maître M. le professeur Poncet, il en est un qui a attiré spécialement mon attention par le volume considérable des grains jaunes et leur aspect microscopique particulier; j'ai pu obtenir des cultures du parasite et me rendre compte qu'elles différaient notablement des cultures de l'actinomycose. Il s'agit soit d'une variété très différenciée de l'actinomycose, soit d'une espèce nouvelle; je vais exposer les caractères de ces cultures et le lecteur verra qu'il est difficile de se prononcer.

Je n'ai pas à rappeler la morphologie de l'actinomycète. On trouvera dans le travail de Wolff et Israël (*Arch. de Virchow*, vol. 126), une série de 40 photographies microscopiques représentant les différentes phases du développement de ce parasite, et toutes les fois que j'ai pu obtenir des cultures pures d'actinomycose humaine, j'ai constaté la parfaite identité de mes préparations avec ces photographies.

Mais dans le cas dont je vais parler, l'aspect des cultures, bien que se rapprochant de quelques-unes des photographies du mémoire de Wolff et Israël ne pouvait s'identifier avec aucune d'elles.

L'observation clinique du malade sera publiée ailleurs: je dirai simplement qu'il s'agissait d'un malade atteint de trismus avec empâtement phlegmoneux chronique sans fistule de la région de l'angle du maxillaire inférieur. L'abcès qui fut incisé n'avait encore jamais été ouvert, et j'ai pu recueillir aseptiquement le pus qui s'en écoula.

Ainsi que je l'ai déjà dit, ce pus contenait des grains jaunes mais ceux-ci étaient beaucoup plus volumineux que des actinomycoses et comme leur constitution était homogène, on ne peut pas dire qu'il s'agissait d'une agglomération de plusieurs grains de volume ordinaire.

Ces grains se laissaient assez facilement écraser et dissocier et j'en ai coloré quelques-uns avec le picro-carmin, l'hématoxyline, le violet de gentiane avec ou sans liquide de Gram. Que l'on suppose un enchevêtrement de filaments aussi longs que des leptothrix mais notablement plus grêles, formant un réseau dans les mailles duquel étaient emprisonnés de nombreux grains ovoïdes, et on aura l'idée de la constitution de ces grains.

Il n'y avait nulle part de massue, fait intéressant mais qui ne suffirait pas à lui seul à éliminer le diagnostic d'actinomycose, mais surtout, fait plus important, aucun des filaments ne présentait de ramification dichotomique : seules les cultures pouvaient m'apprendre si ces grains étaient des microbes de suppuration banale surajoutés aux filaments ou s'ils ne correspondaient pas à un stade d'évolution du filament; seules aussi les cultures pouvaient ramener au véritable type d'actinomycète ces filaments au cas où ils auraient été des filaments actinomycosiques profondément modifiés.

En ce qui concerne la question des grains j'ai été bien vite renseigné. Aucun des ensemencements que j'ai faits sur les milieux solides, la gélatine, l'agar et les grains d'avoine, n'avait poussé 20 jours après l'ensemencement; ce fait à lui seul suffisait à me prouver que les grains n'étaient certainement pas des microbes vulgaires de suppuration; — et dans les cultures en bouillon qui ont été au contraire toutes fertiles dès le lendemain de leur ensemencement, j'ai trouvé toutes les formes de passage entre des cocci ovoïdes, des bâtonnets et de longs filaments; par conséquent je considère ce premier point comme bien établi, et d'ailleurs il n'avait rien qui pût me surprendre puisque dans beaucoup de cultures d'actinomycose on rencontre des grains analogues qui correspondent à une phase d'évolution du filament mycélien.

Mais j'avais espéré que les cultures me fourniraient des filaments identiques à ceux de l'actinomycose et que ce retour *in vitro* au type primitif achèverait de me démontrer que je n'avais vu qu'une variété très différenciée d'un parasite que je connaissais bien.

Or il n'en a rien été : et d'abord le bouillon s'est troublé, ce qui est contraire aux habitudes de l'actinomycose, qui forme au fond du tube de petites colonies arrondies et laisse le bouillon entièrement limpide, et le dépôt qui s'est fait à partir du 2e jour, au fond des tubes était constitué par un amas de très fines petites pellicules qui se dissociaient par l'agitation.

A la surface du bouillon il n'y avait aucune pellicule. Même au bout de 20 jours il ne s'était développé aucune coloration brune ou jaunâtre, mais par contre il se dégageait une odeur légèrement fétide, ce qui n'a pas été signalé, je crois, pour l'actinomycose.

Quant à l'aspect microscopique, je puis le résumer en disant que j'ai retrouvé toutes les phases de transition entre des cocci ovoïdes et de longs filaments, mais ces filaments méritent une description un peu spéciale.

Ils étaient composés d'une masse protoplasmique non colorée par le Gram et qui constituaient comme une

gaine dans l'intérieur de laquelle se trouvaient des bâtonnets plus ou moins longs et colorés d'une façon très intense. Si l'on n'avait vu que ces bâtonnets, on aurait pensé avoir affaire à des bacilles et je crois que l'erreur est facile à commettre; d'ailleurs elle a probablement déjà été faite, puisque dans un des derniers numéros des *Archives russes de médecine expérimentale*, M. Savtchenko décrit sous le nom de pseudo-actinomycose bacillaire un parasite qui me semble être identique au mien; mais je proteste contre l'appellation de pseudo-actinomycose bacillaire parce que ce n'est pas un véritable bacille, que ce bâtonnet inclus dans une gaine protoplasmique, c'est un champignon d'un ordre beaucoup plus élevé, et il aurait fallu tout au moins dire pseudo-actinomycose pseudo-bacillaire, ce qui me rappelle le mot de M. Pierret : en fait de pseudo-maladies, il y a surtout des pseudo-diagnostics.

Je crois que ce pseudo-bacille rentrera dans le groupe des oospora ainsi que l'actinomycose, mais je n'ai pas encore pu l'étudier suffisamment; c'est pourquoi je préfère le désigner provisoirement par le terme vague de *nouvelle mycose à grains jaunes*, pour attirer l'attention sur l'existence de grains jaunes dépourvus de massues et dont le mycélium n'a pas de ramification dichotomique et qui présente dans les cultures quelque ressemblance avec l'actinomycose, mais aussi de très importantes différences. Dans tous les cas, même s'il ne s'agit pas d'une espèce nouvelle, c'est au moins une variété qu'il importe de connaître, mais je crois que les plus grandes chances sont en faveur de la non-identité d'espèce.

Addendum. — Cet article était écrit lorsque M. Reclus communiqua à la Société de chirurgie des observations de phlegmons ligneux du cou dans lesquels M. Lesage avait trouvé des bacilles diphthéritiques. Je me permettrai de faire une remarque : Savtchenko a observé la même mycose que moi et il l'a appelée pseudo-actinomycose bacillaire, ce qui montre à quel point ce parasite ressemble à un bacille; d'autre part, ce soi-disant bacille pousse très rapidement sur le sérum et mal sur les autres milieux; c'est là un caractère que l'on attribue en général au bacille diphthéritique. Ne serait-il pas possible que M. Lesage ait observé le même parasite que moi? On m'objectera peut-être que dans le phlegmon de M. Reclus il n'y avait pas de grains jaunes, mais les grains jaunes sont difficiles à trouver.

Dans le cas qui a servi de point de départ à ce travail, il m'a fallu une dissociation du caillot pyohématique pendant au moins 10 minutes pour découvrir 3 ou 4 grains dans environ 5 cent. cubes de pus. Et d'ailleurs, dans cette forme de mycose, les grains ne sont que des agglomérations du parasite, mais l'ensemencement direct du pus peut donner aussi des cultures.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Congrès de 1896.

Troubles oculaires dans un cas d'épithéliome du sinus sphénoïdal.

M. V. Morax. — Il s'agit d'un malade de 53 ans qui se présente le 12 mai 1893 à la clinique du Dr Parinaud, accusant une cécité complète datant de quelques jours et précédée d'un affaiblissement progressif de la vision dont le début remonte à 6 mois. L'examen ophtalmoscopique montre, à l'exception des réactions pupillaires absentes, l'intégrité des milieux et membranes oculaires. La papille ne présente aucune altération et cependant la perception visuelle est complètement abolie dans les yeux. L'apparition du trouble visuel a coïncidé avec des céphalées violentes et continues qui ont persisté depuis lors. Quinze jours après la perte de la vision, on voit se développer les signes ophthalmoscopiques d'une névrite optique légère qui atteint l'œil droit, puis le gauche et à laquelle succède une atrophie papillaire. C'est alors seulement qu'apparaissent des signes indiscutables de néoplasie orbito-nasale; ptosis, exophthalmie et ophthalmoplégie; trouble de la respiration nasale et écoulement purulent par les narines; tumeurs pédiculées de la pituitaire; infiltration néoplasique des tissus orbitaires et de la base du nez. Ces différents symptômes se développent progressivement sans rémission en même temps que se manifeste une cachexie très accusée. La mort survient par bronchopneumonie 10 mois après le début des troubles oculaires.

L'autopsie montre l'existence d'un néoplasme qui, en se développant dans la cavité du sinus sphénoïdal, en a refoulé, puis envahi les parois, se propageant dans toutes les directions, infiltrant en haut et en arrière le corps du sphénoïde et le chiasma, se prolongeant de côté dans les sinus maxillaires et dans les orbites, en avant sur la muqueuse pituitaire, en haut à travers l'ethmoïde, atteignant et infiltrant les circonvolutions frontales, sans donner naissance à des nodules secondaires à distance. Le développement du néoplasme a exercé une double action sur les nerfs optiques : une action directe en détruisant le tissu nerveux du chiasma et de la partie postérieure des nerfs optiques, et une action indirecte résultant d'une part de l'élévation du chiasma, par suite de l'élargissement du sinus sphénoïdal, et d'autre part de l'envahissement des tissus orbitaires par les prolongements néoplasiques refoulant les globes oculaires en avant; il en est résulté une traction continue et un véritable allongement des nerfs optiques.

Le néoplasme était constitué par un épithéliome cylindrique avec des foyers d'infiltration et de petits abcès dus à une infection secondaire par le streptocoque.

L'évolution clinique des symptômes ainsi que la distribution des lésions prouvent que le point de départ de cet épithéliome a été le sinus sphénoïdal. L'épithéliome du sinus sphénoïdal paraît tout à fait exceptionnel; l'auteur n'en a pas trouvé d'autres cas dans la littérature médicale.

M. Jocqs a observé un cas analogue chez un homme de 56 ans, opéré de résection du maxillaire supérieur par M. Péan pour un sarcome.

Gommes précoces du cercle ciliaire.

M. A. Terson rapporte deux nouvelles observations; dans l'une, l'œil a été conservé par un traitement intensif d'injections intramusculaires; dans la seconde, l'œil s'est atrophié. Les accidents de *tertiarisme précoce* (Fournier) sont survenus dans les deux premières années de la syphilis, en coexistence avec des gommes et des périostites, chez des sujets jeunes, alcooliques et malingres.

Il s'agit de syphilis évoluant d'une façon beaucoup plus grave, à cause de la nature du terrain.

Au point de vue thérapeutique, les injections intramusculaires mercurielles sont bien plus efficaces que les frictions, et ce sont elles qui ont donné dans des lésions aussi graves les résultats les meilleurs.

Tous les accidents syphilitiques tertiaires de l'œil et des annexes peuvent également survenir, et surviennent avant la période tardive qui leur est assignée dans les classiques.

M. Lagrange a vu un homme de 25 ans, syphilitique depuis un an et présentant des gommes multiples de l'iris, chez lequel les injections d'huile bi-iodurée selon la méthode de M. Panas atténuèrent les symptômes en 8 jours et les guérirent en 15.

Kyste hydatique de l'orbite.

M. Fage a observé un kyste hydatique situé dans la portion supéro-interne de l'orbite gauche d'un enfant de 6 ans. Il avait

environ le volume d'une amande, soulevait la paupière supérieure et faisait saillie dans le fond du cul-de-sac conjonctival; il n'y avait ni exophthalmie, ni compression du nerf optique. Par une ponction exploratrice, il a retiré un liquide clair comme de l'eau de roche et injecté dans la poche du kyste 1 cent. cube de sublimé à 1 p. 1000. Le liquide retiré était alcalin, riche en chlorures et contenait un peu d'albumine; il n'y avait pas de crochets.

Quatre mois plus tard, le kyste s'étant reformé, M. Fage a excisé sa paroi par le cul-de-sac conjonctival. La guérison a été rapide et définitive. L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'une hydatide unique contenue dans une paroi formée par une substance homogène disposée en feuillets superposés, sans apparence de membrane germinative.

La ponction exploratrice est le moyen le plus sûr pour arriver à un diagnostic exact; en la faisant suivre d'une injection (sublimé ou iode) capable de tuer les hydatides, on obtient parfois la guérison. Mais le procédé de choix est l'excision de la poche kystique; quand toute la poche ne peut être extirpée, on doit soumettre la portion restante à un curettage et à une irrigation de sublimé.

M. Terson a publié un cas de kyste énorme où malgré un œdème considérable de la pupille la vision était normale. Ce cas guérit deux ans par la ponction simple. A la récidive, M. Terson l'ouvrit et le curetta. Tout se passa bien si ce n'est que le malade perdit son muscle droit interne dans l'épaisseur duquel que la tumeur s'était probablement développée.

Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne.

M. Lagrange. — Les ophthalmies métastatiques consécutives aux affections générales ont été considérées par beaucoup d'auteurs comme constamment dues à des embolies bactériennes, à l'action directe des microbes pathogènes sur les milieux de l'œil. Roth avait cependant avec raison distingué de l'ophthalmie métastatique maligne à forme grave une variété plus bénigne à laquelle il a donné le nom de rétinite septique, chimique. Cette affection serait le résultat de l'action de toxines dues à l'empoisonnement général, apporté dans l'œil par la circulation.

Sous l'influence des travaux de Litten et de Kahler, la doctrine de Roth avait perdu beaucoup de terrain, lorsque Herrnheisen, de Prague, est venu montrer la présence de véritables ophthalmies consécutives à une affection générale, sans qu'il fût possible de trouver dans l'œil aucun agent microbien. M. Lagrange rapporte un cas de ce genre. Il s'agissait d'une lésion survenue chez un enfant de deux ans, pendant une grave affection générale. Cette ophthalmie s'était accompagnée d'un exsudat très abondant remplissant presque tout le corps vitré et présentant les symptômes d'un gliome rétinien. L'examen histologique montra qu'il s'agissait essentiellement d'une dégénérescence muqueuse des cellules ganglionnaires de la rétine, de l'endothélium des vaisseaux choroïdiens et du tissu conjonctif de cette membrane. En outre un abondant exsudat séro-albumineux avait non seulement envahi le corps vitré, mais encore décollé la rétine de la choroïde, rempli les interstices des feuillets de l'espace supra-choroïdal.

L'examen bactériologique pratiqué de la façon la plus attentive démontra qu'il n'existait dans l'œil énucléé aucun microbe.

Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ectropion non cicatriciel.

M. Jocqs. — L'ectropion muqueux, non cicatriciel, comprend 2 variétés.

Dans la première, le renversement de la paupière inférieure est dû à une lésion permanente de l'innervation du muscle orbiculaire (paralysie complète ou parésie permanente). Ces ectropions guérissent rapidement au moyen des cautérisations *verticales* de la face muqueuse de la paupière. Les cautérisations verticales sont préférables aux *horizontales*. L'effet est dû à la rétraction cicatricielle qui prend un point d'appui dans le cul-de-sac inférieur.

Dans la seconde variété, la lésion nerveuse n'est que passagère (quoique pouvant durer depuis fort longtemps) et peut céder à une intervention légère, même seulement irritative.

L'ectropion muqueux sénile débute par l'éversion des points lacrymaux qui donne lieu au larmoiement. Ce larmoiement sénile peut être guéri par une seule cautérisation verticale.

Le larmoiement dû à une paralysie faciale peut être traité par le même moyen.

Cas d'ischémie rétinienne.

M. Sureau, à propos d'un cas d'ischémie rétinienne qu'il a observé récemment chez une jeune fille, et qu'il a attribué dès le début à un épanchement sanguin dans les gaines du nerf optique, se demande jusqu'à quel point exactement les symptômes, considérés jusqu'à présent par les auteurs comme des signes essentiels pour distinguer entre eux l'épanchement sanguin du nerf optique et l'embolie de l'artère centrale de la rétine (réduction du diamètre des branches artérielles dans le cas d'épanchement sanguin; effacement complet ou au moins rétrécissement très accusé dans les cas d'embolie), permettent d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections. Et il arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les cas où les artères sont totalement *vides et effacées*, le diagnostic d'embolie de l'artère centrale de la rétine est certain;

2° Dans les cas où les données ophthalmoscopiques se bornent à la constatation du *rétrécissement* pur et simple des artères, le diagnostic différentiel entre l'embolie de l'artère centrale de la rétine et l'épanchement sanguin des gaines est impossible;

3° Enfin dans les cas où, au *rétrécissement* des artères, vient se joindre, comme symptôme ophthalmoscopique, la présence de points hémorrhagiques dans la papille ou autour d'elle, au *niveau même de l'anneau sclérotical*, le diagnostic d'épanchement des gaines devient une quasi-certitude.

Au point de vue du pronostic, M. Sureau recommande de faire toujours les plus grandes réserves, même dans les cas qui paraissent le plus favorables.

Traitement de la blennorrhée du sac.

M. A. Puech (de Bordeaux). — Les rétrécissements du canal nasal ne sont dans la majorité des cas que de simples boursouflements inflammatoires, qui semblent d'autant plus prononcés qu'ils sont situés au niveau de certains points du canal déjà plus étroits à l'état normal. Le rétrécissement n'est pas la cause de la blennorrhée, il n'est comme celle-ci qu'une conséquence presque fatale de l'inflammation de la muqueuse.

Partant de ce principe, l'auteur s'attache surtout à modifier la muqueuse à l'aide des liquides astringents et antiseptiques. Quant au cathétérisme dont on use si largement en l'occurrence, il doit être pratiqué aussi rarement que possible. Son rôle n'est que de permettre au liquide injecté d'aller atteindre la muqueuse au delà d'un boursouflement inflammatoire. Pour si peu que le liquide injecté passe par la narine, le cathétérisme doit être complètement abandonné.

La dilatation du sac est souvent un obstacle à la guérison de la blennorrhée. On arrive, grâce à l'application des courants faradiques dans la région du sac, à obtenir une réduction totale ou une réduction très sensible des dilatations les plus considérables.

Des diverses variétés de glaucome chronique et de leur traitement.

M. Ch. Abadie. — Le glaucome aigu et le glaucome subaigu accompagné de phénomènes inflammatoires sont justiciables de l'iridectomie dont l'action curative est définitivement reconnue.

Il n'en est plus de même pour le glaucome chronique simple qui comprend lui-même 2 variétés.

L'une dans laquelle les symptômes procèdent par crises, par intermittence. Les malades se plaignent de voir par moments des cercles irisés autour des flammes, la vision se voile et devient confuse pendant quelques heures pour reprendre ensuite son acuité habituelle.

Cette forme de glaucome chronique simple peut être encore avantageusement modifiée par l'iridectomie.

Mais il n'en est plus de même pour l'autre forme de glaucome chronique simple dans laquelle la progression des symptômes est uniformément lente, continue, silencieuse, ne se révélant que par l'abaissement progressif de la vision, correspondant à la surélévation proportionnelle de la tension intra-oculaire.

Dans cette dernière forme, qui est peut-être la plus fréquente et qui frappe souvent les deux yeux à des intervalles plus ou moins éloignés, ni l'iridectomie ni les sclérotomies répétées ne sont efficaces.

Ces opérations ne procurent qu'une rémission passagère après laquelle la tension s'élève de nouveau pour reprendre une marche ascensionnelle qui aboutit à l'atrophie glaucomateuse de la pupille.

C'est contre cette forme de glaucome jusqu'ici incurable que nous sommes actuellement bien armés.

On prescrira les premiers temps, à l'intérieur, le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes et le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes par jour.

En collyre, une instillation journalière de 2 gouttes d'une solution d'ésérine de 1/2 p. 100. Dès que la tension intra-oculaire sera redevenue normale, on pourra essayer de suspendre progressivement le bromure et le sulfate de quinine. Mais on continuera indéfiniment les instillations quotidiennes d'ésérine. Pour les mieux faire supporter par la conjonctive, il sera utile de stériliser la solution employée.

Sarcome mélanique de la paupière.

M. Guibert ajoute aux 9 ou 10 cas connus jusqu'ici une observation personnelle, avec analyses histologiques très complètes de Lagrange.

Une particularité intéressante, que l'auteur signale dès le début, c'est que ce néoplasme s'est développé sur une brûlure de la face remontant à l'enfance. Quant au pigment contenu dans la tumeur, il n'est nullement d'origine hématique comme le prouvent la réaction de l'acide chlorhydrique, de l'acide sulfurique et la réaction de Perls. Le pronostic est peut-être moins sombre, parce que le pigment n'est contenu qu'au centre de la tumeur. Le malade opéré depuis 4 mois n'a pas trace de récidive.

Lipome plat, diffus et symétrique des paupières.

M. Antonelli. — Les lipomes vrais de la paupière sont très rares et, dans les cas rapportés jusqu'aujourd'hui, la tumeur avait pris naissance entre l'orbiculaire et le tarse, et s'était plus ou moins pédiculisée. Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer, le lipome était sous-cutané, ses lobes étaient enveloppés par un feuillet aponévrotique, l'ensemble avait la forme d'une grosse amande aplatie, plus large que le tarse. La symétrie de l'affection nous fait penser aux dégénérescences analogues, signalées par Potain et d'autres, à propos de la lipomatose en général et de ses localisations symétriques, le pseudo-lipome diffus sous-claviculaire, par exemple. Il faut tenir compte de cette forme singulière de lipome palpébral, car son diagnostic clinique différentiel avec l'*elephantiasis levis, seu glabra,* pourrait présenter quelques difficultés.

XXVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 27 au 30 Mai 1896.

Tuberculoses locales et tuberculoses articulaires.

M. Fr. König donne un aperçu historique du développement des théories actuelles sur la tuberculose osseuse et articulaire. Il montre comment les recherches successives sur la nature des tumeurs blanches et des fongosités articulaires ont conduit à envisager ces lésions comme d'origine tuberculeuse : les recherches de Stark, Baillie, Bayle qui ont mis en évidence l'importance du nodule miliaire; les travaux de Schuppel, Köster Friedländer, Volkmann et autres qui ont montré que les manifestations locales de la tuberculose ne peuvent s'expliquer que si l'on admet leur nature infectieuse; le livre de Bonnet où la nature tuberculeuse des tumeurs blanches et des fongosités apparaît à chaque pas; les recherches classiques de Villemin et celles de Koch qui ont établi la nature contagieuse, infectieuse et microbienne de la tuberculose.

Toutes ces recherches et les nombreux travaux parus depuis ont montré : 1° qu'une articulation peu devenir tuberculeuse par pénétration des germes infectieux par la voie sanguine ou lymphatique; 2° que la tuberculose articulaire est secondaire à un foyer primitif situé dans un autre organe (ganglions lymphatiques, poumons, reins, etc.); 3° que la tuberculose articulaire peut faire partie d'une tuberculose miliaire généralisée. Ces mêmes travaux ont encore montré que la tuberculose articulaire pouvait guérir et que la guérison pouvait s'effectuer, comme dans les autres organes, par encapsulement du foyer.

Le traitement de la tuberculose a subi des modifications parallèles à l'évolution des idées sur la nature et la marche de la tuberculose articulaire, et c'est ainsi qu'après avoir passé par la période d'opérations uniformes consistant en résection, le traitement a fini par faire une large place aux méthodes conservatrices comprenant les injections antiseptiques intra-articulaires avec traitement orthopédique correspondant.

Évolution du traitement moderne du goitre.

M. Bruns étudie les phases successives de l'évolution du goitre et montre qu'aucune partie de la chirurgie n'a subi plus de fluctuations que celle du traitement du goître.

Il y a une vingtaine d'années, tout le traitement du goître se réduisait à l'emploi externe ou interne d'iode sous forme de badigeonnages et plus tard sous forme d'injections parenchymateuses.

Les injections n'étaient pas sans dangers et plusieurs fois on a eu à déplorer des cas de mort subite. Le nombre de cas mortels dûs à cette méthode dépasse de beaucoup celui qu'on a à déplorer aujourd'hui dans mille extirpations de goître.

Le traitement opératoire du goître ne date que de la communication de Rose en 1877, et depuis l'époque antiseptique il a pris une extension considérable. Ainsi, de 1850 à 1877 on avait fait, en 27 ans, 150 excisions de goître avec une mortalité de 21 p. 100; après 1877 et dans les 5 années qui suivirent, on fit 240 opérations sur le goître avec une mortalité de 12 p. 100.

Jusqu'aux recherches de Reverdin et de Kocher sur la cachexie strumiprive, sur le myxœdème opératoire on pratiquait tantôt l'extirpation totale, tantôt l'extirpation partielle du goître. Mais quand on a appris à connaître le rôle de la glande thyroïde, on revint à l'incubation et la résection partielle de la tumeur. Enfin les mémoires recherchés sur le traitement thyroïdien du goître semblent devoir restreindre beaucoup les indications des interventions sanglantes.

Histoire de la chirurgie des voies biliaires.

M. Langenbuch, après avoir passé en revue les écrits des médecins du moyen âge, montre que c'est J.-L. Petit qui le premier a eu l'idée de la cholécystostomie en deux temps de la vésicule calculeuse. Pour lui l'opération ne devait être exécutée que si l'on était sûr de l'existence des adhérences entre la vésicule et la paroi abdominale. C'est encore lui qui fit le premier cette opération sur le vivant. Plus tard, en 1774, un médecin berlinois nommé Bloch chercha à provoquer ces adhérences par l'application, sur la peau de l'abdomen, des substances supposées irritantes, comme l'oignon cru, l'emplâtre de cantharides, etc. De son côté, le célèbre chirurgien Richter s'était demandé si l'on ne pouvait obtenir la formation des adhérences en ponctionnant la vésicule avec un trocart et en laissant ensuite le trocart à demeure. Sébastian, Carré, Fauconneau-Dufresne pensèrent que le trocart de Richter pouvait être remplacé par des caustiques appliqués sur le péritoine mis à nu. On sait que bien plus

tard, en 1878, Kocher obtenait des adhérences en plaçant entre la vésicule et la paroi abdominale, de la gaze de Lister.

En 1839, Thudichum proposa la cholécystostomie en deux temps, telle qu'elle se pratique aujourd'hui d'après le procédé de Riedel. La proposition de Thudichum n'eut aucun succès, le traitement médical et hydro-minéral de la cholélithiase étant devenu tout-puissant après le livre classique de Frerichs. La première cholécystostomie en un temps n'a été faite qu'en 1867 par un chirurgien américain, nommé Bobbes. Cette opération n'eut aucun retentissement. En 1882, on trouve la première cholécystostomie en deux temps, avec ouverture de la vésicule préalablement suturée, faite par M. Koenig.

C'est de 1882 que date en somme l'essor de la chirurgie des voies biliaires, et il a été en grande partie provoqué par la communication d'un cas de cholécystectomie, d'extirpation de la vésicule calculeuse, faite par M. Langenbuch. Lorsque dans le courant de l'année cette opération a été exécutée par Courvoisier, Riedel, Thiriar et autres, l'étude des avantages de la cholécystostomie et de la cholécystectomie divisa les chirurgiens en deux camps. La question n'est pas encore jugée aujourd'hui, chacune de ces opérations ayant des indications spéciales et étant faite avec peu d'esprit les préférences personnelles des chirurgiens.

C'est encore en 1882 que Winiwarter publia son premier cas, le premier cas de cholécystentérostomie dont l'idée appartenait à Nussbaum. Winiwarter avait abouché la vésicule avec le côlon. Colzi montra qu'il était préférable de l'aboucher avec le duodénum. Après Winiwarter les premières cholécystentérostomies ont été faites par Kapeler et par Socin, qui ont perdu leurs opérés, et par Körte dont l'opéré guérit.

Les opérations possibles sur le cholédoque ont été indiquées par M. Langenbuch dans un travail publié en 1884. Les premières opérations ont été faites par Kocher, Mac Burney, Pozzi, Langenbuch, Courvoisier. Les premières cholécystectomies pour cancer ont été faites par Hochenegg et par Terrier.

Appendicite.

M. Sonnenburg, en s'appuyant sur les nombreux cas d'appendicite qu'il a eu l'occasion d'observer ou d'opérer, croit qu'on peut les diviser en sept groupes ayant leurs caractères anatomiques distincts et souvent une symptomatologie différente.

Dans le premier groupe, l'appendice lui-même est peu modifié, mais il est entouré et immobilisé par des adhérences; sa cavité est remplie de mucus, mais ne renferme pas de calculs et ne présente pas d'ulcérations. Cliniquement, cette forme est caractérisée par des attaques fréquentes et répétés d'appendicite avec symptômes cliniques peu intenses et de courte durée, avec fièvre modérée ou même température normale. Ces douleurs intenses sont exceptionnelles, pendant l'attaque, on trouve une résistance moyenne de la région iléo-cœcale, quelquefois de la coprostase par le fait des adhérences qui enserrent le cæcum. Dans l'intervalle des accès le malade semble jouir d'une bonne santé et l'examen de la région donne des résultats négatifs.

Dans le second groupe de cas, l'appendice est hypertrophié, induré, infléchi, fixé par des adhérences aux parties voisines, quelquefois à l'épiploon. Les symptômes cliniques sont les mêmes que dans le groupe précédent; en outre, pendant les intervalles entre les attaques on trouve une résistance sensible à la pression et, pendant les attaques, une tuméfaction manifeste de la région. Dans ces cas il se forme toujours un exsudat séreux stérile.

Le troisième groupe de cas est caractérisé par un appendice épaissi, chroniquement enflammé renfermant des coprolithes à son intérieur. La formation des coprolithes semble dépendre de l'inflammation chronique dont est le siège l'appendice, et marcher de pair avec l'oblitération de sa cavité. La symptomatologie est la même que celle du second groupe.

Dans le quatrième groupe on trouve dans l'appendice des collections purulentes à côté des coprolithes. La suppuration se rencontre principalement dans les cas où les ulcérations ont amené des rétrécissements et l'oblitération partielle de la cavité. La marche de l'affection dépend du degré d'infectiosité du pus. Il existe des cas qui évoluent rapidement, où l'appendice se tuméfie rapidement. Si le rétrécissement situé au cerveau de l'orifice cæcal aboutit à l'oblitération complète de la cavité, le pus peut à la longue devenir stérile et si, après la perforation de l'appendice, il passe dans le péritoine, il ne provoque pas de phénomènes bruyants.

Le cinquième groupe comprend les cas d'appendicite simple évoluant avec des complications qui sont : 1° la formation, autour de l'appendice non perforé, d'un exsudat purulent, la transformation purulente résultant de l'infection de l'exsudat primitivement stérile et purement séreux; 2° la lymphangite avec adénite, pouvant se propager à la plèvre et provoquer une pleurésie; 3° la gangrène de l'appendice compliquée ordinairement de péritonite d'intensité variable. Dans tous ces cas on trouve des phénomènes locaux et généraux graves.

Dans le sixième groupe on peut classer les cas d'appendicite suppurée perforante avec péritonite circonscrite formant abcès pouvant être situé soit en avant et en dehors, soit en arrière et en dedans. Le septième groupe enfin comprend les cas d'appendicite perforante avec complications variées, abcès multiples, péritonite purulente, abcès du foie et du diaphragme, pleurésie purulente, septicémie généralisée, etc.

Le traitement doit varier suivant les cas. Les inflammations catarrhales de l'appendice ne deviennent passibles d'une intervention active que dans des cas exceptionnels. Le plus souvent un traitement expectatif et symptomatique suffit pour amener la guérison de l'attaque, et dans ces cas lorsque le cæcum paraît engorgé de matières fécales et ces douleurs sont peu vives, il est tout indiqué de donner, *au début*, des purgatifs; plus tard ou lorsque les douleurs seront accusées, on donnera de l'opium. On n'interviendra par la résection de l'appendice que lorsque les attaques se répéteront trop souvent ou bien encore quand d'après les symptômes on pensera que du pus s'est formé dans la cavité de l'appendice ou autour de l'appendice. On opérera dans l'intervalle des attaques, mais si, en cas d'indication opératoire, l'attaque se prolongeait, on n'hésitera pas à opérer au cours même de l'attaque.

L'opération est une réponse à l'indication d'urgence dans l'appendice perforante purulente. Il faut opérer aussitôt le diagnostic fait. Dans ces cas il est exceptionnel de trouver un seul abcès : le plus souvent les abcès sont multiples autour de l'appendice et du cæcum, et il faut les ouvrir tous sous peine d'avoir à y revenir plus tard. Le mieux encore c'est d'arriver à trouver l'appendice, et cette recherche méthodique met ordinairement sous les yeux des abcès ignorés. Le danger d'infection du péritoine est minime quand on a l'habitude de ces opérations. Les cas difficiles sont ceux où les abcès se trouvent dans le petit bassin, autour du rectum, de la vessie, dans la fosse iliaque gauche. Dans tous ces cas le drainage est meilleur que la fermeture de la plaie.

Le diagnostic de la péritonite septique par gangrène de l'appendice est souvent très difficile, surtout quand, comme c'est ordinairement le cas, la péritonite prend une marche foudroyante. Les malades succombent avec ou sans opération.

Pourtant, si l'on intervient de bonne heure, et dans ces cas la vie du malade dépend d'un retard de quelques heures, on peut sauver quelques-uns d'entre eux. Quant au diagnostic, on peut le faire si quelque temps avant l'éclosion de la péritonite le malade avait présenté quelque ébauche d'appendicite.

Les cas qui retirent un réel bénéfice de l'opération sont ceux des premiers cinq groupes. Sur 185 cas opérés par M. Sonnenburg, 128 appartenaient à ces groupes : aucun d'entre eux n'est mort. Sur 34 cas d'appendice perforante avec complications multiples, 23 opérés dans le temps ont donné 12 morts, tandis que sur 11 autres opérés récemment, M. Sonnenburg n'a eu que 2 morts. Enfin sur 6 cas avec péritonite septique, aucun opéré n'a pu être sauvé.

Contusions de l'estomac.

M. Rehn a eu l'occasion d'intervenir pour une déchirure traumatique de l'estomac. Il s'agissait d'une jeune fille qui tomba de la hauteur d'un étage sur une balustrade et fut prise immédiatement de vives douleurs dans l'abdomen et de vomissements sanguinolents. Elle arriva à l'hôpital dans un état voisin du collapsus, et l'examen ayant montré l'existence d'un épanchement liquide dans l'abdomen, on pratiqua, séance

tenante, la laparotomie, 3 heures environ après l'accident. La cavité abdominale était remplie d'un liquide sanguinolent; la paroi postérieure de l'estomac présentait une déchirure complète, la paroi antérieure une déchirure de la séreuse. Les déchirures furent suturées, de même qu'une de la rate, et la cavité abdominale nettoyée. La malade guérit après une longue convalescence.

D'après M. Rehn, la contusion de l'estomac peut amener soit une déchirure d'une tunique isolée de l'estomac, séreuse, musculeuse, muqueuse, soit une déchirure intéressant toutes les 3 tuniques à la fois. L'hématémèse existe presque constamment dans ces cas.

Pelote de cheveux dans l'estomac.

M. Stelzner rapporte l'observation d'une jeune fille, sujette depuis quelque temps à des troubles gastriques et chez laquelle l'examen permit de constater l'existence d'une tumeur de l'estomac. La laparotomie montra que la tumeur était composée d'un amas de cheveux très longs, les uns bruns et les autres blonds, sans connexion avec les parois de l'estomac. Le paquet de cheveux formait une espèce de boule des dimensions d'un œuf d'oie.

La malade raconta qu'à l'âge de 12 ans elle avait pris l'habitude d'avaler de ses propres cheveux, qui étaient bruns, et de ceux de son amie, qui étaient blonds. Un cas analogue a été publié il y a quelques années par M. Schœnborn.

Voie vaginale pour l'extraction du fœtus à terme.

M. Duhrssen a eu recours, chez une femme dont l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément par le fait d'une atrésie du col, à l'intervention suivante. Il a fait sur le col, d'avant en arrière, une assez longue incision et après avoir à travers cette incision décollé la vessie et le péritoine du cul-de-sac de Douglas, il agrandit la plaie en fendant complètement le col et, en introduisant la main dans l'utérus, il put extraire par la version un enfant qui pesait 9 livres. Après la sortie du placenta, la plaie opératoire fut suturée, et la malade se rétablit très rapidement.

D'après M. Duhrssen cette intervention pourrait remplacer l'opération césarienne en cas d'atrésie ou de rétrécissement du col.

Implantation de l'uretère dans la vessie.

M. Küster a eu l'occasion de faire cette opération 2 fois. Dans le premier cas la tumeur de la vessie qu'il s'agissait d'extirper chez une femme de 41 ans, occupait la portion voisine de l'un des uretères. En réséquant la tumeur, on a été amené à enlever la portion terminale de l'uretère. L'opération fut terminée par l'implantation de l'uretère à sa place normale. La malade guérit dans d'excellentes conditions avec un uretère qui fonctionne d'une façon normale.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 33 ans chez laquelle la tumeur occupait le sommet de la vessie et empiétait sur l'orifice urétéral droit. La résection de la tumeur avait amené l'ablation de la portion terminale de l'uretère, si bien que le canal n'a pu être implanté qu'au sommet de la vessie. La malade a guéri, mais elle garde une petite fistule vésicale.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Juin 1896.

Avortement épizootique.

M. Porak donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Audiffred.

M. Audiffred demande s'il existe dans l'espèce humaine une maladie comparable à l'avortement épizootique, et si une affection de ce genre pourrait expliquer l'affaiblissement de la natalité.

Dans l'avortement épizootique, lorsqu'une vache a avorté une première fois, elle avorte aux portées suivantes ou devient stérile. Sous l'influence d'autres causes : refroidissement, excès ou défaut de nourriture, alimentation altérée, surmenage, etc., il n'est pas rare d'observer chez les animaux la récidive de l'avortement; mais l'habitude peut disparaître et l'animal conduira sa gestation à terme.

Quoiqu'il en soit, s'il n'est pas impossible que des maladies épidémiques ou la misère physiologique rendent l'avortement plus fréquent à certaines époques, nous ne trouvons cependant chez la femme aucun état pathologique comparable à l'avortement épizootique observé chez les vaches.

C'est donc à d'autres causes qu'il faut imputer l'affaiblissement de la natalité dans notre pays.

La nocivité des huîtres.

M. Chatin lit une communication sur ce sujet. Il résulte des recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années que la nocivité d'ailleurs très faible des huîtres peut être imputable à quatre causes :

1° Le chromatisme.
2° La période de reproduction.
3° Les altérations tissulaires.
4° Les conditions d'ambiance.

1° Les modes de chromatisme n'impliquent aucune altératiun des tissus, aucun état morbide, et c'est à tort qu'en Angleterre, par exemple, on a voulu l'incriminer récemment.

2° L'huître est hermaphrodite, et l'eau nécessaire à sa respiration, apporte ou emporte dans son courant les spermatozoïdes. Lorsque l'huître prend l'apparence laiteuse, elle la doit à une exsudation visqueuse provoquée par les nombreux ovules à divers stades d'évolution qu'elle contient.

Les embryons arrivés à un développement plus complet nagent dans les branchies maternelles et avant de les quitter leur donnent une coloration ardoisée.

C'est la présence du naissain plutôt que l'état même de maturité reproductrice qui pourrait être incriminée, or le naissain donne à l'huître un aspect tel que le consommateur la repousse.

L'huître est moins nocive qu'on ne le pense, par analogie avec quelques poissons, échinodermes, mollusques, etc. Il y a là un préjugé, utile d'ailleurs puisqu'il favorise la reproduction.

La preuve de cette innocuité apparaît du reste dans la permission accordée de vendre les huîtres pendant l'été dans les stations maritimes. Là on met ces mollusques dans un état de sous-activité génitale en les soumettant à des variations de température; pour cela on les sort de l'eau le soir et on les y replonge le matin.

3° Les altérations tissulaires sont marquées par un aspect noirâtre, jaune d'ocre, gris verdâtre, une saveur fade, alliacée, et une odeur d'acide sulfhydrique. L'altération caractérisée par l'aspect gris verdâtre peut seule prêter à discussion : elle est due à une altération de la glande digestive. Cet état est donc bien différent du verdissement des huîtres de Marennes, lequel dépend d'un phénomène physiologique.

4° Les conditions d'ambiance dépendent du sol et de l'eau.

Le sol se compose de sable et de vase, et il doit avoir une certaine dureté que l'on peut obtenir d'ailleurs en le macadamisant.

La vase ne doit pas être fétide car l'huître contracterait des maladies telles que le *chambrage*. Les précautions de *parage* des parcs, prises chaque année rendent ces maladies exceptionnelles; par cette opération la vase noire prend une teinte rouge, elle devient un milieu d'oxydation et sa coloration nouvelle est due à la transformation du protoxyde de fer en sesquioxyde de fer.

Quant à l'eau, comme l'a dit M. Chantemesse, elle est ici l'élément principal, la cause la plus importante de la nocivité. Il est même surprenant qu'il n'y ait pas de ce chef plus d'intoxications; mais la phagocytose est très active chez l'huître.

M. Chatin conclut en disant que l'Académie statuera sur

ce qu'il convient de faire; pour sa part, il pense que, sans vouloir entraver l'ostréiculture, on ne peut que gagner à attirer l'attention des ostréiculteurs sur ces divers points importants.

Sérums.

L'Académie autorise, sur le rapport de M. Straus, la distribution à titre gratuit ou onéreux des sérums antitétanique, antidiphthérique, antistreptococcique fabriqués à l'Institut Pasteur.

Elle donne la même autorisation pour les sérums antidiphthériques des laboratoires de Bordeaux, Marseille, Montpellier.

Semblable autorisation est refusée à M. le Dr Bernheim pour les sérums divers qu'il avait présentés.

M. Berger présente deux femmes qui après des brûlures ont eu de l'ectropion cicatriciel avec kératite consécutive. Il les a traitées par la méthode de la greffe italienne. Les lambeaux ont été empruntés à la peau de l'avant-bras et les résultats sont très satisfaisants.

M. Le Dentu présente deux épreuves de photographie par les rayons de Röntgen.

La première montre la situation d'un petit projectile de carabine Flobert, arrêté dans la fourche de l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre cervicale. Grâce aux renseignements fournis par la photographie due à MM. Chapuis et Chauvel, le projectile a pu être extrait facilement.

La seconde photographie est celle d'une main, remarquable par la netteté du squelette et qui montre à quelle précision les perfectionnements pourront conduire cette méthode.

M. Fournier présente deux épreuves photographiques obtenues avec les rayons de Röntgen sur une main et une hanche toutes deux atteintes de tuberculose.

M. Panas fait une communication sur un cas de sarcome choroïdien de la région de la macula avec propagation orbitaire. Il insiste pour que l'on adopte les noms d'endothéliome (Golgi) ou d'angiosarcome, etc. pour ces tumeurs orbitaires, réservant celui de cancer, etc., pour les néoplasmes d'origine ectodermique.

Élection.

Election d'un membre libre. — Nombre des votants : 75.

Ont été obtenus les suffrages suivants :

MM.	Roux	54 (élu).
	Rivière	4
	Corlieu	4
	Comminge	3
	Richer	3
	Bertillon	1
	Galezowski	1
	Bulletins blancs	5

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 Mai 1896.

Sur la transformation de la graisse en hydrate de carbone dans l'organisme des animaux non alimentés.

M. A. Chauveau, en comparant les animaux hibernants (marmotte), aux animaux en inanition, arrive à conclure que, dans l'un comme dans l'autre cas, la graisse se transforme en hydrates de carbone (glycogène, glycose) qui sont directement brûlés pour subvenir à l'entretien de l'organisme. Deux faits importants, découverts par Sacc, de Neuchâtel, et par Regnault et Reiset, ont servi à établir cette conclusion : 1° La marmotte, pendant le sommeil hibernal, peut augmenter de poids dans les périodes où elle ne rend ni fèces, ni urines. 2° L'absorption d'oxygène est incomparablement plus forte que la production d'acide carbonique d'où fixation d'oxygène dans l'organisme de la marmotte endormie. Ce dernier fait explique l'augmentation de poids qu'elle éprouve.

D'autre part, en voyant que, à la fin de l'hibernation, la graisse a, pour ainsi dire, complètement disparu, tandis que le glycogène et la glycose sont conservés partout où ils existent habituellement, il est rationnel de faire dériver ceux-ci de celle-là, par la fixation de l'oxygène.

De même, chez les animaux hibernants, soumis à l'inanition, la résorption graduelle et la fonte quasi complète des graisses coïncident, chez eux, avec la permanence de la glycose dans le sang, même pendant un certain temps, avec la conservation des réserves de glycogène dans les muscles et surtout dans le foie.

Donc, au fond, pendant l'inanition, les animaux non hivernants ne diffèrent pas des sujets en sommeil hibernal. Les graisses, dans les deux cas, se transforment en hydrates de carbone.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 Juin 1896.

Lavage du sang.

M. Delbet a fait dans le laboratoire de M. Dastre une série d'expériences sur des chiens auxquels on injectait de la strychnine ou des toxines tétaniques et qui recevaient ensuite une injection intraveineuse massive de sérum artificiel. Les résultats n'ont pas été uniformes en ce sens que certains animaux survivaient à l'intoxication tandis que d'autres succombaient malgré l'injection intraveineuse.

Après l'injection de sérum artificiel, le nombre d'hématies semble diminué et les corpuscules déformés. Sur la pression sanguine, l'action des injections est variable : la pression n'est pas influencée par l'injection quand elle est normale ou élevée artificiellement; elle augmente si avant l'injection elle était abaissée.

M. Dastre. — Je crois que, dans ces questions, il convient de faire intervenir l'élimination des toxines par les urines, comme mode de guérison des infections. Toutefois, ces toxines sont modifiées, oxydées au point d'être méconnaissable.

M. Charrin. — Personne ne contestera l'avantage d'un excellent fonctionnement du rein. Toutefois, la guérison d'une infection est une chose complexe. A côté de cette élimination, il y a les actions antitoxiques de l'intestin, du foie, des humeurs, il y a le rôle des capsules surrénales, il y a la phagocytose, etc.

D'autre part, sans nier les métamorphoses certaines subies par les toxines, métamorphoses difficiles à préciser en raison de notre ignorance clinique, il est juste de remarquer, en se basant avant tout sur les travaux de Bouhard, que ces sécrétions bactériennes conservent une partie de leurs propriétés, attendu qu'en injectant l'urine au cours de telles affections, on peut faire apparaître l'immunité, les manifestations spécifiques, aussi bien qu'en introduisant les produits solubles eux-mêmes.

Dosage des matières réductrices des muscles.

M. J.-E. Abelous. — Le procédé de Ch. Richet et Étard pour le dosage des matières extractives réductrices de l'urine (oxydation par le brome et dosage de l'excès de brome par le chlorure stanneux) peut être facilement appliqué au dosage des matières réductrices que l'alcool peut extraire des muscles, j'ai pu, avec cette méthode constater que la quantité de matières réductrices que contiennent les muscles varie suivant les conditions dans lesquelles se trouve le muscle.

J'ai trouvé aussi que d'une façon générale toutes les conditions qui activent les réactions chimiques intramusculaires en particulier, le travail poussé jusqu'à la fatigue, augmentent la proportion de substances réductrices. Il semble que dans ces conditions la vie anaérobie du muscle s'exalte donnant naissance à un excès de matières réductrices qui ne sont pas oxydées dans le muscle malgré la surabsorption d'oxygène qui accompagne tout accroissement d'activité musculaire.

Le lait et le diabète.

M. Charrin. — On peut être amené à conseiller le régime lacté aux diabétiques, en raison de la fréquence de l'albuminurie, des lésions hépatiques ou gastriques. Or, on a soutenu que le sucre du lait, bien que différent du glycose, provoquait l'accroissement de la glycosurie.

Sur mon conseil, M. Guillemonat a étudié cette question dans mon service; ses recherches l'ont conduit à reconnaître que le lait, loin de faire augmenter la glycosurie, facilitait son abaissement.

Ces résultats cliniques sont en plein accord avec les données formulées par les professeurs Bouchard et Chauveau.

L'organisme peut consommer plus de glycose qu'il n'en détruit à l'état normal; toutefois cet excès de consommation a des limites; il convient de ne pas donner à un diabétique plus de 3 litres en général.

Il est d'ailleurs nécessaire de ne pas formuler de règle trop absolue, car il y a diabète et diabète.

M. Gley fait une communication sur l'action de la peptone sur la coagulation du lait. La peptone retarde cette coagulation.

M. Reterer dépose au nom de **M. Attias** une note sur l'origine et l'évolution de petites cellules étoilées de la couche superficielle du cervelet chez le chat et le lapin.

M. Thomas fait une communication sur l'existence des fibres cérébelleuses dans la moelle épinière.

M. Magnan montre des pièces anatomiques conservées d'après le procédé de Melnikoff-Razwedenkoff.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 21 Avril 1896.

Infection à streptocoques. — Sérum de Marmorek.

MM. G. Durante et **L. Siron.** — Observation d'une femme de 28 ans, primipare, ayant accouché le 23 mars 1896, à 7 mois 1/2. Deux jours après, la température s'élève pour arriver à 39°9 le 5e jour au matin. Curettage le 3e jour et injections de sérum antistreptococcique (50 cent. cubes en 3 jours) qui font tomber 2 jours la température un peu au-dessous de 38°. Nouvelle injection de 10 cent. cubes de sérum amenée par nouvelle élévation à 39° de la température. Défervescence presque complète (38° au maximum) pendant 4 jours et mort avec agitation assez intense.

A l'autopsie, pas de lésions pelviennes, utérus sain, bronchopneumonie nodulaire, foie anémique, rein infectieux.

Bactériologiquement, streptocoques à grosses et à petites chaînettes, trouvés dans le sang de la trompe et le liquide encéphalo-rachidien. On en avait constaté également dans les débris du curettage.

Histologiquement, néphrite infectieuse épithéliale presque pure. Dans le poumon et le pancréas, thrombose formant le centre de nodules non inflammatoires constitués par des éléments nécrosés. Foie interverti, système porte normal : nécrose cellulaire généralisée et systématisée au système sus-hépatique. Pas d'îlots infectieux.

Dans les coupes on ne trouve des streptocoques que dans les noyaux de bronchopneumonie et dans le rein.

Il s'agirait donc d'une infection à streptocoques d'allure bénigne traitée par sérum et curettage, et mort survenant après chute de la température. Les lésions paraissent attribuables bien moins à l'existence des microbes qu'à l'action de toxines très virulentes.

M. Porak a eu l'occasion de faire dans 3 autres cas des injections de sérum antistreptococcique pour des accidents d'infection puerpérale.

Dans le premier cas, l'injection a été faite dans un cas d'infection suraiguë, évoluant en 2 jours, au moment où des troubles très graves permettaient d'annoncer la mort à brève échéance.

Dans un second cas, il s'agissait de rétention de caduque dans l'utérus. On obtint une amélioration et la guérison par l'emploi simultané du curettage et des injections de sérum.

Le troisième cas est très intéressant car les accidents fébriles survinrent à deux reprises à une semaine d'intervalle, la première fois vers le 15e jour. La malade était albuminurique et présentait des symptômes urémiques au moment de l'injection de sérum. Les accidents fébriles diminuèrent les deux fois mais après l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens* d'abord à droite, puis à gauche. La première injection fut suivie d'une aggravation des troubles urémiques. Mais tout rentra dans l'ordre. Cette malade avait de la diarrhée ; des vomissements survinrent à la suite des premières injections. Peut-être est-ce la raison de la bénignité relative des troubles urémiques observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 Juin 1896.

Cholédochotomie.

M. Gérard Marchant a fait 4 fois cette opération avec le diagnostic de calcul du cholédoque, mais dans deux cas le diagnostic ne s'est pas vérifié. Dans le premier de ces cas il s'agit d'une femme ayant eu des antécédents de coliques hépatiques avec ictère. L'ictère devenant chronique, on pensa à un calcul du cholédoque et on fit la laparotomie qui permit de constater que le cholédoque était libre. On fit alors l'abouchement de la vésicule à la peau. La malade ayant succombé quelque temps après avec les phénomènes d'ictère grave, on trouva à l'autopsie les voies biliaires absolument libres, et une angiocholite compliquée d'hépatite diffuse nodulaire.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme atteint d'ictère compliqué de fièvre. La laparotomie suivie d'exploration du cholédoque ne permit pas de trouver de calcul, mais le doigt sentait très nettement une induration. On fit une fistule biliaire externe, et le malade ayant succombé à une faute opératoire, l'autopsie montra un canal cholédoque très dilaté; et dans le pancréas, un nodule dur comprimant les voies biliaires. Il s'agissait d'une sclérose pancréatique et d'une sclérose hépatique.

Quant aux malades qui avaient des calculs du cholédoque, il s'agissait dans un cas d'une femme ayant un foie normal au palper. Mais il y avait une tumeur mobile descendant de la région de la vésicule vers la fosse iliaque droite. On fit la laparotomie latérale, qui montra une vésicule atrophiée et le cholédoque distendu par 33 calculs. La tumeur qu'on avait sentie au palper était due à un appendice linguiforme du foie. Les calculs furent enlevés, le cholédoque curetté et suturé au moyen de 7 fils. Drainage. La malade guérit rapidement.

Dans le deuxième cas de cholédocotomie, il s'agissait d'un homme atteint de fréquentes coliques hépatiques. Ici encore il existait une tumeur descendant du foie, et formée par un appendice linguiforme du foie. La laparotomie latérale permit de sentir profondément dans le cholédoque un calcul qui fut repoussé en haut et extrait. Le canal cholédoque était très friable, on fit un drainage soigné. Le malade succomba au bout de 3 jours, sans doute à la suite d'une septicémie péritonéale.

Fibromes récidivants de l'oreille d'origine traumatique.

M. Picqué fait un rapport sur un mémoire envoyé sous ce titre par **M. Audain** (de Port-au-Prince).

Ces fibromes d'origine traumatique, qui sont très fréquents à Port-au-Prince, prennent naissance autour du conduit artificiel qu'on perce pour les boucles d'oreilles au niveau du lobule de l'oreille. Ces fibromes ont une évolution lente, sont de consistance dure, ligneuse, et sont indolents, ne gênent guère que par leur poids. Ils sont bénins, mais récidivent avec une grande facilité et une grande ténacité. Dans un cas, M. Audain a observé une récidive au niveau de la ligne des sutures.

M. Picqué se demande s'il ne s'agit pas dans ces cas de fibromes récidivants, de fibromes transformés.

M. Routier, qui a observé un cas semblable de tumeur du

lobule de l'oreille, croit qu'il ne s'agit pas là de fibromes, mais tout simplement de kéloïdes qui récidivent d'ordinaire.

M. Delorme obtient la disparition des douleurs dans les kéloïdes douloureuses par la compression forcée.

M. Michaux a observé une énorme kéloïde du lobule de l'oreille, des deux côtés, qu'il a traitée avec succès au moyen de scarifications et d'applications de collodion salicylé. Il pense comme M. Routier que les fibromes de M. Audain sont des kéloïdes.

M. Reclus a traité par la compression forte et brutale une cicatrice kéloïdienne du cou chez un jeune homme, et le résultat a été nul.

M. Kirmisson fait observer qu'on peut observer au niveau du lobule de l'oreille des fibromes et des kéloïdes, les deux ne devant pas être confondues. Le fibrome peut parfaitement récidiver en se transformant.

M. Lucas-Championnière pense que dans les cas de M. Audain il s'agit de kéloïdes de l'oreille, et non de fibromes. Les kéloïdes sont très fréquentes dans la race nègre, et après leur ablation, la récidive est la règle. C'est une raison pour penser que les fibromes de M. Audain qui récidivent si facilement sont des kéloïdes.

M. Poirier croit aussi que dans les cas de M. Audain il s'agissait de kéloïdes. Il a opéré une kéloïde du lobule de l'oreille consécutive à une suppuration ayant succédé au percement du lobule. Cette kéloïde circulaire récidiva et il se montra une kéloïde verticale qui est en voie de guérison spontanée.

M. Félizet croit qu'il faut distinguer deux groupes dans les kéloïdes : les unes qui sont des accidents de la cicatrisation; les autres qui sont de véritables tumeurs prenant tout le lobule de l'oreille en entrant en contact avec le cartilage.

Les kéloïdes du lobule de l'oreille sont difficiles à traiter, presque impossibles à disséquer, et en scarifications ne donnent rien. La compression donne de bons résultats, si on la combine avec l'iodure de potassium et l'arsenic.

M. Picqué a oublié de dire que l'examen histologique, fait par M. Pillet, des tumeurs de M. Audain a montré qu'il s'agissait des fibromes.

M. Lucas-Championnière ne croit pas qu'on puisse faire le diagnostic entre le fibrome et la kéloïde par l'histologie.

Résection du genou pour ankylose vicieuse.

M. Picqué fait un rapport sur une observation d'ankylose vicieuse du genou gauche, traitée par **M. Binaud**, de Bordeaux. M. Binaud pratiqua une arthrotomie, sectionna la rotule, enleva un coin des condyles fémoraux et redressa le genou.

Il sutura ensuite la rotule préalablement sectionnée et ferma le plaie. Résultat excellent.

M. Péraire présente 2 photographies faites au moyen des rayons de Röntgen, pour des plaies des mains par armes à feu.

M. Delorme présente un malade atteint d'une ankylose du genou suite de blennorrhagie et traité avec succès par la mobilisation de l'articulatien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Juin 1896.

Scarlatine à rechutes.

M. Comby. — Les rechutes des fièvres éruptives sont très rares et tous les cas bien nets doivent être recueillis. On a rapporté récemment à la Société médicale des hôpitaux (Chauffard et Lemoine) des exemples probants de rougeole à rechute. Je présente aujourd'hui 2 cas de *scarlatine à rechute*.

L'un de ces cas a trait à une fille de 4 ans, qui, 15 jours auparavant, avait présenté tous les symptômes d'une scarlatine normale. Elle était en pleine desquamation lorsque, tout à coup, la fièvre se ralluma et un nouvel exanthème scarlatiniforme se montra sur le tronc et sur les membres. La malade guérit après des symptômes inquiétants : prostration, état typhoïde, diarrhée, hyperthermie.

Le second cas a été observé à l'hôpital Trousseau chez une fillette de 6 ans, entrée le 16 avril 1896 au pavillon d'isolement pour une scarlatine normale, avec forte fièvre et éruption généralisée pendant une semaine. Le 14e jour, alors que la fièvre était tombée et que la desquamation se faisait en larges lambeaux, l'enfant fut reprise de fièvre, avec éruption nouvelle semblable à la première. Cette rechute dura 6 jours et elle fut suivie d'une otite double; l'enfant guérit.

Ces scarlatines à rechute, *scarlatines récurrentes*, sont rares; mais elles sont bien connues et l'on en trouve des exemples dans les ouvrages de Hénoch, Barthez et Rilliet, Sanné. Tout récemment le Dr Périgord (de Limoges) a publié dans le *Limousin médical* (avril 1896) une observation de scarlatine doublement récurrente, chez une fille de 4 ans. La troisième éruption scarlatineuse (2e rechute) n'a pas duré moins d'un mois dans ce dernier cas.

Comment interpréter ces rechutes? Dans les pavillons d'isolement où les malades sont nombreux et entassés on pourrait invoquer une réinfection, une nouvelle contagion. Mais si la rechute survient, dans les familles, chez des enfants isolés, sans qu'il existe d'autres cas dans leur entourage, dans la maison qu'ils habitent (cas du Dr Pallier) cette explication n'est plus admissible.

Il est donc probable que la rechute de la scarlatine reconnaît la même pathogénie que celle de la fièvre typhoïde : c'est un processus mal éteint qui reprend, c'est un germe qui n'a pas épuisé sa virulence, ce n'est pas une maladie nouvelle qui se déclare.

M. Rendu, qui ne croit pas beaucoup aux rechutes de la scarlatine, pense que les exanthèmes qui se développent pendant la période de desquamation de cette affection sont des exanthèmes dus à une infection surajoutée.

M. Le Gendre ne partage pas l'opinion de M. Rendu, et soutient qu'il y a des cas où il est difficile de ne pas accepter l'idée d'une rechute.

M. Roger. — L'histoire des rechutes dans la scarlatine soulève un problème nosographique très difficile, puisque nous ne connaissons pas l'agent pathogène de la maladie, et que nous ne pouvons faire que des hypothèses sur la nature des accidents.

Or, j'ai observé dans mon service, depuis le 1er janvier 1896, 90 malades atteints de scarlatine; 10 fois il survint à la convalescence des éruptions secondaires. Dans 3 cas, l'éruption était constituée par des érythèmes lichénoïdes ou papuleux, et ici, évidemment, on ne pouvait penser à une rechute; mais ces faits suffisent à faire émettre des doutes sur la nature des érythèmes scarlatiniformes de la convalescence. Ceux-ci ont été observés chez 5 malades, ils ont duré 2 ou 3 jours sans s'accompagner d'accidents manifestes; multiformes le premier jour, ils présentaient nettement, le second jour, l'aspect d'une éruption de scarlatine.

Enfin, 2 malades, à la fin d'une scarlatine très grave, eurent des éruptions tout à fait identiques à celles de la scarlatine; dans un cas, il se produisit même un léger exanthème au niveau de la gorge, et, 3 jours après la disparition de cette éruption, en survint une troisième, beaucoup moins étendue, mais s'accompagnant de phénomènes généraux assez graves.

En rapprochant, comme je viens de le faire, les diverses éruptions post-scarlatineuses, on voit qu'il existe toute une série de faits, qui établissent des transitions entre les diverses variétés d'érythèmes, dont le type le plus élevé simule, à s'y méprendre, la rechute d'une scarlatine. Je ne nie pas la possibilité d'une rechute, j'ai voulu simplement montrer la difficulté du problème nosographique.

M. Béclère partage entièrement l'opinion de M. Rendu et croit comme lui que les prétendues récidives ne sont que des érythèmes infectieux résultant d'une infection surajoutée.

M. du Cazal rapporte l'observation d'un malade atteint d'une *syphilis cérébro-spinale* développée 4 mois après l'apparition du chancre. Les accidents nerveux d'origine syphilitique sont rarement aussi précoces.

M. Balzer cite un cas de paraplégie survenue 2 mois après le chancre.

M. Ménétrier a vu des accidents cérébraux survenir chez un malade 1 mois seulement après le chancre.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 Juin 1896.

Corectopie et luxation congénitale du cristallin avec atrophies choroïdiennes chez un hérédo-syphilitique.

M. Sauvineau rapporte l'observation d'une femme de 53 ans, atteinte de syphilis congénitale, dont le diagnostic a été fait par le professeur Fournier lui-même qui la soigne dans son service et qui présente en outre d'intéressantes malformations oculaires, telles que l'ectopie des deux pupilles, le tremblement de l'iris, avec luxation du cristallin et des atrophies choroïdiennes comme on les rencontre dans la syphilis acquise, mais qui sont engendrées, dans le cas particulier, par la syphilis congénitale.

Il est intéressant de noter l'existence de l'hérédo-syphilis et de ses lésions dans le fond de l'œil, chez un sujet porteur de corectopie et de luxation congénitale du cristallin, malformations dont la pathogénie nous est entièrement inconnue.

M. Darier présente un malade d'une quarantaine d'années et atteint, il y a un mois, d'un morceau de corne de bœuf qui lui blessa l'œil gauche. Après avoir été soigné à l'Hôtel-Dieu par des applications de pommade iodoformée, il vint trouver M. Darier avec une vaste ulcération de la moitié inférieure de la cornée, à aspect blanchâtre, métallique, ressemblant tout à fait à une infiltration plombique.

Cette tache n'a pas augmenté d'étendue et on croirait qu'il s'agit là d'une kératite d'origine animale, le malade affirmant qu'il n'a, à aucun moment, employé d'autre traitement que celui qu'on lui fit à l'hôpital.

M. Abadie pense qu'il s'agit ici d'une infection d'origine animale et il rappelle les cas intéressants de conjonctivite infectieuse d'origine animale que M. Périnaud a rapportés. Il pense qu'il faudrait faire ici de l'ignipuncture et des injections hypodermiques de sublimé.

M. Despagnet. — En prenant en considération la formation de l'épithélium, la limitation de l'ulcère, je pense qu'il pourrait s'agir bien plutôt d'une kératite calcaire, dont Chevallereau, Galezowski et moi-même avons rapporté des exemples : il suffirait, pour s'en rendre compte, d'enlever quelques débris par râclage, à la cornée, et de les mettre en contact avec de l'acide acétique.

M. Parent croit que la kératite calcaire est tout à fait différente de celle-là; c'est une lésion limitée, à aspect grisâtre, siégeant sur l'épithélium et le siège médian, et ne s'observant qu'à un certain âge.

M. Chevallereau dit que la kératite calcaire ne se rencontre que chez certains individus de constitution spéciale.

M. Darier pense comme M. Abadie, qu'il pourrait s'agir, chez son malade, d'une infection animale : il se propose d'enlever un fragment du tissu infiltré et d'en faire faire l'analyse.

Dix cas d'ophthalmie diphthérique traités par la sérumthérapie. Guérison.

M. Despagnet, depuis 18 mois environ, a traité 10 cas d'ophthalmie oculaire, dont 7 à un œil et 3 aux deux yeux.

L'âge de tous les malades variait entre 6 mois et 3 années.

Dans tous les cas, la maladie présentait le type clinique de l'ophthalmie diphthérique. Dans 4 cas, les cornées étaient infiltrées et les muqueuses nasale, buccale, présentaient des lésions diphthériques.

L'examen bactériologique fut fait chez tous les malades : 4 fois, la diphthérie était pure, 1 fois associée au staphylocoque, 3 fois au streptocoque, et dans les autres cas au streptocoque et au staphylocoque. Tous les malades reçurent une injection de 10 centim. cubes de sérum; un seul reçut 2 injections de 10 centim. cubes et chez lequel la cornée fut détruite, les injections ayant été faites très tardivement. Dans les cas d'association de bacilles de Löffler aux streptocoques et autres, les fausses membranes n'ont disparu qu'au bout de 15 jours.

Les fausses membranes disparues, on constatait de la folliculite. Il a constaté un ptosis et une paralysie de la 6e paire, dont la durée ne dépasse point 15 jours.

M. Abadie est surpris du nombre des cas cités par M. Despagnet; pour lui, il n'a vu qu'un cas de diphthérie oculaire, à sa clinique depuis 2 ans et insiste sur l'importance du diagnostic bactériologique, l'injection de sérum n'ayant aucune action sur les bacilles autres que celui de Löffler.

M. Antonelli relève un point important de la communication de M. Despagnet, à savoir la paralysie du releveur de la paupière et du droit externe. Ces paralysies sont tout à fait semblables à celles du voile du palais et des muscles du pharynx produites sans doute par une névrite périphérique, de nature infectieuse.

M. Morax dit qu'il est essentiel de distinguer les conjonctivites pseudo-membraneuses du streptocoque de la conjonctivite du bacille de Löffler au point de vue des résultats à obtenir par la sérothérapie.

M. Boucheron. — Le traitement local ne doit pas être abandonné et j'ai obtenu de beaux effets de l'emploi de l'eau oxygénée, bien moins irritante que le jus de citron.

M. Jocqs. — J'ai vu des cas de conjonctivites qui seraient considérées aujourd'hui comme de nature diphthéritique, guérissant par la seule application de vaseline iodoformée.

M. Wuillomenet. — Le diagnostic bactériologique ayant été fait dans les 10 cas cités par M. Despagnet, je crois qu'il eût été inutile de faire un traitement local; c'est, d'ailleurs, M. Roux qui le recommande.

Deux cas d'amblyopie monoculaire par scotome central, névrite rétro-bulbaire, guérison brusque par les injections sous-conjonctivales.

M. Darier cite le cas d'un conducteur de tramway, atteint d'amblyopie monoculaire, après un refroidissement; il existait un scotome central et le malade ne comptait les doigts qu'à 50 centimètres. Après une injection sous-conjonctivale de sublimé, la vision se rétablit graduellement. Un autre malade de 24 ans, avec scotome central absolu et léger rétrécissement du champ visuel, sans symptôme ophthalmoscopique, fut rapidement amélioré par une injection douloureuse de cyanure d'or.

M. Morax. — Il ne faut point confondre sous la dénomination de névrite rétro-bulbaire des affections différentes comme évolution et comme nature, et ne pas assimiler la névrite rétro-bulbaire aiguë avec la névrite causée par l'intoxication alcoolique. Les névrites rétro-bulbaires aiguës commencent à être bien connues, ont une évolution régulière et guérissent dans la majorité des cas.

M. Parent partage l'avis de M. Morax et pense qu'un traitement douloureux est superflu.

M. Souvineau estime que dans les 2 cas cités, le diagnostic d'amblyopie hystérique lui paraît assez motivé, d'autant plus que la guérison a succédé à un traitement douloureux.

M. Abadie. — Je partage l'avis de M. Morax lorsqu'il dit qu'il y a un type clinique de névrite rétro-bulbaire bien défini, mais je diffère d'opinion sur la facilité du diagnostic et du pronostic que nous ne pouvons souvent faire que d'après la marche de la maladie.

M. Antonelli. — Je pense aussi qu'il n'est pas toujours facile de diagnostiquer la névrite rétro-bulbaire aiguë.

M. Darier dit que Samuelsohn, Leber et d'autres, formulent sur la névrite rétrobulbaire un pronostic beaucoup plus sombre que M. Morax.

Hémorrhagie rétro-choroïdienne spontanée avec hémorrhagie externe.

M. Morax. — L'hémorrhagie rétro-choroïdienne qui survient parfois à la suite d'une intervention opératoire, se développe rarement d'une manière spontanée. Dans le cas que j'ai observé, il s'agit d'un homme qui avait perdu la vision de l'œil gauche, à la suite d'un traumatisme de la cornée et des parties sous-jacentes. Après 26 ans, il se produisit brusquement une évacuation du liquide transparent, à laquelle succéda une hémorrhagie, dont l'origine siégeait au niveau de l'ancienne cicatrice adhérente de la cornée. Cette hémorrhagie s'accom-

pagna de douleurs vives et d'une augmentation du tonus. L'énucléation fut faite et l'examen anatomique du globe montra que les milieux intra-oculaires ont été expulsés par une fissure correspondant à l'ancienne plaie, tandis qu'il se produisit une hémorrhagie remplissant complètement le globe, en refoulant les membranes; et siégeant entre la choroïde et la sclérotique. L'issue brusque de l'humeur aqueuse et du vitréum, a produit un abaissement de tension intra-oculaire qui a provoqué l'hémorrhagie rétro-choroïdienne; ce malade ne faisait aucun effort et l'auscultation ne révélait aucune affection cardiaque.

WUILLOMENET.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Appareil hyoïdien.

MM. Chemin et **Gourdon** présentent un cas de persistance de l'appareil hyoïdien chez l'homme. L'apophyse styloïde a une longueur de 6 centimètres et se trouve reliée à la petite corne de l'os hyoïde par un prolongement fibreux assez court. Cette apophyse a la structure macroscopique des os longs.

Reins polykystiques.

M. Mage présente des reins polykystiques observés à l'autopsie d'une malade du service de M. le professeur agrégé Auché. Ils pèsent chacun 1 100 grammes environ. On ne les avait pas diagnostiqués pendant la vie, le seul trouble urinaire observé étant une quantité assez notable d'albumine. D'ailleurs, les reins polykystiques sont presque toujours des découvertes d'autopsie.

Pleurésie purulente.

M. Cassaët présente un malade atteint de pleurésie purulente gauche, avec déplacement à droite de la totalité du cœur. Il a déjà montré ce malade il y a 2 ans à la Société, et malgré les lésions très accusées qu'il présente, celui-ci n'a cessé d'avoir un bon état général et de se livrer à des marches prolongées et très pénibles, tels que des voyages à pied de Toulouse à Paris, etc. On a pratiqué plusieurs ponctions de la plèvre gauche, qui ont ramené du pus, et à chaque ponction le cœur, au lieu de revenir à sa position normale, tend au contraire à se dévier de plus en plus à droite.

Rétention placentaire.

M. Gibert montre des débris de placentas, retirés par le curettage de l'utérus d'une malade dont l'accouchement remontait à un an et demi. Cette rétention placentaire avait donné lieu à des symptômes de métrite hémorrhagique pour lesquels le curettage fut pratiqué.

Luxation du sternum.

MM. Villar et **Texier** présentent un malade atteint de luxation du sternum en arrière. Elle s'est produite à la suite d'un accident : une roue de voiture était passée transversalement sur la poitrine du malade et avait enfoncé le corps du sternum.

Fibrome utérin.

M. Villar présente un fibrome utérin sous-péritonéal ayant la forme d'un bissac : une première tumeur était fixée à l'utérus par un point pédiculé, et sur cette tumeur venait s'en greffer une seconde également à l'aide d'un pédicule, ce qui contribuait à donner à la tumeur la forme de bissac. Ces deux parties étaient très mobiles les unes sur les autres, et les mouvements imprimés se communiquaient mal à l'utérus, ce qui avait rendu difficile le diagnostic du point de départ de la tumeur.

Anévrysme de l'aorte.

M. Mage présente une aorte anévrysmatique; il existe au niveau de la crosse une dilatation du volume d'une tête de fœtus et l'aorte est soudée aux organes voisins. Les symptômes les plus accusés présentés par ce malade étaient des symptômes de compression bronchique, œsophagienne et nerveuse (accès de suffocation, névralgie phrénique gauche avec hoquet, toux coqueluchoïde, paralysie du récurrent gauche. Le malade a succombé à un accès de suffocation.

Cancer du cardia.

M. Capdepon présente un cas de cancer primitif du cardia. La tumeur n'obstruait pas complètement l'orifice œsophagien, puisqu'elle permet l'introduction du petit doigt; cependant, pendant la vie, l'imperméabilité était absolue, même pour les liquides. Il n'y avait pas d'adhérences avec les organes voisins.

Coxalgie.

M. Renon présente l'articulation fémorale d'un malade atteint autrefois de coxalgie terminée par guérison. Les muscles sont atrophiés; la cavité articulaire persiste, mais les cartilages ont disparu et les surfaces articulaires, dépolies et rugueuses, sont séparées par place par des amas de fongosités. Il n'existait pas de lésions tuberculeuses dans d'autres organes.

Amygdale linguale.

M. Moure présente une amygdale linguale très développée, qu'il a enlevée sur un de ses malades; elle atteignait le volume d'une noisette. M. Brindel, qui a examiné cette petite tumeur, a trouvé qu'elle présentait une structure identique à l'amygdale pharyngienne. Malgré son volume notable, elle ne provoquait que des troubles fonctionnels et une gêne peu marquée.

Rupture de l'aorte.

M. Bousquet présente le cœur d'une malade qui mourut subitement dans le service de M. le professeur Picot. On trouva à la nécropsie une rupture de la crosse de l'aorte dans le péricarde, avec un épanchement de 500 grammes de sang environ dans la cavité péricardique; la rupture s'était faite au niveau d'un petit anévrysme.

Fracture de l'omoplate.

M. Texier présente un malade atteint de fracture de l'angle supérieur de l'omoplate et consécutive à un traumatisme violent ayant porté directement sur l'omoplate. On percevait en un point limité de la crépitation osseuse très nette au niveau de la fracture et la pression était douloureuse à ce niveau.

Syphilis pulmonaire.

M. Mongour présente un malade qu'il pense atteint de syphilis pulmonaire, sans porter toutefois un diagnostic très affirmatif. C'est un homme qui fut pris brusquement d'un point de côté violent du côté droit; la partie moyenne du poumon droit présentait des signes évidents d'induration de son lobe moyen. Le malade est syphilitique et le traitement spécifique appliqué a amené une amélioration très notable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Myélite aiguë.

M. Massy communique l'observation d'une petite fille, chez laquelle s'était déclarée brusquement une paraplégie complète, consécutive à une myélite aiguë. L'électrisation fut mise

en œuvre pour combattre le processus morbide, dès le lendemain de l'accès initial. On pratiqua : 1° l'électrisation des membres et 2° celle de la moelle épinière au niveau de la région lombaire. A aucune période de ce traitement nouveau, qui a duré plusieurs mois avec trois séances par semaine, il n'est survenu d'atrophie musculaire. Actuellement, l'enfant marche, court et saute, comme si la guérison était presque absolue.

MM. Saint-Philippe et **Vergely** présentent quelques observations au sujet de la rareté de ces guérisons et du diagnostic différentiel, tout en insistant sur l'intérêt présenté par l'observation de M. Massy.

Uréthrorrhagies.

M. Pousson lit un travail sur les uréthrorrhagies; dans quatre cas elle furent spontanément si intenses qu'elles inquiétèrent les malades et le médecin : dans un cas, on trouva que le malade était un hémophile, dans un des autres, l'endoscope permit de découvrir un papillome insignifiant, au niveau de la portion prostatique de l'urèthre. Les traités spéciaux sont muets sur le mécanisme de ces hémorrhagies qui se produisent, en général, au milieu de la nuit et non pas au cours d'une exploration de l'urèthre. On est donc réduit à faire des hypothèses.

Paralysie oculaire.

M. Armaignac lit une observation de paralysie à répétition du muscle droit externe, chez une malade qui avait présenté antérieurement de la paralysie du muscle droit supérieur du même œil. Bien que l'étiologie en fût obscure, ces diverses crises ont été guéries par l'iodure de potassium et l'usage de l'électricité.

Pseudo-pustule maligne.

M. Troquart présente une jeune fille qui, à la suite d'une piqûre faite sur la main gauche par une grosse mouche, a vu survenir sur le dos de la main une pseudo-pustule maligne et sur le bras des traînées érythémateuses très étendues. Cette même malade avait présenté des accidents analogues il y a deux ans sur le bras opposé, à la suite d'une piqûre faite par un taon. Elle a aussi une lésion cardiaque.

Abcès à pneumocoques.

M. Mandillon rapporte le cas d'un homme atteint d'une pneumonie grave qui a vu survenir au moment de la résolution un abcès à pneumocoques de la région trochantérienne. M. Mandillon se demande si réellement la guérison de la pneumonie est due à l'apparition de l'abcès à pneumocoques. C'est là la thèse soutenue par les médecins qui, dans des cas semblables, provoquent des abcès par des applications de térébenthine. Elle est quelque peu infirmée par ce fait que beaucoup de ces abcès étaient aseptiques.

Ponction lombaire.

M. Demons fait une communication sur la ponction lombaire. Négligeant le côté thérapeutique et diagnostique de cette intervention, il montre que le procédé de M. Chipault conduit quelquefois à des échecs, les points de repère indiqués par cet opérateur étant difficiles à trouver, M. Demons a donc modifié la technique de la ponction lombaire. Il enfonce le trocart dans l'espace compris entre la dernière vertèbre lombaire et le sacrum; il est facile à trouver, lorsqu'on suit avec le doigt la ligne des apophyses épineuses du sacrum de bas en haut.

Appendicite.

M. Piéchaud relate l'observation d'un enfant qui entra dernièrement dans son service avec une appendicite suppurée; il pratiqua l'opération et après avoir incisé la peau, le tissu conjonctif et l'aponévrose, il trouva le tissu conjonctif souspéritonéal et le péritoine très œdématiés. Le péritoine franchi, les anses d'intestins étaient accolées les unes aux autres par un infiltrat jaunâtre purulent et d'une assez grande consistance. Au niveau du cæcum, il rencontra une collection purulente fort abondante, mais il ne trouva l'appendice que très profondément sur la partie latérale et médiane du détroit supérieur, baignant dans une atmosphère de pus.

Il put saisir l'appendice et pratiquer l'ablation. La pièce pathologique, donnant raison aux théories de M. Dieulafoy, est constituée par une cavité close dans laquelle on a retrouvé un petit corps dur formé par une scybale qui isolait l'appendice iléo-cæcal de la cavité du cæcum.

Cures radicales de hernies.

M. Piéchaud fait part à la Société de quatre observations de cures radicales de hernies, pratiquées chez de jeunes enfants chez lesquels l'usage du bandage n'était pas possible par suite du volume de la hernie d'une part et de l'incurie des parents d'autre part.

Dans ces quatre cas, M. Piéchaud a pu, après section de la peau du tissu conjonctif et des aponévroses, isoler le sac herniaire, réduire les éléments de la hernie, bistourner le sac après dissection dans les orifices, enlever ce sac sans l'avoir ouvert et pratiquer les sutures de Barker-Lucas-Championnière en obtenant chaque fois des résultats excellents.

Il s'agissait dans ces quatre cas d'entérocèle; la transparence absolue du sac a permis à M. Piéchaud d'affirmer que dans aucun cas il n'y avait de l'épiploon et que, dans une observation, il avait parfaitement reconnu le cæcum dans une hernie inguinale gauche.

Dans ces quatre observations les hernies étaient très volumineuses, et le présentateur fait passer sous les yeux de la Société les sacs herniaires desséchés qui indiquent qu'effectivement ces poches étaient considérables et que dans aucun point elles n'avaient contracté des adhérences avec les organes qu'elles contenaient.

M. Dudon. — La méthode indiquée par M. Piéchaud est intéressante, mais il ne faut pas oublier que l'ouverture du sac chez l'adulte n'entraîne aucun danger.

M. Courtin. — La série rencontrée par M. Piéchaud a été fort heureuse car les choses, même chez les enfants, ne se rencontrent pas toujours comme dans les observations qui viennent de nous être soumises.

L'absence de l'épiploon dans la hernie des enfants n'est pas aussi absolue que le dit M. Piéchaud; on le rencontre en certains cas, il est même adhérent au sac et j'ai eu l'occasion chez un enfant de 8 ans de trouver une hernie épiploïque adhérente, très volumineuse, au-devant de laquelle il y avait un hygroma préherniaire déterminé par la pression du bandage sur cette masse irréductible depuis plusieurs années.

Or il est très rare lorsque l'épiploon accompagne l'intestin de ne pas rencontrer des points adhérents. M. Piéchaud nous signale une intéressante observation de hernie inguinale du cæcum à gauche qu'il a trouvée sans aucune adhérence de l'appendice et qu'il a pu réduire sans ouvrir le sac. Ces faits sont d'un grand intérêt, la hernie du cæcum devient rapidement irréductible, car l'appendice en s'enroulant dans le sac contracte des adhérences qui obligent à en pratiquer la lente dissection si elles n'entraînent, comme dans une observation qui m'est personnelle, à l'ablation de l'anse iléo-colique et à la réfection du cæcum.

La série de M. Piéchaud n'a présenté dans aucun cas ces entraves opératoires.

Est-il permis de tirer un enseignement de ces quelques cas? La facilité de l'opération, son innocuité autorisent elles les chirurgiens à conseiller et pratiquer la cure radicale des hernies chez les très jeunes enfants (les observations et les résultats de M. Piéchaud semblent diriger l'opinion dans ce sens)? Ou bien faut-il attendre l'âge adulte malgré les adhérences et l'ouverture obligatoire du sac?

M. Piéchaud. — Si la hernie est maintenue par le bandage il faut s'abstenir; je n'ai opéré que de grosses hernies qu'aucun bandage ne maintenait.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les érythèmes de l'érysipèle.

Historique. — On connaît depuis longtemps les érythèmes survenant au cours des divers états morbides réunis aujourd'hui dans le cadre de l'infection streptococcique.

Dans la fièvre des nouvelles accouchées, sous le nom de miliaire puerpérale, vers la fin du XVII[e] siècle et pendant le courant du XVIII[e], ils ont été bien décrits en 1799, par Malfatti, dans son travail sur la scarlatine puerpérale, puis par Senn (1825). Depuis, ils ont été l'objet de nombreuses études dues à Brown, Denham, Guéniot (1862), Retzius (1863), Hervieux (1870), Raymond, Quinquaud (1872), Verneuil (1868 et 1886), Peter (1877), Aulas (1878), Ballet (1882).

Un des travaux les plus récents et les mieux faits sur la question est la thèse de Geneix, parue en 1883. La thèse de Durand (1891) est égalemens à citer.

Dans les infections d'ordre chirurgical, Gubler les signale le premier en 1858, puis suivent les mémoires de Civiale, Lée, Spencer Wells (1863), Verneuil (1868), Reynes (1873), Bristowe (1872), Duplay (1874), Picaud (1875), Tremblay (1876).

Dans les maladies infectieuses diverses, ils sont étudiés par Hutinel (1), Mussy (1892) et à propos des accidents sérothérapiques, ils sont l'objet de nombreuses discussions à la *Société médicale des hôpitaux* en 1895, 1896.

Les rapports entre les deux ordres de phénomènes, infection septicémique, puerpérale et pyohémique d'une part, et érythème de l'autre, sont donc bien établis. Les recherches microbiologiques, ont montré de la façon la plus saisissante, le lien réel qui unit intimement entre elles ces affections. Elles ont prouvé que le streptocoque peut produire des éruptions très diverses d'aspect, depuis le symple érythème, jusqu'au purpura, et certainement ce microbe est l'un de ceux qui jouent le plus grand rôle dans l'apparition de cette éruption (Hanot et Luzet, 1890; Widal et Thérèse, 1894).

Dans l'érysipèle, les exanthèmes sont moins connus. Il est impossible de trouver dans les anciens des données exactes; jusqu'au commencement du siècle l'érysipèle et l'érythème étaient confondus. Sauvages, dans sa nosologie méthodique comprend dans une même dénomination l'érysipèle, l'érythème, la brûlure, l'intertrigo. Boyer en 1838 ne différenciait pas l'érysipèle du zona.

Dans une des observations de l'ouvrage d'Hoffmann (*De febre erysipelacea*, 1720) il est parlé de rougeur de la main avec exulcération. Mais, comme le dit Desprès, on ne peut guère savoir d'après les descriptions ce qu'étaient les fièvres érysipélateuses pour Hoffmann.

Plater en 1734 (*Opera omnia, de discoloratione*, chap. III) dit : « *In febribus synochis se offert macula rubra lata et dispersa quam erysipelas vocant* ». Il signale des érysipèles accompagnés de prurit et de vésicules qui se crèvent et s'ulcèrent. On ne saurait évidemment reconnaître dans ces observations incomplètes les érythèmes streptococciques, mais il est possible que quelques faits aient trait à la question qui nous occupe. De même Bromfield, en 1773 (*Medical communications*), parle d'érysipèles comparables au *Small pox*.

Dans le Compendium de médecine (1839), Monneret et Fleury, parlant de l'érysipèle général ou universel disent : « On trouve dans les auteurs un aussi grand nombre d'exemples d'érysipèles qui auraient occupé toute la surface du corps à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, qui, au dire de Fodéré en seraient toujours exemptes. Zacutus Lusitanus, Salmuth, Cherlis, De la Motte, Bromfield, Michaelis, Wittmann, P. Frank ont rapporté des observations pour établir l'existence de l'érysipèle universel... Nous pensons avec Jos. Frank, Naumann et quelques autres pathologistes que la science ne possède pas encore d'exemples d'érysipèle universel proprement dit.

« *On a signalé comme tels tantôt des scarlatines ou des urticaires, tantôt et plus souvent encore des érysipèles ambulants ou erratiques qui avaient, en effet, occupé toutes les parties du corps,* mais successivement et non simultanément. » Il y a des rapprochements intéressants à faire entre l'érysipèle universel et les érythèmes d'origine streptococcienne si l'on considère qu'à cette époque érythème et érysipèle venaient à peine d'être distingués.

En 1842 et 1843 Hall et Œxler observèrent une épidémie curieuse dans le nord du Vermont et le New Hampshire. Il s'agissait d'une affection contagieuse, fièvre érysipélateuse caractérisée par symptômes fébriles intenses, éruptions cutanées et érysipèle. Cette épidémie survint en même temps qu'une épidémie grave de fièvre puerpérale.

En 1852, Hérard publie une observation d'exanthème érysipélateux sous le nom de *purpura hemorrhagica febrilis*.

Dans son travail inaugural (1873), Bourgeois rapporte trois observations d'éruptions cutanées consécutives à l'érysipèle, un cas d'herpès, un cas d'impétigo, un cas d'érythème papuleux et miliaire : il considère ces phénomènes cutanés comme dépendant de la crise de la maladie.

1. *Arch. génér. de médecine*, 1892.

En 1885 paraît le travail de Blaise sur « l'érysipèle hémorrhagique », fait sous l'influence des idées de Verneuil. La nature infectieuse de l'érysipèle et la possibilité de pertes sanguines dues à l'altération profonde de l'organisme y sont démontrées. « Les hémorrhagies que l'on peut rencontrer dans l'érysipèle sont de diverses natures; hémorrhagies sous-cutanées, collections sanguines profondes ». Mais l'auteur s'explique plus loin et dit : « Les hémorrhagies sous-cutanées peuvent se montrer sous forme d'ecchymoses, de pétéchies ou sous forme de purpura. Celui-ci peut rester localisé ou se généraliser. Il est passager, apparaît au point que l'éruption érysipélateuse vient de quitter et peut reparaître à différentes reprises. »

Or, ce qui est décrit dans ce passage, ce n'est plus le purpura érysipélateux tel qu'on doit le comprendre, c'est l'érysipèle veineux de Sanson, l'érysipèle ecchymotique de Gosselin, ce n'est pas l'apparition d'une efflorescence indépendante, au point de vue de son siège, de l'éruption érysipélateuse. Tous les cas se rapportant à cette forme doivent être éliminés du cadre des érythèmes qui font le sujet de cet article.

Dans la thèse d'Achalme (1892) se trouvent quelques mots sur les rash érysipélateux et le purpura. Cet auteur publie une observation d'érythème desquamatif récidivant, s'étant renouvelé à l'occasion d'un érysipèle. Roger (*Revue de médecine*, 10 mars 1896) signale des érythèmes papuleux survenant au cours de l'érysipèle.

Mais c'est surtout une communication récente de MM. Chantemesse et Sainton à la *Société médicale des hôpitaux* (6 mars 1896) qui a appelé l'attention sur ces accidents. Enfin la thèse de M. H. Pertat (1), qui est le développement de cette note, et dont nous donnons ici le résumé, vient d'en faire une étude d'ensemble.

Etude clinique. — Les éruptions érysipélateuses présentent les mêmes modalités que les autres érythèmes infectieux. Tous ces érythèmes se présentent sous les formes cliniques les plus diverses et ils peuvent revêtir plusieurs formes chez le même individu. Les différents types observés sont résumés dans le tableau suivant :

A. *Erythèmes simples :*

- 1° Rougeur érythémateuse;
- 2° Erythème diffus des extrémités;
- 3° Erythèmes scarlatinoïdes;
- 4° Erythèmes papuleux;
- 5° Erythème ortié.

B. *Erythèmes purpuriques.*

C. *Erythème polymorphe* (*vésico-bulleux et purpurique*).

Fréquence. — « Sur 579 malades, dit M. Chantemesse, 28 ont présenté des érythèmes, ce qui fait une proportion de 5,24 p. 100. Dans 22 cas, il s'agissait d'érysipèle de la face, dans 6 cas, d'érysipèle des membres. Il semble que l'érythème soit plus fréquent au cours de l'érysipèle des membres : sur 24 cas de lésions des membres, nous observons 6 cas d'érythème, soit 25 p. 100, tandis que sur 555 cas de lésions faciales, nous n'en trouvons que 22, ce qui fait une proportion de 3,90 p. 100. »

On voit l'écart considérable qui sépare entre eux les deux chiffres; aucune cause ne nous paraît susceptible de les expliquer, car les érysipèles des membres n'ont pas présenté une gravité sensiblement plus grande que les érysipèles de la face.

Pour ce qui est de leur *fréquence relative*, M. Pertat sur 31 cas trouve 11 érythèmes simples dont 3 du tronc et 8 des extrémités, 7 érythèmes scarlatiniformes dont un appartenant à l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, 3 papuleux, 1 urticaire, 7 purpuras, 2 éruptions polymorphes.

Date d'apparition. — Elle varie entre le 2e et le 8e jour de la maladie, quelquefois elle a été retardée jusqu'au 11e et au 12e. Exceptionnellement, dans une observation, l'érythème n'est survenu que le 28e jour, mais il s'agit bien là d'une éruption streptococcienne, puisque dans ce cas l'autopsie fut faite et que les cultures des organes donnèrent du streptocoque pur.

Les érythèmes ne sont donc point un accident de la période critique, comme l'écrit Bourgeois; ils peuvent être contemporains de la plaque érysipélateuse.

1° *Rougeur érythémateuse.* — Elle se montre en général dans les cas bénins, elle n'est annoncée par rien et ne s'accompagne d'aucun symptôme local ou général. Elle est précoce et survient entre le 2e et le 5e jour. Elle est caractérisée par l'apparition de plusieurs efflorescences de coloration rosée qui occupent le tronc, l'abdomen et les cuisses. La teinte se fond insensiblement avec celle des parties voisines, de sorte qu'elle peut passer facilement inaperçue : la pression des mains ou de l'ongle y détermine une empreinte blanchâtre, disparaissant bientôt, mais qui en rend la coloration plus marquée. En général, la durée de cette forme est courte; après 2 ou 3 jours, elle s'efface sans laisser de trace. Elle peut passer très facilement inaperçue, ou être prise pour une roséole pudique. Ce n'est donc que par un examen systématique et méthodique des malades, que l'on pourra avoir des données exactes sur sa fréquence.

2° *Erythème diffus des extrémités.* — Assez fréquent, il est précoce comme le précédent et survient à la même époque. Il est plus facile à apercevoir pour le médecin et plus remarqué par les malades : il se montre en général au cours d'érysipèles bénins. Comme son nom l'indique, il siège le plus souvent aux mains et aux pieds, aussi bien à la région palmaire ou plantaire qu'à la région dorsale, il peut se montrer aux poignets, aux régions oléocrâniennes et même au niveau de la pointe du nez. Il peut s'accompagner d'éruptions du tronc variant de la rougeur érythémateuse à l'érythème scarlatinoïde.

Au point de vue de sa topographie, deux caractères méritent d'être mis en relief, sa disposition presque toujours symétrique, comme si le système nerveux jouait un rôle dans sa distribution (il est comparable en cela au purpura myélopathique) et d'autre part la préférence qu'il affecte pour le voisinage des articles. C'est en effet au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ou des phalanges entre elles qu'il se présente le plus nettement et avec une teinte plus foncée.

Au point de vue de sa coloration, il offre des carnations plus intenses que dans la variété précédente. La rougeur y est plus limitée, plus saillante sur les parties voisines : d'ailleurs la nuance varie si on considère la face dorsale de la main ou la face palmaire par exemple.

Dans le premier cas, la rougeur est franche, presque lie de vin, dans le second, elle est à peine accentuée et se rapproche parfois de la teinte jaunâtre signalée par certains auteurs au cours de la fièvre typhoïde. L'intensité de l'éruption peut varier dans la même journée, elle peut diminuer pour s'accentuer ensuite : cette variabilité est un nouveau caractère à ajouter à ceux précédemment signalés.

Après sa disparition, la peau est souvent rugueuse, plus adhérente que normalement au plan profond, elle

1. H. Pertat, Contribution à l'étude des érythèmes infectieux. Des érythèmes érysipélateux (thèse de Paris, 30 avril 1896, n° 259).

présente un aspect parcheminé. Elle desquame en lamelles plus ou moins larges, tantôt presque comme dans la scarlatine, tantôt en poussière furfuracée.

Cette variété peut s'accompagner d'albuminurie. Dans un cas, un souffle systolique au cœur fut perçu au cours de son évolution, mais sa durée fut éphémère. Des arthralgies légères se montrent en même temps que l'exanthème, degré très atténué de pseudo-rhumatisme infectieux.

En général l'éruption n'est pas marquée par une élévation de température, si l'érysipèle est apyrétique ; s'il ne l'est pas, la marche thermique n'est nullement influencée par son apparition. En somme, ce n'est qu'un épisode sans grande importance au cours de la maladie.

3° *Érythème scarlatinoïde.* — C'est un degré plus accentué des deux formes précédentes : c'est lui qui correspond à la scarlatine puerpérale et à la scarlatine chirurgicale. Il ne passe pas inaperçu. Entre le 4ᵉ et le 7ᵉ jour de l'érysipèle, le thorax et l'abdomen sont envahis en un espace de temps très court, quelquefois en peu d'heures, par des plaques rouges, écarlates, irrégulières, composées au début par de grosses macules : celles-ci ne tardent pas à se réunir pour occuper une grande surface.

L'exanthème a une certaine tendance à voyager; parfois il débute au creux axillaire et se propage aux membres inférieurs très rapidement, en 24 heures à peine.

La coloration est rouge écarlate, mais elle peut être plus foncée et devenir presque framboisée. En général, cet exanthème n'est pas accompagné ni suivi d'éruption miliaire, comme cela se rencontre si souvent au cours de l'infection puerpérale.

Il siège en général au niveau du tronc et s'étend de là, sur la racine des membres. Dans quelques cas, il a envahi les extrémités des mains et des poignets, s'accompagnant de gonflement notable des doigts et de sensations de fourmillements et d'engourdissements dans les phalanges.

Dans une observation de M. Pertat, il se produisit, en même temps que les lésions cutanées, de la rougeur de la gorge et des piliers du voile du palais. Ces phénomènes auraient pu être attribués à l'érysipèle, mais ils s'accompagnèrent de dépouillement de la langue qui prit dans une de ses moitiés l'aspect de la langue des scarlatineux; cette desquamation dura peu de temps et l'épithélium fut réparé au bout de 3 jours. L'exanthème fut donc accompagné d'un énanthème véritable. Et malgré l'étendue des lésions, la chute de la température eut lieu en lysis (comme cela se produit quelquefois) au dixième jour de la maladie. Aucune ascension thermométrique n'annonça l'apparition de l'efflorescence cutanée.

La terminaison a lieu généralement en 4 ou 5 jours, par une desquamation abondante, en lamelles assez volumineuses. Dans un cas, la peau prit, après la disparition de l'érythème scarlatinoïde, une coloration jaunâtre.

Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. — Achalme a rapporté un cas d'érythème scarlatiniforme récidivant, qui s'était montré jadis à l'occasion de l'absorption de mercure chez une jeune fille syphilitique et réapparut sous l'influence d'une poussée érysipélateuse ; dans ce cas, l'infection streptococcique a joué le rôle d'agent provocateur de la récidive. Mais plusieurs cas d'érythème scarlatiniforme du type desquamatif récidivant ont été signalés, soit dans l'infection puerpérale, soit dans les angines (Mussy). Il est donc logique de penser que le même fait peut se produire dans l'érysipèle.

4° *Érythème papuleux.* — M. Pertat ajoute deux cas personnels à celui de la thèse de Bourgeois, et deux cas signalés seulement dans le travail de M. Roger (*Revue de médecine* du 10 mars 1896) ; ce dernier auteur dit aussi qu'il a observé un certain nombre de ces érythèmes papuleux, consécutifs à l'érysipèle.

Cet érythème apparaît tantôt au début de la maladie, vers le 2ᵉ jour, tantôt vers la fin (Bourgeois le considérait comme un phénomène critique), le 17ᵉ jour, dans un cas de M. Pertat.

Dans les deux cas de M. Pertat, aucun phénomène n'annonça l'éruption ; elle fut constituée par des papules rosées, saillantes, occupant la face antérieure du thorax et ses faces latérales, présentant ainsi un aspect rubéoliforme ; dans une observation, l'érythème occupa aussi la face dorsale des mains et des poignets.

Les papules pâlissent sans laisser de traces.

Bourgeois a signalé une *éruption miliaire* survenue après l'éruption papuleuse.

5° *Érythème ortié.* — M. Pertat n'a recueilli qu'un seul cas de cette forme chez un malade ayant eu un érysipèle bénin, apyrétique pendant la plus grande partie de son évolution. L'apparition des plaques se fit au 11ᵉ jour, sans aucune élévation de température. Elles occupèrent le tronc, l'abdomen, les cuisses et s'éteignirent rapidement. C'est donc une forme rare.

Rappelons à ce propos que, selon Geneix (Th. de Paris, 1883), l'érythème puerpéral peut affecter l'apparence de l'érythème papuleux, de la roséole et de l'urticaire.

6° *Érythème purpurique.* — Le purpura a été signalé depuis longtemps parmi les manifestations cutanées de l'érysipèle, mais dans un autre sens que celui qu'on lui attribue habituellement. Gosselin dit en parlant de la forme ecchymotique de l'affection : « J'appelle ainsi la variété dans laquelle la teinte rouge de l'érysipèle est mélangée dans certains points d'une teinte bleuâtre, évidemment due à l'infiltration du sang dans les mailles de la peau par la rupture de quelques capillaires engorgés. Cette lésion se voit de préférence chez les personnes âgées ou affaiblies et aux membres inférieurs. Elle s'accompagne quelquefois de taches de purpura. » De même les auteurs du Compendium signalent que les taches du purpura peuvent se montrer ailleurs qu'à l'endroit occupé par le gonflement érysipélateux.

Le purpura survient dans les formes graves : sur sept cas, on compte 4 cas mortels ; l'un des malades succomba à une méningite purulente, les deux autres étaient des femmes cachectiques présentant à l'autopsie l'une une néphrite interstitielle ancienne, l'autre de la cirrhose hépatique et de la sclérose rénale, avec les phénomènes infectieux de la maladie de Werlhof. Dans les autres cas, les sujets ont guéri, mais furent pris de phénomènes ataxo-adynamiques marqués.

L'albuminurie a été notée quatre fois : dans un cas les urines ne purent être examinées.

Le purpura est un accident tantôt précoce, tantôt tardif ; dans un cas il est survenu le 28ᵉ jour. Il peut affecter des degrés variables : chez quelques sujets, des taches isolées, ecchymotiques, peu nombreuses, se montrèrent au niveau des cuisses, aux genoux et aux avant-bras ; elles ne furent accompagnées d'aucun symptôme, si ce n'est d'engourdissement et d'une sensation de picotement dans le membre inférieur, la veille de l'apparition de l'exanthème, chez une seule malade. Dans les autres cas au contraire il a été généralisé : son apparition a été annoncée par de la fièvre, des frissons, une sensation de malaise général, des phénomènes gastriques, des vomissements. Des arthropathies peuvent se montrer avant la floraison des taches.

L'*éruption* est constituée par des taches purpuriques, nombreuses, qui occupent les membres supérieurs et

et inférieurs et y sont plus abondantes et plus confluentes qu'au tronc. Elles affectent tantôt l'aspect d'une ecchymose d'assez larges dimensions, tantôt le caractère de petites pétéchies très nombreuses, formant un piqueté hémorrhagique. Elles peuvent pâlir assez rapidement ou prendre une coloration brunâtre, presque jambonnée.

Des *hémorrhagies* accompagnent quelquefois le purpura : ainsi le malade de Bérard affirme avoir eu des urines rouges sanguinolentes, caractéristiques du pissement de sang ; il fut pris aussi d'hémoptysie ; une malade de M. Pertat eut des épistaxis répétées et une hématurie qui put être constatée microscopiquement. Dans un cas, où en même temps que les éruptions purpuriques, se montrèrent des pustules, le malade eut une hémorrhagie intestinale.

Des *arthropathies*, comme nous l'avons dit plus haut, peuvent apparaître en même temps que les suffusions sanguines. Elles sont en général peu graves et revêtent plutôt le caractère d'arthralgies multiples que d'arthrites proprement dites. Les douleurs disparaissent d'ailleurs assez rapidement.

Les *phénomènes généraux* consistent surtout en élévation de température, inappétence, vomissements. Du délire peut survenir du fait même de l'infection purpurique. Une malade de M. Pertat succomba avec du collapsus cardiaque dans le coma et l'hypothermie. La température rectale fut prise plusieurs fois, douze heures avant la mort et vérifiée avec grand soin. Le thermomètre marquait 34°5.

Les urines, nous l'avons vu, sont souvent albumineuses.

Il existe donc des purpuras érysipélateux affectant un caractère de gravité externe et traduisant l'infection profonde de l'organisme. Il s'agit là d'une véritable forme hémorrhagique de l'érysipèle, comparable aux formes analogues des fièvres éruptives. Il est très important de connaître qu'elle peut se produire sans aucune médication sérothérapique et se montrer chez des malades atteints de formes ataxo-adynamiques de la maladie.

7° *Erythème polymorphe.* — Les érythèmes précédents peuvent se montrer simultanément chez le même sujet. C'est ainsi qu'on peut voir l'érythème papuleux accompagner l'éruption scarlatinoïde. Le polymorphisme peut être plus grand encore : des bulles, des vésicules peuvent compliquer l'érysipèle et se mélanger aux manifestations précédentes. M. Pertat l'a vu dans deux cas, chez des sujets jeunes ayant eu des manifestations érysipélateuses assez intenses.

Une de ces observations est surtout remarquable. Un homme vigoureux de 36 ans, alcoolique, eut un érysipèle traumatique de la face; vers le huitième jour de la maladie apparut une éruption bulleuse des membres; puis survinrent des taches purpuriques de la grosseur d'une lentille, des vésicules jaunâtres reposant sur une aréole ecchymotique, et des pustules : de sorte qu'à première vue on aurait pu penser à une variole hémorrhagique.

De petites ulcérations se montrèrent en même temps sur la voile du palais. Une hémorrhagie intestinale survint au 11e jour. L'urine contenait de l'albumine; plusieurs articulations étaient douloureuses. La température resta néanmoins normale. L'urine et le sang donnèrent des cultures pures de streptocoques.

Cette observation est intéressante par la variété des accidents et l'intensité des éruptions, et aussi par l'absence complète de fièvre. On peut rappeler à ce propos que l'on connaît quelques observations d'infection streptococcique apyrétique (1).

Étiologie et pathogénie. — Les causes qui favorisent le développement des efflorescences cutanées d'origine infectieuse sont encore assez mal connues. On a invoqué autrefois des causes banales, telles que l'arthritisme, une sorte de prédisposition du tégument à faire des éruptions sous l'influence d'intoxications ou d'infections.

Age. Sur trente et un malades dont l'observation est rapportée dans la thèse de M. Pertat, seize avaient entre 18 et 26 ans, douze avaient 30 et 45 ans, et enfin trois seulement avaient entre 60 et 65 ans. Le plus jeune avait 18 ans, le plus âgé avait 69 ans. On sera frappé de la fréquence chez les sujets jeunes, mais il est impossible d'en tirer des conclusions, car c'est chez eux que l'on rencontre le plus souvent l'érysipèle.

Sexe. Il en est de même pour le sexe : sur trente et un sujets on trouve dix-neuf femmes et douze hommes. Il y a ainsi une prédominance assez marquée en faveur du sexe féminin; mais il faut remarquer que le nombre des femmes hospitalisées pour érysipèle a été environ d'un tiers plus fort que celui des hommes.

Gravité de l'érysipèle. Ici, comme dans le paragraphe suivant, il faut distinguer les érythèmes simples d'une part, les érythèmes purpuriques et polymorphes d'autre part.

Dans la première catégorie, l'intensité de l'infection ne paraît pas jouer un grand rôle : l'exanthème se montre aussi bien au cours d'un érysipèle bénin, apyrétique, qu'au cours d'une forme grave. Les formes moyennes en constituent le plus grand nombre.

Dans la deuxième, se trouvent des cas mortels : sur neuf malades, notre relevé porte quatre décès et cinq érysipèles graves. Ces formes hémorrhagiques paraissent donc être en rapport avec une intoxication plus profonde de l'organisme.

Rapports avec l'albuminurie. — Dans la première forme, l'albuminurie est rare, elle ne s'est montrée que trois fois sur vingt-deux cas, tandis que dans la seconde, sur neuf cas elle s'est montrée cinq fois, et dans trois cas, les urines n'ont pas été examinées. Il y a donc là un rapport de cause à effet qui n'est pas douteux.

Théories pathogéniques. — Autrefois, on tendait à considérer ces phénomènes comme des signes de la crise. En 1873, Bourgeois, dans sa thèse, dit encore en parlant de ces éruptions : « Elles amènent avec elles la résolution de l'érysipèle, elles sont apyrétiques, n'ont pas de symptômes généraux et accomplissent rapidement leur évolution. »

D'autres les regardaient comme une manifestation cutanée de la maladie. « Autrefois, dit M. Hutinel, on leur donnait le nom d'érythèmes fugaces et l'on s'accordait généralement à ne voir en elles qu'un symptôme inconstant de la maladie première, on a dit bien souvent à leur propos, qu'il ne fallait les considérer, dans leurs rapports avec l'état morbide général, ni comme une complication, ni comme un simple accident, mais comme une véritable détermination cutanée. N'était-il pas naturel d'admettre que le tégument peut, lui aussi, subir quelque altération et réagir à sa façon dans une maladie où l'on voit tous les viscères, tous les tissus plus ou moins atteints dans leur structure et leur vitalité? »

Actuellement, deux théories sont mises l'une en face de l'autre et ont chacune leur part de vérité.

1. Achard, *Médecine moderne*, 28 nov. 1894, p. 1477.

Les unes accusent les microbes : ceux-ci s'élimineraient par la peau, c'est l'opinion de Kiwisch, Birch, Gibier, de Neuhaus (dans ses recherches sur la fièvre typhoïde en 1886). Brieger soutient une opinion analogue en attribuant les érythèmes à des embolies parasitaires, et cela d'autant plus qu'au niveau des sugillations cutanées il a trouvé des micro-organismes dans les vaisseaux.

D'autres rattachent la production d'exanthèmes à l'influence d'une dilatation vasculaire due à l'action des toxines sur les vaso-moteurs.

Enfin, Widal et Thérèse admettent les deux théories ; leur communication à la Société médicale des hôpitaux (9 février 1894) est le reflet exact de l'opinion la plus généralement admise et la plus compatible avec l'état actuel de la science. Cette conception, qu'ils appliquent au purpura surtout, peut être vraisemblablement généralisée aux autres érythèmes. Deux mécanismes sont possibles : d'une part, « la dermatite bactérienne métastatique » peut suffire à expliquer certains cas ; mais dans d'autres cas, notamment dans une observation de Lannois et Courmont, ces auteurs ont trouvé le streptocoque uniquement localisé dans les ganglions lympathiques, ils ne purent le trouver ni dans le sang, ni, après la mort, dans les viscères.

On peut donc concevoir que « les toxines interviendraient le plus souvent par l'intermédiaire du système nerveux central, pour déterminer des phénomènes de vaso-dilatation et ce fait nous rendrait compte dans une certaine mesure des particularités du purpura telles que la symétrie des pétéchies. D'après cette manière de voir, au point de vue pathogénique, certaines variétés de purpura entreraient dans le cadre du purpura myélopathique. »

En ce qui concerne le purpura érysipélateux, surtout, les observations confirment cette théorie ; deux ordres de symptômes, en effet, ont accompagné l'érythème purpurique : d'une part, l'albuminurie montrant l'altération du filtre rénal et l'action des toxines, d'autre part, les phénomènes nerveux ataxo-adynamiques décelant la perturbation fonctionnelle du système nerveux sous l'influence des mêmes toxines.

Diagnostic. — Au point de vue morphologique les exanthèmes érysipélateux ne diffèrent en rien des érythèmes infectieux ou toxiques.

Il faut s'assurer pour admettre cette origine érysipélateuse que le malade n'a absorbé aucune substance médicamenteuse capable de donner lieu à des phénomènes analogues : antipyrine, atropine, opium, chloral, iodure de potassium, etc. ; il faut penser à la forme légère de l'hydrargyrisme et rechercher avec soin si le sujet n'a pas été soumis à un traitement mercuriel interne ou externe.

Les érythèmes scarlatinoïdes ressemblent quelquefois étrangement aux érysipèles ambulants, et chez un malade de M. Chantemesse la confusion était facile. Quelquefois l'érysipèle ambulant peut être apyrétique, le bourrelet n'y est pas toujours très net : l'élévation persistante de la température ou le maintien de l'élévation thermique, l'aggravation de l'état général sont en faveur de l'érysipèle.

Il est nécessaire dans ces cas de faire l'examen du sang ; c'est en effet un élément de valeur capitale dans le diagnostic.

En terminant ce chapitre, il est une dernière question qui se pose et qui n'est pas des moins intéressantes. Existe-il un signe permettant de différencier les érythèmes à streptocoques de ceux que certains auteurs attribuent au sérum? La symptomalogie des deux ordres d'éruptions paraît être la même ; M. Mathieu dit que les les urticaires seraient plus fréquentes chez les malades soumis à la sérothérapie que chez que chez les autres. Mais Tremblez (th. de Paris, 1876), Geneix (th. de Paris, 1883), ont montré que l'éruption ortiée compte parmi les manifestations des infections d'origine pyohémique et d'origine puerpérale. On ne saurait donc jusqu'à nouvel ordre établir à ce sujet aucune distinction valable.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Rapports de la grosse molaire supérieure et du sinus maxillaire,

d'après la thèse de M. L. Frey. N° 142.

(*Monographie de la dent de 6 ans.*)

Les rapports pathologiques qui existent entre la première grosse molaire supérieure et le sinus maxillaire sont les suivants. La partie la plus déclive du sinus maxillaire, se trouve en général en rapport avec la dent de 6 ans et en particulier avec sa racine antéro-externe. On conçoit qu'il en résulte des relations pathologiques et même thérapeutiques du plus haut intérêt entre la cavité du sinus maxillaire supérieur et la première grosse molaire ; celle-ci produit dans le sinus des empyèmes.

Les lésions de la première grosse molaire peuvent avoir sur le sinus, selon les cas, un retentissement absolument variable. Il peut se produire : 1° un kyste qui peut ou non suppurer et s'ouvrir dans le sinus ; 2° un abcès alvéolaire qui s'ouvre dans le sinus ; 3° une sinusite, c'est-à-dire une inflammation de la paroi du sinus qui peut dégénérer en un abcès de cette paroi, lequel abcès pourra s'ouvrir dans le sinus. Dans tous les cas, quand le pus, quelle que soit son origine, a envahi le sinus, il y a empyème, jamais abcès du sinus.

1° Si les phénomènes inflammatoires intra-alvéolaires sont modérés, il se produit à l'extrémité d'une des racines un kyste périostique séreux ou séro-purulent. Cette poche kystique se distend, et, trouvant dans son voisinage le sinus, elle en soulève la double paroi osseuse et membraneuse ; cette poche efface la cavité dont elle prend la place, refoulant et aplatissant le sinus dans un point quelconque du maxillaire. Jamais, dans ce cas, on ne pourra constater le moindre écoulement par le nez. Que le contenu de ce kyste vienne à suppurer et à s'ouvrir dans le sinus même, il se produira alors un empyème de cette cavité, avec écoulement par la fosse nasale correspondante.

2° Dans un second cas, le processus du foyer alvéolaire au sommet radiculaire est plus aigu, franchement inflammatoire ; un abcès véritable se forme en ce point, cherchant l'issue la plus proche et la plus simple. Habituellement cette issue est la muqueuse de la bouche, et c'est ainsi que s'établissent les fistules ; mais, dans un certain nombre de cas, la poche se dirige vers la cavité du sinus, l'inflammation et la désorganisation des tissus gagnent de proche en proche la paroi osseuse du sinus et sa paroi membraneuse. Celles-ci se perforent et l'abcès alvéolaire se vide brusquement dans la cavité pour s'écouler de là en dehors. A plus forte raison, tous ces accidents, aussi bien le kyste envahissant la cavité que l'abcès qui s'y perfore, sont-ils encore plus faciles à expliquer quand les racines s'ouvrent directement dans le sinus lui-même.

3° Enfin des lésions inflammatoires occupent les racines ou une des racines de la dent de 6 ans, sans qu'il y ait abcès radiculaire, mais l'infection se propage par voisinage jusqu'aux parois du sinus ; il y a sinusite ; un abcès pariétal peut se former, s'ouvrir dans la cavité, d'où empyème du sinus.

Au sujet des empyèmes du sinus ayant la dent de 6 ans pour point de départ, on peut les observer dans 3 cas : *a*) comme complication de la carie ; *b*) par suite d'un traumatisme de la première grosse molaire, intéressant le sinus, pénétration de corps étranger septique ; *c*) à la suite d'une pyorrhée alvéolaire de cette dent, bien que ce dernier cas soit très rare. Le diagnostic d'un empyème du sinus provoqué par la dent de 6 ans est facile ; cependant, quelquefois, on peut être induit en erreur par les faux abcès du sinus. Lorsqu'avec une dent supérieure et cariée au 4e degré, il y a écoulement du pus par le nez, sans lésions nasales proprement dites, il y a tout lieu de croire à un empyème de l'antre d'Higmore, et, en réalité, il s'agit là parfois simplement d'une fistule d'origine dentaire s'ouvrant dans la narine du côté correspondant. Quant au traitement des empyèmes du sinus, c'est par l'alvéole de la dent de 6 ans que, très souvent, on livre passage au pus. D'autres auteurs préfèrent la deuxième grosse molaire ou la deuxième petite molaire.

Tumeur de l'angle interne de l'œil gauche prise pour un sarcome. Epithélioma pavimenteux lobulé.

Par M. le Dr Cabannes (1).

Je vous présente un homme de quarante-cinq ans, carrier, qui était venu à la consultation de la clinique ophthalmologique de M. le professeúr Badal pour une tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche simulant à s'y méprendre un phlegmon du sac lacrymal. L'incision faite séance tenante donna issue à du sang pur ; on put constater qu'on se trouvait en présence du tissu d'une véritable tumeur pseudo-fluctuante, à tissu mou et qui semblait être du sarcome. Le malade fut admis à l'hôpital le 9 décembre 1895.

Des renseignements que nous avons obtenus de ce malade il résulte qu'il ne possède aucun antécédent héréditaire ou personnel à noter. Sa santé a été bonne jusqu'à il y a quatre mois.

Vers cette époque il fut pris de céphalalgies intenses, se localisant au front et à l'occiput, empêchant le malade de dormir. Ces douleurs durèrent un mois et demi environ et au moment où elles disparurent les fosses nasales gauches étaient obstruées, l'air n'y circulait plus et il s'en écoulait par la narine correspondante une sanie purulente, teintée légèrement de sang et d'odeur infecte. A ce moment même le malade constata au niveau de la région du sac lacrymal une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette. Ces phénomènes persistent un mois environ, s'aggravant chaque jour; le malade ne se soigne pas, ne consulte aucun médecin et ce n'est que l'accroissement considérable de volume de la tuméfaction de l'angle interne de son œil qui le décide à venir à l'hôpital.

Nous avons déjà dit plus haut la difficulté de diagnostic qui s'était présentée à nous dès le début. Peu de jours après, le malade fut soumis à l'examen rhinoscopique postérieur par MM. Moure et Brindel qui constatèrent l'existence d'une tumeur comblant par son volume les choanes et se prolongeant haut du côté de la voûte de la partie postérieure de la fosse nasale correspondante. En avant elle s'étendait jusqu'à 2 centimètres environ de la narine correspondante. La cloison était de plus fortement déviée de sa direction habituelle. Un fragment de tumeur enlevé à la partie postérieure de la fosse nasale a été examiné par M. Brindel et il résulte de cet examen qu'on se trouve en présence d'un épithélioma pavimenteux lobulé avant acquis déjà de notables proportions puisqu'il offre le volume d'une mandarine extérieurement.

Cette observation nous a paru intéressante à un double point de vue; tout d'abord au point de vue de la difficulté du diagnostic au début puisqu'à la suite d'une interrogation sommaire nous avons pensé d'abord à un phlegmon du sac puis à un sarcome et en somme c'est un épithélioma, et ensuite au point de vue de l'intervention chirurgicale à mettre en œuvre en pareille circonstance. L'ablation de cette tumeur sera en effet accompagnée d'une hémorrhagie peut-être difficile à réprimer et en tout cas d'une récidive à bref délai, car les cavités des sinus sphénoïdaux et frontaux sont envahies fort probablement et nous ne pouvons savoir si la base du crâne elle-même n'est pas atteinte.

1. Communication à la *Société de laryngologie*, etc., de Bordeaux.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en avril et mai 1896.

M. Simonnot (Henri). — *De la présence des cristaux de Charcot-Robin dans les fèces des malades porteurs des parasites intestinaux.* N° 138.

M. Le Coq (Étienne). — *Étude sur le traitement des plaies et des ulcères par les greffes animales et particulièrement par les greffes de peau de grenouille.* N° 147.

M. Olmières (E.). — *Des indications du lavage de l'estomac chez les enfants.* N° 153. (H. Jouve.)

M. Marlière (Albert). — *Des causes de la durée et de la chronicité de l'otite moyenne suppurée.* N° 169.

M. Fournier (Léon). — *Contribution à l'étude du traitement de l'obésité par le corps thyroïde.* N° 215. (H. Jouve.)

M. Levassort (Charles-Étienne). — *La stérilisation pratique en chirurgie.* N° 230. (Soc. d'Ed. scient.)

M. Mage (Pierre). — *Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage.* N° 238. (H. Jouve.)

M. Burneff (Michaïl). — *Contribution à l'étude des pneumonies alcooliques traitées par les injections de strychnine.* N° 239.

Pour conclure, M. Simonnot s'appuie sur ce qu'il a observé personnellement et sur ce que le professeur Leichtenstern l'a autorisé à publier et il dit :

Les cristaux de Charcot-Robin sont la règle dans les cas d'ankylostomes. Très fréquents dans les cas d'anguillules intestinales. Très fréquents dans les cas de tænia solium, il les a trouvés deux fois sur deux cas. Rares, mais pas très rares, dans les cas d'oxyures et d'ascarides. Rares dans les cas de trichocéphales à moins qu'il n'y en ait en abondance. La présence de ces cristaux prouve qu'il y a un parasite.

Les greffes animales, surtout la greffe avec la peau de grenouille, peuvent hâter la cicatrisation des plaies et des ulcères. Il y a même des cas où la peau de grenouille réussit alors que la peau humaine avait échoué. M. Le Coq affirme donc qu'il ne faut pas hésiter à l'employer : 1° Quand on se trouve en présence de vastes ulcères, qui nécessiteraient l'ablation de nombreux lambeaux cutanés, si on les prenait sur le sujet lui-même. 2° Quand le sujet à greffer est diabétique, alcoolique, albuminurique, car son tégument est de mauvaise qualité, et les lambeaux que l'on prendrait sur lui détermineraient la formation de nouvelles plaies sur un terrain dangereux. 3° Quand la famille du malade ou le malade lui-même refusent de fournir des greffes.

Et même en dehors de ces cas particuliers, ne pourrait-on pas, toutes les fois que l'on a une plaie à greffer, avoir d'abord recours à la peau de grenouille avant d'employer les méthodes de Reverdin ou de Thiersch? Il sera toujours temps de les imposer au malade, si la greffe animale a préalablement échoué.

Dans cette question des zoogreffes, le point le plus obscur est assurément le mode d'action des lambeaux appliqués sur les plaies. Ils disparaissent et à leur place il se forme des îlots de cicatrisation. Est-ce une simple action de présence? Peut-être jetterait-on quelque lumière sur ce phénomène inexpliqué par l'expérience suivante que l'auteur regrette de n'avoir pu faire : appliquer aussi bien que possible, sur les bourgeons charnus d'une même plaie et dans les mêmes conditions antiseptiques, d'une part des lambeaux de peau de même surface, soit un centimètre carré par exemple, empruntés à différents animaux

(grenouille, poulet, chien, etc.) et d'autre part des petits fragments, de même dimension, de baudruche, de protective, de collodion et même de feuilles métalliques laminées, et recouvrir le tout d'un pansement antiseptique et légèrement compressif. Ne se formerait-il pas au contact des membranes inertes ou des feuilles métalliques des îlots cicatriciels comme au niveau des lambeaux de peau pris sur des animaux vivants?

Le lavage de l'estomac est un moyen de traitement d'une très grande valeur contre les affections gastro-intestinales de l'enfant. Dans les affections où M. Olmières l'a particulièrement recommandé, tant dans les troubles digestifs aigus que dans les troubles chroniques et la dilatation, il est toujours indiqué lorsqu'après l'institution de la diète hydrique les vomissements persistent. Il reste en tout cas le meilleur moyen de drainage de la cavité gastrique. Son action dans l'occlusion intestinale par invagination, dans celle qui se voit au cours de la constipation congénitale, et dans les empoisonnements le rendent encore plus précieux. La simplicité de son manuel opératoire et la peu complexe instrumentation qu'il exige le rendent accessible à la pratique de tous les jours tant à l'hôpital que dans la clientèle privée. Le médecin le fera d'autant mieux accepter de cette dernière qu'il insistera sur l'innocuité de l'opération et sur les avantages certains que l'enfant en retirera après son application.

M. Marlière cherche à démontrer que les causes de l'écoulement chronique de l'oreille moyenne sont nombreuses, qu'elles peuvent parfois être difficiles à diagnostiquer et qu'à chacune d'elles doit s'appliquer un traitement différent. Si l'intervention chirurgicale est parfois nécessaire dans les cas de mastoïdite, de cholestéatome ou de carie profonde, le plus souvent, un traitement médical bien dirigé suffit pour tarir un écoulement ancien. Trois causes auraient une large part dans la prolongation de l'otorrhée et toutes trois sont justiciables d'un traitement médical. Ces trois causes sont : les granulations de la caisse, les inflammations naso-pharyngiennes, l'état général du sujet. En terminant, l'auteur réagit énergiquement contre ces anciens préjugés, qui, en s'opposant à tout effort thérapeutique, font courir au malade un danger de chaque instant.

De ses observations personnelles, de celles qu'il a pu recueillir sur la question, M. Fournier croit pouvoir formuler les conclusions suivantes : 1° Le corps thyroïde ingéré active la dénutrition dans des proportions notables, et comme tel il doit être employé en vue du traitement de l'obésité. 2° Les doses de glande thyroïde doivent varier entre 6 et 8 grammes par semaine de glande fraîche ou desséchée et ne doivent pas être dépassées. 3° L'administration qui lui paraît préférable, est l'emploi des tablettes, à la dose de quatre tablettes par jour (soit 1 gramme par jour), ou la glande thyroïde crue, administrée deux fois par semaine à la dose de 4 à 5 grammes chaque fois. Les accidents sont évités avec des doses faibles. Cette méthode est jusqu'à ce jour le meilleur mode de traitement de l'obésité, et n'a, quand elle est appliquée avec soin, aucun inconvénient.

Dans ce travail, M. Levassort donne la description d'une série d'appareils qu'il a inventés pour permettre de stériliser facilement l'eau, les instruments, les objets de pansement; et comme conclusion il montre la manière d'installer une petite salle d'opérations pour la chirurgie courante.

De cette étude des corps étrangers de l'œsophage, établie d'après onze observations de M. Broca, M. Mage conclut : Les corps étrangers de l'œsophage et de la partie inférieure du pharynx sont excessivement nombreux et variables. Ils intéressent au plus haut point le praticien qui est constamment appelé à traiter ces accidents. Les pièces de monnaie, les épingles et les prothèses dentaires représentent les corps étrangers dont le pronostic est le plus sérieux. En présence d'un corps étranger de l'œsophage, la conduite à tenir varie avec la nature de l'obstacle et les accidents qu'il détermine; toutefois si certains cas réclament une expectation armée, il peut être important d'intervenir dans d'autres cas, malgré l'absence de symptômes nets. Le panier de Græfe doit être considéré comme un bon instrument, dont l'usage sera utile dans la majorité des cas, à la condition qu'il soit employé avec délicatesse et prudence. Lorsqu'un corps étranger de l'œsophage constaté ne peut être extrait par la voie buccale, il faut intervenir par la méthode sanglante et l'œsophagotomie externe, grâce aux progrès de la chirurgie, pourra conduire souvent à la guérison si l'on ne tarde pas trop à la pratiquer; mais il faut que le corps étranger soit arrêté dans la portion accessible de l'œsophage.

Cette étude conduit M. Burneff aux conclusions suivantes : 1° L'alcoolisme modifie l'évolution de la pneumonie d'une façon telle que l'on peut décrire comme une forme spéciale la pneumonie des alcooliques. 2° Les symptômes ataxo-adynamiques sont la note dominante dans cette forme clinique avec le délire professionnel. 3° La pneumonie peut influer sur l'alcoolisme et déterminer l'éclosion d'un accès de *delirium tremens*, manifestation aiguë de l'alcoolisme chronique. 4° Le pronostic de cette forme de pneumonie est beaucoup plus grave que celui de la maladie franche. 5° L'alcool et la strychnine doivent être la base du traitement. La strychnine est particulièrement indiquée ici comme antidote de l'alcool, comme simulant du système nerveux, comme excito-réflexe. Elle a, en outre, une action expectorante et diurétique qui est favorable.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie faciale centrale (Linksseitige Gesichts, Zungen-Schlund- und Kehlkopflähmung in Folge eines Erweichungsherdes in rechtenCentrum semiovale), par Adolphe Wallenberg (*Neurologisches Centralblatt*, 1er mars 1896, n° 5, p. 199). — Il s'agit d'un homme âgé de 47 ans, qui depuis plusieurs années est atteint d'insuffisance aortique sans anévrysme, sans paralysie du récurrent. Depuis 1 an on a constaté chez lui du myosis double, de la paralysie du réflexe lumineux et de la paralysie du moteur oculaire externe droit; les facultés intellectuelles ont baissé progressivement. Cet état est resté stationnaire pendant quelques mois. Après sont survenues une paralysie complète de la déglutition, une parésie du facial supérieur et inférieur, de la moitié gauche de la langue et de la corde vocale gauche; les mouvements d'élévation de l'épaule sont possibles. Pas de réaction de dégénérescence dans les muscles atteints, diminution de l'excitabilité galvanique et faradique, pas de troubles de la sensibilité. On fait un traitement mercuriel et les phénomènes paralytiques s'amendent. Le malade est mort d'une affection pulmonaire due probablement à une embolie. A l'autopsie on trouve un foyer de ramollissement dans la substance blanche du lobe frontal droit qui avait détruit toutes les fibres de projection de la 3e circonvolution frontale de la moitié du 2e frontal et très peu les fibres de projection des circonvolutions rolandiques, les fibres d'association sagittale du lobe frontal, du corps calleux et de la capsule externe. Par contre le noyau caudé et la capsule sont respectés. L'auteur se demande quelle était la cause de la paralysie de la corde vocale. On ne pouvait pas incriminer d'une façon certaine la compression du nerf récurrent par la dilatation aortique, d'autre part il n'y avait pas de lésion bulbaire qui puisse l'expliquer. L'auteur est conduit à admettre que la même cause qui avait déterminé la parésie de la face et de la déglutition a pu provoquer aussi la paralysie de la corde vocale, mais tout au moins en Allemagne on admet avec Horsley et Semon que chaque hémisphère a une action sur les deux cordes vocales. L'auteur se base sur l'expérience de Masini et sur l'opinion de Brissaud qui admettent que chaque hémisphère a une action prédominante sur la moitié opposée de la glotte en actionnant plus faiblement l'autre moitié. L'auteur est porté à croire que la paralysie de la corde vocale qui est postérieure à la formation du foyer de ramollissement est due à la destruction des fibres de projection provenant du centre du larynx droit.

Tumeur cérébrale (Ueber einen Fall von Tumor Cerebri, der mit eigenthümlichen Anfällen und mit Hörstörungen einging), par LEEHRMANN (*Neurologisches Centralblatt*, 1er mars 1896, n° 5, p. 209). — Homme âgé de 50 ans, niant tout accident, bien qu'il ait dû être contaminé antérieurement. Les premiers symptômes de la maladie actuelle ont débuté en 1892, un jour qu'il faisait une conférence publique. Il trouvait difficilement les mots et répétait souvent les mêmes expressions. Les jours suivants, diminution de l'acuité auditive, et de temps en temps perception de bruits désagréables dans l'oreille droite, ce qui l'oblige à aller consulter un spécialiste, lequel ne trouve pas de lésion dans l'oreille moyenne. Actuellement, on constate que le malade a conservé toute son intelligence. Il comprend ce qu'on lui dit et s'efforce d'y répondre; mais c'est à peine s'il peut prononcer correctement quelques voyelles ou quelques mots; il tend à substituer aux paroles la mimique. Il confond souvent les mots et présente de la paraphasie. Il peut bien répéter ce qu'on lui dit; pas de troubles d'articulation. L'écriture spontanée est défectueuse, tandis que la copie est bonne. Il n'y a pas d'alexie. De temps en temps, le malade pousse un cri rauque, prolongé et monotone. La tête et les yeux sont déviés à droite. Immobilité des traits de la face, pas de convulsions dans les muscles de la face et des membres. La durée de ces attaques est de 1/2 à 1 minute. La cause du cri particulier est difficile à connaître, car le malade ne peut donner sur ce sujet aucune explication. Les attaques sont précédées d'un bruit métallique très intense dans l'oreille. Comme traitement, on lui a administré de l'iodure de potassium et une cure mercurielle, et le malade a été guéri au bout de 7 semaines. Comment expliquer les trois symptômes principaux observés chez ce malade? L'aphasie et l'hallucination auditive font penser à une lésion située au voisinage de la circonvolution de Broca et de la 1re temporale, les troubles auditifs ne pouvant être rapportés à une lésion de l'oreille, qui est intacte. Du reste, il existe dans la science un nombre de cas où des lésions de la sphère auditive avaient déterminé des hallucinations de l'ouïe. Quant à la nature de la lésion, il s'agissait probablement d'une tumeur, d'une gomme de la dure-mère siégeant au niveau de la 3e frontale ou peut-être même plus profondément, dans la substance blanche.

Lésions histologiques de l'écorce cérébrale dans la compression locale du cerveau, par NEUMAYER (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, liv. 3 et 4, p. 167, 1896). — La méthode opératoire de l'auteur est la suivante : après avoir mis à nu les os du crâne par une incision médiane, il applique une couronne de trépan en dehors de la suture sagittale et introduit entre la dure-mère et la paroi osseuse des corps étrangers, comme des balles de plomb antiseptiques. Après l'opération les animaux sont dépourvus de mouvements volontaires. La sensibilité est conservée excepté au train postérieur. La température est inférieure à la normale. Pas de troubles du fond de l'œil. Les jours suivants le malade présente des convulsions passagères aux pattes antérieures. La température oscille au-dessous de la normale. Les lésions que l'on trouve à la suite de cette compression varient avec sa durée. L'auteur admet trois périodes dans la marche des lésions. La 1re, d'une durée d'environ 24 heures, est caractérisée par des lésions dégénératives des fibres tangentielles et de la couche des petites cellules pyramidales. La 2e période comprend une dizaine de jours. La lésion gagne en profondeur et on constate dans cette période une prolifération des tissus interstitiels et un épaississement de la pie-mère. La 3e période s'étend du 10e au 60e jour. Les lésions dégénératives sont beaucoup plus étendues, les cellules nerveuses ont disparu non seulement à la surface, mais encore dans la profondeur. Augmentation du tissu interstitiel; il est à noter que pendant cette période les phénomènes dégénératifs et prolifération interstitielle à la surface du cerveau subissent un arrêt. Les expériences sont d'accord avec les faits cliniques, car les premières montrent que c'est immédiatement après la compression mécanique que se produisent de grandes lésions dégénératives, ce qui nous explique que c'est immédiatement après la compression intracrânienne due à un traumatisme qu'apparaissent des phénomènes tumultueux. Plus tard, il s'établit une sorte d'apaisement parce que les lésions histologiques se développent lentement. On peut admettre également que si les éléments nerveux ne sont pas très lésés, il se produit une espèce de réparation,

Ruban de Reil (Notiz die Schleifen Betreffend), par FLECHSIG (*Neurologisches Centralblatt*, 15 mai 1896, n° 10, p. 449). — L'auteur, dans sa note, expose succinctement des nouvelles recherches sur le ruban de Reil. La plus grande partie de celui-ci, ainsi que Flechsig et Hoesel l'ont constaté, est en rapport avec les circonvolutions centrales. C'est un fait établi actuellement, mais on n'est pas d'accord sur la question de savoir s'il va directement dans l'écorce sans interruption dans la couche optique. Flechsig a été conduit à admettre, à la suite de ses nouvelles recherches, que le ruban de Reil se termine probablement en partie dans la couche optique et particulièrement dans son noyau latéral. Les cellules nerveuses de cette région sont en rapport avec les circonvolutions rolandiques, car elles dégénèrent dans les lésions de la zone rolandique. Flechsig trouve en outre qu'une autre partie du ruban de Reil va directement par le *thalamus opticus* dans le capsule interne.

Syringomyélie (Traumatisme and Hæmatomyelia as causes of Syringomyelia), par SPILLER (*International medical Magazine*, avril 1896, n° 3, page 19). — L'auteur a examiné la moelle épinière d'un individu qui avait eu une fracture de la colonne vertébrale, au niveau de la 6e cervicale. La mort est survenue 36 heures après l'accident. Il a trouvé des hémorrhagies dans les cornes antérieures, empiétant sur la corne postérieure et la substance blanche environnante. La région des commissures et de l'épendyme n'est pas intéressée. La lésion ne dépassait pas la 7e cervicale. Les cylindres-axes, particulièrement au niveau du faisceau cérebelleux direct, sont tuméfiés, peut-être y en a-t-il quelques-uns dans la partie antérieure des cordons postérieurs. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire. Par la méthode de Marchi, l'auteur a constaté que la myéline est altérée, mais il n'y avait pas de dégénérescence ascendante ni descendante. L'auteur étudie ensuite les relations des hémorrhagies de la moelle épinière avec les myélites et la syringomyélie. Il rapporte l'opinion de ceux qui, comme Strümpell, Schultze et Minor admettent qu'elles peuvent être suivies de syringomyélie. Le fait que la syringomyélie a pu succéder à des traumatismes de la colonne vertébrale, traumatismes qui provoquent des hémorrhagies, confirmerait cette manière de voir.

Poliomyélite antérieure chronique dans le diabète sucré (Ueber Poliomyelitis anterior chronica, als Ursache einer chronisch-progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus), par NONNE (*Berlin. klinische Wochenschrift*, 9 mai 1896, n° 10, page 207). — Femme âgée de 64 ans sans antécédents héréditaires, sans antécédents syphilitiques et sans trace d'une autre intoxication chronique quelconque. Les signes de son diabète ont apparu il y a 4 ans. La quantité de sucre excrétée, qui était au début de 4 pour 100, diminua à la suite d'un traitement anti-diabétique pour descendre jusqu'à 1/2 pour 100. Depuis un an et demi, il s'est développé une faiblesse progressive dans les muscles de la ceinture scapulo-humérale, parésie qui s'était accompagnée d'atrophie. Ces deux symptômes ont présenté une marche descendante : le bras, l'avant-bras et enfin les muscles de la main étaient pris successivement de sorte que, un an après le début de la maladie, l'atrophie a présenté le type de l'atrophie musculaire Aran-Duchenne. L'excitabilité faradique et galvanique était très diminué, mais sans réaction de dégénérescence. Pas de troubles de la sensibilité tactile, les nerfs n'étaient pas sensibles à la pression. Au printemps de l'année 1894, les membres inférieurs furent également pris. Les réflexes patellaires ont disparu. A aucun moment il n'y a eu de contractions fibrillaires. Au mois de juillet 1894, troubles de déglutition. A la suite des symptômes précédemment indiqués, l'auteur avait porté le diagnostic d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. L'auteur a dû exclure la névrite, parce que dans celle-ci l'atrophie débute presque toujours par les extrémités des membres et s'accompagne de contractions fibrillaires, de phénomènes d'hyperesthésie à la pression des troncs nerveux et, parce qu'enfin elle est susceptible d'amélioration et même de guérison. La malade étant morte d'une pneumonie, on put vérifier le diagnostic. En effet on trouva dans la moelle

épinière, une atrophie dégénérative des fibres et des cellules nerveuses de la corne antérieure, une atrophie des racines antérieures. La substance blanche présentait conformément aux faits constaté par Marie dans la sclérose latérale amyotrophique, une légère dégénérescence par suite de la disparition de certaines cellules du cordon. Dans les nerfs périphériques, l'auteur a trouvé une atrophie dégénérative d'un degré moyen. Après avoir passé en revue les divers cas d'atrophie musculaire relevant d'une névrite au cours du diabète, l'auteur conclut que celui-ci peut également déterminer le type de la poliomyélite antérieure chronique par lésions des cellules de la corne antérieure. Son cas constitue le premier exemple de ce genre. Par conséquent la substance toxique dans le diabète, peut atteindre tantôt les nerfs périphériques, tantôt les cellules motrices.

MÉDECINE

Statistique de l'Institut antirabique municipal de Palerme, par L. de Blasi et G. Russo-Travali (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1896, p. 248). — Cette statistique porte sur 2 221 malades. Si l'on défalque 5 sujets morts en cours de traitement et 5 autres morts moins de 15 jours après la fin de traitement, on compte seulement 9 insuccès, soit une mortalité de 4 p. 1 000. Dans 3 cas les auteurs ont essayé les injections intra-veineuses préconisées par Novi et Poppi : les 3 malades ont succombé. L'un de ces derniers avait été déjà traité, 11 mois avant, pour une morsure antérieure. Il semble donc que l'immunité produite par les vaccinations antirabiques soit seulement transitoire.

Sur les divers types de coli-bacille dans les eaux, par Refik Effendi (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1896, p. 242). — Etude des coli-bacilles rencontrés dans les eaux de Constantinople. L'auteur distingue 5 types différents : type A, fermentation du lactose et du glucose, coagulation du lait, pas d'indol; type B, fermentation du lactose et du glucose, coagulation du lait, indol; type C, fermentation du lactose et du glucose, pas de coagulation du lait, pas d'indol; type D, pas de fermentation du lactose ni du glucose, coagulation du lait, pas d'indol; type E, pas de fermentation du lactose ni du glucose, pas de coagulation du lait, pas d'indol.

Etude des diverses variétés de streptocoques. Insuffisance des caractères morphologiques et biologiques invoqués pour leur différenciation, par Widal et F. Bezançon (*Arch. de médecine expériment.*, mai 1896, p. 398). — De l'étude de 144 échantillons les auteurs concluent qu'il est impossible de séparer des espèces distinctes de streptocoques en se fondant soit sur les caractères morphologiques, soit sur les caractères des cultures, soit sur la virulence.

Contribution à l'étude biologique du « Bacillus viridis » de Lesage, par H. Cathelineau (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1896, p. 228). — Recherches chimiques sur le bacille de la diarrhée verte, particulièrement en ce qui concerne son action sur les sucres (glycose, lévulose, lactose, galactose, maltose, sucre de canne, mannite, glycérine, lait); le sucre de canne et la mannite sont à peine attaqués; le développement dans les milieux glycérinés est faible. La fluorescence et la fonction pigmentaire de ce microbe paraissent indépendantes de la proportion des phosphates dans les milieux de cultures, mais elles paraissent en rapport avec l'aération.

Note de pathologie exotique. Deux cas d'hémoglobinurie quinique, par le Dr Clarac (*Arch. de médecine navale et coloniale*, avril 1896, p. 277). — Relation de deux observations d'hémoglobinurie que l'auteur rapporte à l'intoxication par le sulfate de quinine, administré pour des fièvres intermittentes. L'hémoglobinurie survenait après l'ingestion du sel de quinine et cessait après la suppression du médicament.

Un cas de mort subite due à la thrombose et à l'endartérite avancée des artères coronaires (A Case of sudden death due to thrombosis and advanced endarteritis of the coronary arteries), par J. Maggee Finny (*The Dublin Journ. of medic. science*, avril 1896, p. 289). — Femme de 58 ans qui, après avoir présenté de la dyspnée, des douleurs précordiales, des hématuries et du purpura, mourut subitement. A l'autopsie, athérome aortique, myocardite scléreuse hypertrophique, infarctus des reins. La mort subite paraît résulter de la thrombose aiguë de l'artère coronaire antérieure gauche.

Sur le mode d'action des sérums préventifs, par J. Bordet (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1896, p. 193). — Ce travail se prête mal à l'analyse, car il contient, à côté de certains faits nouveaux, l'exposé des opinions émises par divers auteurs sur le mode d'action des sérums préventifs, le phénomène de Pfeiffer, le diagnostic des microbes par les sérums. La conclusion générale qui s'en dégage est que l'immunité passive est due en partie à un phénomène chimique exercé sur les microbes par le mélange de deux substances : l'une existant dans le sérum qu'on injecte (substance spécifique préventive), l'autre existant déjà chez l'animal avant toute injection (substance bactéricide normale). Isolément chacune de ces substances n'a qu'un faible pouvoir, leur mélange est bien plus actif.

Ostéomyélite post-typhique provoquée par le bacille d'Eberth, par C. Bruni (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1896, p. 220). — Cette observation vient s'ajouter aux faits déjà connus dans lesquels le bacille d'Eberth a séjourné plusieurs années (6 ans dans le cas actuel) dans un foyer osseux, en donnant lieu à un ensemble symptomatique simulant la tuberculose osseuse.

L'auteur insiste sur la différenciation du bacille d'Eberth et du coli-bacille, notamment sur les caractères des cultures, l'action du sérum anti-typhique sur la production du phénomène de Pfeiffer.

[Rappelons à ce propos les cas publiés dans la *Gazette*, (26 janv. 1895, p. 42) par MM. Achard et Broca et celui rapporté également par les mêmes auteurs à la *Société médicale des hôpitaux* (15 déc. 1893) : dans ces faits, non mentionnés par M. Bruni, les caractères des cultures, comparés à ceux du coli-bacille, démontrèrent bien qu'il s'agissait du bacille d'Eberth.]

Expériences séro-thérapeutiques contre les infections par les microbes pyogènes et contre l'érysipèle, par M. C. Parascandolo (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1896, p. 320). — L'auteur a immunisé des animaux avec des toxines de plus en plus actives de divers microbes (staphylocoques et streptocoques) obtenus avec des cultures dans le bouillon glycosé. Le sérum de ces animaux immunisés a un pouvoir préventif et curatif.

Étude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal à l'état sain, par MM. A. Veillon et J. Hallé (*Arch. de médecine expérim.*, mai 1896, p. 281). — Le gonocoque de Neisser est l'agent habituel des vulvo-vaginites des petites filles, et le plus souvent l'examen microscopique seul suffit à le faire reconnaître. Dans les cas très aigus, il est le plus souvent à l'état de pureté; dans les autres cas il est associé aux microbes normaux du vagin. Sur 21 cas ayant fait l'objet d'un examen microbiologique complet, les auteurs ont trouvé 17 fois le gonocoque; 5 fois il était pur, 12 fois il était associé aux microbes suivants : bacille pseudo-diphthérique commun, bacille pseudo-diphthérique en massue de Wecks, streptocoque non pathogène, *staphylococcus epidermitis albus*. Dans les 4 vulvites sans gonocoque, les auteurs ont trouvé le streptocoque pyogène, le coli-bacille (une fois à l'état de pureté) et les microbes normaux précédemment indiqués.

La nature blennorrhagique de la plupart des vulvo-vaginites des enfants comporte des mesures prophylactiques particulières; la contagion peut d'ailleurs se faire indirectement, sans aucune origine vénérienne.

La présence de bacilles pseudo-diphtériques dans le vagin normal doit mettre en garde contre un diagnostic trop hâtif de diphthérie vulvaire.

De la percussion du cœur dans la position penchée en avant (Ueber Herzpercussion in vorübergebeugter Korperhaltung), par Gumprecht (*Deut. Arch. f. klin. Mediz.*, 1896, vol. LVI, p. 490). — D'après l'auteur, qui a fait sur ce point

un grand nombre de recherches comparatives, la percussion du cœur sur le malade penché en avant serait plus avantageuse que la percussion telle qu'elle se pratique ordinairement, c'est à dire sur le malade couché.

Sur le malade penché en avant, la matité absolue du cœur se révèle à la percussion avec plus de netteté, plus de précision, tandis que dans la position horizontale la matité absolue du cœur peut disparaître dans certaines conditions créées par l'emphysème pulmonaire ou le tympanisme abdominal; elle reparaît aussitôt que la percussion est faite sur le malade assis dans son lit, le tronc penché en avant. Dans cette position, la percussion permet de déceler les hypertrophies du cœur autrement impossibles à apprécier, notamment l'hypertrophie du cœur chez les vieillards emphysémateux.

CHIRURGIE

Tuberculose génitale chez une petite fille (Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien), par Maas (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LI, p. 358). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une fillette de 5 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse, à laquelle elle succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva, à côté de la méningite, une tuberculose miliaire généralisée à presque tous les viscères thoraciques et abdominaux. L'utérus et les trompes étaient criblées de foyers tuberculeux, et l'examen histologique des parties montra que la tuberculose de l'utérus et des trompes devaient être considérée comme la plus ancienne en date avec celle de deux brides fibreuses qui, de chaque côté de l'ombilic descendaient le long du péritoine dans le petit bassin.

D'après l'auteur, la tuberculose génitale serait dans ce cas presque primitive. L'auteur admet notamment que les deux brides tuberculeuses qui descendaient de l'ombilic le long du péritoine étaient le résultat d'une infection tuberculeuse, probablement accidentelle, de la plaie ombilicale, et que la tuberculose, après avoir descendu dans le petit bassin, a envahi les trompes et l'utérus, où elle est restée localisée pendant quelque temp. Plus tard, il y a eu poussée générale qui a abouti à la tuberculose des méninges et de la plupart des viscères.

Sept autres observations de tuberculose primitive ou secondaire des organes génitaux chez des petites filles, que l'auteur a trouvées dans la littérature, complètent ce travail.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des traumatismes oculaires,

D'après M. A. Trousseau.

D'une manière générale, les blessures de l'œil nécessitent la rigoureuse désinfection de l'organe et la mise en place d'un pansement aseptique, après qu'on aura, si possible, extrait les corps étrangers.

Un médecin peu versé dans la science ophthalmologique est donc toujours certain de pouvoir rendre à son malade un signalé service en se conformant à la règle qui vient d'être énoncée; s'abstiendrait-il, d'ailleurs de toute manœuvre, il devra toujours : 1° *Aseptiser l'œil et la conjonctive*; 2° *Placer sur l'organe un pansement aseptique.*

L'*asepsie de l'œil* se réalise par d'abondants lavages faits avec une solution chaude de sublimé à 1 pour 4000. Cette solution, ne peut causer aucun accident, si elle ne contient pas d'alcool et si elle est soigneusement filtrée.

Le liquide doit pénétrer dans les culs-de-sac conjonctivaux et bien irriguer l'angle interne de l'œil, région où s'accumulent les germes provenant des voies lacrymales. Pour pratiquer une telle irrigation, on renverse en arrière la tête du patient, l'inclinant du côté malade, et, écartant les deux paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, on fait couler entre elles, au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide obtenu en pressant, de la main droite, un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé par la solution; le liquide, après avoir balayé la conjonctive et le globe, s'écoulera par l'angle externe et pourra être reçu dans un vase approprié.

La surface interne des paupières, le bord ciliaire ne doivent pas échapper au lavage. Parfois même les voies lacrymales, surtout s'il y a larmoiement habituel ou catarrhe du sac, doivent être désinfectées. Dès qu'il y a plaie oculaire, la présence du pus dans les voies lacrymales devient éminemment redoutable.

Ces précautions prises, on *pansera*, les objets de pansement ayant été stérilisés à l'étuve.

On donnera toujours la préférence aux pansements secs. Voici celui qui répond aux besoins journaliers, quand il s'agit d'un traumatisme récent ou même d'une plaie infectée : l'œil, après bon lavage, est séché avec un tampon de coton hydrophile, puis immédiatement recouvert d'une rondelle de gaze stérilisée ou salolée ou de lait boraté, par-dessus laquelle est appliqué un coussinet de ouate aseptique, le tout est maintenu par une bande de tricot, de crêpe ou de tarlatane mouillée; en séchant, la tarlatane devient dure et résistante; on lui donnera la préférence pour les pansements secs.

Les *corps étrangers* superficiels et facilement accessibles seront toujours enlevés.

C'est ainsi qu'on retirera, après cocaïnisation, les corps étrangers de la cornée, au moyen d'une fine curette à bords mousses, s'ils sont peu adhérents, d'une petite aiguille pointue et tranchante, s'ils ont pénétré. Même manœuvre pour les corps étrangers de la conjonctive qu'on sera parfois, vu leur adhérence, obligé de saisir entre les mors d'une pince, au-dessous de laquelle on donnerait un petit coup de ciseau sectionnant ainsi un mince lambeau de la conjonctive qui enserre le corps du délit.

Si le corps étranger a pénétré profondément, à moins qu'il ne s'agisse d'un morceau de fer ou d'acier qu'on puisse extraire en appliquant, au niveau de la plaie, un électro-aimant, mieux vaut s'abstenir de toute manœuvre, du moins au moment de l'accident; par une recherche intempestive, on s'exposerait à à déterminer des désordres plus graves que ceux qui existent, à amener des hémorrhagies dans la chambre antérieure, dans le corps vitré et des cataractes traumatiques. C'est ainsi que, le plus souvent, on ne devra pas partir à la recherche des plombs de chasse.

Les *plaies de la conjonctive* seront suturées avec du catgut 000 ou de fins fils de soie, si elles sont linéaires. S'il y a de vastes déchirures ou trop grande irrégularité des bords de la plaie et si on ne peut, par une dissection sous-conjonctivale faite avec les ciseaux, rapprocher assez les morceaux de muqueuse pour que la suture puisse se faire sans trop de traction, on se bornera à désinfecter et à panser.

Les *plaies de la cornée*, si elles ne sont pas très vastes et tout à fait béantes, ne nécessitent pas de manœuvres spéciales, à moins qu'elles ne laissent échapper une portion de l'iris qui serait réséquée avec des pinces-ciseaux.

Les *plaies du cercle ciliaire*, très dangereuses, ne seront pas touchées; si elles sont vastes, elles doivent faire songer à l'énucléation.

Suivant un procédé que j'ai indiqué, on peut déplacer la conjonctive et la suturer au-devant d'une plaie importante de la cornée et du cercle ciliaire. Sous la protection de la muqueuse la cicatrisation s'obtient, parfois remarquable.

Les *plaies du cristallin* ne tardent pas à amener une cataracte traumatique à laquelle on ne touchera pas tant que dureront les phénomènes irritatifs; on ne tentera l'extraction de la cataracte que très tardivement, alors que toute injection de l'œil aura entièrement disparu.

Tout *cristallin luxé* doit être enlevé dès que l'état de l'œil le permet.

Les *plaies de la sclérotique* guérissent sous le simple pansement; celles plus graves, qui laissent échapper du corps vitré, doivent être recouvertes par un lambeau de conjonctive qu'on suturera au-devant d'elles.

L'*énucléation* s'impose dans le cas de très grands délabrements ou de corps étrangers profonds qu'on ne peut enlever ou qui amènent des phénomènes réactionnels. Toutefois, je ne saurais trop recommander de ne pas pratiquer d'énucléations hâtives. On a toujours le temps d'intervenir, à moins de menace de

sympathie, et on sera souvent étonné de voir, après quelques jours, l'aspect satisfaisant d'un œil qu'on avait été tenté d'énucléer d'emblée.

Il faut toujours songer à la possibilité de l'*ophthalmie sympathique*, longtemps même après l'accident, et ne pas cesser de surveiller le congénère de l'œil blessé.

Si l'ophthalmie sympathique se déclare, l'œil sympathisant doit être énucléé s'il est privé de vision; s'il voit encore, il doit être enlevé si l'on peut espérer la guérison de l'œil sympathisé, et, au contraire être respecté si le voisin est atteint d'une forme grave d'ophthalmie sympathique, telle que l'irido-choroïdite plastique, qui ne laisse guère d'espoir d'amélioration. On ne saurait trop répéter qu'en cas de réelle menace de sympathie, l'œil dangereux doit être sacrifié sans hésitation (1).

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Cicutine.

Synonymes. — Conine, conicine.

Définition. — Alcaloïde retiré du *conium maculatum*.

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau. Soluble dans l'alcool. Le *bromhydrate de cicutine* est soluble dans 2 fois son poids d'eau : aussi ce sel est-il employé de préférence à l'alcaloïde.

Antagonisme. — L'antagonisme de la cicutine et de la strychnine a fait l'objet d'un grand nombre de discussions (Tyriakan, Tuloup, Bochefontaine, etc.). Aujourd'hui, il paraît être généralement admis.

Dans la pratique, on aurait tort de confondre à propos de la cicutine, antagonisme et antidotisme : on n'aura, en effet, dans aucun cas, recours à la cicutine, dans l'empoisonnement par la strychnine — le chloral ou le méthylal ayant une action plus certaine, — pas plus qu'on ne s'adressera à la strychnine dans l'empoisonnement par la cicutine, — l'alcool et la caféine étant, dans ce cas, seuls efficaces.

Propriétés thérapeutiques. — La cicutine est un antispasmodique. A ce titre, elle a été employée avec succès, dans l'asthme (D'Heilly), la toux convulsive, la laryngite striduleuse (Dujardin-Beaumetz), la rhino-bronchite spasmodique, le tic douloureux de la face (Chaussier).

Par extension, on l'a préconisée dans l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, le tétanos, le blépharospasme, le nystagmus, la chorée (Tuloup, Eulenburg, Chaussier, Harlay, Tyriakan, Dujardin-Beaumetz, etc.); mais les résultats ont été très incertains et variables suivant les expérimentateurs.

Une application qui mérite de retenir davantage l'attention est celle de la cicutine à la coqueluche. On a obtenu ainsi, grâce à la répétition des injections, la guérison de cas graves de cette affection, ayant résisté à l'emploi d'autres moyens de traitement. Cette étude mériterait d'être reprise, maintenant surtout que nous savons les précautions à prendre pour prévenir les accidents locaux, dont la répétition, à la période préaseptique, nuisait considérablement à l'exactitude des observations. Disons cependant que cet essai thérapeutique de la cicutine ne nous paraît devoir être tenté qu'avant l'apparition de complications pulmonaires de la coqueluche.

La cicutine est **très toxique**. Aussi doit-on l'employer avec précaution et s'en tenir rigoureusement aux doses qui sont indiquées ci-dessous.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 1 à 5 ans, 1/4 à 1/2 milligramme de cicutine, jusqu'à 1 milligramme de bromhydrate; de 5 à 10 ans, 1/4 de milligramme à 1 milligramme de cicutine, jusqu'à 5 milligrammes de bromhydrate; de 10 à 20 ans, 1 à 2 milligrammes de cicutine jusqu'à 1 centigramme de bromhydrate. — *Chez l'adulte :* 1 à 4 milligrammes de cicutine, 1 à 2 centigrammes de bromhydrate.

Ces doses s'entendent pour 24 heures et doivent être administrées par quarts, à des intervalles de 3 heures au moins.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* — Il n'y a pas de réactions ni de douleurs locales si on ne dépasse pas le titre d'1 milligramme de cicutine par centimètre cube ou celui d'1 centigramme de bromhydrate par centimètre cube.

Avec une solution plus concentrée, on s'expose à des phénomènes douloureux persistants et, à un degré plus élevé, à une vive irritation locale pouvant aller jusqu'à la mortification des tissus.

b) *Éloignés.* — On observe quelques minutes après l'injection une notable accélération du pouls qui redevient normal assez rapidement. Mais l'effet le plus remarquable est la diminution de l'excitabilité réflexe.

Comme accidents éloignés, on a noté, spécialement chez les enfants et aux doses les plus élevées, de la diarrhée et quelquefois même des vomissements.

L'élimination se fait rapidement par la voie pulmonaire et par la peau.

FORMULES

Cicutine. . . . . 0 gr. 025
Alcool rectifié. . . . . 2 gr.
Eau distillée. . . . . 15 gr.

1/2 à 1 centimètre cube.

(Dujardin-Beaumetz.)

Bromhydrate de cicutine. . . . . 0 gr. 02
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 à 2 centimètres cubes.

(R. Demme.)

Bromhydrate de cicutine cristallisé. 0 gr. 05
Eau stérilisée . . . . 10 centim. cubes.

1 centimètre cube.

(Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et les étudiants étrangers.

Après toutes les discussions qu'ont soulevées, dans la presse médicale, la pétition des étudiants de Montpellier et les délibérations prises par divers groupes médicaux, il semblait que, devant la Chambre, quelques phrases pourraient suffire à faire toucher du doigt l'opportunité d'une réforme de nos règlements universitaires et la nécessité de maintenir libéralement ouverte à tous les étrangers la porte de nos facultés.

Le 19 janvier dernier, analysant la pétition des étudiants de Montpellier, nous avions nettement séparé les deux questions que l'on confondait à tort : le droit d'exercice et l'enseignement de la médecine. Et nous avions conclu en demandant : 1° que le diplôme *donnant le droit d'exercice* ne fût accordé qu'à ceux-là seuls qui auraient subi en France toutes les épreuves imposées aux étudiants français, les autres recevant un diplôme purement honorifique (une autre mesure, ajoutions-nous, consisterait à créer *un examen d'état* analogue à celui qui existe en Allemagne).

2° Que l'entrée des cours, des conférences, des laboratoires et des hôpitaux fût largement ouverte à tous ceux, Français et étrangers, qui justifieraient, par des examens d'aptitude variés, qu'ils sont en état de tirer quelque profit de l'enseignement qui leur est donné et, s'ils sont étrangers, qu'ils pourront répandre au dehors et faire mieux ressortir l'influence de la science française.

Or voici qu'après une discussion très brillante, mais un peu confuse, les ordres du jour qui demandaient à la

1. La *Presse médicale*, 1896, n° 21.

Chambre d'affirmer ces conclusions ont été écartés tandis que l'on votait la motion suivante :

« La Chambre, invitant le ministre de l'Instruction publique à déposer un projet de loi sur la situation des médecins et des étudiants étrangers en France, passe à l'ordre du jour. »

Combien nous aurions préféré voir préciser, par l'adoption de l'ordre du jour de MM. Lannelongue et Georges Berry, ou par celui de MM. Pédebidou, Chapuis et Albert Pétrot, les mesures qu'il importe de réclamer. Voici en effet ces ordres du jour. Le plus radical est ainsi rédigé :

« La Chambre, considérant que l'intérêt national exige que les portes de nos universités soient largement ouvertes aux étudiants étrangers; affirmant d'autre part la nécessité de réserver aux seuls Français l'exercice de la médecine;

« Invite M. le ministre de l'Instruction publique à poursuivre la création de deux diplômes : l'un, diplôme scientifique délivré par les universités à tous les étudiants sans distinction de nationalité; l'autre, diplôme d'Etat, donnant seul droit à la pratique de la médecine en France, délivré par le ministre de l'Instruction publique aux étudiants français et aux étudiants étrangers qui, naturalisés français, auront satisfait à la loi de recrutement;

« Et passe à l'ordre du jour. »

Nous reconnaissons volontiers que cet ordre du jour est un peu trop exclusif, non que nous pensions qu'il soit injuste d'exiger la naturalisation française de ceux qui prétendent exercer la médecine d'une manière permanante sur le sol français, mais parce que les règlements internationaux doivent admettre quelques réserves en ce qui concerne les médecins des frontières et ceux qui exercent temporairement aux eaux minérales. Mais pourquoi ne pas avoir adopté l'ordre du jour de MM. Lannelongue et Georges Berry, dont voici le texte :

« La Chambre, voulant protéger à la fois les intérêts des médecins français et ceux de l'enseignement supérieur, invite le gouvernement à présenter un projet de loi consacrant les trois principes suivants : 1° ne plus accorder de dispenses aux docteurs étrangers; 2° ne conférer des diplômes donnant droit à l'exercice de la médecine qu'aux étudiants qui justifieront du grade de bachelier exigé des étudiants français; 3° donner aux étrangers les plus grandes facilités pour leurs études médicales et l'obtention d'un titre purement scientifique. »

Si l'on se rapporte aux paroles prononcées par M. Lannelongue, dans l'éloquent discours qu'il a prononcé en vue de transformer en interpellation la question adressée au ministre de l'Instruction publique, on voit, en effet, que cet ordre du jour a surtout pour objet de séparer les deux questions que la Chambre a considérées comme liées l'une à l'autre c'est-à-dire de créer deux diplômes : l'un purement scientifique, l'autre conférant le droit d'exercer, ce dernier ne pouvant être obtenu que par des bacheliers, ce qui veut dire sans doute des étudiants ayant subi toutes les épreuves imposées aux étudiants français.

Ce qui nous oblige à ces réflexions c'est la lecture du discours de M. le ministre de l'Instruction publique. En termes très élevés, M. Rambaud a soutenu la nécessité d'accueillir le plus libéralement possible les étudiants étrangers, de propager ainsi la science française et de mieux assurer l'exportation des idées françaises. Il a fait ressortir les graves dangers qu'auraient chez nos voisins les mesures prises en vue de combattre l'influence et l'action des comités créés en vue de patroner les étrangers et de les recruter dans tous les pays. Mais lorsqu'il s'est agi de traiter la question de l'exercice de la médecine, M. le ministre de l'Instruction publique a été bien moins explicite, bien moins éloquent. Il n'a dit que peu de mots des médecins étrangers, promettant de ne pas accorder de dispenses non justifiées, mais reconnaissant que les conventions et les pratiques internationales devront toujours être respectées. Or ces paroles sont grosses de menaces et la Chambre, qui n'a pas voulu écouter M. Chapuis lorsqu'il a essayé de parler des médecins qui exercent sur nos frontières, n'a pas paru se douter des difficultés que créent à nos confrères de l'Est et du Nord les règlements internationaux très sévèrement appliqués chez nos voisins, trop souvent violés grâce à la négligence de l'Administration française. D'autre part M. le ministre n'a parlé que des médecins pourvus de diplômes étrangers, reconnus comme équivalents aux diplômes français. Il n'a pas fait allusion aux étrangers reçus médecins en France, c'est-à-dire ayant subi 3 ou 5 examens devant une Faculté française et ayant ainsi obtenu le titre de docteur en médecine. Enfin si ces dernières paroles sont rassurantes, puisqu'il promet de chercher à concilier l'intérêt du corps médical français avec celui de l'enseignement supérieur « et d'accueillir tous les étudiants sans distinction, mais en ne leur laissant pas la latitude, à leur sortie de l'école, d'entrer nécessairement en concurrence avec les médecins français ». M. le ministre a répliqué à M. Pédebidou en invoquant encore notre législation nationale et internationale qui s'oppose, selon lui, à ce qu'on exige la naturalisation de ceux qui prétendent jouir en France du monopole conféré par le diplôme de docteur en médecine.

Si l'on veut aboutir avant la rentrée prochaine, il importe donc que le mouvement d'idées créé par les pétitions que nous avons reproduites provoque de nouvelles démarches tentées près des pouvoirs publics. Il est très urgent en effet de bien faire ressortir la nécessité de créer deux diplômes distincts comme en Suisse, comme en Allemagne, où l'on oblige tout médecin qui veut s'établir pour exercer la médecine, à prouver non seulement qu'il a acquis les connaissances pratiques nécessaires, mais encore qu'il est décidé à se soumettre aux lois du pays. Espérons que M. le directeur de l'Enseignement supérieur dont les idées libérales et l'esprit pratique sont à la hauteur de la tâche qu'il a assumée, n'hésitera pas à faire adopter les mesures qu'il devait proposer le jour où la loi sur les Universités serait adoptée par le Sénat et rendue exécutoire.

L. Lereboullet.

Erratum. — Par suite d'erreurs dans les calculs, il faut apporter une rectification à la posologie consignée à la p. 520 du n° 44 de la *Gazette hebdomadaire* (31 mai 1896). On devra lire :

Une goutte de chloroforme pèse . . .	0gr0178
Une goutte de gaïacol pèse	0gr026

Ce qui revient à

Chloroforme	0gr17
Gaïacol	0gr26

Dans notre pratique, nous nous sommes toujours servi de la formule par gouttes :

Chloroforme	X gouttes
Gaïacol	VI gouttes

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans; ostéomyélite aiguë des vieillards,

Par M. LOUIS TIXIER,

Interne des hôpitaux de Lyon.

On tend de plus en plus actuellement à admettre l'existence de l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte. Cette affection n'est plus regardée comme l'apanage exclusif de la jeunesse et de l'adolescence. Sans doute, c'est entre 15 et 18 ans qu'on rencontre de beaucoup les cas les plus nombreux, mais on ne doit pas oublier en clinique que les premières manifestations de la maladie peuvent se rencontrer chez un individu beaucoup plus âgé.

Cette idée était défendue il y a quelques mois par M. Jaboulay dans la thèse d'un de ses élèves (1). Ce chirurgien se basait sur l'examen de 3 cas personnels pour soutenir que l'ostéomyélite peut revêtir la forme aiguë, même chez des malades d'un âge avancé.

En effet, nous ne voulons pas parler de ces formes d'ostéomyélite chronique d'emblée ou d'ostéomyélite prolongée qui, à début dans la jeunesse, peuvent donner leurs derniers feux 25, 30 ans après. Non, il s'agit ici de l'apparition d'accidents d'ostéomyélite infectieuse aiguë chez des vieillards indemnes jusqu'alors de toute atteinte.

Nous avons eu l'occasion au mois de mars 1896 d'observer un cas de cette nature dans le service du professeur Maurice Pollosson. Voici le résumé de l'histoire clinique de ce malade :

1. BLANCHON. Ostéomyélite aiguë des adultes (thèse de Lyon, 1895, n° 1062.)

Sapet (Pierre), cultivateur, 58 ans, né à Crome (Drôme), salle Saint-Joseph, n° 17. Entré le 11 mars 1896. Mort le 19 mars, service du professeur Maurice Pollosson, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un vieillard de 58 ans, à aspect misérable, arrivé à un degré avancé de cachexie.

Marié, père de plusieurs enfants en très bonne santé, il a toujours été très bien portant. Aucune histoire de maladie grave dans ses antécédents. Aucune maladie infectieuse. Aucune éruption furonculeuse, aucune plaie pendant les mois qui ont précédé l'apparition de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital.

Celle-ci a débuté il y a deux mois, *brusquement*, sans cause connue, par des douleurs très vives dans l'épaule gauche. L'état général fut immédiatement frappé, le malade dut garder le lit pendant plusieurs jours.

Le maximum des douleurs était en arrière au niveau de la fosse sus-épineuse, mais des élancements très pénibles parcouraient tout le bras, s'irradiant jusqu'aux extrémités digitales. A ce moment une tuméfaction assez limitée occupait la fosse sous-épineuse.

Peu à peu les symptômes généraux s'amendèrent au point de permettre au malade de quitter son lit. Mais le soir il avait de la fièvre et l'appétit était nul. A plusieurs reprises il dut pendant quelques jours garder le repos au lit.

Les douleurs de plus en plus vives dans l'épaule amenaient une gêne fonctionnelle absolue : le malade était contraint de porter constamment son bras en écharpe. Cependant la tuméfaction allait sans cesse en augmentant : elle ne se contentait plus de soulever les masses musculaires postérieures, mais fusant en avant elle s'avançait vers l'aisselle qu'elle ne tardait pas à distendre. Le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A *son entrée* on est frappé par l'état cachectique du malade. La langue est sèche, grillée.

L'examen de la région nous décèle dans l'aisselle, sous le bord inférieur du grand pectoral, l'existence d'une énorme collection purulente qui pointe en avant et distend la peau qui menace de se rompre. En arrière, l'épaule forme une bosse énorme. La palpation nous y révèle une nappe de pus considérable dans laquelle flotte l'omoplate. La propulsion donnée par la main au pus fait filer celui-ci en avant vers le grand pectoral, et sur la face antérieure de l'omoplate le long du grand dentelé.

Le bras est très œdématié, il y a manifestement une compression des vaisseaux huméraux. Les lancées douloureuses le long des nerfs du plexus brachial montrent qu'ils sont eux-mêmes irrités par le pus.

L'articulation scapulo-humérale ne paraît pas atteinte, la gêne des mouvements semble venir uniquement de la présence de cette énorme quantité de pus dans l'aisselle.

On pense à un adéno-phlegmon. Cependant M. Pollosson, voyant le malade assis et de dos, nous fait part de cette réflexion : « Si c'était un jeune homme, on devrait dire ostéomyélite de l'omoplate, mais il a 58 ans ! »

Opération le 12 mars. — Le malade est si cachectique qu'on n'ose pas l'endormir.

Large incision au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, une deuxième au niveau de l'épine, une troisième au niveau du bord supérieur. En avant, incision suivant le bord inférieur du grand pectoral.

Il s'écoule une quantité énorme de pus (au moins 2 litres), pus crémeux, épais, blanc verdâtre, pus chaud.

Le doigt introduit dans la plaie arrive immédiatement sur l'omoplate qui est dénudée de son périoste en arrière sur toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, en avant sur toute la partie de la fosse sous-scapulaire. Par une large brèche qui laisse facilement passer deux doigts on peut d'ailleurs explorer ces deux fosses. Petits séquestres lamellaires dans le pus.

Grands lavages et tamponnement de cette vaste cavité. L'état général ne permet pas une opération plus complète.

16 mars. Le malade meurt de cachexie avec de la congestion des bases, de la diarrhée et une haute température.

Autopsie le 17 mars. — Le cadavre n'étant pas réclamé, je peux

pratiquer une désarticulation interscapulo-thoracique et conserver ainsi l'omoplate. On en a ici la reproduction.

L'os est dénudé dans sa plus grande partie : seules l'épine de l'omoplate et la fosse sus épineuse sont encore revêtues de leur périoste. Partout ailleurs celui-ci, mince, pellucide : un périoste de vieillard, est détaché de l'os, séparé de lui par une nappe de pus. Il est adhérent aux muscles sous-épineux, grand rond, petit rond, sous-scapulaire, qui sont dégénérés, blancs, grisâtres, ainsi que le grand dentelé, et les intercostaux de la paroi interne de l'aisselle.

L'os manque dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse. De plus le bord spinal est irrégulier, érodé, détruit par places.

Articulation scapulo-humérale absolument indemne. Les autres organes ne présentent rien de digne de remarque; les poumons sont atteints de congestion à leurs bases; un peu de liquide dans les plèvres.

Cette observation est doublement intéressante : d'abord au point de vue de la localisation des lésions, puis en ce que celles-ci se rencontrent chez un homme de 58 ans.

Sans doute, parmi les os plats, l'omoplate est bien un des os les plus fréquemments atteints, mais, comparé aux os longs, le scapulum n'offre que rarement prise à l'ostéomyélite aiguë. Si nous en croyons les principales statistiques, qui sont certainement incomplètes, nous n'en trouverions que 30 ou 35 cas.

Bruns (1), 8 cas sur 414; Lannelongue (2), 2 cas sur 24; Bergmann, 10 cas; Volkmann (3), 3 cas; Poncet (4), Jaboulay (5), Billroth, Ollier, Mickulicz, Bœckel (6), etc.

Dans une thèse récente (7) un élève de Dubar cite 9 observations qui, outre les cas de Billroth, Ollier, Poncet, Jaboulay, déjà cités, appartiennent à Schultz (8), à Mathews Jones (9), à Peyrot (10), enfin à Dubar 2 observations inédites.

Mais il faudrait pouvoir ajouter tous les cas si nombreux non publiés. Il n'est presque pas de chirurgien qui dans le cours de sa carrière ne se soit trouvé en présence d'un cas d'ostéomyélite de l'omoplate.

Or, l'opinion de tous les auteurs, Audry (11), Ollier, Gangolphe (12) est que 3 points dans le scapulum peuvent être le siège de la localisation de l'ostéomyélite. Ces 3 points sont indiqués par le développement de l'os (13) :

1° Tout le bord interne et l'angle inférieur;

2° L'extrémité externe de l'épine;

3° L'apophyse coracoïde (14) et la région glénoïdienne.

Dans notre cas au contraire les lésions semblent avoir eu pour siège exclusif le milieu de la fosse sous-épineuse. C'est un siège anormal qui ne correspond à aucune donnée embryogénique.

De plus on signale la fréquence des lésions articulaires, et ceci s'explique puisque le plus souvent la région préglénoïdienne est la première atteinte. Chez notre malade l'article n'était pas touché : le point osseux en était si éloigné!

Donc localisation de l'ostéomyélite sur l'omoplate et sur un point de l'os très anormalement frappé : le tout chez un homme de 58 ans.

C'est cette deuxième particularité de notre observation, l'âge du malade, que nous voulons surtout mettre en vedette. A en croire la statistique de Haaga, le plus vieux malade atteint d'ostéomyélite aiguë avait 50 ans. Dans la thèse récente de Lohmann (1) nous trouvons 2 cas de sujets âgés l'un de 50 ans, l'autre de 54 ans.

Nous-même avons observé un cas d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia chez une malade de 61 ans. Il s'agissait d'une vieille femme entrée dans le service de M. le professeur Ollier, dont nous avions alors l'honneur d'être l'interne, pour un abcès chaud développé au niveau de la malléole interne à la suite d'un traumatisme. L'intervention montra des lésions d'ostéomyélite.

Dans la collection de M. Ollier nous trouverions 5 ou 6 cas de malades âgés de plus de 50 ans.

Dans la thèse de Blanchon, déjà citée, est relatée l'observation d'un malade âgé de 54 ans.

Si nous ne faisons que citer ces cas, sans entrer dans plus de détails, c'est que M. Paul, élève à l'Ecole du service de santé militaire, doit faire, sous l'inspiration du professeur Poncet, de la question qui nous occupe le sujet de sa thèse inaugurale. On y trouvera relatée avec tout le soin désirable l'histoire de ces malades. Il lui sera possible d'en déduire des considérations intéressantes sur les particularités de siège, de marche clinique, de pronostic, etc., que revêt l'ostéomyélite aiguë chez le vieillard.

Pour nous, nous voulions simplement démontrer que l'ostéomyélite aiguë existe chez le vieillard, et que, en plus de l'ostéomyélite aiguë des adolescents (jusqu'à 25 ans), de l'ostéomyélite aiguë des adultes (de 25 à 50 ans), on peut rencontrer l'*ostéomyélite aiguë des vieillards* (plus de 50 ans). Il faut avouer que dans l'intérêt de notre cause nous traitons de vieillard un individu âgé de 50 ans : « Cet âge est sans pitié » (2).

1. Bruns. Statistique de Haaga.
2. Lannelongue. Ostéomyélite aiguë. Paris, 1873.
3. Volkmann. *Beiträge zur Chirurgie*, 1875.
4. Poncet. *In* Nouveau Traité de chirurgie.
5. Jaboulay. Deux cas d'ablation de l'astragale (*Lyon Médical*, 1891).
6. Bœckel. Fragments de chirurgie antiseptique, 1882.
7. Brunet. Thèse de Lille, 1895, n° 82.
8. Schulz. *Deutsche Zeitsch. fur Chirurg.*, 1884, Bd. XXIII, p. 295.
9. Mathews Jones. *Medic. chir. Transactions*, t. XVIII.
10. Peyrot. *In* thèse de Courtin, Paris, 1883.
11. Audry. Des ostéites de l'omoplate (*Revue de chirurgie*, 1887).
12. Gangolphe. Maladies infectieuses et parasitaires des os.
13. Rambaud et Renaut. Développement des os.
14. Poncet. Coracoïdite infectieuse, *in* Nouveau Traité.

REVUE DES CONGRÈS

XXVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 27 au 30 Mai 1896.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Kehr expose les résultats que lui a fournis une série d'interventions pour affections calculeuses ou autres des voies biliaires. Il a pratiqué 127 fois la cholécystostomie pour cholécystite calculeuse et n'a eu qu'un seul cas de mort, et encore dans ce cas la mort ne pouvait être imputée à l'intervention. Aucun de ces opérés n'a gardé de fistule biliaire.

La cholécystectomie a été faite par M. Kehr 21 fois : tous les opérés ont guéri. Dans 31 cas de lithiase du cholédoque, M. Kehr a pratiqué 30 fois la cholédochotomie, une fois l'écrasement du calcul; sur ce nombre il eut 2 morts, l'une par complications du côté de l'estomac, l'autre par péritonite.

D'après M. Kehr, la cholédochotomie est, des opérations sur les voies biliaires, la plus compliquée et la plus grave, ce qui explique que sur une statistique de 82 cholédochotomies on trouve 26 morts.

Dans 19 cas d'affections cancéreuses, M. Kehr a eu recours à des opérations palliatives comme la cholécystentérostomie. Sur

1. Lohmann. *Inaug. Dissert.* Griefswald, 1892, 21 cas, dont 2 personnels.
2. *Lyon médical*, 14 juin 1896, t. LXXXII, p. 214.

ces 19 cas, 9 ont été soulagés, 10 ont succombé avant de quitter l'hôpital.

M. Körte attire l'attention sur ce fait que dans certains cas où la vésicule ne renferme pas de pus, son contenu, en apparence muqueux ou bilieux, n'en est pas moins infectieux. Comme M. Kehr il considère la cholédocotomie comme une intervention grave ; ce qui complique singulièrement cette intervention c'est qu'à la suite de l'ictère prolongé, les malades présentent une disposition toute particulière aux hémorrhagies.

Gastro-entérostomie avec entéro-anastomose.

M. von Bungner ayant eu à opérer un cas de cancer du pylore trop avancé pour se prêter à une pylorectomie, pratiqua la gastro-entérostomie qui soulagea si peu le malade que peu de temps après il a fallu compléter la première intervention par une entéro-anastomose. Le résultat a été des plus satisfaisants.

D'après M. von Bungner, les résultats quelquefois peu satisfaisants de la gastro-entérostomie tenant au reflux du contenu intestinal dans l'estomac, l'entéro-anastomose supplémentaire qui obvie à cet accident devrait être pratiquée concuremment avec la gastro-entérostomie.

Exstrophie de la vessie.

M. Popper a eu l'occasion d'intervenir dans un cas d'exstrophie de la vessie chez un garçon de 15 ans. Il eut recours à l'ancien procédé de Treudelenburg, avec cette modification que le canal uréthral a été prolongé le long de la paroi postérieure de la vessie, aussi loin que possible dans la vessie même, ce qui devait avoir pour résultat d'éviter la dilatation secondaire du col vésical. Le malade qui, avant l'opération, ne pouvait garder l'urine plus d'une à deux heures, n'urine plus maintenant que toutes les trois heures.

M. König a opéré dernièrement 2 enfants, par le procédé de Treudelenburg ; les deux opérés ont succombé à une pneumonie quelques jours après l'intervention.

M. Küster préfère à la méthode de Treudelenburg celle de Passavant. Le procédé en question consiste à fendre le pénis du côté ventral entre les deux corps caverneux, à aviver les bords de la muqueuse uréthrale du côté dorsal de la verge, puis en rapprochant l'un de l'autre ces deux bords avivés, à faire pivoter autour de leur axe longitudinal les deux portions péniennes, de façon que les bords de l'incision centrale s'écartent, tandis que les deux bords avivés de l'urèthre, se rapprochent en avant. Ce procédé a donné à M. Küster plusieurs fois des résultats très satisfaisants.

Hystérectomie vaginale pour le cancer.

M. Olshausen, après avoir exposé l'historique de la question, a décrit la technique de l'opération et les résultats qu'elle lui a fournis.

Après avoir circonscrit le cancer, on sépare l'utérus de la vessie par en haut ou par les parties latérales; on refoule complètement la vessie, on ouvre le cul-de-sac de Douglas et on suture ou on lie, si cela est nécessaire. Les ligaments sont ligaturés du côté le plus favorable. Après avoir fait l'hémostase, on ferme la cavité abdominale. Dans le traitement post-opératoire, l'essentiel est de s'abstenir de toute intervention, ce qui est possible si l'on suture avec du catgut. Le traitement avec les pinces ne doit pas être recommandé, parce qu'il ne permet pas de fermer la cavité abdominale, de sorte qu'il peut survenir une infection par le vagin.

M. Olshausen n'utilise la voie sacrée que dans les cas qui ne sont pas opérables autrement, le vagin constituant la voie naturelle.

Les résultats immédiats de l'opération sont remarquables. Depuis le 1er avril 1894, M. Olshausen a opéré 193 cas avec seulement 3 cas de mort et, dans ces 18 derniers mois, 100 cas avec un seul cas mortel à la suite d'une pyémie existant déjà avant l'opération.

On ne peut naturellement porter un jugement sur les résultats éloignés de l'opération que lorsque le temps écoulé depuis l'intervention est considérable. Mais apparemment, les récidives sont plus rares qu'auparavant et cette méthode offre encore la seule ressource pour enlever avec succès un utérus cancéreux.

Arrachement des nerfs d'après le procédé de Thiersch.

M. Angerer a, depuis 1889, employé l'arrachement du trijumeau pour névralgie, d'après la méthode de Thiersch chez 26 malades.

Le nombre des opérations s'est élevé à 52 en raison de la bilatéralité de la maladie dans plusieurs cas, de l'ablation de plusieurs branches et des opérations faites pour les récidives. La plupart des malades souffraient depuis longtemps de névralgies et avaient été soumis toujours avec des succès seulement passagers à des traitements médicaux et chirurgicaux. Les résultats ont été les suivants : 17 malades ont été complètement débarrassés de leur maladie avec un résultat durable; chez 2, le résultat n'était pas complet, mais l'état s'était beaucoup amélioré; chez 7, il est survenu des récidives.

Si l'on ne tient compte que des malades opérés depuis 4 ans, on trouve que dans 4 cas, il a fallu faire plusieurs opérations et qu'un sujet est mort au bout de 6 mois d'une maladie intercurrente; sur les 12 qui restent, il y a eu 3 récidives, et 7 restent parfaitement guéris. Parmi les cas qui ont récidivé s'en trouvait un qui avait déjà été opéré par Nussbaum et où les adhérences cicatricielles rendaient très difficiles la torsion et l'extraction du nerf. Les résultats, dans une maladie aussi tenace peuvent être considérés comme bons.

Quant à l'exécution de l'opération, il faut suivre le précepte de Thiersch qui commande de pratiquer l'extraction le plus lentement possible. La guérison des plaies est toujours immédiate avec des cicatrices très favorables. La paralysie faciale du début rétrocède dans tous les cas au bout de quelque temps.

Les résultats sont donc sous ce rapport meilleurs que dans l'excision et les opérations à la base du crâne. Comme les douleurs ne sont pas limitées en général à la branche nerveuse malade, mais irradiées presque toujours aux autres branches, on doit conseiller l'ablation des autres branches comme moyen prophylactique. L'opération est tout à fait inoffensive et l'anesthésie ne semble pas aussi pénible lorsque tous les nerfs sensibles de la moitié de la face sont enlevés. Dans les récidives opiniâtres, il est indiqué de faire l'extraction intracrânienne, y compris celle du ganglion de Gasser d'après la méthode de Krause.

M. Helferich ne peut que confirmer les bons résultats de l'opération qu'il a pratiquée 12 fois. Il désire seulement attirer l'attention sur ce point que pour prévenir les récidives ou du moins pour procurer au malade une guérison aussi longue que possible, il est de la plus grande importance d'enlever un fragment central du nerf aussi long que possible, en isolant le nerf à son point d'entrée dans le canal osseux de la mâchoire inférieure. C'est donc à ce point qu'il faut pratiquer la torsion.

Dans un cas où M. Helferich a voulu pratiquer l'extirpation intracrânienne du ganglion de Gasser d'après la méthode de Krause, il lui est arrivé de déchirer l'artère méningée moyenne, mais l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même après l'emploi du crochet mousse. Il n'a pu, dans ce cas, extraire qu'un petit fragment central du nerf, parce qu'il existait des adhérences produites par des résections antérieures.

M. Krause ne pense pas que l'arrachement du nerf d'après le procédé de Thiersch soit la première opération à pratiquer dans la névralgie du trijumeau, car d'après ses observations, la récidive arrive dans la moitié des cas environ, et il ne reste plus qu'à faire l'extraction intracrânienne avec le ganglion. Si l'on fait par contre d'abord la section ou la résection qui donnent encore des guérisons incontestables, il reste encore la ressource de faire l'extraction du nerf par torsion et enfin l'extirpation du ganglion, ce qui est toujours une opération redoutable. Il a pratiqué 12 fois l'opération par la méthode de Thiersch : 10 malades ont guéri, 1 est mort, 1 autre est encore en traitement.

M. Karewski a fait 9 fois l'arrachemect d'après la méthode de Thiersch avec extraction complète du trijumeau, sans avoir une seule récidive.

Étiologie du sarcome.

M. Jurgens a fait des expériences d'inoculation avec certains sarcomes qui l'ont conduit à admettre la nature infectieuse de certains d'entre eux.

Ayant inoculé des parcelles de sarcome dans lequel il a constaté la présence de sporozoaires, il a constaté, en sacrifiant les animaux à divers intervalles après l'inoculation, que la substance inoculée commence par être encapsulée en s'entourant d'adhérences. Plus tard, le péritoine est envahi par un microorganisme protoplasmique qui pénètre dans les cellules et qui finit par passer dans le sang où on peut le retrouver. La dernière phase d'infection est représentée par la production de nombreuses tumeurs sarcomateuses d'abord dans le péritoine, ensuite dans les autres organes.

Le microorganisme protoplasmique en question appartiendrait, d'après M. Jurgens, au genre des coccidies. Sa vitalité s'affaiblit par des inoculations successives, si bien qu'on ne réussit pas à l'inoculer à plus de 3 générations.

Les expériences avec du mélanosarcome donnent des résultats analogues, et, dès le 17e jour après l'inoculation, on peut déjà observer la formation de tumeurs mélaniques.

Les expériences faites par M. Jurgens sur l'épithélioma contagiosum lui ont montré que les tumeurs en question étaient produites par des grégarines. Chez la poule notamment, on peut observer une infection générale à grégarines quand celles-ci pénètrent dans le sang. C'est ainsi que, dans ces conditions, M. Jurgens a observé chez des poules des pneumonies, des péricardites à grégarines.

Bactériothérapie du cancer.

M. Petersen a fait à la clinique du professeur Czerny une série d'expériences avec des cultures filtrées ou stérilisées de streptocoques et de micrococcus prodigiosus pures ou associées et avec du sérum d'animaux inoculés avec ces cultures. Ces expériences, faites sur des cancéreux, lui ont montré que les cultures stérilisées agissent plus énergiquement que les cultures filtrées; que l'action du sérum est bien moins énergique que celle des cultures. L'effet du traitement par les cultures ou le sérum a été nul chez 10 cancéreux; sur les 17 sarcomateux, la tumeur a subi une régression appréciable chez un seul.

Le traitement ne donne donc pas de résultats appréciables. Par contre, il est dangereux en ce sens qu'il expose les malades à une intoxication et qu'il semble favoriser la généralisation de la tumeur.

M. Rosenberger a essayé les injections de sérum chez des cancéreux sans grands résultats. Par contre, il a vu dans 2 cas de sarcome les injections produire un effet des plus heureux.

M. Senger cite le cas d'une femme de 65 ans qui présentait un sarcome de l'épaule. A la suite d'un érysipèle intercurrent, la tumeur se ramollit et son incision donna issue à grande quantité de pus. La malade guérit et la guérison se maintient depuis 10 ans.

Depuis lors, M. Senger a essayé les injections de cultures stérilisées de streptocoques dans le cancer. Les résultats ont été nuls dans le cancer, et peu appréciables dans le sarcome.

M. Riedel, qui a observé plusieurs cas de sarcome qui ont guéri par l'arsenic ou à la suite d'un érysipèle intercurrent, fait observer que, quelquefois, le sarcome est confondu avec des tumeurs leucémiques. Il faudra donc penser à cette confusion possible quand on fait le diagnostic de sarcome.

M. Hasse signale les bons résultats que les injections intraparenchymateuses d'alcool donnent dans les cancers inopérables du sein et de l'utérus. Ces injections lui ont permis d'obtenir 4 fois la guérison complète de cas déclarés inopérables par des chirurgiens éminents.

Ostéomyélite expérimentale.

M. Lexer est parvenu à provoquer chez de jeunes lapins tous les phénomènes de l'ostéomyélite chronique en injectant des quantités minimes de cultures très atténuées de staphylocoques dorés. Il a obtenu dans ces conditions l'épaississement chronique du tibia, la formation des abcès dans la moelle osseuse, l'ostéopériostite hypertrophique, etc.

Les expériences analogues faites avec d'autres microorganismes pathogènes ne donnent pas le même résultat. Pourtant l'injection d'un bacille isolé par M. Schimmelbuch provoque une congestion intense de la moelle osseuse; si on injecte alors une culture de staphylocoques dorés on obtient une ostéomyélite étendue. Le staphylocoque blanc ne provoque dans les mêmes conditions que la formation des abcès.

Avec le streptocoque les résultats sont inconstants, en ce sens que c'est seulement dans des cas isolés qu'on parvient à provoquer une véritable ostéomyélite.

Nécrose phosphorée.

M. Riedel, qui a eu l'occasion d'intervenir dans 24 cas, considère cette affection comme une affection chronique du système osseux qui devient manifeste au moment où les maxillaires déjà affaiblis dans leur résistance sont envahis par une infection secondaire produisant une nécrose rapide de cet os. D'une façon générale l'intoxication chronique par le phosphore peut se manifester par une fragilité extraordinaire des os, provoquant des fractures spontanées à la moindre occasion.

Quant au traitement, M. Riedel est partisan de l'intervention précoce qui doit consister en une résection de toute la portion d'os recouverte d'ostéophytes, et qui ne défigure pas plus le malade qu'une intervention tardive.

M. Bogdanik est aussi partisan de l'intervention précoce et il a pu se convaincre, pour ce qui est du maxillaire inférieur, que l'intervention complète donne, au point de vue plastique de meilleurs résultats qu'une intervention incomplète.

Fractures du radius.

M. Braatz trouve que les différentes attelles employées dans le traitement de la fracture du radius ont toutes l'inconvénient de ne fixer qu'un seul côté. Aussi propose-t-il de les remplacer par une attelle fixant les deux faces de l'avant-bras tout en étant amovible. L'attelle reste en place pendant trois semaines et on termine le traitement par du massage et de la gymnastique.

M. Storp a modifié le traitement par l'écharpe, préconisé par M. Petersen, en remplaçant l'écharpe par du sparadrap. Après réduction, on enveloppe le poignet avec une large bande de diachylon et l'on suspend le membre dans une bande étroite formant écharpe, en ayant soin de placer le point d'appui au niveau de la fracture. Dix jours après, on enlève le sparadrap et on commence les séances de massage.

Sur 104 cas traités de cette façon M. Storp a constamment obtenu de bons résultats fonctionnels et une bonne disposition des fragments. Le traitement ne dure pas en tout plus de deux à trois semaines.

Incurvation du fémur.

M. Braun a observé chez deux enfants, présentant une ankylose du genou d'origine tuberculeuse, une incurvation antérieure du fémur analogue à celle que M. König a notée chez les enfants ayant subi l'arthrectomie du genou. Dans les deux cas le redressement du fémur a été facilement obtenu par la résection du genou.

D'après M. Braun l'incurvation antérieure du fémur qui existait chez ses deux malades peut être attribuée d'une part à une diminution de la résistance osseuse par le fait d'une production insuffisante d'os au niveau du cartilage épiphysaire ou d'une atrophie par défaut de fonctionnement du membre, d'autre part aux conditions statiques anormales réalisées par la flexion du genou.

Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche.

M. Lorenz pense que dans un bon nombre de cas le traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche peut être avantageusement remplacé par le traitement orthopédique,

c'est-à-dire par la réduction suivie de fixation de la tête réduite dans une position convenable à l'aide d'un appareil.

Pour cela, on commence par abaisser la tête du fémur à l'aide d'une forte traction; puis en fléchissant fortement la cuisse et en la mettant en forte abduction on place la tête en regard de la cavité cotyloïde où on la fait entrer. La tête une fois entrée, ce dont on se rend compte par une secousse et un bruit très perceptibles, on fixe le fémur au moyen d'un appareil plâtré dans une position qui empêche la récidive de la luxation.

D'après M. Lorenz la condition essentielle du succès est de faire marcher les malades de bonne heure car, d'après lui, c'est par la pression qu'exerce la tête du fémur que se produit l'adaptation de la cavité, progressivement élargie, à la tête du fémur. Cet effet de la pression exercée par le poids du corps est secondé par la fixation de la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, provoquée elle-même par la tension considérable des ligaments et de la capsule articulaire.

Ce traitement a réussi à M. Lorenz dans 43 cas chez des enfants âgés de moins de 6 ans. Après la guérison les enfants ne portent pas d'appareil.

M. Dolega croit que le port d'un appareil orthopédique est indiqué dans certains cas, notamment dans ceux où la remise de la tête sans opération échoue et où une intervention sanglante est contre-indiquée.

M. Mikulicz a pu se convaincre depuis longtemps que dans un grand nombre de cas on arrive à un bon résultat par la réduction lente avec extension permanente en abduction avec rotation en dehors.

M. Hoffa trouve que le traitement décrit par M. Lorenz est le même qu'il préconise en cas de traitement non opératoire : il y a cette seule différence qu'il ne conserve l'appareil plâtré que pendant 4 semaines et qu'il le remplace ensuite par l'appareil de Mikulicz.

En second lieu, contrairement à M. Mikulicz, M. Hoffa pense qu'une fois la réduction obtenue, la rotation en dedans est seule capable d'empêcher la récidive de la luxation.

M. Schede trouve aussi que le traitement exposé par M. Lorenz renferme les principes du traitement tels que lui, M. Schede, les avait exposés au Congrès d'il y a deux ans.

Son traitement lui a réussi dans plusieurs cas. Mais il a également constaté que dans certains cas la section sous-cutanée des tendons des abducteurs et des longs fléchisseurs pouvait être d'une grande utilité.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Juin 1896.

Épaisseur des os du crâne.

M. Péan constate que la connaissance exacte de l'épaisseur des os du crâne dans les diverses régions et dans les divers états pathologiques serait d'une haute importance pour la trépanation. Les variations, malheureusement, sont très grandes, et après avoir étudié la question, avec M. de Tornery, sur un grand nombre de crânes, M. Péan montre qu'en fin de compte, si l'on peut se baser sur quelques données spéciales (plus grande épaisseur à gauche, chez l'homme, chez les sujets âgés, au niveau des sutures, chez les hérédo-syphilitiques), on ne peut, d'une manière générale, avoir à l'avance des notions exactes. De là les inconvénients et des couronnes du trépan, et de la gouge, et M. Péan rappelle que depuis longtemps il préconise la trépanation par morcellement à la pince-gouge après attaque par une petite couronne; et dans les cas où l'os doit être réimplanté il recommande son polytritome bien connu.

Morve chez l'homme.

M. Rémy relate un cas de morve chronique chez l'homme. Il s'agit d'un équarisseur de 42 ans chez qui les accidents ont débuté par une piqûre à l'index gauche, et sont limités au membre supérieur. M. Rémy, d'une étude générale, conclut que la morve est curable chez l'homme. Depuis une dizaine de jours il a entrepris le traitement, par des bains antiseptiques iodés; il se propose d'agir sous peu par le thermocautère.

Irido-choroïdite d'origine utérine.

M. Vignes, en son nom et celui de **M. Batuaud**, lit une note sur un cas d'irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles, d'abord de l'œil gauche, puis de l'œil droit. Le traitement ophthalmogique est impuissant à arrêter l'évolution de la maladie. L'acuité visuelle est tombée à 0,02 du côté de l'œil droit, le gauche est moins atteint.

L'examen gynécologique ayant démontré qu'il existe une endométrite glandulaire chronique à staphylocoques, on rattache l'affection oculaire à l'infection utérine. Le curettage utérin est pratiqué; l'acuité visuelle monte progressivement à 0,6 et les corps flottants dans les milieux oculaires diminuent. L'intervention a eu lieu il y a six mois et depuis lors l'amélioration se maintient.

Élongation du radial.

M. Mouchet (de Sens) a observé un homme, alcoolique, de 58 ans, qui, à la suite d'un coup sur le bras, eut une paralysie du nerf radial. Après échec du traitement ordinaire (électrisation, massage, frictions), M. Mouchet pratiqua, 2 mois après l'accident, l'élongation du nerf et la guérison fut progressivement obtenue. Aujourd'hui elle est parfaite.

M. Mouchet relate encore une observation d'*ovariotomie double chez une femme enceinte* de 3 mois, qui ensuite accoucha à terme d'un enfant vivant.

M. Ferrand lit, au nom de **M. Delore** (de Lyon), une note de pathologie générale sur la *scepticémie médicale et chirurgicale*, sous ses formes aiguë, subaiguë et chronique, dont chacune se rattache à un mode de pénétration ou à un mode différent d'association des microbes et de leurs toxines.

M. Duplay lit un rapport sur un travail de M. Boisseau du Rocher relatif à l'*électrolyse médicamenteuse* dans le traitement des tuberculoses et des maladies de l'utérus et de ses annexes.

M. Marc Sée recommande, pour la palpation de l'abdomen, un procédé qu'il appelle *palpation hydrostatique* et fondé sur ce fait, facile d'ailleurs à expliquer physiquement, que dans un bain la paroi abdominale se relâche et permet la palpation, même chez les sujets obèses.

M. Lejars communique une observation de gastro-entérostomie (sera publiée *in extenso*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 Juin 1896.

Le rôle de la rate dans les infections.

M. Courmont a repris les recherches sur la façon dont les animaux dératés se comportent envers l'infection et la vaccination. Les recherches faites jusqu'à ce jour par Bardach, Tiktin, Melnikoff-Razwedenkoff et un grand nombre d'auteurs allemands et italiens ont donné des résultats contradictoires, les uns ayant trouvé que l'ablation de la rate diminue la résistance de l'animal contre l'infection, d'autres que cette ablation n'atteint pas la résistance. D'après M. Courmont ces résultats contradictoires tiennent à ce que dans ces recherches on a voulu généraliser les faits sans prendre en considération la façon dont l'animal dératé se comporte envers tel ou tel microorganisme.

Les recherches personnelles de M. Courmont lui ont justement démontré que l'espèce microbienne joue sous ce rapport un rôle considérable. Ainsi les lapins dératés depuis 1 à 21 jours, succombent plus facilement et plus rapidement à une infection staphylococcique ou à bacilles pyocyaniques que les animaux témoins qui n'avaient pas subi la splénectomie. Par contre les animaux témoins succombent plus facilement à l'infection streptococcique que les animaux dératés.

Enfin la vaccination est plus difficile chez les animaux dératés que chez les animaux témoins.

M. Charrin. — La question relative à l'influence de l'ablation de la rate est complexe, car certains auteurs ont obtenu des résultats variables sans faire varier le muscle. Le facteur important leur a paru être l'intervalle qui s'écoule entre le moment où on inocule un animal et la date de la splénectomie, sans doute à cause des suppléances qui s'établissent du côté de la moelle des os, par exemple. Pour ma part, j'ai réussi à vacciner des animaux privés de ce viscère.

Décharge d'urée à la suite des injections de sérum.

M. Poix a constaté que l'injection sous-cutanée de sérum antidiphthérique, même à la dose minime de 5 centim. cubes provoque une augmentation considérable de la quantité d'urée de l'urine. Ce fait n'est pourtant pas spécial au sérum antidiphthérique, car la même décharge s'observe à la suite de l'injection de sérum de cheval non immunisé.

M. Charrin. — Les expériences de M. Poix montrent que le sérum normal de cheval fait augmenter l'urée, aussi bien que le sérum anti-diphthérique, fait qui tend à exclure le rôle de l'antitoxine.

On peut aller plus loin, puisque les solutions minéralisées, ce qu'on appelle à tort le sérum artificiel, la partie minérale du sérum, accroissent aussi l'urée.

Je poursuis, avec M. Desgrez au laboratoire de M. Bouchard, une série de recherches, mentionnées, pour une part, dans la thèse de Meyer parue il y a 8 jours. — Ces recherches établissent dans quelles limites se meut cette azoturie; elles établissent surtout le rôle des doses, chez des sujets prenant chaque jour le même volume de lait : 10 centim. cubes par kilog. de la solution qui contient : sulfate de soude, 6 ; phosphate de soude, 4 ; chlorure de sodium, 2 ; eau, 100 ; on abaisse ce taux de l'urée ; on l'élève inversement avec 1 ou 1/2.

Il y a encore d'autres particularités sur lesquelles nous reviendrons, parce que les médecins emploient aujourd'hui ces solutions dans une foule de circonstances ; il y a là un grand intérêt pratique.

Mains d'acromégaliques.

M. Marinesco. — Nous avons soumis à l'action des rayons de Rœntgen, les mains de 4 acromégaliques âgés respectivement de 55, 54 et 33 ans dans le but d'étudier le squelette. Voici d'une manière générale les conclusions qui se dégagent de cette étude. L'hypertrophie osseuse est variable ; mais, ainsi que le montre Pierre Marie, elle porte principalement sur les extrémités des os. Ce sont les épiphyses et les apophyses qui sont hypertrophiées. Cette hypertrophie est régulière et ne donne pas naissance à des ostéophytes. Les extrémités osseuses présentent plutôt une exagération de leur volume. L'âge du malade a une influence considérable sur le type des extrémités osseuses de la main chez les acromégaliques. Ce point a été mis en évidence par les observations de Recklinghausen, de Surnsout et surtout de Brissaud et Meige. M. Marie s'est basé tout récemment sur ce fait pour décrire deux types d'acromégalie ; le type géant se verrait surtout quand l'acromégalie se produit aux environs de l'adolescence. Si le début est tardif on trouvera le type d'acromégalie massive. Nos observations prouvent que plus l'individu est âgé, plus l'hypertrophie des extrémités se fait en largeur. On pourrait appeler avec Arnold, cette déformation de la pachyacrie. Mais, contrairement à ce dernier auteur, on peut observer dans l'acromégalie un développement en longueur quand cette maladie affecte des adolescents. Les os des extrémités et les extrémités des os se développent en longueur. Les individus dans ce cas seront des acromégaliques du type géant. L'observation du squelette de la main, ainsi que nous venons de la faire, prouve que cette assertion est vraie d'une façon générale. Mais il faut tenir compte de la prédisposition individuelle qui, dans cette maladie comme dans toute autre, joue un rôle important. Ainsi le dernier malade, le plus jeune parmi tous, présentait comme aspect clinique le type massif. Cependant l'examen du squelette de la main montrait un développement en longueur du métacarpe et des phalanges, mais en même temps les extrémités des os étaient également très développées en largeur. Un critérium positif qui nous permet, jusqu'à un certain point de distinguer la main de l'acromégalique adolescent de la main de l'acromégalique adulte, c'est le rapport qui existe entre la diaphyse et les épiphyses des os longs des extrémités. Chez l'acromégalique adulte, le volume des phalanges et des phalangettes est plus ou moins uniforme, tandis que chez l'acromégalique adolescent, les extrémités osseuses sont considérables, de sorte que la diaphyse, relativement allongée, semble avoir été étirée entre les extrémités épiphysaires notablement hypertrophiées. Enfin nous avons examiné par comparaison la main d'une malade atteinte d'érythromélalgie et nous n'avons pas trouvé de lésions du squelette, ce qui prouve que cette affection n'a aucun rapport avec l'acromégalie.

Atténuation du virus claveleux.

M. Charrin. — On sait qu'on atténue les virus par une série de procédés. M. Duclert a atténué le virus claveleux à l'aide de la chaleur, mais au lieu de se servir des températures élevées, il use d'une température de 25° ; si on maintient le virus à 25° durant 12 jours, il est totalement atténué. Si on diminue cette durée ou si l'on abaisse encore la température, on obtient un virus qui vaccine.

Je crois avoir montré que cette influence de la chaleur s'étendait aussi aux produits microbiens.

Sérothérapie contre le « proteus ».

M. de Nittis. — Si l'on injecte dans le péritoine d'un cobaye des cultures virulentes de *proteus vulgaris* à la dose capable de tuer en 24 heures 3 ou 4 kilog. de lapin, le cobaye fournit un sérum thérapeutique contre le *proteus*. Au contraire, s'il est inoculé dans les veines, le cobaye succombe.

Les lapins auxquels fut injecté dans les veines le sérum ainsi obtenu, mélangé aux cultures virulentes du *proteus*, ont constamment survécu, tandis que les témoins mouraient en 15 ou 20 heures.

Le sérum de cobaye normal expérimenté ne présente pas les mêmes propriétés.

M. Courmont a observé chez le lapin une névrite périphérique survenue à la suite des injections de toxines cholériques. La moelle ne présentait aucune lésion.

MM. Borq et **Vedel** ont constaté que l'eau distillée exerce en injection intraveineuse une influence nocive sur les globules rouges qu'elle déforme ; même à petite dose l'eau distillée injectée dans les veines, peut provoquer des accidents mortels.

M. Gley fait une nouvelle communication sur l'action anticoagulante des injections de peptone.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 Juin 1896.

Fibromes récidivants de l'oreille d'origine traumatique.

M. Kirmisson a retrouvé l'observation de fibrome de l'oreille qu'il a citée à la dernière séance. Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans qui présentait à la partie postéro-supérieure du pavillon de l'oreille une petite tumeur sous-cutanée, ayant l'apparence d'un fibrome. L'extirpation en fut facile. Il s'agissait bien d'une tumeur fibreuse pure.

Mais à côté de ces fibromes de l'oreille dont l'existence est certaine, il y a d'autres tumeurs de l'oreille qui sont les cicatrices chéloïdiennes. On peut donc se demander s'il faut considérer toutes ces productions de l'oreille comme étant de nature chéloïdienne, ou bien faut-il faire des divisions ? Il s'agit en somme d'une question de classification : au point de vue pathogénique toutes ces productions ont la même origine et sont de

même nature; mais si l'on se place au point de vue clinique, il y a deux variétés à distinguer : les chéloïdes qui sont cutanées et les fibromes qui sont sous-cutanés.

M. Quénu. — A la suite du rapport de M. Picqué, la discussion a été mise sur trois points : sur la nature des productions opérées par M. Audain; sur la nature des chéloïdes en général et enfin sur le traitement.

Pour M. Quénu il n'y a pas de différence de structure entre les vraies et les fausses chéloïdes, car les chéloïdes ont toujours été considérées comme ayant une structure analogue à celle des fibromes, c'est-à-dire possédant des bandes fibreuses entrecroisées. Cornil et Ranvier insistent même sur l'abondance des vaisseaux dans ces tumeurs et sur le développement concentrique des bandes fibreuses par rapport aux vaisseaux.

Quant au traitement, il est reconnu aujourd'hui que l'extirpation donne de mauvais résultats. Les scarifications instituées par Widal ne valent pas mieux. Le mode de traitement auquel M. Quénu donne aujourd'hui ses préférences est l'électrolyse.

C'est en 1889 que M. Quénu a fait son premier traitement des chéloïdes de l'oreille par l'électrolyse, chez une petite fille de 8 ans. Après trois séances d'électrolyse, la chéloïde a disparu, et n'a pas récidivé.

La seconde intervention par l'électrolyse a été faite chez un enfant de douze ou treize ans qui, atteint de plaie sur le cartilage du pavillon, avait présenté ensuite une hypertrophie cicatricielle à ce niveau. Cette chéloïde avait été enlevée une première fois par M. Jalaguier qui obtint une réunion par première intention parfaite, et c'est sur cette réunion par première intention parfaite que se développa la seconde chéloïde qui a été traitée et guérie par l'électrolyse.

M. Picqué lit la note de M. Pilliet en foi de laquelle il maintient le nom de fibromes aux tumeurs enlevées par M. Audain.

M. Berger pense qu'il faut distinguer entre les tumeurs qui ne sont pas chéloïdiennes et celles qui le sont.

Comme tout le monde il a enlevé de petites tumeurs de l'oreille, développées longtemps après une traumatisme, tenant bien à la peau en un petit point, mais cependant très différentes des chéloïdes, car elles avaient bien l'aspect de petits kystes inclus dans le tissu cellulaire et facilement énucléables. Ces tumeurs furent toujours reconnues, après examen histologique, pour des fibromes adultes.

D'un autre côté, M. Berger a observé de vraies chéloïdes chez de jeunes sujets lymphatiques; elles font saillie, sont légèrement douloureuses, présentent, en certains points, une peau rouge ou violacée, sont toujours un peu diffuses. Avec M. Quénu, M. Berger les considère comme des tumeurs bénignes et peut-être comme des lésions trophiques.

Quant au traitement de ces chéloïdes, M. Berger se prononce contre l'ablation. Quant à l'électrolyse, il est possible qu'elle ait donné de bons résultats à M. Quénu pour des chéloïdes petites. Mais quand il s'agit de chéloïdes volumineuses, ce traitement-là devient fastidieux et les résultats sont incomplets. De plus, l'électrolyse présente parfois des inconvénients, et est un traitement douloureux.

M. Routier trouve que les chéloïdes de l'oreille diffèrent essentiellement des chéloïdes des autres régions, en ce qu'elles se développent dans une région bien spéciale, où elles trouvent à s'étendre entre les deux faces du lobule qu'elles écartent et arrivent ainsi à simuler une tumeur sous-cutanée d'origine fibreuse. Cependant, ce sont encore là des chéloïdes.

M. Tuffier croit que l'électrolyse est un procédé de traitement applicable aux chéloïdes de l'oreille, mais qui ne l'est plus aux chéloïdes d'autres régions. Il a échoué avec ce procédé, dans les cas où la chéloïde n'était pas limitée. Dans deux cas de chéloïde du sternum, il a obtenu deux guérisons complètes par la compression pure et simple.

M. Lucas-Championnière maintient que ces fibromes qui récidivent sont des chéloïdes.

Quant au traitement tous donnent des résultats. M. Routier a obtenu des succès avec l'extirpation. La compression a donné de bons résultats à certains auteurs. Vidal, qui avait recommandé la scarification, en a retiré profit. Quant à l'électrolyse, M. Quénu vient de la vanter à bon droit. Mais il est à craindre que tous les résultats obtenus ne soient pas des résultats terminaux. Il semble que les chéloïdes soient des productions capricieuses qui ne disparaissent que quand elles le veulent bien.

M. Guinard lit une observation de hernie crurale étranglée de l'appendice.

M. Reclus présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma de la face dont il a rapidement comblé le champ opératoire en pratiquant de larges greffes de Thiesch.

M. Routier présente un cas de perforation intestinale due à une compression par un fibrome.

Au cours de la séance, M. Hennequin est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 Juin 1896.

Ictère infectieux à rechutes. — Néphrite.

M. Dalché. — Sous le nom d'ictère infectieux à rechutes, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite et présentant souvent, pendant son évolution, une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui on ne tend plus à considérer cette maladie comme spéciale ou distincte, et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

Je viens d'en observer un cas typique accompagné de deux rechutes, avec cette particularité que la première des rechutes a consisté en une néphrite à l'exclusion de toute manifestation du côté du foie, tandis que la seconde a été provoquée par une nouvelle et légère poussée d'accidents hépatiques.

La malade que j'ai observée est une femme de 32 ans, qui était tombée dans la Seine et avait failli se noyer. Elle avait de ce fait absorbé une grande quantité d'eau. C'est 15 jours environ après cet accident que la maladie se déclara. Le tableau clinique fut celui de l'ictère à rechutes (troubles digestifs, augmentation du foie et de la rate, ictère, albuminurie, épistaxis, fièvre, etc.). Ce qu'il y eut d'intéressant, c'est qu'il se produisit deux rechutes; la première fut caractérisée uniquement par une néphrite à l'exclusion de toute manifestation hépatique. Comme dans tous les cas de ce genre la malade a guéri.

La nature de l'ictère à rechutes est mal connue encore. On peut se demander, en relisant attentivement l'observation de ma malade, si cette affection qui, après une incubation de 15 jours, frappe en même temps ou coup sur coup d'une façon si nette et intense le foie, la rate, les reins, n'est pas une infection générale d'emblée. Rien ne permet de l'affirmer, mais il faut bien reconnaître qu'elle en a toutes les allures, et si les accidents rénaux ont suivi les accidents hépatiques on ne peut dire qu'ils étaient sous leur dépendance.

Les accidents, on se le rappelle, se sont produits chez ma malade à la suite d'absorption d'une grande quantité d'eau de Seine. Haas (de Prague), Pfuhl (d'Altona), dans des mémoires qu'ils ont publiés sur ce sujet, attribuaient à l'influence des eaux malsaines les cas assez nombreux qu'ils ont observés et considéraient leurs malades comme atteints de fièvre typhoïde combinée avec un ictère gastro-duodénal.

M. Mathieu, qui a été un des premiers à étudier la question, pense qu'à la rigueur les agents pathogènes peuvent être ceux de la fièvre typhoïde. C'est fort possible, mais si la malade que j'ai observée a été sous le coup d'une infection générale, ce n'est certainement pas la fièvre typhoïde qu'elle a eu.

Il est un dernier point que je désire mettre en relief, c'est que, jusqu'à la fin de la maladie, la rate est restée grosse, et cette persistance de la splénomégalie, malgré la rémission apparente par deux fois des autres symptômes, a coïncidé avec l'abaissement continuel du taux de l'urée au-dessous de la normale. Il y a eu une crise polyurique, mais elle ne s'est pas accompagnée de crise azoturique, et même lorsque la rate a repris son volume habituel l'urine ne contenait encore que 5 grammes d'urée par litre.

M. Netter admet avec M. Dalché que l'absorption d'une grande quantité d'eau impure est bien la cause habituelle des

accidents de ce genre, incriminée du reste par tous ceux qui se sont occupés de ce sujet.

M. Hanot a observé un cas d'ictère à rechutes chez une femme qui avait été empoisonnée par des moules, 12 jours auparavant. L'observation est calquée, pour ainsi dire, sur celles qui ont servi à M. Mathieu et à Weil pour décrire l'affection qu'ils ont dénommée l'un typhus hépatique, et l'autre ictère à rechutes.

Chez cette malade il y a eu une période prodromique avec fièvre, courbature, vomissements, épistaxis, tuméfaction du foie et de la rate, etc. Il s'est produit ensuite un abaissement de la température, qui est tombée au-dessous de la normale, puis, au bout de quelques jours, une rechute s'est produite, les mêmes accidents ont réapparu et, comme c'est la règle dans les cas de ce genre, ils ont été plus accusés que pendant la première période. Ces phénomènes nerveux (délire, abattement) ont été plus particulièrement intenses. Malgré tout, la guérison a été obtenue comme d'ailleurs c'est la règle dans les cas de maladie de Weil.

M. Rendu a observé deux cas, l'un chez un charcutier; les recherches qu'il a faites à cette époque lui ont montré que l'absorption de viandes gâtées pouvait provoquer l'ictère à rechutes.

Le second cas relève de l'absorption d'eau sale. Il s'agit d'un jeune homme qui, en prenant un bain dans un étang alimenté par une eau impure, en avait absorbé une assez grande quantité. Il s'était produit une indigestion le jour même, et 8 à 10 jours plus tard s'est déclaré un état typhoïde des plus graves avec fièvre, diarrhée putride, tuméfaction énorme du foie et de la rate, mais sans ictère.

M. Mathieu fait observer que chez le malade qui lui a servi à établir le type clinique du typhus hépatique, les accidents étaient survenus également après l'absorption d'une certaine quantité d'eau sale.

M. Netter maintient au point de vue étiologique le rôle prépondérant de l'eau dans la plupart des cas. On peut même se demander si dans le cas de M. Hanot il n'est pas possible d'invoquer l'action nocive de l'eau que renfermaient les coquilles des moules de préférence à l'action directe des moules.

Embolie de l'artère axillaire droite chez une cardiaque. — Circulation rétablie par les collatérales.

M. L. Galliard. — La malade que je présente est une femme de 43 ans atteinte de rétrécissement mitral sans rhumatisme antécédent. Elle a eu 2 accès d'asystolie; au début du troisième accès, le 17 avril, elle éprouva subitement une douleur atroce à l'épaule droite; le membre fut engourdi et refroidi, et dès le lendemain on constata la cyanose de la main droite.

Elle entra dans mon service le 18. Je constatai la suppression du pouls dans les artères axillaire, humérale, cubitale, radiale à droite, je vis la cyanose et l'algidité envahir la moitié inférieure de l'avant-bras (20 avril), puis gagner le coude (21 avril). A partir du 25, je n'eus plus à redouter la gangrène du membre; l'asphyxie disparut d'abord à l'avant-bras, puis à la main; le 29 la teinte livide n'existait plus et les douleurs de la main, très vives au début, s'atténuaient.

Traitement: inhalations d'oxygène; digitale, contre l'asystolie; injections de morphine; liniment chloroformé; régime lacté. Actuellement on trouve des battements très faibles dans l'artère humérale; rien dans les autres artères qui doivent cependant recevoir un peu de sang puisque l'aspect du membre est à peu près normal. On note des signes de névrite périphérique: troubles trophiques portant sur la peau et les articulations (raideur du poignet et des doigts), douleurs, œdème léger.

Application des rayons Rœntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif.

M. Launois présente un malade, âgé de 47 ans, atteint d'une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius des deux mains. Cette affection, qui a débuté il y a 5 mois, chez un individu exempt de toute manifestation rhumatismale, tuberculeuse, blennorrhagique ou syphilitique, lui paraît, en raison de la bilatéralité, de l'existence d'atrophie musculaire, de rétractions tendineuses, de troubles trophiques et vaso-moteurs de la peau, devoir être rangée dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, dont elle semble être une première étape d'évolution. L'application des rayons Rœntgen a permis de reconnaître quelle faible part il faut faire aux modifications du squelette (os et articulations) dans le gonflement et la déformation des régions malades.

Infection d'un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale.

M. Ballet rapporte l'observation d'un malade, ancien hémiplégique, qui succomba à une broncho-pneumonie, et à l'autopsie duquel on trouva des lésions intéressantes au niveau du foyer hémorrhagique cérébral ancien. Au lieu de constater les altérations habituelles (globules rouges détruits, cristaux d'hématoïdine, tissu de sclérose, etc.), on trouvait, au microscope, des leucocytes en abondance et de nombreux cocci. Il y avait là des phénomènes de diapédèse accentués, indices d'une infection récente dont les cocci étaient la preuve.

Il s'était donc fait chez ce malade, au point où la résistance était moindre (foyer ancien d'hémorrhagie), une infection récente coïncidant avec l'infection bronchiopneumonique qui emporta le malade et peut être de même nature.

Scarlatine à rechute.

M. Lemoine insiste sur ce fait que les érythèmes scarlatiniformes d'origine streptococcique présentent presque toujours quelques anomalies, soit dans leur forme, dans leur mode d'évolution, soit dans les symptômes concomitants qui permettent, jusqu'à un certain point, d'écarter le diagnostic de scarlatine. On ne peut guère interpréter que comme des rechutes ces réapparitions d'érythème scarlatiniforme, avec fièvre, angine, exanthème buccal, survenant dans le cours de la scarlatine. Il a pu observer 2 cas semblables, survenus en 1895, sur 200 scarlatineux.

Il tient à rapporter, en outre, une observation d'érythème scarlatiniforme, survenu chez un coxalgique suppuré, dans laquelle l'éruption épargna complètement le cou, la face et les extrémités; il n'y eut pas d'angine. Ce cas fut interprété comme une infection d'origine streptococcique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 Juin 1896.

Propriétés physiologiques du panbotano.

M. Pouchet étudie les propriétés du panbotano, plante mexicaine dont on a vanté l'action spécifique contre les fièvres paludéennes.

L'analyse immédiate, effectuée sur 2kg500 de racine pulvérisée de panbotano, a permis de reconnaître la présence des substances suivantes:

1° Une quantité appréciable de saponine.

2° Un alcaloïde, actuellement indéterminé, dont on a préparé un chlorhydrate qui se présente sous la forme d'un sel cristallisé, soluble dans l'eau, précipitant par les réactifs généraux des alcaloïdes, et présentant une action sur le cœur de la grenouille, mais dont l'étude n'a pas pu être poursuivie suffisamment en raison de sa faible proportion.

3° Une substance résineuse, dépourvue d'activité au point de vue de son action physiologique.

Cette étude chimique encore incomplète permet d'interpréter, dans une certaine mesure, l'action physiologique du panbotano.

Outre son action sur le cœur et sur la circulation, le résinate alcalin est doué de propriétés irritantes: 20 centigrammes de cette substance en solution dans 1 gramme d'eau et injectés sous la peau d'un cobaye sont capables de provoquer la forma-

tion d'un abcès circonscrit. Si l'on pratique à un cobaye une injection intra-péritonéale de 50 centigrammes de ce résinate dissous dans 5 grammes d'eau, la mort s'ensuit après 4 heures, au milieu des symptômes graves suivants : hypothermie (30°2), abolition des réflexes, ralentissement du cœur et de la respiration, impotence fonctionnelle. L'autopsie révèle des lésions intéressantes : congestion généralisée et, par endroits, très intense de toute la partie sous-diaphragmatique du tube digestif; congestion énorme des reins; extravasations sanguines dans le péritoine; poumons et cœur asphyxiques.

Sur les grenouilles, la dose toxique varie entre 7 et 10 centigrammes. Pour une dose de 25 milligrammes, le tracé cardiaque montre d'abord une augmentation considérable de l'amplitude des contractions dont le nombre reste stationnaire pendant un temps très long, puis la systole se fait en deux temps, le nombre des contractions diminue légèrement, et il se manifeste une tendance à l'irrégularité; à cette dose, l'animal ne meurt pas.

Pour une dose de 5 centigrammes, la phase d'augmentation d'amplitude est presque immédiate et le nombre des contractions diminue rapidement, en même temps que l'on remarque la production d'une pause assez accentuée entre chaque contraction. Une arhythmie passagère se montre très nettement 2 heures après l'injection; à cette période succède un ralentissement considérable, puis le cœur revient peu à peu. Lorsque la dose est toxique, le cœur meurt en systole.

La pression artérielle, prise chez un chien dans la fémorale, augmente légèrement sous l'influence des doses faibles; puis, sous l'influence de doses plus considérables (5 centigrammes par kilogramme d'animal), la pression diminue régulièrement jusqu'à la mort qui survient au milieu d'accès dyspnéiques intenses, avec respiration à type de Cheyne-Stockes.

La solution de l'alcaloïde possède, sur le cœur et sur la circulation, une action analogue à celle de la substance précédente.

L'action exercée sur le cœur de la grenouille par l'extrait fluide de racines de panbotano reproduit exactement la somme des actions exercées par le résinate alcalin, l'alcaloïde et la saponine.

La dose toxique pour la grenouille varie de 60 à 80 centigrammes.

Ces premiers essais tendent à démontrer l'action synergique sur le cœur et sur la circulation des trois principes immédiats actifs du panbotano, et ils permettent d'établir un parallèle, qui n'est pas sans intérêt, entre cette action physiologique et celle de la quinine.

Ces expériences ne représentent qu'un commencement d'études qui s'annoncent comme devant être fort intéressantes; M. Pouchet se propose de les poursuivre, et les résultats de ses prochaines recherches feront l'objet d'une communication ultérieure.

M. Patein demande si M. Pouchet a eu l'occasion d'étudier l'action du panbotano sur les hématozoaires de Laveran.

M. Pouchet n'a pas encore eu le temps de se livrer à cette expérience, mais il se propose de le faire incessamment.

M. Bocquillon rappelle à la Société qu'un chimiste de Mexico, M. Moralès, a déjà extrait des tiges de cette plante un glucoside auquel il a donné le nom de panbotanine. Cet auteur est muet en ce qui concerne l'existence de l'alcaloïde dont vient de parler M. Pouchet. Faudrait-il en conclure que cet alcaloïde ne se rencontre pas dans les tiges du panbotano?

M. Pouchet estime que si M. Moralès n'a pas pu découvrir l'alcaloïde, c'est qu'il aurait opéré sur des quantités de tiges insuffisantes; quant à la panbotanine, il est probable qu'elle n'est autre chose que la saponine dont il a été question plus haut.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 Juin 1896.

Sur les origines de la pelade.

M. R. Sabouraud. — Les recherches dont je viens vous entretenir sont commencées depuis 1894. Elles ont porté sur 38 pièces anatomiques et sur 300 malades.

Les résultats qu'elles ont fournis ont trait à l'histologie et à la bactériologie de la pelade vulgaire bénigne, à l'histologie et à la bactériologie de la pelade décalvante chronique.

Incidemment, ces recherches m'ont amené à étudier la bactériologie de la *séborrhée grasse* et de l'*acné* qui ont avec la bactériologie de la pelade des points de contact difficiles à délimiter dès à présent d'une façon claire et définitive.

I. — *Pelade vulgaire, bénigne.* Dans l'étude histologique de la pelade vulgaire, bénigne, à toutes ses périodes d'évolution, la seule phase initiale se montre microbienne.

Dès l'instant que la plaque peladique est constituée à l'état de surface glabre, aucun microbe ne peut plus être retrouvé ni dans la peau, ni dans le follicule, ni même à la surface de la peau, pas plus du moins que sur la peau normale.

Au contraire, au début de la maladie, au moment où se produit la déglabration peladique, presque tous les follicules se montrent infectés ensemble de colonies microbiennes innombrables appartenant à une seule espèce bacillaire toujours la même, et dont les colonies se montrent invariablement pures. Ces colonies sont enclavées dans une sorte de cocon de matière cornée occupant le tiers supérieur du follicule pilaire (utricule peladique).

Non seulement cette infection microbienne préexiste à toute lésion histologique, mais elle suffit à expliquer toutes les lésions histologiques ultérieures de la maladie; car celles-ci débutent autour de l'utricule (atrophie papillaire des follicules voisins, donnant lieu au cheveu peladique massué); aucune de ces lésions ne semble relever d'une action microbienne directe, et toutes au contraire semblent de simples lésions d'intoxication à distance, ce sont :

1° L'achromie de la couche cellulaire profonde du corps muqueux de l'épiderme;

2° Une diapédèse intense de lymphocytes et de *mastellen;*

3° L'atrophie progressive des follicules pilaires.

II. — *Pelade décalvante chronique.* Dans les pelades bénignes l'infection folliculaire est transitoire; dans les pelades chroniques au contraire (formes dans lesquelles la permanence indéfinie du symptôme accuse la permanence de la cause morbide), le même microbe se retrouve constamment avec les mêmes localisations et en abondance le plus souvent infinie.

Au point de vue histologique du reste, la pelade généralisée et totale ne diffère des pelades aiguës que par l'état demi-scléreux du tégument que l'infection chronique a constitué.

III. — *Le microbe de l'utricule peladique* est un fin bacille, de un tiers de μ de large et d'un demi à un μ de longueur, colorable par presque toutes les méthodes de coloration connues et la méthode de Gram en particulier; ses amas dans l'utricule sont tellement épais et denses que sur des coupes au 1/50° de millimètre la lumière les traverse à peine.

Chacun de ces amas est constitué par des milliers d'individus. Dans les pelades aiguës malignes, l'utricule peladique prend une dimension inaccoutumée — en longueur — et au fond de l'utricule, le microbacille s'agmine en chaînes mycéliennes, flexueuses et rubannées, formant des pelotons compacts.

Cette infection colossale, qui signale constamment les débuts de la pelade aiguë, infection par une espèce microbienne unique, semble devoir faire attribuer à cette espèce une valeur autre que celle d'une infection secondaire banale.

Toutefois, il n'est aucunement possible, pour le moment du moins, d'affirmer que ce microbe est bien le microbe de la pelade, jusqu'à ce qu'on ait trouvé une méthode de culture qui rende ses inoculations faciles. Et ses cultures, quoiques possibles, sont d'une extrême difficulté d'obtention.

Toute conclusion sur ce point doit donc être réservée, d'autant plus que *le microbacille de l'utricule peladique* ne peut être différencié que par sa forme mycélienne (dans les pelades aiguës) du microbe que Unna et Hodara ont décrit sous le nom de *bacille de l'acné.*

Ce bacille de Unna-Hodara n'est pas le bacille de l'acné. *C'est le bacille de la séborrhée huileuse* du visage et du cuir chevelu, séborrhée au cours de laquelle l'acné du visage n'est qu'un épiphénomène résultant de symbioses locales.

Les séborrhées sébacées huileuses du cuir chevelu, sans être communes, ne sont pas très rares. Et bien que le microbacille de l'utricule peladique se retrouve en abondance sur les pla-

ques de pelade extensive, même en l'absence de toute séborrhée grasse concomitante, aucune conclusion ferme sur la valeur pathogène du microbacille dans la pelade ne peut être affirmée jusqu'à preuves expérimentales décisives.

I. — Ou bien le microbe de la séborrhée huileuse (bacille de l'acné de Hébra) et *le microbacille de l'utricule peladique* ne sont qu'un seul et même être. Et il reste à savoir pourquoi, au début de toute pelade, cette infection secondaire est constante et quel est son rôle.

II. — Ou bien ce sont deux êtres différents : il faut les différencier expérimentalement. Et l'utricule peladique étant la lésion initiale de toute pelade, le rôle peladogène du bacille de l'utricule reste à prouver.

III. — Ou bien enfin le même bacille, suivant des conditions de vie différente, sécrète ou non une toxine peladogène, et cette toxine il faut l'isoler.

Dans toute hypothèse, l'étude de cette espèce microbienne s'impose comme nécessaire, parce que, spécifique ou non, elle se montre constante et unique dans la pelade, aux points précis et aux moments mêmes où la clinique et l'histologie démontrent que la maladie est active.

M. Hallopeau désirerait savoir quelle différence il y a entre l'utricule peladique et le comédon ou la séborrhée huileuse?

M. Sabouraud. — Le comédon et l'utricule peladique ne sont nullement conçus sur le même type au point de vue histologique. Dans la séborrhée huileuse, les microbes sont logés dans des anfractuosités dont la disposition en étages ne se trouve nullement dans l'utricule peladique. De plus, plus la pelade évolue activement, plus on trouve de microbes dans l'utricule, et leur nombre y atteint des proportions qu'on ne retrouve dans aucune autre recherche bactériologique.

Syphilis médullaire.

M. A. Fournier présente une petite malade réalisant le type de la syphilis médullaire supérieure guérie. Elle avait eu des ictus d'origine spécifique, à la suite desquels elle fut prise de douleurs à la nuque, au cou, avec irradiation dans l'un des membres supérieurs. A l'hôpital, on constata des troubles de la motilité, une exagération des réflexes, de l'inégalité pupillaire, bref le type de la pachyméningite cervicale hypertrophique. Au bout d'un mois d'un traitement spécifique énergique, la malade est aujourd'hui guérie, sauf quelques troubles pupillaires qui persistent encore.

Pseudo-lupus syphilitique.

M. A. Fournier présente une malade entrée dans le service pour un vrai type de lupus tuberculeux de la face. Comme toujours, avant de tenter une intervention chirurgicale, M. Fournier institua le traitement spécifique intense (injections de calomel) qui l'a guérie aux trois quarts. Pourtant, chez cette malade, on n'a rien trouvé qui permît de soupçonner la syphilis.

M. Fournier se demande donc si le traitement spécifique aurait réellement une action sur le lupus.

M. Barthélemy, trouvant chez cette malade certains éléments qui ont un peu les caractères de syphilides, se demande si c'est bien à un lupus qu'on a affaire et si l'on ne peut admettre une lésion syphilitique développée sur un lupus tuberculeux?

Deux cas de dyshidrose.

M. Gastou. — Voici 2 malades atteintes de dyshidrose. Chez la première, l'affection a pris la forme typique dans les espaces interdigitaux et a gagné la paume de la main où elle se traduit par des bouquets de vésicules, qui ne se transforment pas dans le cours de leur évolution et disparaissent spontanément. Elle n'a pas d'hyperhidrose, ni signes manifestes de névropathie. L'affection est survenue il y a 2 ans, à la suite d'une peur et procède par poussées estivales et hivernales.

La seconde malade a les paumes des mains couvertes d'éléments d'apparence syphiloïde formant des placards éruptifs analogues à la syphilide psoriasiforme. Mais à côté de ces éléments existent de grosses vésicules qui s'agglomèrent par places et de petites vésicules interdigitales. Il n'y a aucun antécédent syphilitique, la malade a cette affection depuis 12 ans, tous les étés elle a une hyperhidrose intense. L'affection a débuté avec la menstruation. Il existe chez elle une diminution de la sensibilité nette, mais pas d'autres troubles mentaux,

L'histoire de ces malades montre, d'une part, combien le diagnostic de la dyshidrose est quelquefois difficile, simulant l'eczéma, la syphilis, etc., d'autre part, combien la pathogénie de l'affection est obscure, puisque l'une de ces malades a de l'hyperhidrose et l'autre n'en a jamais eu.

Nouveau cas d'amélioration considérable et durable d'un lupus par l'érysipèle.

MM. Hallopeau et **G. Bureau.** — Dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Thibierge a formulé les conclusions suivantes : 1° personne n'a établi que l'action de l'érysipèle ait amené la guérison définitive d'un lupus; 2° loin de chercher à provoquer sur le tégument la rencontre du bacille de Koch et du streptocoque, on doit l'éviter par tous les moyens possibles; l'apparition de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphantiasiques qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une maladie rebelle une difformité non moins persistante et plus gênante encore. En émettant ces propositions, M. Thibierge n'a pas eu présent à l'esprit un fait communiqué par l'un de nous à la Société de dermatologie; il s'agissait d'une malade complètement guérie depuis 6 ans d'un lupus par un érysipèle intercurrent; celle qui fait l'objet de cette communication reste très améliorée depuis qu'elle a contracté un érysipèle, il y a plus de 6 mois : ces faits sont pleinement démonstratifs. Pour ce qui est de l'état éléphantiasique que des érysipèles récidivants auraient amené chez la malade de M. Thibierge, son interprétation est des plus contestables, car il s'agit, selon toute vraisemblance, non d'érysipèles, mais bien de lymphangites.

M. Thibierge répond à M. Hallopeau que, chez sa malade, il y amélioration, mais non guérison; que le cas qu'il a signalé ne serait pas démonstratif; que dans le cas qu'il a mentionné, il maintient le diagnostic d'érysipèle, car la clinique, la contagion et l'examen bactériologique ont montré qu'il n'y a pas lieu de maintenir la distinction entre la prétendue lymphangite érysipélatoïde et l'érysipèle vrai; qu'il n'est pas indifférent d'inoculer au malade le streptocoque, et que, pour toutes les lésions viscérales susceptibles de ces raisons, il condamne la propagation de l'érysipèle appliquée au traitement du lupus.

M. E. Besnier pense que l'inoculation de l'érysipèle dans un but thérapeutique est un procédé que l'on n'a pas le droit d'employer, vu les risques qu'il fait courir au malade.

Nouveau cas de pseudo-pelade probablement trophonévrotique.

MM. Hallopeau et **Bureau.** — Cette malade est atteinte de plusieurs plaques d'alopécie avec canitie des cheveux qui repoussent sur plusieurs d'entre elles : la symétrie parfaite des lésions, l'achromatose au niveau des plaques avec zone périphérique hyperpigmentée, la repousse des cheveux vigoureux bien que privés de pigment et de légers troubles de la sensibilité au niveau des parties malades sont en faveur d'une trophonévrose et permettent d'éliminer la pelade vraie.

Syphilis maligne précoce.

MM. Canuet et **Barasch.** — La malade que nous avons l'honneur de présenter, et qui est dans le service de M. Fournier, est atteinte d'une éruption remarquablement polymorphe et confluente. Tout le corps est couvert d'éléments différents : papuleux, papulo-squameux, papulo-croûteux, etc., qui présentent surtout une grande confluence dans le dos où ils con-

stituent de vastes placards croûteux. Les croûtes sont pénétrantes, comme enchâssées dans la peau. Le polymorphisme de ces éléments fait rejeter l'hypothèse d'accidents du tertiarisme.

L'accident initial reste ignoré malgré une recherche minutieuse, mais l'adénopathie inguinale permet de penser à un chancre vulvaire ayant débuté il y a quelques mois. Malgré de telles lésions, l'état général est satisfaisant, il n'y a ni céphalée, ni douleurs articulaires, ni fièvre. Le facteur de gravité pourrait être dû à l'alcoolisme avoué par la malade : on ne trouve ni tuberculose, ni paludisme, etc.

Syphilis maligne.

M. Canuet présente une malade syphilitique qui porte à la partie supérieure de chaque cuisse une vaste syphilide ulcéreuse phagédénique. Les lésions sont remarquables par leur symétrie. Sur le reste du corps, on constate de nombreuses cicatrices de syphilides groupées en bouquets et dont la disposition est également symétrique aux épaules, aux coudes; les cicatrices sont pour ainsi dire identiques comme dessin et comme siège. La malade est très affaiblie, une iritis lui a fait perdre la vue d'un côté; en outre, elle présente une contracture toute particulière des muscles postérieurs de la cuisse; en effet, si l'on cherche à obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse, on voit qu'il est impossible de dépasser la demi-flexion, et, cela, sans qu'il y ait aucune lésion articulaire.

Sans vouloir insister sur le rapprochement à faire entre ces contractures et celles qu'on a signalées au biceps brachial de certains cas de syphilis, le fait devait être noté.

Ces accidents graves se sont montrés malgré un traitement sérieux.

Éléphantiasis des organes génitaux externes.

M. Georges Brouardel présente un homme chez lequel l'éléphantiasis des organes génitaux externes a débuté 3 mois après la cure par l'ablation d'une double adénite inguinale suppurée. Outre les téguments, les testicules sont augmentés de volume, surtout le testicule droit et les vaginales contiennent du liquide.

Dermatite herpétiforme de Duhring avec éosinophilie.

M. J. Darier présente une femme de 18 ans, qui, en mars dernier, sans perturbation morale quelconque, a présenté un érythème bulleux sur les joues qui a guéri en peu de semaines. En mai, 2e poussée sur les membres supérieurs et le tronc, consistant en érythème ortié et marginé, avec quelques bulles sur le sternum. Depuis lors, poussées subintrantes d'éléments érythémateux et vésiculo-bulleux, à distribution symétrique, avec intégrité de l'état général; l'aspect est celui de la dermatite de Duhring, mais le cas est remarquablement fruste au point de vue des phénomènes nerveux, douloureux ou prurigineux, qui sont rarement si peu accentués. Les muqueuses sont intactes. Il n'y a pas d'hypoazoturie.

Il était intéressant, dans un cas léger de ce genre, de rechercher le signe dû aux travaux de MM. Leredde et Perrin, à savoir l'abondance des cellules éosinophiles dans la peau, dans le liquide des bulles et dans le sang. Les lésions histologiques de la peau sont exactement celles que ces auteurs ont décrites; les éosinophiles y abondent. Dans la sérosité des bulles, on compte de 30 à 50 cellules éosinophiles p. 100; dans le sang, il y a 15 éosinophiles p. 100 globules blancs. Ces éléments sont en proportion infiniment moindre dans les vésicules, bulles et dans le sang des autres dermatoses.

M. Leredde confirme l'exactitude des recherches qu'il a publiées en 1895 sur les caractères anatomiques de la dermatose de Duhring. Ni dans le pemphigus, ni dans aucune dermatose bulleuse on ne rencontre les 2 caractères dont la réunion définit la maladie de Duhring : éosinophilie de 8 à 33 p. 100, présence dans les vésicules et les bulles non suppurées de 40 à 90 éosinophiles sur 100 leucocytes. Ces éléments permettent le diagnostic dans les cas difficiles.

Ulcère perforant du voile du palais.

M. J. Darier présente un homme de 22 ans, venu avec une perforation du voile du palais à bords minces, sans gonflement, ni rougeur. Dans l'idée d'une perforation gommeuse ancienne, on institue un traitement ioduré intensif. Le résultat est nul, l'ulcère grandit et une deuxième perforation à droite de la première se produit 17 jours plus tard sans aucune inflammation apparente. Les deux ulcérations gagnent en étendue et le pont qui les sépare s'amincit. La rhinoscopie postérieure ne montre aucune infiltration gommeuse.

Il est difficile de dire la nature de la lésion; le malade accuse un chancre à la verge au mois de janvier dernier qui n'a été vu par aucun médecin et n'a été suivi d'aucun accident secondaire; le délai serait en tout cas bien court. S'agissait-il de l'hérédo-syphilis? Mais on ne trouve aucun stigmate significatif. En résumé ces ulcères sont inexplicables.

M. du Castel trouve autour de l'ulcération de ce malade une zone inflammatoire qui lui ferait croire que la lésion ne s'est pas faite absolument à froid.

M. A. Fournier, quand il a vu le malade pour la première fois, a pensé d'abord qu'il s'agissait là d'une très vieille lésion. Or, il n'en était rien. Cette perforation palatine s'est produite sans processus gommeux ni induration ni infiltration. C'est la première fois que M. Fournier voit quelque chose de semblable, et, pour lui, il s'agit non d'une syphilis mais d'une maladie inconnue.

Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle.

M. Eudlitz présente une malade de 61 ans, atteinte d'une dermatite exfoliatrice généralisée survenue à la suite de pansements au sublimé qui avaient été faits à la malade pour un panaris du pouce droit datant de cinq semaines. L'éruption a débuté par la main, puis a gagné le bras, les jambes, une partie de l'abdomen et du dos ainsi que le cou et certains points de la face. Le diagnostic de dermatite exfoliatrice est certain, car l'éruption présente les trois caractères essentiels de l'hydrargyrie cutanée : l'érythème, la desquamation fine, le suintement.

Urticaire pigmentée.

M. Eudlitz présente une fillette de 3 ans, atteinte d'une éruption qu'il considère comme une forme d'urticaire pigmentée. L'éruption a débuté il y a un an par des taches devenues rapidement pigmentaires et dont quelques-unes sont légèrement papuleuses. Ces taches siègent sur le tronc et les membres supérieurs.

Présentation de quelques cas de lupus traités par les caustiques et note sur cette méthode de traitement.

M. Martinet présente quelques malades atteints de lupus, aux différents stades du traitement par les caustiques, méthode jadis fort en honneur, aujourd'hui abandonnée, reprise et réglée par son maître M. Tenneson et qui ne lui paraît pas mériter le discrédit dans lequel elle est tombée, étant donnée l'insuffisance actuelle du traitement du lupus.

Le technique est la suivante : asepsie relative de la région par des pansements humides à demeure, curettage soigné des tubercules, application de pâte de Vienne 10 minutes, suivie ou non d'application de pâte de Canquoin suivant que la région est plus ou moins riche en téguments, pansements humides à demeure jusqu'à complète cicatrisation.

Les résultats ont paru satisfaisants : la douleur est assez vive avec le Canquoin, la tuméfaction consécutive de la région cède en 24 à 36 heures, l'eschare se détache du 10e au 18e jour et la cicatrisation est complète en un temps moyen de 3 à 5 semaines.

La cicatrice est souple, lisse, non bridée, mais à la *condition expresse* que la cicatrisation se fasse à l'abri des organismes pyogènes du milieu ambiant, grâce à un *pansement humide* parfaitement *occlusif* maintenu *à demeure* sur la région jusqu'à complète cicatrisation. Les récidives quand elles se produisent

sont constituées par de petits tubercules solitaires facilement détruits par l'aiguille du galvano.

Les accidents d'ailleurs exceptionnels (hémorrhagies, complications infectieuses, rétraction cicatricielle, etc.) sont facilement évitables, grâce à l'établissement précis des indications et à la rigueur des soins consécutifs.

Les résultats sont particulièrement rapides et à opposer aux lenteurs vraiment excessives du galvanocautère et des scarifications; une seule séance est nécessaire et la cicatrisation est complète en 1 ou 2 mois. C'est donc par excellence une méthode de vitesse comparable à tous égards à la méthode de Lang d'extirpation par le bistouri, non encore systématiquement tentée en France. Enfin elle est d'un manuel opératoire simple qui la met à la portée de tous les praticiens.

Les conclusions sont les suivantes : dans le lupus vulgaire, dans les formes à tubercules disséminés, solitaires, aberrants ou à plaques petites et multiples dans le lupus avoisinant le bord libre des paupières; dans le lupus des muqueuses employer le galvanocautère; dans tous les autres cas employer les caustiques avec ou sans pâte de Canquoin, le Canquoin devant devant être proscrit dans les régions recouvertes d'une faible couche de téguments (nez, doigts, articulations, etc.).

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 1er Juin 1896.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Heubner fait observer que tandis que la plupart des auteurs considèrent le pneumocoque de Fraenkel comme l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale, Weichselbaum et, plus tard, Jaeger ont publié un plusieurs nombre de cas où ils trouvèrent non pas le pneumocoque de Fraenkel, mais un bacille particulier, qu'ils désignèrent sous le nom de méningocoque intra-cellulaire.

Le même minocoque fut trouvé par M. Heubner dans 7 cas de méningite cérébro-spinale chez les enfants. Les recherches expérimentales faites sur ce méningocoque ont échoué chez le lapin et le cobaye; par contre elles ont donné des résultats positifs chez la chèvre. Chez trois chèvres notamment l'injection intraspinale des cultures pure ou de liquide céphalo-rachidien renfermant ce micrococque avait provoqué une méningite cérébro-spinale dont l'évolution a été tantôt sur aiguë, tantôt plus lente. A l'autopsie des trois animaux on trouva les lésions caractéristiques de la méningite cérébro-spinale.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séances des 3 et 10 Juin 1896.

Atrophie génitale dans les affections internes chez la femme.

M. Fischer. — Les gynécologues distinguent une atrophie congénitale et une atrophie acquise de l'utérus; pourtant la première n'est pas une atrophie dans le sens propre du mot, mais plutôt le résultat d'un défaut de développement. Dans l'atrophie acquise on distingue des cas physiologiques et des cas pathologiques, des cas d'origine puépérale et des cas qui ont une autre origine, une atrophie primitive et une atrophie secondaire.

Parmi les affections internes qui provoquent secondairement une atrophie génitale, la plus fréquente et la mieux connue est la tuberculose. L'atrophie génitale qu'on observe dans ces cas ne semble avoir aucune relation avec l'état de nutrition et l'intensité des lésions pulmonaires. Les ovaires deviennent petits, à surface inégale, et se déplacent; le corps de l'utérus présente une atrophie concentrique; l'atrophie du col, du vagin et de la vulve est moins accusée.

A l'examen microscopique on trouve les ovaires atteints de sclérose et de rétraction des follicules. Les parois de l'utérus sont amincies, la muqueuse du corps quelquefois atrophiée, celle du col presque toujours. Cliniquement on note dans ces cas la cessation des règles, quelquefois des ménorrhagies et des métrorrhagies.

Les modifications qui surviennent dans ces cas sont, d'après M. Fischer d'origine toxique, comme l'est aussi l'atrophie que l'on observe après la thyroïdectomie, dans le myxœdème, la maladie de Basedow, la morphinomanie, le diabète.

L'atrophie des organes génitaux s'observe encore après les maladies infectieuses aiguës, comme la fièvre typhoïdes, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, l'influenza. Cette atrophie est consécutive aux modifications inflammatoires qui surviennent du côté des ovaires. Les ovaires sont augmentés de volume, sensibles à la pression, tandis que l'utérus s'atrophie. L'ovaire peut encore être le siège d'hémorrhagies, du moins elles ont été signalées dans le cours du choléra, de la septicémie, de l'influenza. L'atrophie de l'utérus disparaît ordinairement après la guérison des lésions des ovaires. Cette atrophie est aussi en partie d'origine toxique.

Dans l'alcoolisme chronique on rencontre dans l'ovaire des processus inflammatoires qui amènent la rétraction de l'organe et l'atrophie de l'utérus. Les mêmes phénomènes s'observent dans l'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, le mercure.

L'atrophie génitale d'origine nerveuse est celle qu'on observe dans la paraplégie, à la suite des émotions violentes, dans les psychoses. La chlorose ne donne pas lieu à une atrophie des organes génitaux, mais elle s'accompagne quelquefois d'un développement incomplet de ces derniers.

L'atrophie génitale que l'on rencontre dans l'obésité paraît dépendre de l'état pathologique de la glande thyroïde, et est par conséquent d'origine toxique. Simpson a signalé l'atrophie des organes génitaux dans la maladie d'Addison.

Coexistence des affections chroniques de la peau et des articulations.

M. Herz. — On n'a pas prêté, jusqu'à présent, une attention suffisante aux rapports entre les affections chroniques de la peau et celles des articulations. Le psoriasis étendu s'accompagne fréquemment de modifications particulières du côté des articulations. C'est ainsi que dans un cas de psoriasis grave, observé par M. Herz, il survint tout d'abord une rougeur avec tuméfaction des petites articulations qui finirent par s'ankyloser, et plus tard des épanchements dans les articulations du genou et du cou du pied.

La pathogénie du psoriasis n'est pas encore élucidée et jusqu'à présent on n'est pas arrivé à établir son origine infectieuse. Comme d'après une des hypothèses le psoriasis serait le résultat d'une angionévrose, on peut se demander si les manifestations articulaires n'ont pas, dans ces cas, une base neurotrophique.

Dans un autre cas observé par M. Herz, il survint au cours du psoriasis une inflammation particulière des articulations des doigts, suivie d'une inflammation de toutes les autres articulations avec atrophie de presque tous les muscles. Dans ce cas encore on peut admettre une influence nerveuse se manifestant simultanément du côté de la peau et des articulations.

Dans un troisième cas, le malade, un psoriasique, après avoir contracté une pleuro-pneumonie, avait présenté un processus inflammatoire du côté de plusieurs articulations qui ont fini par s'ankyloser. Tous ces faits montrent donc qu'il existe une certaine relation entre les affections de la peau et celles des articulations.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Sur le diagnostic de l'impaludisme,

Par le Dr Boisson,
Médecin-major, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Dans les foyers d'endémie palustre, le diagnostic des formes graves de l'infection paludéenne est souvent entouré de grandes difficultés. Dans une revue critique récente de la statistique médicale de l'armée française pour l'année 1893, M. le médecin-major Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, exprimait dans les termes suivants la nécessité de rechercher et de distinguer ces manifestations de la malaria d'avec d'autres états morbides : « Sur 8 décès par *coup de chaleur,* 7 se sont produits en Algérie-Tunisie. C'est là un résultat qui doit faire penser à l'influence de la malaria, et il serait à souhaiter que les autopsies détaillées de ces morts vinssent infirmer ou confirmer cette opinion. » Nous ajoutons qu'il est aussi de première nécessité de pouvoir faire cette distinction pendont la vie, afin de régler l'intervention thérapeutique.

Dans les cas embarrassants, le seul moyen de diagnostic différentiel que peuvent suggérer les notions classiques reçues jusqu'à ce jour consiste dans l'emploi du microscope pour déceler dans le sang la présence des hématozoaires ou l'existence de granulations mélaniques, soit libres, soit incorporées aux leucocytes. Or, dans les circonstances que nous envisageons, le médecin n'a pas le plus souvent à sa disposition les instruments indispensables. De plus, la découverte des hématozoaires est chose assez délicate, le moment de l'observation peut être plus ou moins propice à leur mise en évidence; enfin tous les praticiens ne sont pas familiarisés avec ce genre d'investigations.

En ce qui concerne le pigment mélanique, nous savons par les travaux de Mœckel, de Frerichs, ceux de MM. Kelsch, Kiener, Engel, que sa présence est absolument caractéristique de la malaria. Mais dans les foyers d'endémicité, bien des sujets en puissance de paludisme peuvent être atteints de troubles graves de la santé indépendants de l'infection paludéenne, tout en ayant du pigment mélanique dans la circulation. Nos observations sur les impaludés que nous avons traités ces derniers temps dans notre service nous ont fait constater qu'un mois, et même plus, après toute manifestation aiguë, on rencontrait encore ce pigment dans le sang recueilli par la piqûre d'un doigt. En un mot, la constatation de la mélanémie, malgré sa haute signification, n'a pas une valeur absolue dans les circonstances spéciales que nous avons en vue.

Cependant, avec les simples ressources de la clinique, et sans l'emploi du microscope, nous croyons le diagnostic possible grâce à un signe simple et facile à recueillir.

Pendant les mois de décembre, janvier et février derniers, nous avons eu, dans notre division de malades à l'hôpital Desgenettes, à Lyon, une centaine de paludéens rapatriés de l'expédition de Madagascar. Tous étaient atteints d'impaludisme chronique; ils offraient, à des intervalles irréguliers, des accès aigus dont un grand nombre se sont produits sous nos yeux. Certains sujets intelligents ont pu même nous avertir, parfois près d'une heure avant le début du frisson, de la venue prochaine de l'accès. *Dans tous ces cas, nous avons uniformément constaté le phénomène suivant :* « Avant le début du frisson, alors que la température rectale dépassait déjà 38°, la coloration rose pâle sous-unguéale qui existe chez les malades dans les périodes d'apyrexie, avait fait place à une teinte gris pâle, ardoisée. Cette nuance particulière, sensiblement distincte de celle de la cyanose asphyxique, allait en se prononçant davantage à mesure que le stade de frisson évoluait; elle persistait au stade de chaleur, dans le milieu duquel elle apparaissait au maximum, pour décroître ensuite progressivement, jusqu'à disparition complète vers la fin du stade de sueurs. »

Cette teinte cyanotique sous-unguéale est mentionnée par divers auteurs qui ont étudié l'impaludisme, mais aucun ne lui a attribué d'importance, la mettant sans doute sur le compte des troubles de la régulation thermique et de l'innervation vaso-motrice qui signalent le frisson.

Sa nuance spéciale, son apparition avant le frisson, son maximum d'intensité au stade de chaleur font entrevoir qu'une cause différente de celles que nous venons d'énoncer doit être invoquée pour expliquer sa production.

La proportion de pigment mélanique dans le sang, surtout dans celui des vaisseaux périphériques, est beaucoup trop peu abondante pour rendre compte du phénomène. Nous avons tenté, à l'aide du procédé d'hématocopie imaginé par le Dr Hénocque, de rechercher quelles modifications pouvaient présider à sa genèse : nous n'avons abouti qu'à des résultats de valeur négative, en ce sens que nous n'avons pu découvrir une image spectrale particulière; mais, remarque importante, quelle qu'ait été l'intensité de la teinte ardoisée, nous avons vu les deux raies de l'oxyhémoglobine sans rencontrer la large raie unique de l'hémoglobine réduite, ainsi que cela se produit dans la cyanose vraie. L'examen du sang recueilli par piqûre ou à l'aide de ventouses scarifiées ne nous a rien donné de particulier à signaler; nous pensons donc que l'hémoglobine se trouve dans un état spécial difficile à élucider.

Comme la teinte ardoisée sous-unguéale s'est montrée

généralement d'autant plus accentuée que l'accès était plus intense; qu'il y a eu, dans les cas où nous avons pratiqué la numération des globules rouges, parallélisme entre la sévérité de l'accès, le degré de destruction globulaire et l'accentuation plus ou moins nette de cette teinte spéciale, nous nous croyons autorisé à émettre l'hypothèse suivante : « La teinte ardoisée sous-unguéale, dans l'accès de fièvre paludéenne, est attribuable à l'altération d'un plus ou moins grand nombre de globules rouges, de ceux-là mêmes qui sont destinés à disparaître dans l'épisode aigu, cette altération se traduisant objectivement à notre œil par une modification des qualités colorantes de leur hémoglobine. »

Dans notre service, *le signe de l'ongle*, ainsi que nous proposons de l'appeler, nous a permis, chez des paludéens, de porter un diagnostic rapide concernant des accidents étrangers à la malaria.

Observation I. — Le 27 février au matin, le nommé C..., qui dans le cours de son traitement avait présenté de nombreux accès espacés irrégulièrement, a, au moment de la visite, une température de 40° 2. Le malade se plaint d'avoir éprouvé un frisson vers la fin de la nuit. Nous constatons que la transparence unguéale laisse percevoir la teinte rosée habituelle. Nous songeons à autre chose qu'un accès de fièvre : nos investigations nous font découvrir à la base du poumon droit, en arrière et sur le côté, un foyer mal limité de râles crépitants ; à la fin de la journée, des crachats rouillés confirment notre diagnostic de pneumonie. Celle-ci évolue favorablement après une durée de 6 jours.

Obs. II. — Le nommé R... n'a pas eu d'accès de fièvre depuis plus de 3 semaines : son état général est bon ; il est désigné pour partir en convalescence. La veille de son départ, à la contre-visite de l'après-midi, nous le trouvons couché avec une température de 39°,1. Nous pensons d'abord à un accès de fièvre. Le malade, désireux de masquer sa situation qu'il craint de voir entraîner un sursis à son départ, affecte de n'accuser aucun malaise. Nous ne constatons pas la teinte ardoisée sous-unguéale ; nos recherches aboutissent rapidement à la découverte d'une amygdalite aiguë, qui se termine au bout de 4 jours.

La forme intermittente de la fièvre étrangère au paludisme ne paraît pas influencer la production du *signe de l'ongle;* l'observation suivante tend à le démontrer.

Obs. III. — Un homme atteint d'infection paludéenne, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour cystite. Il présente des accès de fièvre intermittente pendant lesquels on constate la teinte unguéale ardoisée. En raison de ce signe, on suppose que la fièvre dépend non de l'infection urinaire, mais de l'intoxication palustre. La cystite est traitée puis guérie par les moyens locaux sans administration de quinine : les accès de fièvre continuent à se produire; on donne alors de la quinine et les accès disparaissent.

Il est regrettable que dans ce cas l'examen microscopique du sang n'ait pas été pratiqué.

Dans l'observation d'un autre malade, l'examen du sang ne laisse planer aucun doute sur la nature de l'affection; mais elle est surtout importante parce qu'elle réfute l'objection d'après laquelle les troubles vaso-moteurs, cause de la teinte ardoisée sous-unguénale, sont imputables à la fièvre elle-même quelle qu'en soit l'origine.

Obs. IV. — Un homme de 26 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé contracte la fièvre paludéenne en effectuant des travaux de terrassement dans la Camargue. Il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans les premiers jours d'avril; il présente des accès à type quotidien débutant régulièrement entre 10 et 11 heures du matin. Ce malade n'a pas encore pris de quinine.

Le 14 avril, nous examinons son sang et y décelons des hématozoaires et du pigment malarien; le diagnostic ne fait donc aucun doute. Dans l'après-midi et la soirée il prend 80 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain 15, nous le voyons de nouveau; il n'accuse aucun phénomène subjectif anormal; d'après lui son accès ne se produira pas : c'est la première fois qu'il fait défaut depuis 9 jours. Cependant son sang contient des hématozoaires et particulièrement des corps en croissant.

Le *signe de l'ongle* n'existe pas au moment de la prise du sang, mais 1/4 d'heure après, vers 10 h. 1/2, il se manifeste nettement. Le thermomètre placé dans le rectum marque 37°2. La teinte ardoisée sous-unguéale dure environ 30 minutes; à 11 heures elle a fait place à la coloration normale. Ce malade a présenté un accès avorté, un véritable accès de fièvre apyrétique.

Cet accès s'est produit à l'heure régulière du type fébrile, répondant au cycle évolutif quotidien réalisé par les hématozoaires qui avaient envahi le malade. On peut admettre que sous l'influence de la quinine le nombre et la virulence des parasites du sang ont diminué, et aussi que les réactions nerveuses de l'organisme, présidant à la genèse de l'état fébrile, ont fait défaut.

Obs. V. — Un de nos collègues, médecin-major de l'armée, a remarqué pendant son séjour au Tonkin, que les accès de fièvre paludéenne dont il était atteint, étaient régulièrement précédés et accompagnés d'une teinte ardoisée sous-unguéale. Dans les manifestations fébriles diverses étrangères au paludisme, qu'il a présentés, notamment à l'occasion d'un traumatisme grave, il n'a pas constaté, même ébauché semblable phénomène.

Ces dernières observations prouvent que *le signe de l'ongle* est indépendant de l'état fébrile lui-même; et des idiosyncrasies spéciales à chaque individu.

Obs. VI. — Un officier revenu de Madagascar depuis 6 mois, pendant lesquels il n'a eu que de rares accès de fièvre, entre le 21 mai à l'hôpital Desgenettes dans le service de M. le médecin principal Pierrot, pour une pneumonie lobaire (T. 39°5). Des râles de retour et la défervescence apparaissent le 25 mai. L'apyrexie est complète jusqu'au 28; à cette date, le malade présente une reprise de pneumonie dans toute la hauteur du même poumon (T. 39°3). L'hyperthermie se maintient dans des limites favorables jusqu'au 3 juin, jour où la température matinale atteint 40°2. On redoute l'hépatisation grise; cependant la constatation *du signe de l'ongle* fait songer à une manifestation aiguë du paludisme.

En effet, sous le traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate neutre de quinine, les accès intermittents cessent au bout de 3 jours.

Le 6 juin, la température est redevenue normale; les signes locaux de la pneumonie sont en résolution lente, comme il arrive chez les sujets anémiés.

Dans ce cas, le signe de l'ongle a permis de régler judicieusement la thérapeutique et d'écarter le pronostic lié à l'hépatisation grise.

En résumé, *le signe de l'ongle* que nous venons d'indiquer nous paraît avoir une réelle valeur diagnostique; nous pensons qu'il peut rendre service dans bien des cas douteux, spécialement dans les pays chauds, où l'impaludisme revêtant des masques disparates et pouvant être confondu avec d'autres états morbides plus ou moins graves, il n'est pas inutile de multiplier les ressources de la clinique pour affermir son diagnostic différentiel.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Le traitement de la gale par le baume du Pérou,

Par M. O. Descouleurs.

Ce fut d'abord le règne végétal qui fut mis à contribution dans le traitement de la gale : l'herbe aux gueux (*Clematis vitalba*) et la racine dentelaire (*Plumbago europæa*), qui étaient populaires en Provence vers la fin du siècle dernier, la staphisaigre, l'ellébore blanc, le tabac, les plantes aromatiques, — et elles étaient nombreuses, — le thym, la menthe, la lavande, le romarin, la cannelle, le girofle, le citron, les baies de laurier et de genévrier; puis on essaya les balsamiques et empyreumatiques, le styrax, le baume de copahu, la gomme adragante, l'huile d'olives, l'huile de cade, l'essence de térébenthine, le camphre.

Le règne minéral fournit également sa large part : les différents savons médicamenteux, l'hyposulfite de soude, le chlorure et le sulfure de chaux, l'iodure de potassium, l'acide nitrique, l'acide sulfurique, le goudron, la benzine, le pétrole, le naphtol, les différentes préparations mercurielles et enfin le médicament considéré comme l'agent antipsorique par excellence : le soufre; des différentes modes d'emploi proposés pour ce médicament, après avoir successivement préconisé les bains, les lotions, les fumigations, les liniments, on est aujourd'hui arrivé à ne plus employer que certaines préparations, soit la pommade de Wilkinson modifiée par Hébra :

Fleurs de soufre	ãã 40 grammes.
Huile de fragon	
Savon vert	ãã 80 grammes.
Axonge	
Craie blanche pulvérisée	5 grammes.

Soit la pommade d'Helmerich modifiée par Hardy :

Carbonate de potasse	25	grammes.
Fleurs de soufre	50	—
Axonge	300	—

Ou modifiée par M. Fournier, pour les malades de la clientèle :

Carbonate de potasse	50	grammes.
Fleurs de soufre	100	—
Glycérine	200	—
Gomme adragante	1	—
Parfum	*ad libitum.*	

Quels sont les avantages et les inconvénients de tous ces agents proposés comme antipsoriques? Quelle valeur attribuer à chacun d'eux? Elle est évidemment très variable, et nous n'insisterons que sur quelques-uns, les plus employés, en particulier sur le soufre.

Les préparations de staphisaigre avaient certainement l'avantage de faire disparaître rapidement le prurit, mais le traitement était très long et il fallait surveiller de près les malades à cause d'une intoxication possible par un alcaloïde de la plante : la delphinine. Même reproche à faire au naphtol : le traitement dure de 12 à 20 jours et demande une surveillance attentive des urines, plusieurs cas d'albuminurie, d'hématurie et d'hémoglobinurie (Neisser) ayant été constatés.

L'huile de cade, l'essence de térébenthine, les préparations iodurées occasionnent non seulement des érythèmes, mais encore des eczémas excessivement rebelles; on a dû renoncer complètement à leur emploi.

Le goudron, usité encore ces dernières années chez les Danois, constitue un traitement très long, peu agréable, et, de plus, nous n'avons pas suffisamment de renseignements sur l'état de la santé générale chez des malades dont toute la surface cutanée, à l'exception du visage, a été revêtue pendant 8 jours d'une épaisse couche de goudron.

L'huile de pétrole, qui a joui d'une certaine faveur chez les médecins militaires, préconisée par eux d'ailleurs, offre les avantages d'un traitement peu coûteux et facile à employer partout, mais présente de nombreux inconvénients : c'est un médicament nauséabond, infidèle, quelquefois dangereux et qui ne peut être ordonné à tous les individus; souvent, en effet, il produit de violentes poussées de pustules, des dermites eczémateuses et même des troubles spéciaux : insomnie, ébriété, qui atteignent la santé générale. De même l'usage d'autres substances irritantes, telles que la benzine, le sulfure de calcium, employé dans l'armée belge, ne doivent pas être acceptés sans restriction à cause de l'inflammation qu'elles déterminent et des lésions eczémateuses qu'elles provoquent.

Le mercure a des propriétés parasiticides indiscutables et a été souvent recommandé autrefois; mais, pour agir efficacement, il faut l'employer en frictions générales et à fortes doses qui, outre les éruptions qu'elles développent presque constamment, peuvent occasionner des stomatites et tous les accidents consécutifs : salivation, engorgements ganglionnaires. Il faut y renoncer complètement.

Reste enfin le soufre qui a toujours eu la primauté et qui, de nos jours, est à peu près seul employé en France. Certainement le soufre est un excellent parasiticide, agissant à la fois sur les acares et sur les œufs, et offrant par conséquent les avantages d'une cure certaine et rapide; mais, pour assurer son action, il est nécessaire de démasquer le parasite des sillons où il est caché; il y a nécessité absolue de faire des frictions assez violentes pour enlever l'épiderme et mettre ainsi en contact et le sarcopte et l'agent antipsorique; s'il s'agit d'enfants ou de personnes à peau fine et délicate, on voit combien ces frictions sont loin d'être agréables.

Et ce n'est pas le seul reproche à faire à la pommade d'Helmerich, à la pommade *au verre pilé*, selon la dénomination expressive habituelle aux malades pour caractériser les cuissons qu'ils ressentent; après les frictions, en effet, les douleurs sont cuisantes et assez vives souvent pour qu'on cherche à les calmer par l'opium et le chloral; en outre, elles s'accompagnent la plupart d'érythèmes, quelquefois de vésico-pustules qui ne se dissipent que très lentement; enfin les démangeaisons et les éruptions secondaires de la gale persistent d'ordinaire fort longtemps après la frotte.

En résumé, comme l'a dit M. le professeur Fournier dans ses cliniques : « On peut reprocher à ce traitement d'être dur et désagréable, d'irriter beaucoup la peau et de déterminer chez les sujets sensibles de véritables poussées eczémateuses. » Et malgré tous les efforts faits pour adoucir les rigueurs du traitement, il reste encore, tel qu'il est aujourd'hui, passible des mêmes reproches; c'est à la condition d'être rigoureux qu'il est efficace.

Aussi, dès que la gale apparaît compliquée d'eczéma, d'impétigo, d'ecthyma, il est indiqué de n'intervenir qu'avec les plus grands ménagements; il faut, suivant les cas, recommander soit les bains d'amidon, soit les bains alcalins, faire des applications émollientes, et on est souvent obligé d'attendre plusieurs jours, quelquefois des semaines, avant de commencer le traitement antipsorique.

Ainsi que le disait Cazenave, « si la gale est compliquée d'une autre éruption telle que lichen, eczéma, ecthyma, il faut souvent suspendre l'application de topiques excitants jusqu'à ce que la maladie accessoire ait disparu ou du moins diminué », et il ajoutait : « ... Cependant toutefois cette complication, entretenue par la maladie première, cesse aussi par l'effet du traitement lui-même. » Cette restriction très juste ne doit cependant pas être admise sans réserve; on gagnerait peu, en effet, pour activer la disparition du parasite, moins gênant par lui-même que par les altérations cutanées qu'il détermine, à augmenter l'acuité d'un eczéma, à rompre des pustules pour créer à leur place de véritables solution de continuité capables de produire des lésions autrement graves, des lymphangites, des phlegmons.

On conçoit qu'un médicament qui aurait le grand avantage de détruire le parasite et en même temps d'agir contre les éruptions secondaires serait fort précieux, surtout si son application non douloueeuse était facilement supportée par les malades. On jugera dans quelle mesure le baume du Pérou remplit ces conditions.

Mais avant d'employer cette substance, on doit se méfier de ses *falsifications* assez nombreuses. Les plus communes consistent à y ajouter soit de l'*alcool*, soit des *huiles grasses*, soit du *baume de copahu*. Comment rechercher ces trois substanees?

On reconnaît la présence de l'alcool en agitant le baume avec de l'eau qui dissout l'alcool et amène ainsi une diminution du volume primitif; la densité du baume alcoolisé s'abaisse d'ailleurs proportionnellement à la quantité d'alcool ajouté.

Les huiles grasses autres que l'huile de ricin sont séparées par agitation du mélange avec de l'alcool qui dissout le baume et laisse la plus grande partie de l'huile. Pour rechercher l'huile de ricin, qui est soluble dans l'alcool, Ulex de Hambourg a donné le procédé suivant : on met dans un verre de montre 10 gouttes de baume du Pérou et 20 gouttes d'acide sulfurique concentré; on mêle, puis on étend : si le baume est pur, on obtient une résine cassante; s'il y a de l'huile de ricin, la résine est d'autant plus molle et plus poisseuse qu'il s'y trouve plus d'huile

Le baume de copahu se reconnaît en chauffant le baume à essayer à 190° dans un bain d'huile, jusqu'à ce qu'il donne par distillation quelques gouttes d'un liquide huileux se solidifiant par suite de la formation de cristaux d'acide cinnamique; si le baume est impur, les cristaux nagent dans l'essence de copahu, ou encore si l'on sature l'acide cinnamique avec une solution de potasse et qu'on filtre, le résidu détone par l'addition d'iode.

Si l'on avait ajouté au baume de la *colophane* ou de l'*essence de térébenthine*, il suffirait de jeter un peu du baume suspect sur une plaque de fer rougie au feu : l'odeur caractéristique des substances ajoutées révélerait aussitôt leur nature.

C'est en Autriche que le baume du Pérou paraît avoir été essayé dans le traitement de la gale pour la première fois. En effet, dans une statistique de 3000 cas de gale traités dans les divers établissements hospitaliers de Prague de 1863 à 1873, le professeur Wilh. Petters a pu comparer les effets des divers traitements les plus usités; il les abandonnés tous successivement et notamment les pommades sulfureuses qui lui ont cependant donné de bons résultats, pour se borner presque exclusivement à l'emploi du baume du Pérou et du styrax qui offrent, d'après lui, de nombreux avantages : non seulement c'est un moyen sûr et peu coûteux de guérir la gale, mais encore il est très rapide, très pratique, et met complètement à l'abri des complications, en particulier des complications eczémateuses provoquées parfois par le traitement habituel par les pommades soufrées.

Un peu plus tard, de 1875 à 1880, le baume du Pérou fut encore essayé et recommandé à différentes reprises : Giefert vante les excellents résultats qu'il obtient grâce à son emploi; Burchardt fait des expériences précises qui prouvent nettement son action parasiticide et les avantages qu'il présente chez des sujets où la gale apparaît avec ses complications habituelles; Nothnagel et Rossbach ayant eu souvent l'occasion de se convaincre de ses bons effets, même chez des individus se trouvant dans de très mauvaises conditions hygiéniques, et se basant d'autre part sur des milliers d'observations, le proclament hautement supérieur à tous les médicaments préconisés.

Vers la même époque, le baume du Pérou était également employé en Italie, et, dans un voyage à Naples en 1878, le Dr Jullien pouvait, dans le service du professeur Tanturri, se convaincre des merveilleux résultats de la méthode.

Ailleurs, Duhring reconnaît l'action parasiticide du baume du Pérou; Kaposi lui accorde toujours la préférence dans les cas de gale d'intensité moyenne.

En France, le médicament ne paraît pas avoir été recommandé particulièrement (1); certains auteurs (Berlioz, Manquat) signalent son action antipsorique sans y insister; d'autres (Besnier, Brocq, Gaucher) vantent ses bons effets en cas de complications, mais ils ne le trouvent pas supérieur au naphtol ni au styrax (2), auquel on l'associe très souvent.

Il nous a paru intéressant de rechercher l'action du baume du Pérou sur les sarcoptes. Ayant eu à notre disposition un sujet tout particulièrement fertile en sillons, nous nous mîmes en chasse aussitôt, l'aiguille à la main, et, après une 1/2 heure de fructueuses recherches, nous étions assez heureux pour aligner sur une lame de verre 22 acares; après les avoir fait défiler sous le champ du microscope, nous fîmes une sélection : choisissant 12 des plus vigoureux, nous en placions 6 sur une lamelle où nous avions étalé une large goutte de baume du Pérou et 6 sur une autre lamelle avec 2 ou 3 gouttes de glycérine. Examinant ensuite successivement les préparations avec mon excellent ami et collègue Guadalupe, nous pouvions constater que, après 10 minutes, 2 des acares placés dans le baume étaient morts, 3 autres mouraient au bout de 20 minutes et enfin le dernier ne donnait bientôt plus signe de vie.

Quant aux acares placés dans la glycérine, ils s'agitaient encore désespérément quand nous quittions le laboratoire, c'est-à-dire 3 heures après.

Plus tard, en faisant nos recherches bibliographiques, nous vîmes que Burchardt avait déjà fait les mêmes expériences; d'après lui, les acares soumis au baume du Pé-

1. Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1872), Granier cite plusieurs fois M. Fuisseaux comme ayant employé et préconisé le baume du Pérou dans le traitement de la gale; nous regrettons vivement de n'avoir pu retrouver nulle part de renseignements précis sur les travaux de cet auteur.

2. Dans le cours de nos recherches, nous avons vu souvent le baume styrax (*liquidambar orientalis*) recommandé comme antipsorique à côté du baume du Pérou; offre-t-il réellement les mêmes avantages que lui? Le temps nous a manqué pour en faire l'application et pouvoir ainsi comparer les résultats.

Le styrax se présentant sous forme d'une masse presque solide, on le mélange généralement au baume du Pérou à parties égales ou à l'huile d'olives en prescrivant :

Baume styrax	2 parties.
Huile d'olives	1 partie.

rou meurent au bout de 20 à 30 minutes, et il est exceptionnel de les voir résister pendant 40 minutes; il poussa même ses recherches plus loin et démontra que l'action toxique du baume ne s'exerçait pas seulement sur les acares, mais encore sur les œufs, dans le même laps de temps.

De toutes ces expériences, il résulte donc comme conclusion qu'*un contact de 30 à 40 minutes avec le baume du Pérou suffit toujours pour tuer l'acarus scabiei et ses œufs.*

Resterait à savoir comment agit le baume du Pérou sur le sarcopte. Est-ce par asphyxie à distance, ou bien a-t-il sur lui une action corrosive? Les deux hypothèses sont d'ailleurs acceptables; ce qui est certain, c'est que le baume n'agit pas sur les acares seulement à la façon de tout autre liquide et, comme on l'a prétendu, par une simple imbibition qui les ferait éclater; A. Gras a montré en effet par ses expériences que les acares vivaient plusieurs heures dans l'eau froide, et Hébra en a retrouvé vivants après les avoir laissés 7 jours dans l'eau à 30°; la théorie de l'imbibition étant, on le voit, très contestable pour l'eau, *a fortiori* elle ne peut être appliquée à un liquide aussi visqueux que le baume du Pérou.

Burchardt ayant démontré que les simples vapeurs du baume du Pérou n'étaient pas toujours suffisantes pour tuer les acares, et qu'il était nécessaire pour assurer l'efficacité du traitement d'établir un contact direct, il en résulte que c'est la méthode des frictions qui doit être employée et que ces frictions doivent porter principalement au niveau des points où l'acare a pénétré; mais le baume imprégnant facilement les tissus et ramollissant d'une manière suffisante l'épiderme et les sillons, la frotte n'a pas besoin d'être aussi rigoureuse qu'avec les pommades soufrées. Certains auteurs ajoutent même qu'il suffit que le baume adhère à la peau.

Wilh Petters recommande le mode d'application suivant :

1° Inutilité des lotions savonneuses et des bains préalables.

2° Frictions très légères sur tout le corps avec le baume du Pérou. « Ces frictions, ajoute l'auteur, n'ont nullement besoin d'être énergiques : le baume, grâce à sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer. »

Une ou deux frictions suffisent pour détruire les sarcoptes et leurs œufs.

3° Bain de propreté quelques jours après les frictions.

Un autre procédé est recommandé par Burchardt :

1° Bain général pour nettoyer et ramollir l'épiderme.

2° Frictions sur tout le corps, sauf la tête, et en insistant sur les différents sièges de prédilection, avec 50 gouttes de baume du Pérou (1).

Il est quelquefois nécessaire de recommencer les frictions plusieurs fois, surtout si l'individu est peu soigneux de sa personne.

3° Bain de propreté deux jours après les frictions.

Voici maintenant la méthode adoptée à Saint-Lazare dans le service du Dr Jullien :

1° Pas de bain préparatoire, le baume ramollissant suffisamment l'épiderme et imprégnant les sillons.

1. La plupart des auteurs répètent avec Burchardt que 50 gouttes de baume de Pérou *suffisent* pour une friction; nous nous expliquons fort bien, dans ces conditions, que plusieurs frictions soient nécessaires. Nous insistons sur ce point qu'il faut que le malade soit frictionné et enduit complètement; il faut généralement employer 30 à 40 grammes de baume du Pérou pour une gale de moyenne intensité et 50 grammes dans les cas invétérés.

2° Le soir, avant de se coucher, frictions pendant 30 à 40 minutes, au moyen d'un linge ou d'une brosse très fine (1), sur tout le corps, sauf la tête, et en insistant sur les parties les plus fortement atteintes, avec une quantité de baume du Pérou variant de 30 à 50 grammes suivant l'intensité des lésions; les malades gardent leur linge et se mettent au lit, le corps ainsi recouvert d'une épaisse couche de baume.

3° Le lendemain matin, après une nuit tranquille relativement aux précédentes, les malades prennent un bain d'amidon; on change alors le linge, la literie et les vêtements.

Après une seule friction, les malades sont habituellement guéris; sinon, et dès qu'on aperçoit de nouvelles lésions galeuses, deuxième friction dans les mêmes conditions que la première; il est bien rare qu'on soit obligé d'y avoir recours une troisième fois.

Ce mode de traitement a, sur le traitement classique, des avantages réels. Le traitement par la pommade d'Helmerich, en raison des inconvénients qu'il présente et que nous avons signalés plus haut, soit à cause de sa rigueur, soit à cause de l'irritation cutanée consécutive qu'il détermine, n'est pas applicable dans tous les cas.

C'est ainsi que chaque fois qu'on se trouve en présence d'une gale compliquée ou d'eczéma ou d'impétigo ou d'ecthyma ou encore de nombreux furoncules ou abcès, on diffère le traitement par la pommade sulfo-alcaline; on commence généralement par les bains, les applications émollientes, ce qui retarde d'autant plus la guérison que les complications sont dues à la présence de l'acare; de même, s'il s'agit d'individus dont l'état général est peu satisfaisant, atteints d'affections cardiaques, d'albuminurie, de bronchite chronique (Gaucher), il est impossible de prescrire un traitement rigoureux, la frotte par conséquent. Or, le baume du Pérou n'étant pas irritant, ni par lui-même ni par son mode d'emploi, on peut sans crainte l'appliquer immédiatement; pour notre part, jamais nous n'avons vu de cas où il ne soit applicable d'emblée.

Chez les femmes, pendant la grossesse comme à l'époque des périodes menstruelles, on hésite souvent, et avec raison, à ordonner les frictions avec la pommade d'Helmerich; l'application du baume du Pérou, dans ces conditions, ne présente aucun danger et rend par conséquent les plus grands services.

De même chez les enfants, surtout chez les nourrissons, la frotte déterminant chez eux de véritables dermites eczémateuses, il est nécessaire de chercher un autre mode de traitement : le baume du Pérou est encore indiqué et donne les meilleurs résultats.

En résumé, il est souvent nécessaire d'adoucir les frictions, d'en abréger la durée, de diminuer la dose des substances irritantes dans les pommades habituellement employées, d'y renoncer même quelquefois; mais, comme le dit Bazin, il faut savoir que ces tempéraments apportés à la méthode lui enlèvent une grande partie de son efficacité. Or le baume du Pérou est applicable dans tous ces cas; non seulement il n'est pas d'un emploi rigoureux et il n'irrite pas la peau, mais c'est encore un mode de traitement rapide et sûr; on peut ainsi juger des nombreux services qu'il peut rendre.

En outre, le baume du Pérou présente des avantages accessoires :

D'abord la simplicité et la commodité du traitement

1. Dans le cas où les lésions cutanées rendent impossibles les frictions même légères, on fait de simples badigeonnages sur tout le corps avec un large pinceau; c'était, d'ailleurs, la méthode uniformément adoptée par le professeur Tanturri.

qui, en pratique, se résume à deux choses : une friction d'une 1/2 heure le soir et un bain le lendemain matin.

Ensuite le baume a une odeur suave, très agréable, qui plaît aux malades, et, de plus, il ne tache pas le linge d'une façon irrémédiable.

Ce sont là des avantages évidemment accessoires, mais toutes ces particularités n'en sont pas moins appréciées, surtout par les malades de la clientèle.

Nous ajouterons enfin que le traitement de la gale par le baume du Pérou n'est guère plus coûteux que le traitement par la pommade d'Helmerich.

Quant à la question d'efficacité, nous pouvons la juger par la statistique de 150 cas traités depuis 1890 par M. Jullien à Saint-Lazare.

Sur ces 150 cas de gale (1), plus de la moitié guérirent complètement et rapidement après une seule friction avec le baume du Pérou; les autres exigèrent une seconde friction et quelquefois une troisième dans les cas invétérés.

Ajoutons que pas une galeuse n'entra dans le service sans que le baume du Pérou ne lui fût applicable d'emblée.

Enfin nous avons recueilli quelques observations très complètes de gales invétérées qui prouvent clairement que le traitement balsamique, tout en étant moins rigoureux et applicable dans tous les cas, reste en même temps aussi rapide et sûr que le traitement classique tel qu'il est institué à Saint-Louis (2).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en avril et mai 1896.

M. CASAMAYOR-DUFAUR DE PLANTA (Auguste). — *Étude sur la prophylaxie de la tuberculose.* N° 266. (Soc. d'Édit. scient.)

Mlle SÉLACOVITCH (Anka). — *Certains accidents articulaires chroniques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu.* N° 267. (Ollier-Henry.)

M. SCHOBER (Paul). — *Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière.* N° 270. (H. Jouve.)

M. BRINDEAU (Auguste). — *Du détroit moyen au point de vue obstétrical.* N° 272. (Soc. d'Edit. scient.)

M. MIVIELLE (Joseph). — *Sur les dangers du vésicatoire à la cantharide.* N° 275. (H. Jouve.)

M. GROLEAU (René). *Les particularités du chancre mou des doigts.* N° 276. (Ollier-Henry.)

M. EMERY (Emile). *Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme.* N° 295. (Soc. d'Édit. scient.).

M. SIMON (René). *Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorrhagies et de la septicémie péritonéale post-opératoire.* N° 300.

La propagation et l'extension de la tuberculose peuvent être réduites, affirme M. CASAMAYOR-DUFAUR DE PLANTA, à l'aide des mesures prophlactiques, puisque la contagion joue le rôle principal. L'importance de l'hérédité étant reconnue moindre, les hérédo-tuberculeux, soustraits à l'influence de la contagion, peuvent éviter l'affection. La collection des crachats et leur destruction rend les dangers de la cohabitation nuls, et les garanties sont supérieures si on traite de même les déjections des malade. La désinfection des appartements habités par les tuberculeux est aussi nécessaire et produit d'excellents résultats contre la contagion. On devrait éloigner de l'armée tous les sujets tuberculeux à tout degré.

Les hôtels et maisons meublées seront soumis à des désinfections obligatoires, chaque fois qu'un sujet tuberculeux avéré y aura séjourné et autrement, plusieurs fois dans l'année. On défendra de cracher sur les parquets, dans les habitations, les lieux publics et on y usera de crachoirs portatifs, ou fixes. Le lait et la viande d'animaux tuberculeux seront rejetés de la consommation et toujours soumis à la cuisson ou à la stérilisation lorsque la provenance sera douteuse, ou simplement inconnue. Des hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux seront créés en dehors des villes. La déclaration de la tuberculose sera rendue obligatoire.

On peut observer, à la suite d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, des déformations articulaires chroniques, se rapprochant tout à fait du rhumatisme noueux décrit par Trousseau. Ces déformations articulaires, dont nous entretient Mlle SÉLACOVITCH, ont une évolution rapide et tourmentent sans cesse le malade par les poussées aiguës ou subaiguës qu'elles présentent. Entre elles et le rhumatisme articulaire aigu, il ne semble pas qu'il y ait simple coïncidence, mais relation de cause à effet. L'antagonisme entre la polyarthrite aiguë fébrile, et certaines formes de rhumatisme déformant progressif, signalé par certains auteurs, est loin d'être absolu. Dans ces formes de rhumatisme articulaire chronique, qu'on tend aujourd'hui à séparer du rhumatisme noueux de la vieillesse, maladie de déchéance, le rhumatisme aigu franc agirait peut-être à la façon des maladies infectieuses (amygdalite) au cours ou à la suite desquelles on a signalé des déformations articulaires chroniques (Charrin; Marie).

M. SCHOBER nous fait voir comment les trompes de Fallope, en suivant la descente des ovaires dans le petit bassin dans le cours de la deuxième moitié de la vie intra-utérine, présentent d'abord des ondulations, plus tard une disposition en coudures, et enfin, elles se pelotonnent et arrivent ainsi dans le petit bassin. Leur redressement se produit dans la vie extra-utérine.

Un arrêt dans ce redressement des trompes crée une prédisposition pour des maladies; quelquefois cet arrêt est accompagné d'autres vices de développement.

Si une dilatation kystique se produit dans une pareille trompe, la tumeur aura une forme irrégulière sillonnée et contournée.

Le prognostic est, dans ces cas, plus grave que dans les autres, et l'ablation d'emblée est indiquée.

Dans sa thèse, M. BRINDEAU démontre qu'il existe dans le bassin normal, au niveau des épines sciatiques, un rétrécissement que les auteurs ont appelé détroit moyen. Il divise l'excavation en deux parties. L'une, supérieure, accessible à la tête pendant la grossesse, et l'autre, inférieure, qui ne sera franchie que pendant l'accouchement. Dans la plupart des cas, les épines sciatiques ne jouent aucun rôle pendant la rotation interne de la tête. Cependant dans les occipito-postérieures, il faut que la tête se fléchisse fortement avant de commencer son mouvement de rotation pour éviter l'épine sciatique. Le rétrécissement normal du bassin au niveau du détroit moyen peut, dans certains cas, devenir une cause de dystocie. Les principales causes du rétrécissement du détroit moyen sont les bassins cyphotiques et les bassins obliques ovalaires. Dans la cyphose, la tête peut être arrêtée au niveau des épines sciatiques qui deviennent le seul obstacle à l'accouchement. Cette dystocie bisciatique se voit surtout dans les cas où la déformation pelvienne est peu prononcée. Dans les bassins de Nœgelé, le rétrécissement transversal de l'excavation est surtout marqué au niveau des épines sciatiques. La tête peut être arrêtée à ce niveau après avoir franchi le détroit supérieur. Elle peut être également saisie entre l'épine sciatique du côté sain et la tubérosité ischiatique du côté malade. Le pronostic du rétrécissement du détroit moyen varie avec le degré de rétrécissement et la cause de la viciation. Il est plus grave dans les cas de bassin de Nœgelé. La conduite à tenir devra également varier suivant les cas.

1. Nous n'avons relevé sur le registre de statistique que 150 cas de gale, c'est-à-dire que nous n'avons noté que ceux envoyés du Dispensaire sous cette rubrique; mais nous pouvons évaluer approximativement à 300 le nombre des gales qui furent traitées par le baume du Pérou.

2. O. DESCOULEURS, thèse de doctorat, Paris, 1895-96, n° 231.

Dans les bassins cyphotiques, si la tête est arrêtée au niveau des épines sciatiques, on terminera l'accouchement par une application de forceps. Dans les bassins de Nœgelé, on aura soin de faire passer les grands diamètres de la tête dans les grands diamètres du bassin. On ne devra pratiquer le mouvement de rotation qu'au-dessous des épines sciatiques. Dans les occipito-antérieures le dégagement aura lieu en O. pubienne; dans les occipito-postérieures il faut dégager en O. sacrée. Si le rétrécissement est trop prononcé, on devra avoir recours à l'accouchement prématuré ou à la symphyséotomie.

M. Mivielle considère que le vésicatoire à la cantharide est, en raison du principe actif que contiennent ces coléoptères, un médicament dangereux qui peut être considéré comme un violent poison. La plus entière réserve devra présider à la prescription de cet agent thérapeutique. Dans les maladies inflammatoires aiguës, son usage devra être proscrit au début. Chez les enfants, si l'on est forcé de l'employer, il faudra le faire avec une grande prudence, ne se servir que de petits emplâtres, et les laisser une à trois heures au plus en place. La diphthérie, la rougeole, les maladies infectieuses en général et le diabète constituent une contre-indication absolue. Aux vésicatoires, il vaudrait mieux préférer les autres révulsifs. Dans le pansement et l'application, l'antisepsie la plus rigoureuse devra exister.

Les conclusions du travail de M. Groleau sont les suivantes : Le chancre mou des doigts est le plus souvent consécutif à une auto-inoculation favorisée par une plaie. Il est rare, plus rare que ne le ferait prévoir la simplicité du mode de contamination. Il a quelquefois les caractères ordinaires du chancre mou; mais il peut simuler une tourniole, une plaie infectée, un panaris, une brûlure dont on aurait enlevé la phlyctène, une engelure ulcérée. Cet aspect insolite, ce siège particulier, peut faire errer le diagnostic; d'une façon générale, les seuls caractères de l'ulcération ne suffisent pas à en faire reconnaître la nature. Le chancre mou des doigts occasionne quelquefois des douleurs très vives, jusqu'au point d'empêcher le sommeil. Il provoque souvent des adénites, surtout l'adénite épitrochléenne, ce qui existe moins fréquemment à la suite des plaies simples de la main. On ne peut prévoir les ganglions atteints d'adénite d'après le doigt affecté de chancre. L'iodoforme constitue le meilleur pansement.

M. Emery consacre sa thèse à une variété spéciale de gangrène des organes génitaux externes de l'homme décrite pour la première fois par M. Fournier en 1883. Elle tire ses caractères essentiels de la soudaineté de son début et de sa marche suraiguë qui lui ont valu son nom de gangrène foudroyante. On pourrait ajouter comme troisième caractère qu'elle se termine habituellement par la guérison. Il semble démontré aujourd'hui que la gangrène foudroyante est d'origine infectieuse; elle reconnaît pour cause l'introduction dans les tissus d'un streptocoque très virulent. Il est impossible à l'heure actuelle de préciser les conditions de cette infection. On peut donc conserver à cette affection, au moins provisoirement, la qualification de spontanée qui lui a été imposée par M. Fournier. Les deux hypothèses les plus vraisemblables à l'heure actuelle résident soit dans une transmission de l'infection par la voie génitale, soit dans la propagation d'une inoculation partie de l'urèthre. Dans le cours de l'affection, on voit souvent surgir des complications dont la nature témoigne de la virulence extrême des germes pathogènes (purpura, érythèmes, hémorrhagie, érysipèle). Ces complications évoluent avec la même rapidité que le processus gangréneux lui-même et n'entraînent le plus souvent aucune suite fâcheuse. Le traitement véritablement héroïque consiste dans des incisions larges et multiples des tissus enflammés; leur efficacité est aujourd'hui pleinement démontrée.

Les injections intraveineuses de sérum sont, pour M. Simon, un puissant moyen thérapeutique. Elles donnent d'excellents résultats pour les grandes hémorrhagies et les cas d'infection péritonéale postopératoire. Elles sont sans danger pour le malade. Même en grande quantité, elles semblent non seulement ne produire aucun mauvais effet, mais donner des résultats surprenants, — témoin le cas où M. Lejars a injecté 26 litres en 9 jours. Ces faits coïncident du reste avec les expériences physiologiques faites sur les animaux. Les injections répétées semblent agir en produisant une sorte de lavage du sang et permettre l'élimination de toxines nombreuses par l'urine et les selles. On voit, en effet, au bout de peu de temps, se produire une véritable crise caractérisée par une diurèse et une diarrhée abondantes. Les injections intraveineuses de sérum sont un antithermique puissant. Il n'y a pour ainsi dire pas de limites aux quantités à injecter, à condition toutefois que chaque injection ne dépasse pas 2 000 grammes et que l'on surveille l'élimination. L'opération est des plus simples — le manuel opératoire est des plus faciles et à la portée de tous. Les résultats seront d'autant meilleurs que le cœur et les reins fonctionnent mieux. Il est bon de garder comme adjuvants les autres moyens thérapeutiques ordinaires.

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Kaminsky (Amscheï). *Étude sur la paralysie générale d'origine alcoolique à l'Asile public d'aliénés d'Armentières.* (C. Robbe, Lille.)

La paralysie générale paraît augmenter de fréquence à l'asile d'Armentières; M. Kaminsky admet que cela tient en partie à ce que la maladie est mieux connue et en partie à ce que se développent ses causes. Les causes sont multiples : celle qui semble être la plus importante, c'est l'alcoolisme, surtout par les alcools impurs (alcools de grains, de betteraves, etc.). On rencontre cette affection environ 3 fois plus fréquemment chez les gens mariés que chez les célibataires. C'est que cette maladie se développe surtout de 30 à 50 ans, âge auquel la plupart des gens sont mariés. M. Kaminski n'a pas observé de cas avant 25 ans; et après 60 ans, l'affection reste très exceptionnelle, comme dans la plupart des pays. Elle se produit 2 fois plus souvent parmi les populations urbaines que parmi les campagnards, chez lesquels l'alcoolisme fait peu de ravages. Il a été impossible de déterminer, par une statistique exacte, le degré d'instruction de nos paralytiques, mais, en général, il est peu élevé, ce qui s'explique par la classe de la société à laquelle appartiennent les malades d'asile. Au point de vue symptomatique, la forme démentielle prédomine de beaucoup, s'accompagnant quelquefois de vagues idées de tristesse ou de satisfaction. La folie paralytique de Baillarger, avec délire très marqué, est rare. L'auteur attribue cette particularité à la condition sociale de ses malades et à ce que leurs occupations et distractions sont plutôt physiques qu'intellectuelles. D'ailleurs, en général, les populations du Nord sont moins expansives. C'est par cette prédominance de la variété démentielle qu'il faut expliquer que les paralytiques nous arrivent dans un état aussi avancé de la maladie, qui, ne se traduisant pas par du délire, leur permet de se livrer presque automatiquement à leurs occupations habituelles. Les formes dépressives, plus rares, en général, dans d'autres pays, s'observent assez souvent à l'asile.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Poliomyélite antérieure subaiguë, par Grawitz (Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta mit Zwerchfellähmung bei einer Erwachsenen) (*Berlin. klinische Wochenschrift*, 23 mars 1896, n° 12, p. 245). — Il s'agit d'une couturière âgée de 18 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels importants. Sa maladie a débuté au mois de juin de l'année passée par des douleurs violentes. On ne sait si la malade a eu de la fièvre. Le malaise et la céphalalgie ont duré pendant trois jours, puis apparut une paralysie du bras droit. Le jour suivant elle a remarqué un affaiblissement de la jambe droite qui, le lendemain, était devenue une paralysie complète. Le 6e jour, la jambe gauche est prise, et il se développe aussi une paralysie du bras gauche. Il en résulte que la malade présentait au bout de quelques jours une paralysie des quatre membres. Elle n'a pas eu de troubles intellectuels. Actuellement on constate les

phénomènes suivants : la malade ne peut se lever sans aide; assise, elle peut se maintenir en cet état. Il y a une parésie du sterno-cléido-mastoïdien gauche, paralysie du muscle deltoïde, de la portion claviculaire du grand pectoral. Au bras gauche le biceps est flasque, cependant la malade peut fléchir le coude avec une certaine force. La pronation et la supination de l'avant-bras sont possibles. Légère diminution de la force musculaire des mains. Le bras droit présente une atrophie très marquée de tous les muscles de l'épaule. Les muscles de l'avant-bras droit sont moins touchés. La respiration normale, qui se fait suivant le type costal, est régulière, mais si on lui commande de respirer profondément, il se produit au niveau de l'appendice xiphoïde une dépression. Le foie ne s'abaisse pas pendant l'inspiration. Le phénomène du diaphragme de Litten n'existe pas. Quand on excite le nerf phrénique au cou, on n'obtient pas de contraction du diaphragme par les courants continus. Avec un fort courant faradique, il y a un léger mouvement au niveau des côtes inférieures. La vessie et le rectum sont intacts. Les extrémités inférieures sont presque complètement paralysées; la malade peut encore mouvoir les orteils du côté gauche. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont complètement abolis. Le réflexe abdominal est diminué. Dans la plupart des muscles paralysés, il y a de la réaction de dégénérescence, particulièrement dans le deltoïde droit, le biceps et le triceps, et dans les muscles de la cuisse et de la jambe. L'excitabilité électrique pour les deux courants a à peu près disparu. Pas de troubles de la sensibilité ni objective, ni subjective. Les nerfs ne sont pas sensibles à la pression. Il s'agit pour l'auteur d'une affection du neurone moteur périphérique et particulièrement d'une lésion des cellules de la corne antérieure ou poliomyélite antérieure analogue à la poliomyélite infantile. L'étiologie de la maladie est obscure dans son cas.

Étude anatomo-pathologique de l'œdème bleu, par ALELEKOFF (*Archives de neurologie*, mai 1896, n° 5, p. 1). — Il s'agit d'un homme de 21 ans qui, depuis 3 ans, présentait de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, des douleurs dans la même région en même temps qu'un refroidissement et une coloration bleue de la main. Le malade présente un rétrécissement concentrique du champ visuel des deux yeux, diminution du goût et de l'odorat. Réflexe pharyngien paresseux. Le membre supérieur gauche est amaigri, les muscles sont paralysés; les réflexes tendineux abolis, l'excitabilité électrique diminuée sans réaction de dégénérescence, hémianesthésie du côté gauche complète et totale pour la douleur et la température, partielle pour le contact.

Enfin, au-dessous du 1/3 inférieur de l'avant-bras commence brusquement la coloration bleue de la peau avec œdème et un refroidissement de 4° à 5°. L'examen du sang a montré que les rapports en globules blancs aux hématies étaient du coté sain 1/2200, du côté malade 1/600. Le massage et l'électricité n'eurent aucune action sur cet œdème bleu. A la fin du mois de juin le malade eut une poussée de tuberculose avec fièvre. Lorsque la température générale du corps s'élevait, il y avait abaissement de la température à la main gauche, lorsque la température ambiante baissait, celle du membre supérieur gauche tombait plus de 2 degrés au-dessous de celle du côté droit. A la fin d'octobre le malade meurt. L'autopsie et les examens microscopiques ont révélé les lésions suivantes. Dans la moelle, entre la 2° et la 4° cervicale les cellules de la colonne de Clarke du côté gauche sont moins nombreuses qu'à droite. Dans les petits nerfs cutanés on trouve un certain nombre de fibrilles dégénérées, mais il reste toujours les fibrilles saines. Les petites artères montrent un endothélium gonflé, décollé par places, les grosses artères ont un calibre moindre qu'à l'état normal. Les veines ont leur tunique moyenne épaissie, l'endothélium gonflé et décollé; il y a de petites hémorrhagies dans l'adventice et la tunique moyenne; un grand nombre de petits vaisseaux sont thrombosés. Les vaisseaux lymphatiques sont très dilatés. L'auteur admet que toutes ces lésions sont secondaires, et, en l'absence de toute lésion nerveuse organique, il range son cas dans la classe des œdèmes bleus hystériques de Charcot.

Paralysie bulbaire asthénique (Paralysie bulbaire sans lésions anatomiques; myasthénie grave pseudo-paralytique), par STRÜMPELL (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, n°s 1 et 2, p. 16). — L'auteur rapporte une nouvelle observation de paralysie bulbaire asthénique. Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, progressivement, présenta du ptosis, de la faiblesse des muscles du cou, de la parésie des muscles de la mastication, de la parésie du facial inférieur, de la faiblesse des extrémités. A l'état normal ces parésies sont peu accusées, mais dès que les mouvements commencent, la fatigue survient rapidement, et les mouvements ne sont récupérés qu'après un quart d'heure de repos. Cet épuisement musculaire est très marqué pour les muscles de la langue (parole), du pharynx (déglutition), des extrémités (marche, etc.). Cette fatigue anormale des muscles se distingue de celle que l'on trouve dans les muscles en apparence normaux. Les muscles à innervation bulbaire sont pris les premiers et leur parésie est toujours plus accentuée. La parésie présente des variations dans son intensité : ainsi, elle augmente pendant la menstruation. Les rétractions électriques sont normales. Les réflexes exagérés, la musculature interne de l'œil est respectée, les muscles respirateurs également, sauf dans la période terminale. Il n'y a pas de troubles sphinctériens. La malade de Strümpell présenta à partir du mois de janvier 1894 une série d'accès de suffocation, et le 27 mars elle mourut subitement. L'examen anatomique et microscopique n'a révélé aucune lésion du cerveau, de la moelle, des nerfs et des muscles. Ceux-ci ne sont d'ailleurs jamais atrophiés. Cependant Erb a, dans un cas, noté une légère atrophie des muscles du cou et des muscles masticateurs. Ce syndrome bulbaire, sans lésions anatomiques, a été observé au cours de la maladie de Basedow.

Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite, par SOUKANOFF (*Archives de neurologie*, mars 1896, n° 3, p. 1). — Les lésions du système nerveux central au cours des polynévrites sont choses connues depuis les travaux de Vierodt, Kahler et Pick, Korsakow, etc. Ces lésions siègent surtout au niveau de la moelle épinière. Dans le cas étudié par l'auteur, cas de polynévrite alcoolique, les lésions portaient sur la moelle épinière et le bulbe. Il s'agit d'un homme de 21 ans présentant des antécédents héréditaires très chargés au point de vue neuro-pathologique, hémiplégie, maladies mentales... Lui-même dès son enfance était nerveux mal équilibré, il n'a jamais pu travailler dans les écoles. Dès l'âge de 13 ans, il commença à boire et se livra depuis cet époque à de nombreux excès. Attaque de délirium tremens. Deux mois avant l'entrée à la clinique ont débuté les troubles paralytiques. L'examen du malade a fourni les renseignements suivants : signes extérieurs de dégénérescence (oreilles, dents), le malade ne peut marcher, se tenir sur les pieds, hémiparésie faciale droite, déviation à gauche et tremblement de la langue, nystagmus, hémiparésie droite du membre supérieur, mouvements actifs faibles et maladroits. Sensibilité générale conservée sauf à la main droite. Du côté des membres inférieurs on constate une parésie. Les muscles sont douloureux à la pression, la sensibilité tactile est amoindrie surtout au pied. Les mouvements sont douloureux. Œdème du pied. Réflexes patellaires abolis. L'état mental est loin d'être normal, indifférence absolue, troubles de la mémoire, idées fixes. Son état ne fit qu'empirer à l'hôpital. D'une part la paralysie, les troubles mentaux augmentent d'intensité; la toux, la fièvre, l'oligurie apparaissent. Il mourut trois mois après son entrée à l'hôpital.

L'examen du système nerveux a donné les résultats suivants. Il a été fait par la méthode de Marchi. Les nerfs périphériques sont atteints de névrite parenchymateuse. Dans la moelle, la dégénérescence a envahi les cordons postérieurs, les racines antérieures et postérieures. Dans la région lombaire le processus morbide s'est surtout localisé dans la portion postéro-externe des cordons postérieurs. Dans la région cervicale les faisceaux de Goll jusque dans le bulbe sont dégénérés. Il faut admettre la continuité du processus de dégénérescence des racines postérieures aux cordons postérieurs. La distribution inégale de la lésion des cordons postérieurs aux différentes hauteurs s'explique par le trajet médullaire des fibres des racines postérieures. Ce fait anatomo-pathologique comme la clinique prouvent que, dans les névrites multiples, le système nerveux central est atteint aussi bien au niveau de la moelle et du bulbe que du côté du cerveau.

MÉDECINE

Modifications du sang dans les anémies (Blutveränderungen bei Anämien), par Sophie Moraczewska (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIV, p. 127). — Les recherches faites par l'auteur à la clinique du professeur Eichhorst (de Zurich) aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Dans l'anémie pernicieuse l'alcalescence du sang est diminuée, son poids spécifique augmente ; les hématies ont notablement diminué de nombre, mais elles se colorent très vivement ; la proportion de substances azotées du sang est plus grande qu'à l'état normal.

2° Dans la chlorose, l'alcalescence et le poids spécifique du sang sont diminués, les hématies sont relativement nombreuses mais se colorent faiblement.

3° Dans le carcinome l'alcalescence du sang est augmentée, son poids spécifique est diminué ; les hématies, relativement nombreuses, se colorent mal ; la proportion de substances azotées du sang est diminuée.

Deux cas mortels de septicémie tétragénique, par MM. A. Chauffard et F. Ramond (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1896, p. 304). — Le 1er cas concerne une jeune fille de 15 ans qui présenta un état typhoïde, un exanthème et des arthropathies suppurées multiples ; à l'autopsie on trouva de la péricardite, des abcès du myocarde, une endocardite tricuspidienne ulcéreuse, un épanchement pleural purulent, des infarctus pulmonaires et des abcès de la rate et des reins. Dans toutes ces lésions se trouvait le tétragène.

Le 2e cas est relatif à un jeune homme de 18 ans qui présenta une arthrite suppurée du genou renfermant le tétragène à l'état de pureté ; il succomba avec des phénomènes d'infection générale.

Dans ces deux cas, le tétragène était virulent. Chez la 1re malade la porte d'entrée est restée inconnue ; chez le 2e, c'était des ulcérations linguales. Dans les deux cas et aussi dans les lésions provoquées expérimentalement chez les animaux, le pus présentait un aspect huileux, caséo-graisseux.

Influence de la glycose sur le pouvoir pyogène et la virulence générale du staphylococcus pyogenes aureus, par J. Nicolas (*Arch. de médecine expériment.*, mai 1896, p. 332). — On sait que Bujwid en 1888 avait admis que le glycose favoriserait l'action pyogène du *staphylococcus aureus*, opinion qui a rencontré depuis des contradicteurs. L'auteur a repris et complété les expériences de Bujwid et conclut que le sucre favorise en général le pouvoir pyogène et diminue la virulence du staphylocoque lorsqu'il est porté directement et simultanément avec le microbe dans l'intimité des tissus ; mais la suppuration fait défaut si le sucre n'est introduit dans les tissus qu'un certain temps après le microbe. Si le sucre est introduit dans la circulation générale et le staphylocoque sous la peau, ordinairement, mais non constamment, le sucre semble déterminer une certaine atténuation de la virulence du microbe et favoriser le développement d'accidents locaux (œdème séro-hématique, tendance au sphacèle). Le sucre introduit dans le sang en même temps que le microbe semble favoriser simultanément le pouvoir pyogène et la virulence. L'action pyogène et la virulence semblent favorisées aussi bien par l'eau distillée que par l'eau sucrée introduites dans les veines après inoculation sous-cutanée d'une faible dose de staphylocoque.

Quant à l'action du diabète sur les processus pyogènes elle est des plus complexes et ne consiste pas seulement dans la présence du sucre dans les tissus. Aussi ces résultats expérimentaux ne peuvent-ils être rapprochés qu'avec réserve de ce qui se passe dans chez l'homme diabétique.

Influence du massage sur les échanges respiratoires (Ueber den Einfluss der Muskel und Bauchmassage auf den respiratorischen Gaswechsel), par Leber et Stuve. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1896, n. 16, p. 337). — En évaluant d'une façon très précise les échanges respiratoires, par le dosage de l'acide carbonique de l'air expiré, chez des individus soumis au massage vigoureux des muscles de l'abdomen et des organes abdominaux, les auteurs ont trouvé que ce massage n'influe en rien sur les échanges respiratoires. Ils en concluent que si dans certains cas le massage rend incontestablement de grands services, ce n'est pas par son action sur les échanges interstitiels.

Observation de morve aiguë humaine, par MM. Duval, Gasne et Guillemot (*Arch. de médecine expériment.*, mai 1896, p. 361). — Dans ce cas, la morve se développa chez un équarrisseur et débuta par un panaris. La présence du bacille de la morve fut reconnue dans le pus des abcès et dans le sang de la veine céphalique. A l'autopsie on trouva des lésions de morve généralisée et une néphrite épithéliale pure.

Sur un cas d'abcès gangréneux probablement primitifs du foie et de la rate, par M. I. Straus (*Arch. de médecine expériment.*, mai 1896, p. 428). — Dans ce cas aucune lésion du tube digestif et des rameaux de la veine porte n'a pu être relevée. Le pus des abcès a montré des microbes nombreux et variés, mais les cultures aérobies et anaérobies n'ont donné aucun résultat.

CORRESPONDANCE

Rio, le 8 mai 1896.

Monsieur le rédacteur,

Dans le but de rétablir la vérité des faits à l'égard de l'emploi du chlorhydrate de phénocolle dans la malaria, je ferai remarquer que ma communication sur ce sujet à l'Académie de médecine de Rio-Janeiro a eu lieu dans la séance du 27 juillet 1893, et les essais faits par l'auteur de la petite réponse dans votre journal du 13 avril de l'année courante ont été inaugurés dans les premiers jours de septembre 1893, d'après ce qu'il avoue lui-même dans son travail.

Le droit de priorité de ces applications au Brésil me revient donc sans conteste, les dates le démontrent, et il devient inutile d'y insister.

Veuillez agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Clemente Ferreira,
Membre titulaire de l'Académie de médecine de Rio-Janeiro.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Cinchonidine.

Définition. — L'un des alcaloïdes retiré du *quinquina*.

Solubilité. — La cinchonidine est insoluble dans l'eau. Les sels de cinchonidine, solubles en proportions variables, sont seuls employés en hypodermie.

Le *bromhydrate*, le *bibromhydrate* et le *chlorhydrate* de cinchonidine sont solubles dans leur poids d'eau. Dans la pratique on emploie des solutions au dixième ou au quart.

Le *sulfate* de cinchonidine n'est soluble que dans 96 parties d'eau. La solution est facilitée par l'addition d'acide tartrique.

Usages thérapeutiques. — La cinchonidine et les sels sont fort peu employés en pratique courante. C'est cependant un excellent antipyrétique qui aurait sur la quinine l'avantage de ne produire aucun des accidents possibles avec ce dernier alcaloïde, ivresse quinique, bourdonnements, troubles visuels, hypertension du pouls, etc. (Gubler, Bouchardat, Bourru, etc.).

Il est vrai que ces avantages de la cinchonidine sur la quinine sont égalés ou même dépassés par l'association de la quinine et de l'antipyrine. Cette combinaison doit être préférée aux solutions de cinchonidine comme plus efficace et aussi comme plus facilement réalisable, peu de pharmacies possédant les sels de cinchonidine.

Disons néanmoins que l'injection hypodermique de bromhy-

drate de cinchonidine est peu douloureuse et que, chez les enfants en particulier, elle peut tirer ses indications de cette propriété.

Dose usuelle. — a) *Chez l'enfant* : par injection, 5 centigrammes de bromhydrate de cinchonidine; par 24 heures : de 1 à 5 ans, 5 à 15 centigrammes; de 5 à 10 ans, 10 à 30 centigrammes; de 10 à 20 ans, 20 à 50 centigrammes. — b) *Chez l'adulte* : 25 centigrammes par injection et par centimètre cube; jusqu'à 1 gramme en 24 heures.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. — L'injection n'est pas douloureuse, surtout lorsqu'elle est faite à chaud, et ne s'accompagne d'aucun accident local. Exception doit être faite pour le sulfate de cinchonidine, dont l'injection est douloureuse en raison de l'addition nécessaire d'acide tartrique.

b) *Éloignés*. — La cinchonidine abaisse la température dans les 30 minutes qui suivent l'injection : mais cet abaissement, très variable suivant les sujets, oscille entre 0°5 à 1°5 en 1 heure, avec le quart de la dose totale pour 24 heures. — On ne peut donc donner aucune règle précise à cet égard, comme pour l'antipyrine par exemple. Cette chute de la température n'est cependant jamais assez rapide pour être dangereuse.

Enfin, comme nous l'avons dit, il n'y a ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles, ni céphalée, ni sueurs profuses.

FORMULES

Bromhydrate de cinchonidine. . . 0 gr. 50 à 2 gr.
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 à plusieurs centimètres cubes.

(Gubler.)

Bibromhydrate de cinchonidine. . 1 gr.
Eau distillée. . . . . 5 gr.

1 à 2 centimètres cubes.

(Gubler.)

Chlorhydrate de cinchonidine. . . 2 gr.
Eau distillée. . . . . 10 gr.

1 à 4 centimètres cubes.

(Machiavelli.)

Sulfate de cinchonidine. . . . . . 1 gr.
Acide tartrique. . . . . 0 gr. 80
Eau distillée. . . . . 3 gr.

1 cent. cube comme antipaludique.

(Villard.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les laboratoires de recherches. — « Invidia medicorum pessima ». — Les certificats de complaisance. — Les élections académiques. — Mort du Dr Girode.

Un député philanthrope, rapporteur de la loi sur les sociétés de secours mutuels, s'aperçoit que les frais de maladie, et en particulier ceux que nécessitent les maladies infectieuses, grèvent lourdement le budget des pauvres. Très intelligent, sachant se tenir au courant de tous les progrès scientifiques, il suit avec l'attention qu'ils méritent les efforts tentés en vue de prévenir ces maladies, de les guérir quand on n'a pu empêcher leur éclosion, et d'amoindrir, en même temps qu'on les guérit, la durée de leur évolution. Il rend justice à ces efforts. Il sait qu'une voie nouvelle à peine tracée permettra prochainement sans doute à toute une pléiade de jeunes savants, aussi laborieux que désintéressés, de réaliser les plus radieuses espérances. Et, pour leur venir en aide, pour activer le mouvement d'idées qui doit assurer, en même temps que le soulagement de tant d'infortunes, le renom scientifique de la France, il propose de doter plus largement les laboratoires de nos facultés et de nos écoles.

Il semblait que sa parole ne devait provoquer aucune opposition. Il s'est trouvé cependant, parmi les députés, deux agrégés de la Faculté de Paris pour combattre la proposition de loi qui, sans eux, eut été presque unanimement acceptée. Le fait est assez anormal, en lui-même, pour qu'il soit permis d'insister sur les motifs invoqués à l'appui de leur opinion par MM. Bourgoin et Villejean. M. Bourgoin a été très bref. Il s'est borné à déclarer que de son temps on était pauvre, mal installé, et que cependant on travaillait. Ce qu'il a omis d'ajouter c'est que, pour travailler on n'avait besoin, il y a 30 ans, ni de l'outillage perfectionné qu'exigent les recherches bactériologiques contemporaines, ni des animaux grands et petits qui servent en si grand nombre pour la fabrication des sérums antitoxiques.

M. Bourgoin veut bien reconnaître que les traitements alloués aujourd'hui aux professeurs et agrégés sont justifiés par l'accroissement de charges que crée la cherté des vivres. Mais il ne veut pas admettre que l'on augmente les subventions accordées aux laboratoires. Il n'a donc pas entendu les doléances de ses anciens maîtres. Il n'a pas souffert de cette disette qui rendait stériles les efforts des plus laborieux parmi les savants français du milieu de ce siècle. Il n'a pas voyagé. Il n'a jamais eu à comparer l'installation des universités allemandes ou anglaises à celle de nos pauvres facultés. N'insistons pas ! Les misérables arguments apportés à l'appui de sa thèse par un membre de notre enseignement public sont de nature à faire regretter plus que jamais que l'on ne se mette pas à l'œuvre pour réformer de fond en comble l'organisation de nos facultés de médecine.

M. Villejean s'est placé sur un autre terrain. Il a soutenu qu'il était inutile de subventionner les laboratoires parce que les recherches qui ont pour objet de préciser l'utilité et le mode d'action des sérums antitoxiques n'ont pas encore acquis un degré suffisant de certitude. Mais il n'a pas compris lui non plus que c'est précisément pour rendre ces recherches plus précises et plus fécondes en résultats utiles qu'il faut les multiplier; que c'est pour donner à tous les chercheurs les moyens de faire progresser la science qu'il faut largement doter les laboratoires d'études. M. Villejean a ajouté « qu'il fallait limiter les efforts et encourager seulement les laboratoires qui ont des titres à ces recherches et qui ont un personnel pour faire ces recherches ». Mais M. Audiffred, qui semble mieux connaître toutes ces questions que les deux agrégés de la Faculté de Paris — peut-être parce qu'il les envisage sans parti pris ni rancunes personnelles — lui a justement répondu que les crédits étaient exclusivement demandés « pour permettre aux savants d'opérer toutes les recherches nécessaires pour arriver, dans un avenir que nous ne pouvons déterminer, à ces découvertes que la science peut et doit faire dans l'intérêt de l'humanité », et il a ajouté : « Vous dites que les expériences ont été insuffisantes. C'est pour qu'elles soient suffisantes que nous vous demandons ces crédits. » Il faudrait d'ailleurs citer ici tout le discours de M. Audiffred dont M. Lannelongue a si bien dit que « son rapport, avec une compétence qui serait digne d'un professeur de la Faculté, a exposé des faits extrêmement étudiés et a montré qu'on peut par le

travail acquérir sur une question technique à laquelle on était tout à fait étranger les connaissances les plus complètes ». Je veux me borner. Je ne citerai donc que le passage suivant qui répond aux tristes arguties de nos confrères MM. Bourgoin et Villejean :

Nous demandons des crédits pour les savants afin qu'ils puissent instituer des milliers, j'oserai dire des millions d'expériences nécessaires aux découvertes que le pays est en droit de leur demander.

Qu'apportent-ils de leur côté? Leur génie, leur talent, la science acquise, accumulée depuis 50 ans non seulement en France, mais dans tout le monde civilisé. Que leur faut-il pour continuer leurs recherches et les mener à bien? De l'argent pour acheter les animaux indispensables à leurs expériences. Eh bien! nous venons vous demander cet argent. (*Très bien! très bien!*)

Vous dites que les laboratoires sont largement dotés! Citez un exemple. On ne donne pas un centime aux laboratoires pour les recherches scientifiques. Tous les crédits sont affectés à l'enseignement. Quand on tente une expérience, les recherches se poursuivent à l'aide de subsides volontaires. C'est ce qui se passe dans le laboratoire de M. Guyon, où ce savant a donné récemment 20 000 francs pour faire les expériences nécessaires sur la sérothérapie d'infections qui se produisent à la suite de certaines opérations. C'est ce qui s'est produit dans la région lyonnaise, où nous avons ouvert une souscription.

Nous sommes arrivés, à la suite de quêtes, à doter le laboratoire de M. Arloing, un de nos savants les plus éminents, d'une somme de 14 000 francs, dont 3 000 francs votés par la chambre de commerce de Lyon sur l'initiative de notre collègue M. Aynard, et le reste venant de souscriptions particulières. (*Très bien! très bien!*)

M. Gabriel Dufaure. — Très bien!

M. le rapporteur. — Vous dites : Très bien! Croyez-vous que cette haute mission de la science puisse être accomplie uniquement avec les dons particuliers? Ah! si le public comprenait que c'est là qu'il doit envoyer ses dons; si, au lieu de les porter à l'Académie pour qu'ils soient distribués en récompenses aux découvertes déjà faites, il les donnait pour des découvertes à faire, pour instituer des recherches, alors nous pourrions ne rien demander à l'État. Mais comme le courant de l'opinion publique n'est pas dirigé dans ce sens; que jusqu'à présent son attention ne s'est pas portée sur ces recherches si utiles, nous croyons faire une œuvre sage, humanitaire et éminemment sociale en demandant à l'Etat de donner à nos savants les moyens matériels d'opérer ces recherches (*Applaudissements.*)

Les applaudissements qui ont accueilli ces paroles de M. Audiffred, non plus que ceux qu'a mérités à M. Lannelongue son éloquente réponse aux arguments développés par les pharmaciens qui traitent de *budgétivores* les professeurs et doyens de la faculté à laquelle ils appartiennent, n'ont pu convaincre la Chambre. Il a été décidé que cette année une somme de 125 000 francs serait prélevée sur les bénéfices du pari mutuel pour accroître les subventions allouées aux laboratoires de recherches mais que la question restait réservée pour l'avenir.

Il a donc semblé à la Chambre qu'il fallait encourager les particuliers à faire ce que l'État ne pouvait pas réaliser; qu'il importait de faire doter les établissements où se font les recherches destinées à atténuer la nocuité des maladies infectieuses par les subventions des particuliers ou par les revenus que donneraient la vente des sérums. C'est ce que M. Villejean, qui sait bien ce que peuvent rapporter les opérations de ce genre, a dit en des termes qu'il importe de retenir :

Vous avez, a-t-il dit, doté largement l'institut Pasteur, trop largement, je le crois. Eh bien! laissez donc l'institut Pasteur pour ce qu'il est, c'est-à-dire une œuvre d'initiative privée. Il a rendu et rendra encore d'énormes services, je suis le premier à le reconnaître; mais laissez-lui le caractère particulier qui lui appartient. Il fait des bénéfices avec ses sérums : tant mieux pour lui! Il les consacrera uniquement, je l'espère, à faire progresser les recherches qui sont du domaine de la bactériologie. Mais, — et c'est un dernier appel que je vous fais, — n'oubliez pas, messieurs, que ces 250 000 francs que M. Audiffred vous demande, vous n'avez pas le droit de les prendre sur le pari mutuel. (*Très bien! très bien! sur divers bancs.*)

Eh bien soit! Le budget de la France est trop pauvre pour venir en aide aux savants de laboratoire. Il importe que l'initiative privée réalise ce qu'il n'est plus en mesure de faire. Comme l'a dit M. G. Dufaure, l'Institut Pasteur est à cet égard « un modèle de ce que l'on peut obtenir en faisant appel aux sentiments de générosité qui sont encore, Dieu merci! si répandus dans notre pays. » Encourageons donc l'Institut Pasteur à persévérer dans la voie où il est entré. Tel est le vœu exprimé par la Chambre. A ce vœu que répondent certains de nos confrères? — et je ne parle pas ici de ces aboyeurs de la presse soi-disant médicale qui n'ont d'autre souci que de s'attaquer à ceux qui ont acquis quelque notoriété ou rendu à leur pays quelques signalés services — je parle de médecins, c'est-à-dire d'hommes estimés et estimables qui dénient à un établissement privé le droit de s'administrer comme il l'entend et de faire servir au perfectionnement de ses services la légitime rémunération qu'il tire de la vente de ses produits.

Ne parlons donc que de choses sérieuses et laissons de côté les inexactitudes qui ont été répandues dans le seul but d'égarer l'opinion publique.

Est-il vrai que les directeurs, sous-directeurs et attachés aux laboratoires de l'Institut Pasteur sont, parmi les savants français, les plus désintéressés et les plus honnêtes que l'on puisse connaître? Est-il vrai que tous les produits résultant de la vente des sérums fabriqués par l'Institut Pasteur servent *exclusivement* à l'entretien et à l'amélioration de ses services? Est-il vrai que les ressources que produit cette vente sont indispensables pour assurer l'indépendance de cet établissement privé et que les rentes qu'il possède et les subventions qui lui ont été accordées sont insuffisantes à assurer non seulement sa prospérité mais encore son existence? J'affirme que l'on ne peut répondre que par l'affirmative à ces trois questions.

Ceci posé, faut-il laisser tomber dans le domaine public tous les procédés de préparation des sérums indiqués et publiés explicitement par Pasteur et ses élèves? Faut-il autoriser tous les industriels quels qu'ils soient à vendre sous le nom de Pasteur des produits plus ou moins frelatés? Serait-il souhaitable de voir de nouveau, comme le jour où le savant et honnête Brown-Séquard déclarait imprudemment qu'il était aisé de préparer les extraits glandulaires, toute une meute d'industriels, diplômés ou non, vendre sous le nom d'extrait testiculaire de la glycérine non stérilisée ou de l'eau de gomme? L'État, responsable de la santé publique, n'a-t-il pas le droit et le devoir d'exiger que ceux-là seuls qui savent préparer un sérum antitoxique soient autorisés à le fournir? Et s'ils le fournissent, ne sont-ils pas forcés de le faire payer? Doivent-ils, par cela seul qu'ils ont acquis un monopole, payer de leurs deniers un produit que revendront avec bénéfices certains intermédiaires? Poser ces questions, c'est les résoudre. Si M. Duclaux, M. Roux ou tout autre membre de l'Institut Pasteur s'enrichissait personnellement, comme l'ont fait les élèves de Koch, par la vente de sérums antitoxiques, on pourrait protester en invoquant les grands mots de désintéressement scientifique et de dignité professionnelle. Du moment que les produits de la vente du sérum ne servent qu'à payer les frais de fabrication et à améliorer les services des laboratoires

multiples qui les produiront, nous ne voyons pas vraiment quelle objection peut soulever la décision prise par le Gouvernement. Si l'on est trop rigoriste pour admettre que les laboratoires de l'État s'administrent eux-mêmes, qu'on reconnaisse donc aux établissements privés, c'est-à-dire indépendants, le droit de s'administrer comme ils l'entendent, et que l'on ait tout au moins la bonne foi de séparer l'administration de la science. Je le répète : Un savant qui fait une découverte utile à l'humanité doit la divulguer et non l'exploiter à l'aide d'un brevet. Mais, lorsqu'il a indiqué les procédés à l'aide desquels on peut préparer les produits qu'il a découverts, rien ne doit l'empêcher de surveiller et de diriger leur fabrication, alors surtout que celle-ci, pour ne pas devenir nuisible, exige d'incessantes modifications, de constants perfectionnements. Rien n'est plus éloigné de l'industrialisme et du mercantilisme que ce qui se passe à l'Institut Pasteur. Si l'on condamnait son administration, il faudrait interdire à tout savant de vendre à un éditeur l'ouvrage qui vulgarise ses recherches et de toucher régulièrement ses droits d'auteur; défendre à un professeur de faire payer ses cours privés — ce que nous réclamons au contraire depuis longtemps ; empêcher un maître parvenu à une situation prééminente de faire de la clientèle et de taxer le prix d'une opération ou d'une consultation au prorata de la notoriété que lui donnent ses titres officiels.

On voit où l'on pourrait aller si l'on voulait suivre, dans leurs écarts, ceux qui exagèrent tout et qui ne voient dans les meilleures mesures que le côté par où elles semblent pouvoir être critiquées.

Je l'ai dit en tête de cet article et je le termine par ce mot : « Invidia medicorum pessima ». Soyons justes les uns vis-à-vis des autres. C'est le seul moyen d'envisager les questions à leur vrai point de vue.

Les médecins ont trop souvent la fâcheuse tendance de signer les certificats de complaisance qu'on leur demande. Un gentilhomme est appelé à siéger au jury de son département. Il préfère rester à Paris et assister à des fêtes mondaines. Vite il va trouver son médecin pour lui demander un certificat de maladie. Un jeune conscrit va passer au conseil de revision. Il voudrait bien être exempté. Son médecin ne pourra t-il pas lui en fournir les moyens ?

Et le médecin, craignant parfois de mécontenter toute une famille, signe tout ce qu'on lui demande.

Il en est même qui vont plus loin ainsi que l'indique le jugement suivant :

M. Mac Auliffe, pharmacien, a été, en 1893, poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine, à la requête d'une femme Royer, pour injures publiques et pour coups et blessures volontaires.

Sur la déposition des témoins cités par la plaignante et le vu d'un certificat médical délivré par le Dr X..., M. Mac Auliffe fut condamné à 25 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts. Cette condamnation fut confirmée par la cour.

Cependant, sur les énergiques protestations du pharmacien, une instruction judiciaire a été ouverte et n'a pas tardé à démontrer que les faits allégués à sa charge n'avaient jamais existé. Ils avaient été imaginés par une femme Pouteau dans une pensée de haine contre M. Mac Auliffe et faussement affirmés par la plaignante, ainsi que par deux témoins que la femme Pouteau avait subornés. Les auteurs et complices de ce faux témoignage ont été, à leur tour, traduits devant la juridiction correctionnelle et condamnés à 3 années de prison par la cour, en février dernier.

Dans ces conditions, M. Mac Auliffe a demandé compte au Dr X..., devant le tribunal civil, de la faute qu'il aurait commise en délivrant imprudemment le certificat médical produit dans la première instance correctionnelle et lui a réclamé de ce chef 5000 fr. de dommages-intérêts.

L'affaire a été plaidée devant la 5e chambre, présidée par M. Lallement, par Mes G. Fabre, pour M. Mac Auliffe, et René Renoult pour le docteur. Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu que les conclusions formulées (par le docteur) impliquaient l'existence certaine de lésions dûment constatées par le médecin, que, de plus, elles indiquaient la cause et les conséquences de ces lésions avec une précision qui ne laissait aucune place au doute;

« Attendu cependant que l'examen auquel s'était livré le Dr X... n'était pas de nature à justifier de semblables conclusions, puisqu'il résulte non seulement des premières énonciations du certificat lui-même, mais encore des explications fournies par le défendeur au cours de l'instruction judiciaire ultérieurement suivie que le Dr X... n'avait constaté par lui-même aucune lésion ; qu'il n'avait découvert aucun indice matériel, aucun signe pathologique de la fracture ou contusion diagnostiquée par lui et qu'il avait purement et simplement fondé son diagnostic sur la douleur que la prétendue malade déclarait ressentir, c'est-à-dire en réalité sur une simple déclaration; que par suite le certificat délivré par lui n'était autre chose qu'un certificat de confiance;

« Que si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester, comme un fait acquis et résultant de sa constatation personnelle, l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier par lui-même ; qu'à plus forte raison, il agit avec la plus grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite, comme dans l'espèce la chute sur le sol ;

« Que cette imprudence est d'autant plus condamnable que, dans les circonstances de la cause, le Dr X... ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui; »

Le jugement reconnaît la bonne foi du défendeur.

Le tribunal condamne le Dr X... à payer à Mac Auliffe la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts et le condamne, en outre, aux dépens.

Certes, nous ne pensons pas qu'il arrive souvent d'être aussi imprudent et aussi léger que le Dr X..., mais nous ne saurions trop recommander à tous nos confrères de refuser énergiquement tous les certificats de complaisance qu'on leur demandera. Une assez longue expérience nous permet de leur affirmer qu'ils n'y perdront rien.

Reproduisant dans *la Tribune médicale* ce que j'écrivais naguère au sujet des élections académiques, mon collègue Laborde rappelle qu'il avait fait jadis une proposition analogue à la mienne et que cette proposition déjà présentée à l'Académie étaient conçue dans les termes suivants :

« Déclarer le *Comité secret* après la lecture du procès-verbal et les communications officielles et après avoir déclaré close la feuille de présence dont la signature donne droit au jeton de présence. »

Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, à laquelle il a longtemps collaboré, s'associeront aux regrets que nous cause la mort du Dr Girode, médecin des hôpitaux, qui vient de succomber à une longue et cruelle maladie. C'était un modeste et un laborieux, arrivé à force de persévérance et de travail, ayant déjà rendu de signalés services, digne de l'affection et de l'estime de ses maîtres, de ses collègues et de ses élèves.

L. LEREBOULLET.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Brûlures de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique, sténose pylorique rapide. — Gastro-entérostomie. — Guérison.

Par le Dr Félix Lejars,

Agrégé, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les sténoses cicatricielles du pylore, souvent très précoces, qui succèdent à l'ingestion des liquides caustiques, créent en peu de temps une dénutrition profonde et l'imminence d'une terminaison fatale. La gastro-entérostomie devient, en pareil cas, une opération de salut. En voici un exemple.

Notre malade, une jeune femme de 29 ans, n'avait aucun antécédent morbide qui vaille la peine d'être noté; pourtant, depuis 3 ans, elle était un peu dyspeptique et maigrissait.

Le 11 janvier 1896, dans un accès de désespoir, elle avale un demi-verre d' « esprit de sel » mélangé de raclures d'allumettes. Il en résulte des douleurs atroces, bientôt accompagnées de vomissements de sang noir, qui se répètent durant plusieurs jours : les selles sont elles-mêmes très noires et contiennent du sang.

C'est dans cet état très alarmant qu'elle entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Troisier. On la soumet d'abord au régime lacté, à doses très fractionnées : les vomissements sont incoercibles et presque continus, et de minimes quantités de liquide sont à peine tolérées, de temps en temps. Le 20 janvier, pendant une courte accalmie, on cherche à lui faire prendre quelques aliments solides, mais elle vomit tout, et l'on est forcé de revenir au lait. Au bout d'un mois, une tentative analogue est tout aussi infructueuse.

Pourtant, dans les premiers jours de mars, la malade commence à supporter un peu de viande crue, quelques œufs, sans les rejeter immédiatement; mais l'absorption n'en est pas pour cela mieux assurée. Les vomissements sont plus espacés, mais ils se reproduisent presque régulièrement, tous les deux jours. L'estomac est alors considérablement dilaté, et l'on est obligé de recourir à des lavages quotidiens, qui ramènent, avec une grande quantité de liquide noirâtre, les quelques aliments ingurgités la veille (1).

L'amaigrissement s'accuse chaque jour de plus en plus : il est devenu extrême; la malade a perdu 12 kil. 1/2 depuis le 11 janvier, le teint est blafard, l'affaiblissement considérable.

Devant ces accidents menaçants de sténose pylorique et cette dénutrition progressive, M. le Dr Troisier voulut bien me faire l'honneur de me confier la malade. Une intervention s'imposait, et l'état de dépression extrême nous commandait de la faire aussi simple et aussi rapide que possible.

Le 12 mars, la laparotomie sus-ombilicale fut pratiquée en présence de mon maître M. Th. Anger, et de M. le Dr Troisier. Dès l'ouverture du ventre, l'estomac fait hernie, sous forme d'un énorme bissac : sa face antérieure est parcourue, dans le sens de son grand axe, de traînées jaunâtres, dures, et qui tranchent nettement, par leur aspect cicatriciel, sur le reste de la paroi gastrique : elles convergent vers le pylore. A ce niveau, le doigt reconnaît une masse épaisse, très dure, de consistance très différente de celle que donne le pylore normal, et qui, du reste, dépasse beaucoup en largeur l'anneau pylorique. Ce sont là les traces des brûlures stomacales, brûlures disséminées, mais qui ont intéressé surtout la région pylorique, et créé le rétrécissement.

La gastro-entérostomie paraît tout indiquée. L'épiploon, très rétracté, se relève aisément, et, sous le côlon transverse, nous reconnaissons la première portion du jéjunum, croisée à son origine par les vaisseaux mésentériques supérieurs. La vacuité à peu près complète de tout le tube intestinal rend très facile cette recherche préliminaire.

L'intestin choisi est donc amené au contact de la face postérieure de l'estomac, à travers une éraillure du mésocôlon transverse; il est incisé en long, et l'une des moitiés du bouton de Murphy n° 3 (25 mm.) y est introduite et bien ourlée par un faufil à la soie. L'estomac est incisé à son tour, perpendiculairement à son grand axe, sur sa face postérieure, près du pylore, et à peu de distance de la grande courbure : la seconde moitié du bouton anastomotique y est introduite et ajustée, comme la précédente. Les deux moitiés sont alors emboîtées et bien serrées : par précaution, un surjet complémentaire de catgut réunit les tuniques gastro-intestinales en contact, sur la demi-circonférence antérieure du bouton; en arrière, l'adossement paraît trop largement assuré, pour qu'un pareil surjet soit nécessaire.

L'épiploon est alors rabattu et la paroi abdominale

1. Je transcris ici les notes qui m'ont été gracieusement fournies par M. Sicard, interne très distingué des hôpitaux.

réunie, à trois plans, comme d'ordinaire. J'ajoute que, grâce au pincement en V de la région stomacale à inciser, consciencieusement pratiqué par M. Bonamy, qui nous assiste, il ne s'est pas écoulé de liquide dans le ventre.

L'opération avait duré une trentaine de minutes : elle avait été bien supportée par la malade, endormie à l'éther, et à qui l'on avait, d'ailleurs, distribué aussi parcimonieusement que possible l'anesthésique.

Le soir, température 37°6; état général satisfaisant, bon pouls. On a injecté dans la journée 600 gr. de sérum artificiel, par voie sous-cutanée. Pas de vomissements.

13 mars. — Température 37°. Pas de vomissements. On ne donne qu'une très petite quantité de champagne. Deux lavements alimentaires.

14 mars. — Température normale. L'aspect est très bon. La diète reste toujours sévère : lait en très petite quantité, supporté sans incident; lavements alimentaires.

15 mars. — Même état. On augmente un peu la quantité de lait, pris à très petites doses, par cuillerées.

16 mars. — La malade prend du bouillon et un œuf cru. Pas de douleurs, pas de vomissements. Selles régulières.

L'alimentation fut ainsi graduellement augmentée, avec beaucoup de prudence.

A partir du 24 mars, on ajoute au régime du lait et des œufs, du poisson, des cervelles, quelques viandes blanches. Les déjections sont normales et indolentes; l'appétit est redevenu très vif.

Les fils furent enlevés le 12e jour : réunion complète. Dès lors, les progrès furent journaliers, et la physionomie ne tarda pas à se transformer.

A la fin d'avril, quand la malade quitta le service, elle mangeait de tout en abondance. Son poids, qui était de 38 kil. au moment de l'opération, était alors de 43 kil. 500.

Elle rentra dans son pays, où elle a continué à engraisser. Elle pèse aujourd'hui (16 juin) 51 kil., sa mine est superbe et sa santé florissante (1).

Quant au bouton anastomotique, la malade ne l'a pas retrouvé dans ses selles, mais il a bien pu échapper. Toujours est-il que le palper de la région épigastrique ne révèle aucune induration, aucune sensibilité, l'estomac s'est notablement réduit de volume; le ventre est souple et indolent, dans toute son étendue.

La guérison nous semble donc complète : elle est due toute entière à l'intervention. Nous nous bornerons à relever les quelques points suivants :

Nous avons constaté, ici, un fait, qui, d'ailleurs, n'est pas exceptionnel : l'existence de brûlures graves de l'estomac et du pylore, alors que l'œsophage était absolument indemne; jamais, en effet, même dans les premiers jours, la malade n'a éprouvé la moindre gêne de la déglutition, elle n'en a pas davantage aujourd'hui, près de 6 mois après l'accident.

Au début, les liquides, et presque tous les liquides, étaient rejetés dès qu'ils étaient parvenus dans l'estomac, ce qui s'expliquait suffisamment par l'intolérance gastrique, résultant des larges brûlures de la muqueuse. Plus tard, les ingesta séjournaient plus aisément et plus longtemps dans l'estomac dilaté, mais c'était pour être vomis au bout d'un certain nombre d'heures ou pour être rendus presque intégralement avec le liquide du lavage journalier. Les phénomènes de sténose pylorique et de sténose complète étaient alors évidents.

Le rétrécissement s'est d'ailleurs constitué très vite, puisque les accidents dont nous parlons étaient déjà à leur maximum, deux mois après l'ingestion d'acide chlorhydrique. Nous ne saurions dire quel était le degré réel de sténose mécanique, et nous n'avons, comme élément d'appréciation, que la présence, constatée au cours de la laparotomie, de cette masse diffuse, très épaisse, très indurée, et circulaire, au niveau du pylore; mais les caractères extérieurs de cette induration et ces bandes cicatricielles, jaunâtres et dures, qui jalonnaient à la surface de l'estomac, le trajet du liquide, suffisent à montrer que la brûlure avait été très profonde et le travail de rétraction très intense et très rapide.

Quoiqu'il en soit, nous ne pensons pas qu'en présence de l'état général, si précaire, de la malade, aucune autre intervention eût été raisonnable : la gastro-entérostomie était, en quelque sorte, l'opération d'urgence, et, de fait, elle nous a fourni le meilleur résultat que nous ayons pu espérer.

Nous ajouterons seulement que nous nous sommes bien trouvé de faire la gastro-entérostomie postérieure et de recourir au bouton anastomotique, qui a rendu l'intervention plus simple et plus rapide, condition importante de succès.

1. Cette observation a été lue et la malade présentée à l'Académie de médecine le 16 juin 1896.

REVUE DES CONGRÈS

XXVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 27 au 30 Mai 1896.

Corps étrangers articulaires.

M. Barth admet que la pathogénie des corps étrangers articulaires relève de deux causes : 1° l'éclatement de fragments d'os et de cartilages des extrémités articulaires; 2° l'arthrite déformante.

En cas d'éclatement, les fragments provoquent une irritation de la synoviale et finissent par se souder avec elle. Dans la suite, ils sont résorbés ou bien les adhérences s'allongent en un long pédicule par suite des mouvements de l'articulation, et il se produit alors un corps étranger articulaire.

M. Barth a démontré expérimentalement cette variété pathogénique en donnant des coups de gouge sur les extrémités articulaires chez les animaux. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait une grande violence pour produire ces fragments chez l'homme; ces éclatements se produisent généralement au condyle interne. On ne peut considérer comme corps articulaires que les fragments sur lesquels on reconnaît les éléments des surfaces articulaires.

Les autres corps étrangers relèvent de l'arthrite déformante. Ce sont des ecchondroses qui se sont détachées et ont contracté de nouvelles adhérences.

M. Riedel ne croit pas aux corps articulaires par l'arthrite déformante et pense qu'il faut faire intervenir pour ces cas l'ostéo-chondrite disséquante. Il l'a trouvée du reste chez un homme de 25 ans qui se plaignait depuis cinq mois de fortes douleurs dans la tête du 5e métacarpien. Extérieurement on ne constatait rien; il existait seulement une sensibilité considérable à la pression. Comme tous les moyens employés ne purent réussir à calmer la douleur, on mit l'articulation à nu, et on trouva sur la tête de l'os une fente de 5 millimètres de long, qui progressivement aurait amené la chute d'un fragment de l'extrémité articulaire.

Désinfection de la peau.

M. Lauenstein a fait l'examen de petits lambeaux cutanés pris avant l'opération, pour se rendre compte de la possibilité de désinfecter la peau des malades. Sur les 147 malades, 23 avaient pris seulement un bain de propreté, tandis que les 124 autres ont été lavés après le bain avec de l'éther, de l'alcool, et désinfectés par des applications d'une solution de sublimé et de l'eau chlorée. Les petits lambeaux cutanés ont été portés sur

un terrain de culture et on a examiné ensuite les cultures, sans faire d'expériences sur les animaux.

Ces recherches ont montré que la peau ne contenait pas de germes seulement chez 49 cas sur 124. Dans 15 cas la guérison par première intention a été obtenue, malgré la présence de microorganismes, tandis que dans plusieurs cas où l'on n'a trouvé aucun microorganisme, la suppuration s'est produite, de sorte qu'on ne peut tirer de ces expériences des conclusions certaines.

Ce qui ressort de ces recherches, c'est que la peau est très difficile à désinfecter, mais que cela est possible avec beaucoup de peine. On ne peut en conséquence que conseiller de ne pas opérer les malades aussitôt après leur entrée à l'hôpital, mais seulement après les avoir soumis à une désinfection et un nettoyage complets; il faudra éviter en outre les sutures cutanées profondes.

M. Samter a fait à la clinique de Mikulicz des recherches semblables à celles de M. Lauenstein. Dans 25 expériences on a fait sur la peau d'abord pendant une heure des savonnages, puis des frictions avec l'éther et l'alcool, de l'acide phénique et du sublimé. Contrairement à M. Lauenstein, on n'a jamais trouvé de bactéries pathogènes dans ces conditions : dans quelques cas seulement il y avait encore des microcoques non pathogènes.

L'argent comme antiseptique.

M. Credé, partant du fait bien démontré de l'action antiseptique des métaux sur les cultures, a constaté que dans ces conditions les métaux étaient attaqués par un produit chimique sécrété par les microbes. Il a trouvé, dans une série de recherches, que la substance en question était l'acide lactique et que les lactates à base métallique avaient un pouvoir antiseptique considérable.

Dans le traitement des plaies M. Credé a tout d'abord essayé le lactate d'argent, mais l'ayant trouvé relativement toxique du fait de sa grande solubilité, il s'est adressé au carbonate d'argent très peu soluble qui lui a donné des résultats très remarquables en tant qu'antiseptique des plaies. D'un autre côté M. Credé s'est servi de bandes, de drains, de gaze, de soie, etc., imprégnés d'argent en nature, et il a trouvé que tous ces objets de pansement ou de suture restaient antiseptiques encore après avoir séjourné huit jours au contact d'une plaie.

L'iodoformine.

M. Kölliker a attiré l'attention sur les avantages que présente l'emploi de l'iodoformine comparativement à celui de l'iodoforme.

L'iodoformine qui est un produit résultant de la combinaison de l'iodoforme et d'un dérivé de la paraldéhyde, n'a aucune odeur et peut être stérilisée, sans se décomposer, à une température de 140°. Elle ne produit aucune irritation des plaies avec lesquelles elle se trouve en contact.

Catgut stérilisé à la formaline.

M. Hofmeister considère le catgut stérilisé à la formaline comme supérieur à tous les autres. Il se sert pour la stérilisation du procédé suivant :

On enroule le catgut, sans autre préparation, en une seule couche, sur une plaque de verre ou de métal qu'on immerge ensuite pour 12 à 48 heures dans une solution de formaline à 2 ou 4 p. 100. La plaque subit alors un lavage à l'eau courante pendant 12 heures au bout desquelles on la met dans l'eau bouillante pour 5 à 20 minutes. Le catgut étant ainsi stérilisé on le conserve dans l'alcool absolu contenant 5 p. 100 de glycérine, 4 p. 100 d'acide phénique et 1 p. 1000 de sublimé.

Pathogénie de la fièvre aseptique.

M. Schnitzler ayant découvert dans les anciens foyers d'hémorrhagies sous-cutanées, dans les hématomes résultant des traumatismes, etc., de la nucléine et des albumoses, pense que la fièvre aseptique qui accompagne quelquefois ces traumatismes est produite par la résorption de ces deux substances qui, comme la tuberculine, possèdent la propriété de provoquer une élévation de la température, quand elles sont injectées sous la peau.

VIe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Kieff.

La réaction d'Ehrlich dans la fièvre thyphoïde.

M. Dolgof a étudié la réaction d'Ehrlich dans 133 cas de fièvre typhoïde et dans de nombreuses autres affections fébriles. Il a trouvé que la réaction d'Ehrlich se rencontre dans tous les cas de fièvre typhoïde, et que sa valeur diagnostique ne cède en rien à celle de la température, des taches rosées, de l'augmentation de la rate. Cette réaction est faible dans les cas légers ou on la fait disparaître à la fin du second septenaire, précédant la chute de la température. Si, par contre, on obtient une vive coloration rouge des urines et si cette coloration n'a pas tendance à disparaître, on pourra nettement affirmer que le cas est grave et l'issue incertaine.

La réaction d'Ehrlich se montre aussi, quoique atténuée, dans les rechutes. D'une manière générale, elle présente une courbe sensiblement parallèle à celle de la fièvre mais en la précédant quelque peu.

La réaction d'Ehrlich n'est pas propre à la fièvre typhoïde : elle se voit encore dans la pneumonie, la pleurésie et surtout les affections tuberculeuses qui évoluent vers la suppuration. Dans ces cas encore elle apparaît dans les cas graves seulement.

La sérothérapie de la syphilis.

M. Tarnovsky s'est servi du sérum de trois chevaux à chacun desquels il a fait plus de quarante-cinq inoculations sous-cutanées des divers produits syphilitiques, pus de chancres primitifs, produits de raclage des papules ulcérées, etc. Bien qu'aucun des animaux inoculés ne présentât de symptômes de syphilis généralisée, on put constater chez eux des néoformations granuleuses de nature conjonctive dans le foie, les ganglions, le cœur, etc., ce qui a permis de supposer qu'ils présentaient une certaine réceptivité à la syphilis.

Six syphilitiques furent exclusivement traités par le sérum de ces chevaux ; l'effet fut nul. Quelques-uns des malades présentèrent même de l'albuminurie, de la fièvre, des érythèmes qui ne firent qu'aggraver leur maladie.

M. Nastioukof ne pense pas que les observations de M. Tarnovsky portent atteinte au principe même de la sérothérapie dans la syphilis.

M. Stoukovenkof a eu l'occasion d'essayer chez les syphilitiques ces injections de sérum de cheval non-immunisé et a constaté une amélioration dans l'état général des malades. Quant au sérum des animaux mercurialisés, il pense que son effet ne peut être différent de celui du mercure en général : il n'agira que selon la proportion du mercure qu'il contiendra.

La créosote et l'huile de foie de morue dans le traitement de la tuberculose.

M. Schtanguéief fait un rapport sur les résultats collectifs obtenus par les médecins de Ialta chez les nombreux tuberculeux soignés dans cette station sanitaire depuis plus de vingt-cinq ans par la créosote et l'huile de foie de morue. Il résulte de ce rapport que la créosote a une action réellement spécifique, surtout sur la tuberculose pulmonaire : 56 p. 100 des 1 518 malades soignés dans ces dernières années ont été guéris ou améliorés. A la créosote on a toujours associé l'huile de foie de morue. Cette dernière augmente rapidement le poids du corps et fait disparaître la fièvre.

M. Aléséief doute de l'efficacité de l'huile de foie de morue; la tuberculose est une maladie compliquée, elle ne comporte pas pas un médicament unique.

M. Gorodetsky fait remarquer que tous les corps gras produisent le même effet, le beurre par exemple.

M. Tchernof se déclare adversaire résolu de l'huile de foie de morue : dans les trois quarts des cas, elle diminue l'appétit, trouble la nutrition, amoindrit les sécrétions gastriques en augmentant la sécrétion pancréatique.

Paralysie générale.

M. Greidenberg, qui a étudié au point de vue étiologique, 369 paralytiques, est arrivé aux conclusions suivantes : Le nombre des paralytiques généraux paraît s'accroître d'année en année. Les hommes sont deux fois plus souvent atteints que les femmes. La paralysie survient plus souvent entre 20 et 30 ans qu'entre 30 et 40; elle a de plus en plus tendance à se rencontrer dans les populations rurales; d'autre part, dans les villes, elle semble se démocratiser et frapper toutes les classes de la société. Trois causes ont constamment été relevées dans la production de la paralysie générale : la syphilis, l'hérédité et l'alcoolisme.

D'une façon générale c'est l'association de ces trois éléments, syphilis, alcoolisme, hérédité qui a fourni le plus grand nombre de cas de paralysie générale; la race et les conditions de la vie sont aussi des éléments très importants.

Greffe muqueuse en cas d'atrésie du vagin.

M. Schauta a préconisé un nouveau procédé qui consiste en ceci. On commence par créer un canal artificiel de dimensions convenables, dans lequel, immédiatement après l'opération, on place un spéculum entouré de gaze iodoformée, ce qui suffit pour arrêter l'hémorrhagie. Vingt-quatre heures après, on remplace ce spéculum par un autre dont les parois et le fond sont percés de trous de la largeur d'un doigt. Ce spéculum reste en place plusieurs jours, puis sur les parties granuleuses qui font saillie dans les orifices du spéculum, on fait des greffes de muqueuse prise sur la face interne des grandes et des petites lèvres. Pour éviter le bourgeonnement de la muqueuse, on introduit dans le premier spéculum un second, non percé d'orifices et qui s'adapte très exactement au premier. Au bout de quelques jours, quand les greffes sont prises, on enlève les deux spéculums.

Ce procédé a donné à M. Schalita un résultat excellent chez une jeune fille de 16 ans.

Appendicite.

M. Motchoutkowski a rapporté l'observation d'un homme de 41 ans, ancien dyspeptique, pris de tous les symptômes d'appendicite subaiguë avec température de 38°. L'indication opératoire n'étant pas urgente, le malade fut soumis au traitement médical par la glace et l'opium. Cinq jours plus tard, il fut pris de coliques violentes et expulsa, au milieu d'une selle sanguinolente, son appendice gangrené. L'appendice mesurait 10 centimètres 1/2 de longueur, était ulcéré à son extrémité et dilaté au niveau de son abouchement avec le cæcum. Le malade guérit.

Cette terminaison par élimination de l'appendice gangrené par les voies naturelles n'a pas encore été signalée jusqu'à présent.

M. Taranetsky a observé un cas analogue.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 Juin 1896.

M. Lagneau, à propos de la communication de M. Péan, fait remarquer que les variations d'épaisseur des os du crâne suivant les races et les individus sont notées par Hérodote.

M. Péan présente des photographies de Röntgen pour étudier diverses lésions du squelette.

M. Hervieux lit un rapport sur les vaccinations dans les écoles.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 26 Mai, 1er et 15 Juin 1896.

Photographie de la rétine.

M. Th. Guilloz signale à l'Académie le procédé qu'il a fait connaître en 1893 pour photographier la rétine, et qui lui a permis de résoudre la question dans des conditions applicables à la clinique.

Ce procédé est basé sur le principe suivant : quand la pupille est dilatée, on peut éclairer le fond de l'œil et pratiquer l'examen de la rétine au moyen d'une lumière et d'une loupe; on peut donc supprimer le miroir ophthalmoscopique. L'observation se fait ainsi sur l'image renversée, et c'est cette image que M. Guilloz reprend par l'objectif photographique. De plus, le temps de pose, si court fût-il, lui ayant paru une condition défavorable, il a dû recourir à l'instantanéité au moyen d'un dispositif spécial.

Les photographies obtenues ainsi reproduisent l'image ophthalmologique telle qu'elle apparaît dans l'examen à l'image renversée, avec les reflets de la lentille et de la cornée.

Destination immédiate des aliments gras.

MM. A. Chauveau, Tissot et **de Varigny** concluent que, lorsque le sang est saturé des principes gras que la digestion y a introduits, il n'est pas plus fait emploi de ces principes, pour le travail musculaire que de ceux qui sont déjà incorporés dans l'organisme. Les uns et les autres ont bien pour destination dernière de concourir à la dépense énergétique des muscles en travail; mais ce n'est pas sous leur forme de corps gras qu'ils accomplissent cette destination : ils se transforment préalablement en hydrates de carbone. C'est sous cette dernière forme que les muscles absorbent et consomment le potentiel qui est la source de leur activité.

Quant à la destination immédiate des graisses alimentaires, elle ne peut être autre que l'entretien des provisions de potentiel de l'organisme : soit les réserves d'hydrates de carbone, si celles-ci sont appauvries au moment où l'absorption digestive a rendu utilisables les graisses alimentaires; soit surtout les réserves de tissu adipeux, où les principes gras s'emmagasinent en nature.

De l'influence de certains agents pathologiques sur les propriétés bactéricides du sang.

M. E. S. London. — Pour établir les propriétés bactéricides du sang, M. London a procédé de la façon suivante : il prenait à une artère et versait dans une fiole d'Erlenmeyer stérilisée une petite quantité de sang qu'il dépouillait de sa fibrine; le sérum, teint en rouge, était transvasé dans un tube à réaction également stérilisé; ce sérum était ensuite ensemencé au moyen d'une certaine quantité de culture fraîche (12 à 16 heures) de bacilles du charbon sur agar-agar; enfin, de temps en temps, il prenait une goutte de ce sérum et l'ensemençait sur gélatine dans des capsules de Petri.

Ce point acquis, M. London a recherché l'influence du jeûne, de la respiration gênée, de l'excitation des nerfs sensibles, de l'urémie, de la narcose chloroformique, du refroidissement et de l'obscurité.

I. *Influence du jeûne*. — Les observations ont porté sur 19 pigeons, dont 4 furent privés de toute nourriture solide et liquide, 3 furent mis à la demi-ration, 3 à un quart de ration et 3 à un huitième de ration; les 6 autres sujets eurent des pois et de l'eau à discrétion. Toutes les fois qu'on diminua la ration journalière, on ne se borna pas à réduire la quantité de nourriture solide; on supprima, dans la même proportion, la ration d'eau. Certains pigeons, après avoir été soumis au jeûne, furent nourris de nouveau copieusement. Quand ils eurent recouvré leur poids primitif, on procéda de nouveau à l'examen des propriétés bactéricides de leur sang.

Sauf un pigeon dont le sang conserva ses propriétés bactéricides, tant sous le régime de la demi-ration que sous celui du

jeûne absolu, le sang de tous les autres animaux en inanition perdit, en partie, ou en totalité, ses propriétés bactéricides ; les animaux de contrôle conservèrent, au degré habituel, les propriétés bactéricides de leur sang ; il en est de même pour les pigeons qui, après avoir été soumis au jeûne, ont été nourris copieusement.

II. *Influence de la respiration gênée.* — Les observations ont porté sur 15 lapins, dont 8 d'expérience et 6 de contrôle. Conditions de l'expérience : l'animal est attaché et subit la trachéotomie ; le tube en caoutchouc adapté à la trachée est comprimé graduellement au moyen d'une serre-fine ; au bout d'une heure à une heure un quart, il se produit une cyanose accentuée qu'accompagnent, de temps à autre, des convulsions, l'expérience prend fin avant la mort du sujet ; on prélève le sang avant d'enlever la serre-fine. L'animal de contrôle a été également attaché à la table d'opération sur laquelle il est gardé pendant la durée de l'expérience ; il lui a été pratiqué également une incision au cou, mais il n'a pas subi la trachéotomie.

Les propriétés bactéricides du sang, chez l'animal soumis à la suffocation, disparaissent ou sont sensiblement diminuées ; elles demeurent en l'état habituel chez les animaux de contrôle.

III. *Influence de l'excitation des nerfs sensibles.* — Les observations portent sur 15 lapins, dont 8 d'expérience et 7 de contrôle.

Conditions de l'expérience : l'animal est attaché à la table d'opération, le dos en dessus ; on met à découvert le nerf sciatique et on le lie ; le bout central de ce nerf est excité au moyen d'un courant intermittent, 1 h. 30 à 2 h. 30 durant (les pauses étant de 3 à 4 minutes). L'animal de contrôle est maintenu attaché sur la table d'opération pendant la durée de l'expérience ; il lui est fait la même blessure, mais le nerf n'est ni lié ni soumis à l'action du courant.

Chez un des animaux d'expérience, les propriétés bactéricides du sang ont disparu ; chez les autres, elles sont plus ou moins affaiblies ; le sang des animaux de contrôle a gardé ses propriétés bactéricides à l'état habituel.

IV. *Influence de l'état urémique.* — Les observations ont porté sur 7 lapins, dont 4 d'expérience et 3 de contrôle. Conditions de l'expérience : l'animal est attaché sur la table d'opération, le ventre en l'air ; faible anesthésie à chloroforme ; les deux uretères sont liés près de la vessie ; le sang destiné à l'étude est pris le deuxième ou le troisième jour, et, si l'animal survit, également le quatrième jour ; on mesure la température du corps et l'on suit les variations du poids du sujet qui n'est privé ni d'aliments ni d'eau. Les animaux de contrôle sont gardés dans des conditions normales ; il leur est fait de petites saignées en même temps qu'aux animaux d'expérience.

Dans le début, les propriétés bactéricides du sang des animaux d'expérience sont intacts ; puis, au fur et à mesure du développement de l'état urémique (abaissement de la température, etc.), ces propriétés diminuent et peuvent enfin disparaître tout à fait (on a pu constater ce dernier phénomène chez un animal dont le sang a été prélevé et examiné peu de temps avant sa mort) ; chez les animaux de contrôle, les propriétés bactéricides du sang demeurent à l'état normal.

V. Les propriétés relatives à l'influence de la narcose chloroformique aiguë (45 minutes à 1 h. 15 de durée) et d'un refroidissement de courte durée, abaissant la température du corps jusqu'à 30°-20° C. (bain froid de 5 à 10 minutes) ont donné des résultats négatifs.

VI. L'influence de l'obscurité ne se manifesta que par des résultats indécis.

Corps étranger du cerveau.

MM. E. Brissaud et **Londe** communiquent un cas de photographie par les rayons de Röntgen appliqués à la recherche de la situation exacte d'une balle de revolver, de 7 millimètres, logée dans le cerveau.

La balle, qui avait pénétré par la bosse frontale gauche, avait traversé obliquement le cerveau d'avant en arrière et de gauche à droite pour aller se loger au niveau de la deuxième circonvolution temporale droite, un peu au-dessus de la tente du cervelet.

Ce malade présenta, après l'accident, l'amnésie d'une langue, le français : il parlait à la fois l'anglais et le français avant l'accident ; il fut atteint d'hémiplégie gauche avec perte de la sensibilité, de l'extrémité des doigts au pli du coude. Le malade avait des accès de fou rire que les auteurs attribuent à une irritation cicatricielle des corps opto-striés au voisinage du genou de la capsule interne. La plaie fut cicatrisée au bout d'un mois.

Aujourd'hui tout se borne à une hémiplégie gauche spasmodique des deux membres et de la face, sans participation des nerfs facial supérieur, moteur oculaire commun, masticateur. La contracture est de moyenne intensité, malgré l'exagération des réflexes et le clonus du pied ; jamais le spasme ne s'est traduit par des convulsions jaksonniennes.

La pénétration de la balle dans la région frontale gauche n'implique pas que l'hémiplégie actuelle soit le fait d'une lésion de l'hémisphère gauche. La direction de l'arme, d'ailleurs, rend très bien compte du trajet du projectile.

La balle a perforé le lobe frontal obliquement, de gauche à droite, puis, passant en avant du corps calleux et dans le plan même de celui-ci, a traversé l'hémisphère droit d'avant en arrière et de dedans en dehors. Dans ce parcours elle a sectionné les fibres de la couronne rayonnante de Reil au-dessus du ventricule latéral (ces fibres sont précisément celles qui forment le faisceau moteur intra-hémisphérique). En arrière, le projectile a respecté les fibres du faisceau sensitif, et l'on comprend ainsi que l'hémiplégie purement motrice ne se soit jamais compliquée d'hémianopsie. L'absence de troubles de la déglutition implique que les fibres capsulaires ont été épargnées entre le corps strié et la couche optique. Le rire spasmodique s'explique par une lésion de la partie antérieure du corps strié. L'aphasie française des premières heures doit être attribuée au traumatisme du lobe frontal gauche. Bref, le trajet de la balle était nettement déterminé par les symptômes. Il n'en était pas moins intéressant de confirmer le diagnostic rationnel par la preuve matérielle d'une biopsie sans exérèse, et c'est cette preuve que viennent de nous fournir les rayons de Röntgen. Les images ont été prises par M. Londe dans le laboratoire de la Société *l'Optique*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 12 et 19 Juin 1896.

Tuberculose de la mamelle.

M. Leblanc rapporte l'observation d'une multipare, entrée à l'hôpital pour une tumeur de la mamelle droite, située en dedans et au-dessous du mamelon, tumeur mobile, fluctuante, légèrement bosselée et intimement unie à la glande. Un ganglion du volume d'une noisette se trouvait dans l'aisselle,

L'examen de la tumeur enlevée montra qu'elle avait une cavité centrale qui contenait du pus. Les parois étaient infiltrées d'une série de petits tuberculomes crus ou ramollis.

Sarcome du biceps crural.

MM. Mermet et Lacour rapportent l'observation d'un homme de 31 ans, opéré en 1892, par M. Péan, d'un sarcome primitif du biceps crural, et deux ans plus tard, par M. Schwartz, pour une récidive qui se fit dans les muscles voisins. En janvier dernier, troisième récidive au niveau de tout l'article fémoro-tibial, si bien qu'on pratique l'amputation sous-trochantérienne du membre.

L'examen de la pièce montra que toute l'articulation était prise. Les muscles du creux poplité et les ganglions envahis formaient une cuirasse lardacée, comprimant peu les vaisseaux. La synoviale, très distendue, renfermait un liquide sanguinolent, dans lequel nageaient des fongosités rougeâtres et des détritus pulpeux. L'extrémité inférieure du fémur, très augmentée de volume était réduite à l'état d'une véritable éponge, recouverte par le cartilage diarthrodial aminci, mais à peu près sain, sauf toutefois à la partie externe, où il n'est plus représenté que par une membrane fibreuse. Le contenu de cette éponge est une pulpe vasculaire rougeâtre, un peu analogue au tissu splénique. Sur l'extrémité supérieure du tibia, il existe une véritable caverne, du volume d'un petit œuf de poule, remplie de la

même masse pulpeuse, surmontée du plateau tibial avec cartilage et ménisques sains.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Rétrécissement de la valvule iléo-cæcale.

M. Deguy rapporte l'observation d'un individu ayant succombé à un cancer iléo-cœcal et chez lequel, à l'autopsie, on trouva un grand nombre de granulations sous-péritonéales, et, au niveau du cancer, une sténose très marquée de la valvule iléo-cæcale, l'orifice permettant à peine le passage d'une sonde. Le rectum présentait plusieurs rétrécissements échelonnés sur toute sa hauteur. L'examen microscopique des coupes ne permet pas de dire si dans ce cas il s'agissait de cancer ou de tuberculose.

Maladie osseuse de Paget.

M. Léopold Lévi présente des photographies relatives à un cas de maladie osseuse de Paget, observé dans le service de M. Raymond, de la Salpêtrière, avec déformations portant essentiellement sur le fémur, le péroné, l'humérus, le radius. L'astragale droit est soudé au 2e métatarsien gauche; 7 vertèbres dorsales sont aussi soudées les unes aux autres.

Il existe, dans ce cas, une asymétrie des lésions qu'on peut appeler croisée : humérus gauche, radius droit, fémur droit, péroné gauche. L'intégrité des tibias qui, d'habitude, sont atteints souvent les premiers, mérite d'être signalée, ainsi que celle des clavicules.

La marche de l'hypertrophie est progressive et centrifuge. L'hypertrophie est régulière et ne modifie pas la forme générale de l'os.

Dans le cas actuel, l'épiphyse est plus atteinte que la diaphyse, et, contrairement aux cas où l'épiphyse est intéressée, c'est ici l'épiphyse inférieure qui est le siège de la déformation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 Juin 1896.

La richesse en fer du foie et de la rate chez l'homme.

MM. Lapicque et **Guillemonat** ont établi la richesse en fer du foie et de la rate des individus ayant succombé à diverses affections. Des tableaux qu'ils ont dressé, il résulte un seul fait général, c'est que le foie et la rate de la femme contiennent bien moins de fer que les mêmes organes chez l'homme. L'influence de telle ou telle ou telle maladie est difficile à préciser, toutefois on peut constater que les cas particulièrement riches en fer s'observaient presque exclusivement chez les tuberculeux et les brightiques. Chez ces individus, le foie et la rate renferment notamment de fortes quantités de rubigine provenant, comme l'ont montré les recherches antérieures de M. Lapicque, des hémorrhagies internes. Or, on sait que, dans ces deux affections, les hémorrhagies et les ruptures vasculaires sont fréquentes.

M. Richet fait observer que MM. Lapicque et Guillemonat ont dosé le fer contenu dans 1 gramme de parenchyme, sans prendre en considération le volume et le poids du foie et de la rate dans chaque cas, en particulier. On peut donc supposer que la quantité de fer par organe varie moins que la quantité de fer par gramme de parenchyme.

Atténuation du venin de vipère.

M. Phisalix a constaté que sous l'influence de la chaleur et des courants de haute fréquence, le venin de vipère perd ses propriétés toxiques et acquiert des propriétés vaccinantes. Si le venin est filtré sur des bougies de porcelaine, le filtre retient la substance toxique du venin et livre un liquide vaccinant qui a, en outre, des propriétés pyrétogènes. L'immunisation par le venin filtré ne se produit pourtant qu'au bout de 48 heures d'incubation.

Toxicité du cancer.

M. Morau ayant été amené à croire que la mort qu'on provoque chez les animaux (souris, rats) par l'injection sous-cutanée d'extrait glycériné des tumeurs cancéreuses pouvait être attribuée à la toxicité de la glycérine, a fait une série de recherches avec la macération de cancer dans la solution physiologique de chlorure de sodium. Il a constaté que l'extrait était toxique, mortel à haute dose, et provoquait une cachexie chronique à petites doses répétées.

Une cause nouvelle d'intoxication saturnine.

M. J.-B. Charcot. — Il s'agit d'une femme atteinte de paralysie saturnine classique dans ses symptômes. Le métier de cette femme consiste à enrouler avec du papier vert les tiges de fleurs fausses. Analysé, ce papier a été reconnu contenir de grandes quantités de plomb.

Analogies et différences des sérums.

M. Charrin. — M. Meyer, sur mon conseil, a étudié les rapports des sérums entre eux (voir Meyer, th. Paris, 1896).

Il les divise en plusieurs groupes : sérums faux, artificiels, sans albumine; sérums de sujets sains, de vaccinés, d'intoxiqués.

Tous sont utiles contre l'infection, sauf ceux des intoxiqués.

Tous agissent sur l'urée, la diurèse, le système nerveux, l'alcalinité, la dialyse, la fixation des toxines, la température.

Toutefois, seuls les sérums des réfractaires possèdent nettement un pouvoir bactéricide, antitoxique ou stimulateur des phagocytes.

Le virus claveleux.

M. Charrin. — M. Duclert, poursuivant ses recherches, montre à quel point le virus de la clavelée subit l'influence des atténuations graduées depuis la suppression de l'activité jusqu'à l'état vaccinal.

Il montre aussi, comme nous l'avons fait ici avec Gley, pour d'autres virus, l'action de ce virus des ascendants sur les descendants.

M. Gley fait une communication sur l'action anti-coagulante de la propeptone sur le sang de lapin.

M. Bourquelot dépose, au nom de **M. Hérissé**, une note sur l'émulsion des amandes et l'émulsion de l'aspergillus niger.

M. Weiss montre les premiers résultats de chronophotographie de la fibre musculaire pendant la contraction. Sur ces épreuves, comprenant de 20 à 40 photographies par seconde, avec des temps de pose de 1/2000 à 1/4000 de seconde, il n'a jamais été possible de voir d'onde musculaire.

M. Weiss, continuant ses recherches sur les phénomènes que l'on rencontre dans le trajet interpolaire des courants continus, montre que le muscle se comporte comme s'il était composé de petits éléments polarisables. De plus, pour des intensités même très faibles, 1/25000 d'ampère, le courant continu produit des phénomènes de transport des corps qui se trouvent en dissolution dans les liquides de l'organisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 Juin 1896.

Cholédochotomie.

M. Ricard a eu l'occasion de faire la cholédochotomie chez un homme de 50 ans, souffrant de coliques répétées et présentant tous les symptômes d'une lithiase biliaire avec ictère chronique et état général mauvais. M. Hanot, qui vit ce malade, diagnostiqua une rétention biliaire d'origine calculeuse avec calcul siégeant dans le cholédoque.

M. Ricard fit une laparotomie médiane et alla à la recherche de la vésicule biliaire qui fut très difficile à trouver. Elle était petite et rétractée sous le foie et renfermait trois calculs qui furent extraits après incision de la vésicule. Deux calculs qui se trouvaient dans le canal cystique furent également extraits après avoir été ramenés à la vésicule.

La recherche du cholédoque fut plus facile, et en l'explorant M. Ricard constata qu'il contenait un calcul mobile qui fut remonté vers la partie supérieure du cholédoque et extrait après l'incision du cholédoque à son niveau. Trois autres calculs étaient situés à la partie tout inférieure du cholédoque, vers l'ampoule de Vater. M. Ricard put les remonter et les extraire.

Ces calculs extraits, le cathétérisme du cholédoque fut possible; les voies biliaires étaient donc libres. Suture des voies biliaires; large drainage à la gaze iodoformée et avec deux gros drains.

Les suites opératoires furent parfaites et tout alla bien jusqu'au 10e jour. A moment, les fils étaient retirés; mais il s'établit une fistule biliaire, par laquelle il sortit pendant quelques jours de nombreux petits calculs.

La fistule dura cinq semaines. L'ictère disparut très lentement au niveau des téguments. Les selles se colorèrent un peu plus rapidement. Aujourd'hui le malade est complètement guéri.

En analysant cette observation M. Ricard montre qu'il est indispensable, dans tous les cas, de s'entourer des renseignements médicaux efficaces; que pour chercher la vésicule l'incision latérale est l'incision de choix, mais que dans l'obstruction du cholédoque la laparotomie est préférable, quitte à faire ultérieurement une incision transversale pour chercher la vésicule; qu'il faut mobiliser et remonter les calculs du cholédoque presque vers le canal cystique, et inciser le canal à une partie bien accessible; que la fistule biliaire suit presque toujours l'incision du cholédoque.

Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée par la dénudation et la dissociation du nerf.

M. Delagenière (du Mans) est intervenu récemment dans un cas de sciatique d'origine variqueuse qui avait résisté à tous les traitements, l'élongation du nerf y compris, et rendu la malade impotente. M. Delagenière eut alors l'idée de dénuder le nerf sciatique sur une étendue de 15 centimètres, de frotter la surface de ce nerf avec une solution de chlorure de zinc à 10 0/0, et de dissocier quelques faisceaux avec une pince. Il a ainsi obtenu la destruction des vaisseaux superficiels qui serpentaient dans le nerf sciatique. La malade guérit complètement après avoir présenté une crise douloureuse, le lendemain de l'intervention.

M. Lucas-Championnière fait observer que, comme dans ce cas il n'existait pas de véritables dilatations variqueuses, il n'est pas certain que la sciatique fût d'origine variqueuse.

M. Quénu croit qu'il ne faut pas de grosses dilatations variqueuses dans un nerf, pour provoquer de fortes douleurs, qui très souvent tiennent à une phlébite de ces veines petites et variqueuses contenues dans le nerf. M. Delagenière a trouvé des veines dilatées dans l'intérieur du nerf. Le hersage du nerf, sa dissociation peut donc avoir eu pour effet d'ouvrir ces veines variqueuses et de modifier la circulation du nerf.

Fracture de jambe vicieusement consolidée.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de **M. Hartmann**, relative à un cas de fracture de jambe vicieusement et incomplètement consolidée et traitée par l'ostéotomie suivie de l'application de l'appareil de M. Hennequin (appareil à extension continue). La fracture avait été d'une contention difficile.

M. Hartmann fit une ostéotomie, aviva les deux fragments du tibia et du péroné, réduisit les deux fragments et mit le membre dans l'appareil à extension continue de M. Hennequin. La consolidation se fit dans de bonnes conditions. Le résultat obtenu fut excellent aussi bien au point de vue de la forme qu'au point de vue de la fonction.

M. Kirmisson rappelle à cette occasion qu'il y a deux ans cette question du traitement des fractures obliques du tibia fut soumise à la Société de chirurgie par M. Nélaton au sujet d'une communication de M. Roux (de Brignolles), qui proposait dans ces cas l'opération sanglante d'emblée dans presque tous les cas et que tout le monde se prononça pour les traitements ordinaires non sanglants, sauf dans les cas dans lesquels la réduction est impossible à obtenir. M. Kirmisson est de cet avis, mais il insiste sur ce fait qu'il faut mettre beaucoup de soin à appliquer un bon appareil plâtré, que parfois même il faut maintenir la réduction d'un fragment par l'application d'une pelote ouatée sur ce fragment, qu'il faut surveiller de très près les appareils plâtrés et que de plus on est obligé de chloroformer parfois le malade pour obtenir une réduction plus facile.

Résection du rectum.

M. Chaput compte, sur 10 résections du rectum, 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, il compte 2 récidives assez rapides; un malade opéré depuis 2 ans présente une récidive, avec une santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 pour 100) sans récidive depuis 2 ans, 2 ans et 5 ans.

Dans 2 cas, il n'y a pas eu de prolapsus; dans l'un, il avait fait la suture circulaire, dans l'autre il avait tordu le bout supérieur à la Gersuny.

Dans 2 autres cas où ces précautions n'avaient pas été prises il a observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et d'après son expérience le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — M. Chaput conseille de faire, 2 jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) lui paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

RÉSUMÉ DES INDICATIONS. — *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Les enlever par une incision périnéale.

Fermer le bout inférieur du rectum en cul-de-sac.

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — Limités : Incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier).

Suture à la peau, du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann, ablation par les voies naturelles, est très recommandable.

Étendus : Combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

M. Potherat lit une observation de résection des deux ovaires myxomateux.

M. Chevassu présente un soldat qu'il a trépané il y a quelques mois pour une fracture du crâne avec enfoncement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 Juin 1896.

Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.

M. Sevestre rapporte les résultats statistiques du service de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades pour l'année 1895.

Tous les malades, sauf de très rares exceptions, ont subi, dès le moment de leur entrée à l'hôpital, une injection de sérum de Roux, généralement de 20 centimètres, quelquefois seulement de 10 cent. cubes chez de très jeunes enfants ou dans des cas très légers, parfois de 30 cent. cubes dans les cas graves. Le plus souvent cette injection était la seule, et on a parfaitement constaté qu'il était, en général, inutile de la répéter; cependant, dans les cas de croup et dans les angines graves, il est souvent nécessaire de faire une seconde et une troisième injection de 10 cent. cubes, à 12 ou 24 heures de distance; les doses de 40 à 50 cent. cubes ont été rarement atteintes et plus rarement encore dépassées.

En dehors des injections de sérum, les petits malades étaient soumis aux lavages de la gorge avec la liqueur de Labarraque au 1/20 et recevaient une alimentation convenable et des toniques. Enfin lorsqu'il existait des phénomènes d'embarras gastrique ou d'infection intestinale, on prescrivait des purgatifs et en particulier le calomel, toujours très bien supporté; ailleurs, et surtout dans les cas de croup ou de bronchite, on donnait le benzoate de soude; dans les cas de broncho-pneumonie, on avait recours aux bains froids et souvent avec avantage; enfin, chez les enfants déprimés, profondément infectés, on employait les injections de caféine ou encore les injections de sérum artificiel (chlorure de sodium 7/1000). Plusieurs de ces petits malades que l'on pouvait considérer comme perdus, ont certainement dû la vie à l'emploi de ces moyens. L'usage du sérum ne doit donc pas empêcher de remplir les autres indications qui peuvent se présenter, et si dans certains cas il suffit de faire une injection de sérum, dans un bon nombre d'autres il convient de mettre en œuvre toutes les ressources dont nous pouvons disposer.

Ceci dit, examinons les résultats qui se trouvent consignés dans le tableau ci-joint :

Total des entrées au pavillon en 1895.

	Totaux	Mortalité
Entrées	1 140	
Décès	158	13,85 p. 100.
Décès après 24 heures	87	8,13 —
1° Non diphthériques :		
Entrées	262	
Décès	25	9,54 p. 100.
Décès après 24 heures	10	4,04 —
2° Diphthéries :		
Entrées	878	
Décès	133	15,14 p. 100.
Décès après 24 heures	77	9,35 —
a. Diphthéries pures		
Entrées	392	
Décès	39	9,94 p. 100.
Décès après 24 heures	23	6,11 —
b. Diphthéries associées		
Entrées	486	
Décès	94	19,34 p. 100.
Décès après 24 heures	54	12,11 —

En prenant les cinq dernières années, on trouve les chiffres suivants :

Années	Entrées	Décès	Mortalité
1890	1 002	560	55,88 p. 100.
1891	957	503	52,56 —
1892	997	475	47,64 —
1893	1 015	492	48,47 —
1894	1 042	226	21,58 —
1895	1 150	158	13,85 —

Il faut ajouter que sur les 158 décès observés en 1895, un bon nombre concernent des enfants apportés mourants à l'hôpital. Si l'on retranche de cette statistique 71 malades morts dans les 24 heures qui ont suivi leur admission, on arrive au chiffre de 1 069 entrées, avec 87 décès, ce qui donne pour la mortalité générale une proportion de 8,13 p. 100.

En décomposant les chiffres du tableau précédent, suivant qu'ils se rapportent à des non-diphthériques ou à des diphthériques, on voit que les premiers sont au nombre de 262 cas, avec 25 décès parmi lesquels 15 en moins de 24 heures. On sera peut-être surpris de trouver un aussi grand nombre d'enfants admis au pavillon de la diphthérie sans avoir cette maladie; mais il faut y voir simplement une preuve de la difficulté du diagnostic dans un bon nombre de cas.

La cause de la mort a été dans presque tous les cas une broncho-pneumonie; d'autres enfants ont succombé à la tuberculose (3) ou à la scarlatine (2).

Les cas de diphthérie positive, constatée à l'examen bactériologique, ont donné une mortalité globale de 15,14 p. 100 et une mortalité réduite de 9,35.

L'examen bactériologique a permis d'établir une classification en séparant les diphthéries pures des diphthéries associées, c'est-à-dire dans lesquelles, à côté du bacille de Löffler, existent d'autres microbes et spécialement le streptocoque. Pour les diphthéries pures, on trouve une mortalité globale de 9,94 p. 100 et une mortalité réduite de 6,11; pour les diphthéries associées, les chiffres correspondants sont de 19,34 et de 12,11; en d'autres termes, la diphthérie associée a donné une mortalité double de la diphthérie pure.

Les résultats fournis par le sérum de Marmorek dans l'angine diphthérique associée n'ont pas été, dans leur ensemble, aussi favorables qu'on aurait pu l'espérer d'après l'expérimentation sur les animaux, mais, au total, le sérum de Marmorek peut être employé dans les diphthéries compliquées de streptocoques, sans qu'on puisse s'attendre à une action bien positive; tout au plus peut-on espérer une modification dans l'état de la gorge et des ganglions, sans pouvoir compter sur une action antitoxique générale.

Quant aux accidents imputables au sérum, outre ceux qui ont été signalés à plusieurs reprises, on peut encore signaler une petite épidémie d'abcès. Presque tous les enfants injectés dans les huit derniers jours de décembre (à partir du 24) présentèrent des abcès au niveau des points où avaient été faites les injections. L'enquête apprit que l'on ne pouvait incriminer ni les instruments, ni les opérateurs, mais que vraisemblablement il fallait rattacher l'infection à ce fait que le sérum avait été rapporté de l'Institut Pasteur par le garçon d'amphithéâtre, et se trouvait contenu dans un grand flacon auquel on puisait au fur et à mesure des besoins. A partir de ce moment, le sérum fût livré en petits flacons et apporté par un employé spécial : depuis cette époque, les accidents de ce genre ont disparu.

On a prétendu que les accidents post-sérothérapiques pouvaient être dus à ce que le sérum était trop ancien; M. Sevestre ne croit pas cette interprétation exacte et pense que le sérum, même vieux, peut être employé sans crainte, au moins tant qu'il reste clair et transparent. En effet, pendant le mois de juin, le sérum qui a été injecté dans son service avait plus d'un an de date; il s'est montré cependant très actif et les éruptions ont été remarquablement rares chez les malades de cette série.

Si l'on considère à part les cas de croup on trouve les résultats suivants :

	Totaux	Mortalité
Total des cas de croup	408	
Sans intervention	163	
Décès	23	14,11 p. 100.
Décès après 24 h.	9	6,04 —
Tubages	229	
Décès	62	27,07 p. 100.
Décès après 24 h.	36	17,73 —
Trachéotomie après tubage	16	
Décès	14	
Décès après 24 h.	6	

Tous les malades ont été soumis au traitement ordinaire de la diphthérie, et en particulier aux injections de sérum de Roux. Chez un bon nombre d'entre eux, on s'est borné à ces soins généraux; chez d'autres, il a fallu recourir à une intervention, et combattre l'obstruction laryngée soit par le tubage, soit par la trachéotomie.

Lorsque les enfants entraient avec un croup au début, ou avec un tirage modéré, on pouvait presque toujours attendre les résultats du sérum, et c'est dans ces cas surtout qu'il y a

intérêt à injecter des doses assez fortes de sérum (30 et quelquefois 40 cc. dans les premières 24 heures). A cette période, d'ailleurs, l'obstruction laryngée est causée en partie par le spasme glottique, et l'on se trouve bien, en pareil cas, d'employer les antispasmodiques tels que l'éther ou l'antipyrine, mieux encore les enveloppements froids et le séjour de l'enfant dans une atmosphère de vapeurs; cette dernière pratique a, en outre, l'avantage de favoriser le détachement des fausses membranes. Dans un assez grand nombre de cas, même chez des enfants qui présentaient un tirage assez prononcé, il a été possible de retarder et même d'éviter l'intervention.

Le tubage a été pratiqué généralement avec le tube court, plus facile à introduire plus facile à enlever et qui, pendant son séjour, reste perméable au moins aussi bien que le tube long; dans quelques cas rares (laryngite sous-glottique par exemple), le tube long est préférable.

Le tube est maintenu en place généralement 3 ou 4 jours, et quelquefois moins; d'autres fois, il a dû être laissé pendant plusieurs semaines, sans déterminer le moindre accident du côté du larynx. L'impossibilité pour l'enfant de rester sans tube résulte quelquefois de laryngites sous-glottiques avec épaississement et rétraction de la muqueuse, d'autres fois de troubles réflexes en rapport avec une adénopathie trachéo-bronchique; le plus souvent la seule cause est un spasme du larynx sans lésion déterminée; dans ce cas on finit en général par faire cesser le spasme en donnant du bromure de potassium et de l'antipyrine, et en cherchant à distraire l'attention du petit malade; l'enveloppement froid nous a aussi réussi plus d'une fois.

Les accidents pouvant résulter d'une obstruction ou d'un rejet du tube surviennent souvent avec une telle rapidité que les enfants soumis à cette pratique doivent être surveillés de très près; aussi, tout en disant que le tubage est *à l'hôpital* l'intervention de choix dans le croup, M. Sevestre n'hésite pas à ajouter que l'on doit y renoncer en ville toutes les fois que le malade ne peut être surveillé de près par un médecin capable d'enlever ou de replacer le tube. La trachéotomie exige certainement une surveillance moins assidue. La trachéotomie n'a été pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles et chez des enfants déjà tubés sans succès. Il est cependant certaines circonstances dans lesquelles elle pourrait être pratiquée de parti pris de préférence au tubage.

Un cas d'hémophilie précoce chez une petite fille.

M. Comby, rapporte un cas d'hémophilie qu'il a observé chez une fillette de onze mois qui, depuis les premières semaines de sa vie, perd du sang par les fosses nasales, par l'anus et par les moindres égratignures de la peau ou des muqueuses accessibles. Dernièrement il y a eu une hémorrhagie de la langue; puis formation d'un hématome du pavillon de l'oreille droite. Enfin on voit, disséminées sur différents points du corps et principalement dans le sens de l'extension des membres, des macules arrondies, assez larges, les unes violacées, les autres verdâtres, les autres jaunes, véritables ecchymoses dermiques analogues à celles de l'érythème noueux. Ces ecchymoses, au dire de la mère, se reproduisent sans cesse, quoique l'enfant ne soit exposée à aucune contusion.

A part ces hémorrhagies, l'enfant se porte bien. La mère, qui lui donne le sein, est sans tare hémophilique; le père n'a pas eu d'hémorrhagies externes, mais il a éprouvé des troubles cérébraux et a eu un frère mort à vingt et un ans d'épistaxis incoercible.

L'enfant a avalé, il y a deux mois une épingle de nourrice qui est parvenue à l'anus après un trajet de quatre-vingt-huit heures, et qui n'a pas provoqué d'hémorrhagie.

Contagion de la syphilis par un rasoir.

M. Catrin rapporte l'observation d'un homme qui en se rasant avec le rasoir de son fils qui avait contracté la syphilis quelques mois auparavant, se coupe la joue et voit la plaie se transformer en un chancre syphilitique. Malgré le traitement spécifique, la syphilis prit chez le père les allures graves, et il y eut, entre autres accidents, une iritis grave avec diminution de l'acuité visuelle.

M. Mathieu lit une observation de lithiase intestinale, envoyée par M. Oddo de Marseille.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 8 Juin 1896.

Un cas de mort subite pendant une tentative d'avortement.

M. Perrin de la Touche rapporte l'observation d'une femme, mère de 6 enfants, qui, dans le but de se débarrasser de sa 7e grossesse, eut recours à une bonne femme renommée pour cette besogne. La spécialiste fit dissoudre un peu de sel de cuisine et de savon de Marseille dans un demi-litre d'eau chaude, et versa le mélange dans un injecteur à boule de caoutchouc. La malade, s'étant couchée sur le lit d'un de ses enfants, se serait introduite elle-même la canule dans le col utérin. La spécialiste pressa alors sur la boule, mais la moitié du liquide n'était pas encore injecté qu'elle vit la femme perdre connaissance. Elle appela au secours, mais tous les soins furent inutiles, et l'on ne put rappeler la malheureuse à la vie.

A l'autopsie on trouva un col utérin, mou, béant par suite de déchirures de l'orifice externe; l'orifice interne admettait l'extrémité de l'index. Les membranes étaient décollées dans le segment inférieur, mais le décollement n'arrivait pas à l'orifice des trompes et n'avait pas atteint la zone placentaire. Fœtus de 7 mois. Péritoine sain. Cœur gras. Aucune lésion pouvant expliquer la mort, qui serait survenue par syncope, sous l'influence de l'excitation partie de l'utérus, par phénomène d'inhibition.

Les faits de ce genre sont rares. Ils ont été, en France, étudiés surtout par Vibert, qui a signalé la production de la syncope dès l'introduction de la sonde et insisté sur différentes causes, en quelque sorte occasionnelles : l'émotion, la période digestive. Dans le cas particulier rien de pareil : la malade était bien chez elle, sans inquiétude, et à jeun; en outre, la mort est survenue non pas lors de l'introduction de la canule, mais quand une certaine quantité de liquide eut pénétré dans l'utérus.

On pouvait se demander si une femme pouvait s'introduire elle-même la canule. La question est jugée depuis les expériences faites à l'hôpital de Toulouse, où sur 16 filles publiques 12 réussirent à s'introduire elles-mêmes l'hystéromètre, Avec un irrigateur, 2 filles sur 4 placèrent elles-mêmes la canule dans le col. Dans le cas particulier, l'introduction a dû être facilitée par la béance du col.

Du reste, une autre « cliente » est venue déposer que la matrone n'opérait pas elle-même, mais se contentait de donner les conseils nécessaires pour l'introduction de la canule, après quoi elle faisait marcher l'injecteur.

Le secret médical et les compagnies commerciales.

La Société était saisie de la question suivante : une compagnie industrielle ou commerciale peut-elle exiger d'un médecin, rétribué pour soigner ses employés ou ouvriers, qu'il lui fasse connaître le nom des affections dont sont atteints ces malades.

A l'unanimité, la Société a proclamé que le médecin qui céderait à ce désir violerait le secret professionnel.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 11 Juin 1896.

Faradisation de l'utérus.

M. Poitou-Duplessis, s'inspirant des essais faits autrefois par De Saint-Germain à la Maternité de l'hôpital Cochin, est arrivé à accélérer les contractions utérines chez une femme

dont le travail traînait en longueur. Il a employé la pile de Gaiffe au bisulfate de mercure. Un des pôles fut appliqué sur l'abdomen, l'autre, représenté par un conducteur recouvert de gutta-percha, à extrémité libre métallique, fut introduit au contact du col utérin.

Le résultat fut aussi heureux que rapide, les contractions utérines non seulement furent réveillées et énergiques, mais elles se maintinrent après la cessation du courant électrique qui ne dura pas plus de cinq minutes. Le col se dilata rapidement et permit bientôt l'introduction du forceps. L'auteur a encore employé ce procédé avec succès dans deux cas d'hémorrhagies tardives du post-partum.

Rhumatisme blennorrhagique.

M. Pichevin rapporte l'histoire d'une femme qui entra à l'hôpital pour une tumeur inflammatoire située dans le cul-de-sac postérieur. Au bout de quelques jours il survint dans une arthrite du poignet présentant tous les caractères d'une arthrite blennorrhagique. On incise le cul-de-sac postérieur, on ouvre une trompe pleine d'un pus contenant des gonocoques et des staphylocoques. Le lendemain chute de la température et disparition de l'arthrite. Cette observation tend à démontrer que dans le rhumatisme blennorrhagique il est bon de traiter la blennorrhagie dans son siège. M. Rendu a souvent remarqué que certaines arthrites blennorrhagiques étaient favorablement modifiées par des injections uréthrales au permanganate.

Chez une autre femme accouchée depuis un mois et atteinte de blennorrhagie uréthrale, un ganglion, qui existait à la région sous-claviculaire depuis l'âge de 9 ans, s'inflamma et s'abcéda. Dans le pus de l'abcès on trouva des gonocoques.

M. Brindeau fait une communication sur le *détroit moyen* (voir p. 594).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 13 Mai 1896.

Anévrysme de l'aorte.

M. G. Etienne présente un anévrysme de la crosse aortique ouvert dans le lobe supérieur du poumon gauche. Il s'agit d'un malade traité l'année dernière, pendant peu de temps, à la clinique de M. le professeur Spillmann, pour une tuberculose pulmonaire déjà avancée. Le 29 avril 1896, cet homme est amené à l'hôpital en état agonique, et l'examen du malade est absolument impossible. Le lendemain, à l'autopsie, on constate d'abord l'existence d'adhérences pleuro-pleurales très étroites, il y a une véritable symphyse. Une large dilatation de la crosse aortique est en grande partie remplie par un assez volumineux caillot, et un orifice très facile à trouver amène de la dilatation dans une vaste caverne ancienne occupant tout le lobe supérieur du poumon gauche ; cette cavité est comblée par un gros caillot ; ce caillot étant déjà stratifié, assez dur, sa formation était antérieure au moment des accidents ultimes et la mort ne peut être attribuée qu'à la congestion très intense et à l'œdème occupant tout le reste du poumon et dont la cause immédiate est obscure.

En outre, en l'absence de toute hémoptysie, il faut admettre que la caverne pulmonaire dans laquelle vint s'ouvrir l'anévrysme à la faveur des adhérences pleurales, était cicatrisée et fermée.

Syringomyélie

M. P. Parisot présente un homme âgé de 43 ans atteint de syringomyélie. La maladie a commencé en 1870 par une perte de connaissance avec chute sans paralysie consécutive, puis successivement les symptômes suivants ont apparu : douleurs lombaires, douleurs articulaires, vertiges, névralgie faciale droite pendant 5 ans, troubles de sensibilité dans les membres, atrophie portant de préférence sur les muscles interosseux et les éminences thénar et hypothénar, scoliose, parésie des membres inférieurs.

Il y a un an, le malade présentait une dissociation très nette de la sensibilité caractérisée par de la thermanesthésie et de l'analgésie avec conservation de la sensibilité tactile, du sens musculaire, et exagération de la sensibilité à la température et à la douleur dans la sphère du trijumeau droit. Ces symptômes persistent actuellement, mais, fait digne de remarque, la sensibilité à la douleur a reparu dans les membres sans cause appréciable ; on peut aussi constater des sueurs localisées à la partie droite de la face et des troubles vaso-moteurs et de calorification uniquement dans les membres à gauche.

A côté des symptômes propres à la syringomyélie, il en existe de banals tels que la parésie des membres inférieurs et l'exagération des réflexes patellaire et plantaire.

Tel est en résumé l'exposé de ce cas de syringomyélie où on a noté des manifestations bulbo-protubérantielles et une réapparition de la sensibilité à la douleur.

M. Remy donne lecture de l'*Instruction sur l'antisepsie et l'hygiène obstétricales* rédigée par la Commission désignée à cet effet par la Société dans sa séance du 25 mars 1896.

Cette instruction est adoptée.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 Juin 1896.

Différenciation du bacille typhique et du colibacille.

M. Piorkowski, ayant constaté la présence fréquente du colibacille dans les voies urinaires, a essayé de le cultiver sur agar additionné d'urine, pour voir ensuite de quelle façon le bacille typhique se comporte à son tour envers ce milieu. Il trouve que le colibacille pousse très énergiquement sur l'agar additionné d'urine où il forme d'abondantes colonies grisâtres et que sur le même milieu le bacille typhique cultive bien moins rapidement et bien moins énergiquement sous forme de colonies fines et transparentes. Les mêmes différences dans l'aspect des cultures se produisent quand les deux bacilles sont ensemencés sur du bouillon ou de la gélatine additionnés d'urine.

M. Elsner fait observer qu'on possède un grand nombre de signes différentiels entre les deux bacilles et que la grande difficulté est de pouvoir cultiver le bacille typhique quand il se trouve en petit nombre, dans l'eau par exemple ou quand il est mélangé avec d'autres bactéries, comme dans les matières fécales.

M. Piorkowski ajoute que son procédé lui a permis de cultiver le bacille typhique quand il se trouvait dans les matières fécales.

M. Ewald tient à constater que le procédé décrit récemment par M. Elsner (gélatine, pomme de terre, iodure de potassium) lui a rendu de grands services dans le diagnostic de la fièvre typhoïde, dans les cas douteux, en permettant de déceler très rapidement le bacille typhique dans les selles suspectes.

MM. Wolff et **Senator** ont également pu apprécier les avantages du procédé d'Elsner.

Tétanie chez les enfants.

M. Hauser a recherché chez 200 enfants âgés de 10 jours à 10 ans, atteints de tétanie, la valeur diagnostique de quelsymptômes considérés comme pathognomoniques de cette affection.

Il résulte de ces recherches que deux symptômes seulement, le signe d'Erb et le signe de Trousseau, peuvent être considérés comme pathognomoniques de la tétanie. En effet le signe d'Erb, l'augmentation de l'excitabilité électrique des muscles, a existé dans tous les cas et n'a été trouvé ni chez les enfants bien

portants, ni chez les enfants atteints de rachitisme, de spasme de la glotte, de coqueluche, de dyspepsie, etc. Le signe de Trousseau peut manquer dans la tétanie, mais quand il existe, il acquiert une valeur pathognomonique.

Le signe de Chwostek et l'exagération de l'excitabilité mécanique des muscles ne prouvent pas, chez les enfants du moins, l'existence de la tétanie. Toutefois le signe de Chwostek, quand il est très accusé, semble ne se rencontrer que dans la tétanie.

Pour toutes ces raisons, M. Hauser désirerait que le diagnostic de tétanie ne soit fait que lorsqu'on trouve les signes certains de la tétanie. Il ne pense pas qu'on puisse accepter la théorie de Loos-Escherich et le rapport indiqué par ces auteurs entre la tétanie et le laryngospasme. Le grand mérite de ces auteurs c'est d'avoir montré que la tétanie peut évoluer sous forme de spasme de la glotte.

D'après M. Hauser on peut considérer à la tétanie 2 formes : l'une, qui débute par des contractures spontanées, évolue comme la tétanie des adultes et présente, à côté du laryngospasme et des convulsions, un des trois signes dits pathognomoniques de la tétanie; l'autre forme qui est la forme latente ou légère, peut présenter, comme unique manifestation, les symptômes du laryngospasme. Son diagnostic s'appuie sur la présence du signe d'Erb, de celui de Trousseau et, quelquefois, de celui de Chwostek.

L'étiologie de la tétanie n'est pas encore complètement connue. Le rachitisme prédispose manifestement à cette affection. Dans quelques cas on semble être en droit d'incriminer les toxines qui se forment dans le tube digestif en cas de dyspepsie.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

1er Semestre 1896,

Volumineux polypes du nez.

M. Delie présente deux énormes masses myxomateuses, provenant des fosses nasales d'un homme atteint d'obstruction nasale complète depuis plus de 30 ans ; elles furent extraites sans difficulté et en une seule prise, au moyen de l'anse froide ; l'une, occupant la fosse nasale gauche, pesait 40 grammes ; l'autre, la fosse nasale opposée, pesait 63 grammes.

Mastoïdite, thrombose du sinus, méningite.

M. Delsaux montre une pièce anatomique qui provient d'un sujet porteur d'une otorrhée gauche invétérée, ayant amené une suppuration des cellules mastoïdiennes, avec gonflement surtout marqué à la pointe et à la région cervicale latérale. Deux interventions successives sur la mastoïde ne purent sauver le malade. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : une vaste poche purulente sous la gaine du sterno-mastoïdien; autour de la veine jugulaire interne, thrombosée; une fistule s'ouvrant à la pointe de l'apophyse, sous l'aponévrose d'attache du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et conduisant en haut, à travers les cellules mastoïdiennes, jusqu'à l'antre pétreux; une autre fistule, située à l'angle supéro-postérieur du méat auditif osseux et débouchant également dans l'antre ; une carie limitée de la paroi antérieure de la loge sinusale, en correspondance de l'antre ; un thrombus volumineux occupant tout le sinus latéral, s'étendant jusqu'au pressoir d'Hérophile et ayant envahi le sinus pétreux inférieur et le sinus droit ; le sinus latéral du côté opposé était peu atteint; enfin, un dépôt purulent, épais, recouvrait toute la surface convexe de l'hémisphère cérébral gauche, avec tendance à la collection au niveau de la scissure de Sylvius; l'hémisphère droit était tout à fait indemne.

Carcinome de l'oreille.

M. Hennebert présente le temporal gauche d'un homme de 38 ans, ayant succombé à un cancer de l'oreille : une vaste tumeur de 12 centimètres de diamètre occupe la région temporo-pariétale et refoule en avant et en bas le pavillon ; cette tumeur, véritable chou-fleur végétant, ulcéré, dont le centre est creusé d'un profond cratère, se prolonge dans la fosse temporale et la fosse zygomatique ; après avoir largement perforé l'écaille du temporal et les méninges, elle proémine dans la cavité crânienne, où elle forme une tumeur sphérique de la grosseur d'une mandarine ; la pyramide du rocher est complètement infiltrée par le néoplasme. M. Hennebert soumet à l'assemblée des préparations microscopiques de ce carcinome, dues à la bonne obligeance du Dr Pechère, et une série de belles photographies du malade, exécutées par M. de Grignart, étudiant en médecine.

Trépanation de l'antre mastoïdien.

MM. L. Rousseaux et **C. Hennebert**. — Pour l'antrectomie, on admet généralement aujourd'hui les points de repère suivants, qui sont en même temps les limites du champ opératoire : en haut, la ligne temporale ; en arrière et en bas, la crête vertico-mastoïdienne, décrite tout récemment par Chipault ; en avant, l'épine supra-méatique et le bord postérieur du conduit.

De nombreuses recherches ont été poursuivies par les auteurs, à l'amphithéâtre, sur la valeur de ces points de repère; il en résulte qu'aucun d'eux ne peut servir de guide absolument certain dans tous les cas.

Ainsi, la ligne temporale varie et dans sa situation et dans ses caractères; parfois nettement accusée, elle est, dans d'autres cas, à peine indiquée; la crête vertico-mastoïdienne, offre également de grandes variétés de situation ; l'épine supra-méatique constitue un point de repère fixe et de grande valeur ; sa situation et ses rapports avec l'antrum sont invariables, mais d'abord elle n'existe jamais chez l'enfant, chez lequel on a très fréquemment l'occasion de pratiquer l'antrectomie, et ensuite elle n'existe pas toujours chez l'adulte, ou bien est insuffisamment marquée ; les nombreuses pièces sèches présentées par MM. Rousseaux et Hennebert montrent que l'existence de cette épine est beaucoup moins constante qu'on ne l'admet généralement.

Une série de coupes de temporaux, pratiquées verticalement d'avant en arrière et passant autant que possible par le milieu de la caisse et de l'antre, ont permis de constater, observation confirmée par la projection de l'aditus et l'antrum sur la face externe de l'apophyse, que : 1° le plan horizontal passant par le point d'insertion le plus élevé du conduit membraneux au conduit osseux passe par le bord inférieur de l'aditus et le centre de l'antre ; 2° que le centre de l'antre est à un niveau correspondant à 5 millimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit osseux.

Le nouveau point de repère adopté sera donc un point situé à 5 millimètres en arrière du bord postérieur du méat osseux, point situé sur une horizontale tangente au point d'insertion du conduit membraneux ou bord supérieur du conduit osseux.

L'apophyse sera creusée à ce niveau en entonnoir, dont l'ouverture à la corticale aura 1 centimètre de diamètre, son bord antérieur se confondant avec le bord postérieur du conduit osseux, et dont l'axe sera dirigé obliquement en avant, parallèlement à la direction du conduit auditif.

Chancre de l'amygdale.

M. Bayer expose le cas d'une dame de 22 ans qui présentait une amygdalite ulcérée depuis 3 semaines, ulcérations cautérisées de nombreuses fois au nitrate d'argent par un confrère. L'ulcération n'avait aucune tendance à la cicatrisation ; il se développa même une adénite volumineuse. M. Bayer se décida à instituer un traitement spécifique : la syphilis évolua d'une manière anodine et guérit rapidement sous l'influence du traitement général.

A propos d'un cas de trachéotomie.

M. Eeman. — Une phlébite de la jugulaire interne droite aurait amené un œdème aigu de la paroi latérale droite du pharynx et de la moitié correspondante du larynx ; cette phlébite s'était déclarée au décours d'un accès de goutte chez un homme de

50 ans. Dyspnée intense. Trachéotomie et rappel de l'accès de goutte aux pieds : la thrombose rétrocède lentement, mais il y a toujours danger d'embolie. Ce cas est à rapprocher des thromboses goutteuses des saphènes. Il est en tous cas excessivement rare.

Angine à streptocoques traitée par le sérum antistreptococcique.

M. Eeman. — Cette angine est survenue chez un enfant de 4 ans, après une scarlatine; j'ai appliqué la nouvelle méthode, je crois, pour la première fois en Belgique. Le sérum venait de M. Denys, de Louvain. (D'après M. Eeman, ces angines tuent en quelques heures par parésie cardiaque.) Les cas de mort sont fréquents. L'injection fit disparaître rapidement les fausses membranes et amena une guérison rapide et complète. Je suis donc décidé à injecter ce sérum dans tous les cas d'angine à streptocoques et à l'associer au sérum antidiphthérique dans les cas où le streptocoque sera associé au bacille de Löffler.

M. Cheval a vu plusieurs cas d'angines, diagnostiqués à streptocoques à l'Institut sérothérapique de Bruxelles, guérir sans injection de sérum, par le chlorate de potasse, et aucun de ces cas n'a été mortel. Il croit que le grand danger réside dans les angines à associations.

De la diphthérie nasale.

M. Eeman a rencontré dans ces derniers temps plusieurs diphthéries nasales, sans extension aux organes du voisinage, dont le diagnostic a été fait par M. Van Ermengem; l'état général restait bon; il n'y a qu'un coryza exagéré. L'affection guérit d'elle-même; cependant la virulence des bacilles a été reconnue très grande. Il insiste sur l'affection surtout à cause de la contagion possible dans la famille et à l'école.

M. Capart croit pouvoir admettre l'effet du hasard dans la série d'observations faites par M. Eeman.

Temporal carié.

M. Hennebert. — Ce cas est curieux parce qu'il se rapporte à un enfant de 2 ans 1/2 qui avait une fétidité de l'oreille sans lésion de la peau circonvoisine. Le séquestre siégeait à la face supérieure de la pyramide; les méninges épaissies recouvraient un amas caséeux de la grosseur d'une noix; tous les ganglions rétropharyngiens sont caséifiés et se prolongent jusqu'au médiastin.

Carcinome épithélial du temporal.

M. Hennebert présente l'observation d'un homme de 38 ans qui, à l'âge de 12 ans, s'est introduit dans l'oreille gauche une touche; l'extraction a nécessité le décollement du pavillon; une fistule a persisté, donnant issue à du pus d'une manière intermittente. Il y a 3 mois, des phénomènes inflammatoires aigus se présentèrent dans la région. Une incision faite au niveau de l'empâtement fit découvrir une masse fongueuse dont le curettage, poussé aussi loin que possible, laissa une cavité de la grosseur d'un œuf de poule dont la paroi profonde est constituée par les méninges fortement refoulées; la partie supérieure de la pyramide et une bonne partie de l'écaille du temporal avaient été détruites par le néoplasme. Il n'y avait eu aucune altération de la motilité et de la sensibilité. L'examen de la pièce anatomique, pratiqué par M. le Dr Pechère, a démontré qu'il s'agissait d'un cancer épithélial.

M. Delstanche. — Le corps étranger a très vraisemblablement été la cause du néoplasme.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

1er Semestre 1896.

Absence totale du vagin.

M. Lenger présente une jeune fille âgée de 26 ans qui était atteinte d'une absence congénitale du vagin. La matrice remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et par le toucher rectal, on pouvait constater le col utérin à 9 centimètres au-dessus de l'anus. M. Lenger créa un vagin artificiel : incision transversale à égale distance de l'urèthre et de l'anus; puis, se guidant d'une part sur le doigt indicateur introduit dans le rectum et d'autre part sur une bougie Béniqué introduite dans la vessie, il approfondit peu à peu son incision jusque sur le col qu'il libéra. Incision cruciale de ce dernier et écoulement d'une grande quantité de sang. Pas d'autoplastie, mais quand le bourgeonnement de la plaie commença à se faire, M. Lenger ramena sur le vagin la muqueuse vulvaire, laquelle peu à peu proliféra sur toute l'étendue du canal artificiellement formé. Actuellement, cette jeune fille présente un vagin normal.

Résection de la clavicule.

M. Crikx présente une malade chez laquelle il a pratiqué la résection sous-périostée des deux tiers internes de la clavicule pour tuberculose.

Ce cas est intéressant parce que la clavicule s'est reconstituée dans sa forme normale au bout de 2 mois 1/2.

Opération d'Ogston pour pied bot talus valgus.

M. Charon présente un jeune malade âgé de 10 ans chez lequel il a pratiqué l'opération d'Ogston pour pied bot valgus. Cette opération consiste à faire une arthrodèse entre l'astragale et le scaphoïde : on ouvre l'articulation astragalo-scaphoïdienne, on enlève un coin à chaque os et on redresse le pied en rapprochant les surfaces avivées.

L'enfant opéré par M. Charon marche actuellement sur la plante des pieds, alors qu'avant l'opération, il ne pouvait marcher que sur le bord interne.

Exstrophie de la vessie.

M. Lorthioir présente un jeune malade opéré par M. Charon d'exstrophie de la vessie. Il passe en revue tous les procédés imaginés en vue de guérir cette infirmité. Tous ces procédés peuvent se résumer en 4 types :

1° Les méthodes à lambeaux; elles présentent plusieurs inconvénients : sphacèle, manque de réunion, incrustation de sels calcaires dans les poils ;

2° Abouchement des uretères dans le rectum. Inconvénients : l'urine ne peut être retenue que pendant peu de temps; le procédé expose à la pyélonéphrose par suite du reflux de matières fécales dans les conduits urinaires;

3° Rapprochement du pubis;

4° Méthodes consistant à disséquer la muqueuse vésicale, à l'enlever et à relever le prépuce (procédé de Sonnenburg). C'est ce dernier procédé qui a été employé dans le cas présenté par M. Lorthioir. Mais tout ce qu'on peut obtenir par n'importe quelle méthode, c'est l'usage d'un urinal. Le malade ne peut retenir les urines, n'ayant pas de sphincter vésical.

M. Charon proteste contre l'abouchement des uretères dans le rectum. Il trouve que ce procédé est mauvais, parce qu'il expose à la pyonéphrose et que le malade ne peut conserver les urines dans l'intestin pendant plus de 10 minutes.

M. Depage estime que l'abouchement des uretères dans le rectum n'est pas une question vidée. Il vient de paraître dans les *Annales génito-urinaires* un travail expérimental de Boari, d'après lequel cette opération serait parfaitement rationnelle. Cet auteur prétend que la pyonéphrose se produit quand il n'y a pas d'écoulement libre des urines, c'est-à-dire s'il existe un rétrécissement au niveau de la greffe, ce qui est le cas pour la plupart des procédés. Pour éviter ce rétrécissement, Boari a imaginé un bouton spécial, ressemblant au bouton de Murphy, et qui permet de greffer les uretères sur le rectum d'une façon rapide.

M. Gallet rappelle un cas dans lequel, à la suite d'une fissule recto-vésico-vaginale, il a détourné les urines par le rectum en obturant le vagin. La malade pouvait garder les urines pendant environ 2 heures.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Mastoïdite aiguë et périostite mastoïdienne.

Messieurs,

Le 2 mai 1896, je vous ai fait examiner à la consultation de l'hôpital Trousseau un garçon de 6 ans et demi chez lequel existait, avec évidence, une inflammation mastoïdienne consécutive à une otite moyenne aiguë.

Chez cet enfant, dont les antécédents pathologiques, personnels et héréditaires ne présentent aucune particularité qui nous intéresse, avaient débuté 15 jours auparavant des douleurs de tête, persistant jusqu'aujourd'hui; deux ou trois jours plus tard, il devint évident que les souffrances avaient leur siège principal dans l'oreille gauche, et bientôt on s'aperçut, paraît-il, que derrière le pavillon de l'oreille existait un gonflement rouge, peu à peu accru. C'est seulement il y a 4 à 5 jours que se manifesta un écoulement purulent par l'oreille, et à partir de ce moment on a fait toutes les deux heures, sur la recommandation d'un médecin, des injections d'eau boriquée; en outre, on instilla tous les soirs 5 gouttes de chloroforme et de glycérine.

Sous l'influence de ce traitement — et de la perforation spontanée du tympan — il y eut une légère détente, mais cela ne dura pas. Le 1er mai, la température montait à 40°, l'état général s'aggravait, le gonflement local et les souffrances augmentaient, si bien que, le 2 mai, l'enfant fut amené à l'hôpital.

Là, en regardant le crâne par derrière, je vous ai fait constater que le pavillon de l'oreille gauche était bien plus écarté de la tête que le droit, et cela correspondait à un gonflement avec rougeur occupant la région mastoïdienne, principalement en avant et en haut. Ce gonflement, accompagné de rougeur, effaçait la moitié supérieure du sillon rétro-auriculaire. En cette région, la pression était très douloureuse; elle révélait de l'œdème, mais, en raison peut-être de la douleur, je ne pus sentir la fluctuation. Peut-être aussi le petit abcès que j'ouvris le lendemain n'existait-il pas encore.

En présence de ces symptômes, deux diagnostics seulement devaient être discutés : il s'agissait soit d'une inflammation mastoïdienne, soit d'une de ces lymphangites péri-auriculaires auxquelles, l'an dernier, mon élève Faverot a consacré sa thèse inaugurale.

Je ne m'attarderai pas sur ce diagnostic différentiel : un furoncle de l'oreille avec lymphangite me permettra sans doute bientôt d'y revenir devant vous. Qu'il me suffise de vous en esquisser les traits principaux : aucune douleur en avant du tragus ou sous le lobule de l'oreille, en avant de l'apophyse, ne démontrait l'engorgement de ganglions en ces régions, la douleur à la pression derrière l'oreille était bien plus intense quand on appuyait perpendiculairement à l'os que quand on dirigeait la pulpe de doigt vers le conduit, dans le sillon rétro-auriculaire; les tractions légères sur le pavillon étaient indolentes; enfin, le gonflement mastoïdien avait précédé l'otorrhée d'une dizaine de jours, et d'autre part, en dehors du conduit, on ne trouvait aucune porte d'entrée à l'infection lymphangitique.

L'histoire était donc bien celle d'une otite moyenne aiguë, de cause inconnue, avec mastoïdite précoce et perforation tardive du tympan.

Mais de quelle espèce, exactement, était cette complication mastoïdienne. Je n'hésitai pas à vous déclarer qu'à mon sens la participation des cellules mastoïdiennes était certaine, et en donnant rendez-vous pour le lendemain au malade j'avais l'intention formelle de trépaner l'apophyse. A bien des égards, pourtant, les symptômes étaient ceux que, depuis le mémoire classique de Duplay (1), on a coutume d'attribuer à la périostite du temporal compliquant l'otite purulente : dans cette périostite, fréquente surtout chez l'enfant, le gonflement, mal limité, se continuerait directement, pour ainsi dire, avec celui du conduit auditif; le sillon qui, à l'état normal, sépare en arrière et en haut la conque du temporal, se trouverait effacé; l'oreille serait écartée des parois crâniennes et repoussée en dehors et en avant. Dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes, le sillon rétro-auriculaire serait souvent plus accusé qu'à l'état normal, et le pavillon de l'oreille n'offrirait pas l'apparence extérieure que j'ai signalée comme caractéristique de la périostite du temporal (2).

Malgré l'autorité d'un clinicien aussi expert que le professeur S. Duplay, je ne crois pas qu'il faille établir cette opposition entre la forme du gonflement dans la périostite et dans l'inflammation des cellules. Chez les nombreux enfants auxquels je trépane devant vous l'apophyse, en y trouvant toujours du pus dans les cellules, ce gonflement diffus, effaçant le sillon rétro-auriculaire, est la règle presque sans exception : je n'ai souvenir que de deux cas de mastoïdite où ce sillon fût conservé, et parmi tous les autres, qui ne doivent pas aujourd'hui être loin de 200, je n'ai rencontré qu'un seul cas où il s'agissait *peut-être* d'une périostite mastoïdienne.

Dans ce dernier cas, sur l'interprétation exacte duquel je ferai tout à l'heure quelques réserves, il s'agissait d'un abcès rétro-auriculaire compliquant une otite chronique; à cet égard, donc, il y a une différence à établir avec le fait que je viens de résumer et où l'otite était aiguë. Parlons donc actuellement des seules otites aiguës avec abcès rétro-auriculaire : dans ces conditions j'ai toujours vu, chez l'enfant, le pavillon écarté du crâne par un gonflement effaçant le sillon rétro-auriculaire. Cela est vrai même chez les enfants âgés de quelques semaines, prédisposés, dit-on, à la périostite simple en raison de la

1. S. Duplay, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1875, t. I, p. 513.
2. S. Duplay, *loc. cit.*, p. 521.

brièveté du conduit auditif. Et toujours, après incision rétro-auriculaire, j'ai trouvé du pus dans l'antre mastoïdien : il y avait des lésions des cellules et non point simple périostite. Voilà pourquoi, en examinant devant vous le malade dont je vous ai rappelé l'histoire, j'ai diagnostiqué d'emblée une inflammation des cellules mastoïdiennes : c'eût été, pour un cas aigu, la première périostite qu'il m'eût été donné d'observer.

Vous comprenez sans peine tout l'intérêt de ce débat : à la périostite peut convenir la simple incision des parties molles, tandis que l'ouverture des cellules s'impose si elles contiennent du pus. La plupart du temps, quelque diagnostic qu'on ait porté à l'avance, la question pratique est vite tranchée : au fond de l'abcès on voit un point dénudé plus ou moins large, en regard de l'antre mastoïdien; là l'os est rouge, friable, manifestement malade, la dénudation, par contre, ne se prolonge pas sur la paroi du conduit: et, en entrant dans l'os ramolli par l'ostéite raréfiante, la curette ou mieux la gouge pénètrent dans l'antre plein de pus.

Mais lorsque, sous le périoste décollé par le pus, l'os paraît sain? Alors on agit en prenant pour guide les notions anatomo-pathologiques qu'on a acquises jusque-là : et c'est pour cela que dans ces conditions, croyant peu à la périostite dans les cas aigus, j'ai coutume de recommander, et de pratiquer pour mon propre compte de parti pris, la trépanation de l'antre mastoïdien au lieu d'élection. C'est cette règle que je viens de suivre, et l'opération à laquelle vous avez assisté me paraît comporter un enseignement réel.

J'ai fait dans le sillon rétro-auriculaire, sur toute la hauteur de ce sillon, une incision allant jusqu'à l'os, et j'ai ainsi ouvert, sous le périoste, un petit abcès contenant à peine un dé à coudre de pus. J'ai alors, après un débridement postérieur en T, dénudé l'apophyse à la rugine pour bien voir toute la région, selon une règle formelle, et la couche osseuse corticale est apparue normale d'aspect, de couleur, de consistance. Nulle part on n'y voyait de point rouge, un peu plus poreux que le reste, et il me fut même impossible de reconnaître à un signe quelconque le point en regard duquel siégeait la petite collection purulente. Malgré cela, fidèle à mes principes, j'attaquai l'os au lieu d'élection, dans un petit quadrilatère de 5 millimètres de côté, à 5 millimètres en arrière du conduit, au-dessous de l'horizontale passant par l'épine de Henle : le maillet ne fit qu'avec assez de peine entrer le burin dans une apophyse dure, et lorsque je fis sauter le petit carré de corticale, épais de 3 à 4 millimètres, que j'avais ainsi circonscrit, je vis encore de l'os dur au fond de la brèche, sans trace d'une cavité ressemblant à l'antre.

Étais-je donc, pour la première fois, en face d'une otite aiguë avec périostite mastoïdienne? Mon expérience pratique est aujourd'hui suffisante pour que je me défie, *a priori*, des lésions mastoïdiennes assez rares pour ne s'être pas encore présentées à mon examen : aussi poursuivis-je mon plan opératoire initial, presque sûr de trouver du pus dans l'antre; et si j'avais ouvert une cavité saine je m'en serais vite consolé, car, au prix d'une intervention facile et bénigne, j'aurais acquis la preuve irréfutable que j'étais en présence d'une lésion rare, contestable même. J'ai donc continué à creuser au burin, à petits coups, en cherchant en haut, en avant et en dedans, là où se trouvent, profondément, les vestiges de l'antre dans les apophyses éburnées : à un centimètre de profondeur je suis arrivé à l'antre, gros au plus comme un pois, et il était plein de pus.

Mon entêtement se trouvait ainsi justifié : mais pour agir de la sorte il m'avait fallu une foi robuste dans ma croyance à l'infection initiale et constante des cellules mastoïdiennes, et, pendant les quelques minutes qu'a duré l'intervention, plusieurs de vous ne m'ont pas dissimulé qu'ils s'arrêteraient en route. En fait, ma conduite était la seule qui pût procurer la guérison, car je pense, sur ce point, exactement comme M. le professeur Duplay, dont je ne saurais mieux faire que de vous répéter textuellement les paroles (1) : « Dès que l'on a acquis la certitude de la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, il est indiqué de lui donner issue par une ouverture artificielle. Cette ouverture, selon moi, ne souffre aucune exception et ne saurait être négligée par ce fait que la membrane du tympan est largement perforée et qu'il n'existe aucun obstacle dans le conduit auditif à l'écoulement du pus. A plus forte raison, lorsque cette dernière condition se rencontre, l'indication est-elle formelle. »

J'en reste donc où j'en étais : je n'ai pas encore observé un seul cas de périostite mastoïdienne au cours d'une otite aiguë, et lorsque les symptômes et signes sont tels qu'il faille prendre le bistouri, je conseille de toujours trépaner, de parti pris, l'antre mastoïdien.

Mais, m'objectera-t-on, contester les succès possibles de l'incision simple, dite incision de Wilde, c'est nier l'évidence! Et cependant je les conteste! Je vous dirai une autre fois comment je les interprète : mastoïdites capables de guérir sans intervention, cicatrisation temporaire et guérison apparente suivie de récidive, malade perdu de vue avec une fistule qu'on croit insignifiante et qui en réalité persiste, trépanation spontanée suffisante, erreurs de diagnostic avec les lymphangites rétro-auriculaires, autant de points dont le développement m'entraînerait trop loin. Qu'il me suffise de cette rapide énumération, et j'en arrive, pour terminer, à la périostite mastoïdienne compliquant les otites chroniques. Ce serait la plus importante.

Dans le mémoire que j'ai déjà cité, M. Duplay déclare en effet avec netteté que la périostite, rare au cours des otites aiguës, s'observe surtout « consécutivement à une otite purulente chronique, momentanément passée à l'état aigu. » C'est alors que l'on voit des abcès rétro-auriculaires reposant sur une dénudation osseuse qui se prolonge dans le conduit et aboutit à la caisse, sans lésion mastoïdienne intermédiaire. Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents, mais ils existent, et j'en ai observé un exemple : c'est que, dans les vieilles otites, les os voisins sont souvent hyperostosés par une ostéite condensante; des nouures rétrécissent le conduit, les cellules mastoïdiennes sont comblées complètement ou à peu près et c'est à peine si, dans la base de l'apophyse éburnée, un renflement rempli de quelques fongosités marque, à l'extrémité de l'*aditus*, le vestige de l'antre. Alors les cellules apophysaires ne participent plus au processus, pour ce bon motif qu'elles n'existent plus. Une réserve toutefois doit être faite : vous savez que les cellules mastoïdiennes viennent, par le groupe des cellules limitrophes du conduit, prendre part à la constitution du conduit auditif, dans sa partie postéro-supérieure, et quelquefois ces cellules, seules conservées dans une apophyse éburnée, s'enflamment et causent un abcès du conduit. Ne peuvent-elles être incriminées aussi bien que la périostite pour expliquer ces abcès rétro-auriculaires venant du conduit et non de l'apophyse? La chose est possible, et je la crois même relativement fréquente. Mais dans l'état actuel de

1. S. DUPLAY, *Traité de chirurgie*, Paris, 1891, t. IV, p. 726.

la chirurgie auriculaire, le début a perdu beaucoup de son intérêt.

Il n'y a pas longtemps encore, on n'avait comme ressource que l'incision simple et la trépanation de l'apophyse, et c'était par les voies naturelles seulement qu'on agissait dans la caisse du tympan. Qu'importait donc le diagnostic précis entre une périostite et une mastoïdite des cellules limitrophes? Dans un cas comme dans l'autre, on ne pouvait pas arriver à grand'chose de bon en trépanant l'apophyse éburnée : et voilà pourquoi, en 1875, M. Duplay avait raison de soutenir que l'incision simple, déplorable en cas de mastoïdite, trouvait son indication dans les abcès rétro-auriculaires qui se prolongeaient jusqu'à la caisse entre le conduit osseux et le conduit membraneux décollé.

Mais aujourd'hui doit-on en rester là? Absolument pas. Nous sommes opératoirement armés, par l'opération de Stacke, contre les lésions osseuses de l'otite moyenne chronique. Pour guérir ces malades, il faut agir directement et activement sur la source de la suppuration chronique, c'est-à-dire sur la caisse. Aussi l'incision simple de ces abcès au fond desquels l'apophyse apparaît blanche et dure doit-elle être complétée par l'ouverture large de la caisse, selon le procédé de Stacke, et, cela fait, il devient aisé de bien mettre à jour et l'aditus et les vestiges des cavités apophysaires : fatalement, les cellules limitrophes du conduit seront ainsi ouvertes.

Je m'arrête, car je ne veux pas entrer dans l'étude, si complexe, du traitement opératoire des otites moyennes chroniques, mais j'en ai dit assez pour vous faire comprendre que, même alors et l'apophyse étant éburnée, vous ne devrez pas vous en tenir à l'incision simple des parties molles.

La conclusion que vous aurez à retenir est donc que jamais, en dehors des abcès par lymphangite ou adénite, un abcès rétro-auriculaire ne sera traité par l'incision simple : s'il accompagne une otite aiguë, il sera nécessaire de trépaner l'apophyse; s'il complique une otite chronique réchauffée, la plupart du temps on devra trépaner, outre la caisse, l'apophyse dont les lésions seront évidentes, mais si elle paraît saine on pratiquera immédiatement la trépanation de la caisse par le procédé de Stacke.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Une visite aux sanatoria suisses pour le traitement des tuberculeux (Leysin-Davos),

Par le professeur E. Forgue (de Montpellier).

Les stations d'altitude pour tuberculeux attirent, en France, de façon croissante, l'attention des médecins et du public. Nous avons eu, sur ce point, du côté de la thérapeutique, tant de déboires que c'est vers l'hygiène que se tournent actuellement notre espoir et notre effort. Nous avons vu, après un temps de vogue et de mode, l'échec décevant de tant de médicaments spécifiques ou prétendus tels que c'est de l'amélioration du terrain organique, de sa mise en état de défense par les simples stimulants de la nutrition et des ressources médicatrices de la nature que nous attendons — jusqu'à nouvelle conquête de la bactériologie — nos meilleures guérisons.

Ces raisons nous ont déterminés, M. le professeur Carrieu et moi, à profiter des vacances de la Noël pour rendre visite à deux des stations suisses les plus en vue : Leysin, parce qu'elle est la plus voisine et la plus fréquentée des Français; Davos, parce qu'elle fut, pour la Suisse, la première fondation de ce genre, qu'elle est la plus connue, la plus courue.

I

Leysin se recommande incontestablement aux malades français par sa proximité et sa facilité d'accès.

Un grand hôtel, à la façade imposante, aux cinq étages illuminés, se détache vivement sur les fonds boisés et neigeux qui lui servent de cadre : nous sommes arrivés au Sanatorium. La transition est agréable de la solitude sévère et silencieuse, où, depuis trois heures nous voyageons, à ce mouvement empressé et correct qui nous accueille, à ce confortable élégant qui, dès l'entrée, nous frappe; de même, nous apprécions, après cette stimulante course au plein air, les agréments d'un calorifère bien réglé et d'une table bien servie.

Dans une immense salle à manger, aux larges baies vitrées, plus de 120 convives sont déjà groupés par trois grandes tables; des guirlandes de verdure courent sur les parois; les candélabres sont couverts d'abat-jour transparents, aux couleurs vives : au fond de la pièce, un grand sapin, enrubanné, chargé de verroteries, de drapeaux, de menus objets, de petites bougies allumées, se dresse, emblème joyeux de cette nuit de Noël, dont l'anniversaire apporte, plus vives qu'ailleurs, chez ceux qui souffrent, son impression d'espérance et sa tradition de joies. Notre premier sentiment — nous le devons reconnaître — est une surprise. Tout ce monde est gai, en tenue de ville; on ne tousse point, on prolonge le séjour à table, on fait honneur au copieux repas qui marque cette fête. Comment? Ce sont des tuberculeux, ces jeunes gens, réunis en un vivant groupe, qui se parent des rubans brillants de l'arbre de Noël, s'en font des diadèmes, des couronnes, des colliers, des aiguillettes? C'est un bacillaire, ce jeune homme qui boit du champagne et toaste joyeusement avec ses voisins; ce sont des malades, tous ces gens qui au dessert font pétarader les « crackers » anglais en tirant des bonnets grotesques de papier dont ils s'affublent? Quelle valeur ont donc ces objections, dont on a si longtemps combattu l'agglomération des tuberculeux et qui redoutaient la tristesse et la désespérance issues de semblables réunions. Rien ne pouvait, dans notre esprit, leur donner un plus décisif démenti que cette impression première, assez forte pour nous faire douter un instant de l'exactitude des diagnostics. Reconnaissons, toutefois, que notre arrivée coïncidait avec une soirée exceptionnelle, avec la présence, à côté des malades, des parents en visite : à l'état normal, comme nous l'avons pu voir au déjeuner du lendemain, la table est plus calme, mais l'allure générale demeure gaie, confiante, cordiale.

Les 110 chambres sont spacieuses, propres, d'un mobilier sobre, d'une ventilation large : l'air y arrive par les doubles impostes, ouvertes aux degrés voulus, et par des cheminées d'aération à fort tirage. Ce n'est point assez : on entr'ouvre la fenêtre et l'on prend l'habitude de dormir au plein air. « J'ai laissé ma fenêtre à demi-ouverte par des froids de — 14° », nous disait un confrère que nous avons eu le plaisir de trouver là-haut touchant à la guérison. Il est vrai qu'on se couvre fortement et que la vapeur à basse pression apporte dans la chambre une température bien réglée. N'empêche que, parmi les au-

daces de la cure d'air, celle-là semble la plus paradoxale, heurtant radicalement les prescriptions routinières, les habitudes de préservation contre le froid, de confinement en espace clos, de vie abritée, de cache-nez, de bourrelets et de paravent. De l'air, de l'air à pleins poumons, de l'air sec, froid, immobile, aseptique : voilà pour le poitrinaire l'aliment de vie. Toutes les règles du sanatorium tendent à développer ce bain d'air au maximum compatible avec la tolérances et les indications individuelles. Le froid, qui est une des conditions de sa faible hygrométricité, augmente encore sa valeur comme tonique général, comme stimulant de l'appétit, comme antithermique.

Des chambres, de la terrasse, des pentes voisines, se découvre un des plus beaux panoramas de montagne. Dès le matin, en gens cloîtrés et condamnés à la vie sédentaire, nous avons voulu nous saturer d'air stérile — ce qui nous change du milieu coutumier — et contempler le spectacle des neiges — ce qui nous est une diversion aux horizons poudreux du Clapas. Et nous voilà engagés dans les sentiers qui serpentent vers les forêts voisines : c'est le calme ouaté des paysages de neige ; les moindres bruits y prennent de particulières sonorités ; de temps en temps, une masse de neige s'abat du haut d'un sapin et se disperse en poussière blanche sur les branches basses ; quelques sonnailles de bétail montent, claires et tintantes, du village ; à trois reprises, nous entendons des bruits qui se répercutent en longues détonations : c'est quelque avalanche qui, sous le dégel, roule des cîmes. Le ciel est d'un bleu profond : dans le bas, à droite, la vallée du Rhône s'embrume d'un brouillard lumineux, en face de nous se découpe le profil aux vives arêtes des Dents du Midi, d'Oche, de Morges, des Diablerets, dont les pointes blanches sont baignées de soleil.

C'est dans la vue de ce majestueux spectacle que, dans les galeries ouvertes, étendus côte à côte sur des chaises longues, protégés par de grandes chancelières et des couvertures, les malades font la « cure d'air ». Dès le matin, après le petit déjeuner, ils commencent cette vie horizontale et reposante, ils s'étendent à nouveau après le grand déjeuner, s'étendent encore après le goûter, et préludent au coucher, qui est fixé militairement à 10 heures du soir — extinction des feux — par une séance de repos dans la galerie, éclairée et bien pittoresque à ce moment. Les plus fatigués font cette cure dans leur chambre ; les valides y joignent — à doses réglées par le distingué Dr Burnier — des promenades dans les sentiers avoisinants, des séances de patinage. Mais la galerie est le lieu normal de repos et d'aération ; il y en a deux très belles dans l'établissement même ; on en a construit deux autres, à quelque distance, où peuvent s'isoler les malades désireux de plus de calme. D'ailleurs, grâce à des paravents, des groupes sympathiques se forment dans les galeries communes ; la similitude des âges et des situations y crée des intimités charmantes : on lit — distraitement ; on converse — doucement ; on se laisse vivre et guérir, sans effort de pensée, sans action, sans bruit. Et cette réduction au minimum de l'activité nerveuse a des charmes auxquels on s'accoutume vite, nous disait un confrère en traitement. Bouchard, qui a écrit sur la fièvre chez les débilités une page de pénétrante analyse, a bien mis en lumière ce rôle apaisant de la tranquillité des lieux et des choses : de ces montagnes imposantes, du calme ambiant de cette nature, de la solitude et du silence de ce paysage de neige, se dégage une impression de paix qui exerce sur le système nerveux une sédation incontestable. De plus, cette mise au repos du tuberculeux réduit de plus en plus les toxines issues de l'action musculaire et de la dépense organique ; et c'est par là qu'elle est le plus sûr antipyrétique.

II

Nous sommes arrivés à Davos, à la nuit, par le chemin de fer à voie étroite qui part de Landquart. A Klosters, notre vagon a été envahi par tout un chargement d'Anglais bruyants, aux joues émerillonnées de froid, traînant avec eux la « luge », sorte de petit traîneau sur lequel ils s'amusent à dévaler le long des pentes. Le diagnostic est facile : ce ne sont pas des malades, ce sont des touristes qui se livrent aux sports d'hiver. — Voici Davos-Dörfli : dans la vallée large, toute blanche de neige, des groupes de maisons et de gros hôtels montrent leurs façades éclairées, et, jusqu'à Davos-Platz, c'est une chaîne brillante de chalets et d'hôtels, dont les nombreuses lumières se mêlent aux lueurs violettes de grandes lampes à arc, d'un effet très pittoresque sur les blancheurs neigeuses qui couvrent tout. A la gare de Davos-Platz, une station de traîneaux assure le service des hôtels. Dans l'hôtel Bergadler, où nous sommes descendus, nous trouvons à table d'hôte une quinzaine de malades : là encore, le moral est excellent. On parle bien de sujets médicaux, de bacilles, de lymphe de Koch, du livre de Petit, mais on en cause avec un intérêt confiant. En face de nous, sont deux jeunes abbés, instruits et d'une parfaite courtoisie : l'un d'eux a une caverne, nous dit-il ; il est traité par la tuberculine de Koch et tolère bien des injections de 500 millimètres ; il n'a point de fièvre de réaction : au contraire, ce soir il n'a eu, prétend-il, que 35°.

Après le dîner, nous faisons une promenade dans Davos-Platz. Notre première impression se confirme. Ce n'est plus la calme retraite de Leysin : c'est — au point de vue du mouvement — une station balnéaire quelconque. Sur l'emplacement de ce pauvre village des Grisons, où, il y a trente ans, vint se réfugier, par raison politique, le médecin badois Spengler, créateur de Davos, une ville s'est édifiée, ville que peuplent actuellement 2 000 poitrinaires. Et c'est de plus en plus, vers cette vallée salubre, l'affluence de ceux qu'ont usés la grande ville ou la grande vie. Ces montagnes, où durant des siècles vécurent, libres et isolés, de robustes paysans allemands, élevant le bétail, combattant l'ours et le loup, voient venir à elles la foule maladive des poitrinaires de toute l'Europe : les Allemands y dominent ; les Hollandais, les Anglais, les Américains, les Portugais, y forment d'importants groupes ; il n'y avait guère que 70 Français, lors de notre passage.

C'est ce développement même de la ville, cette agglomération croissante des malades qui nous paraissent constituer, pour Davos, une menace. Le traitement d'un tuberculeux dans une station d'altitude ne ressemble point à une saison banale dans une ville d'eaux. C'est entendre à rebours l'intérêt de pareils malades et l'avenir même de la station que d'offrir — à l'instar de Luchon ou de Spa — des concerts en face de galeries monumentales, mais mal orientées, des spectacles en des salles qui, malgré toute aération, subissent une viciation atmosphérique, et tout le luxe inutile d'un *Hôtel Continental* ou d'un *Grand Hôtel*. Nous avons visité et admiré les splendeurs du Kurhaus : les habitudes de certains malades de nationalité anglaise ou américaine exigent, paraît-il, ces somptueuses installations, ces distractions, cet apparat,

Là n'est point l'organisation rationnelle; nous ne pensons pas non plus que le tuberculeux trouve, dans la vie à l'hôtel ou en garni, les plus favorables conditions de sa cure.

Il faut le régime de l'internat; l'externat, même surveillé, n'est point avantageux au bacillaire. Certes, un malade raisonnable dans un petit hôtel tranquille se traitera correctement. Mais que d'infractions possibles, chez un jeune homme, chez un indocile ou un impatient? Quelle nécessité d'un contrôle de tous instants : Peut-on sortir aujourd'hui? Combien de temps pourra-t-on rester dehors? On a un peu de fièvre : faut-il rester à la chambre? S'il faut mander le médecin, on passe outre. Dans un sanatorium, cette étroite surveillance s'exerce sans négligence possible : l'alimentation, le repos, l'exercice, sont mesurés à doses convenables; le malade est gardé contre toute imprudence. On sait par quel heureux privilège les phthisiques, plus que tous autres malades, sont enclins à l'illusion. Chacun d'eux, nous disait spirituellement le Dr Turban, croit que ses bacilles sont de moins offensive qualité que ceux du voisin. « Je vais bien, docteur, je ne tousse plus, je crache à peine, j'ai grand appétit, je désire me promener une heure par ce beau temps ». A quoi le médecin du sanatorium peut répondre : « Je vous ai trouvé un peu de congestion et quelques râles, vos températures ne sont pas descendues à la normale absolue; gardez encore le repos. D'ailleurs, le ciel est bleu, mais le baromètre baisse : une bourrasque peut s'élever d'un moment à l'autre : ne sortez pas. » — D'autres raisons plaident en faveur des établissements fermés : dans les hôtels, nous disait Turban, la désinfection des chambres n'est pratiquée qu'après un décès; au sanatorium, c'est une mesure obligatoire après chaque départ de malade.

Le sanatorium du Dr Turban offre un parfait exemple de cette discipline nécessaire et d'ailleurs aisément consentie : l'esprit se plie volontiers aux règles, et l'on s'accoutume à trouver, dans cette direction méthodique et autorisée, une quiétude spéciale issue de la régularité et de la surveillance; c'est ce qui fait le charme et garantit l'observance des règlements étroits régissant les communautés, le milieu militaire. Une des plus curieuses prescriptions, c'est la discipline de la toux. « A mon premier examen, nous disait Turban, quand un malade tousse sans trêve, je lui déclare : Ah! vous toussez; je ne supporte pas la toux; c'est une mauvaise habitude. Et le malade prend peu à peu le pouvoir de résister aux picotements, aux excitations laryngées ». Dettweiler a, plus que tous, insisté sur cette éducation du phthisique. Pendant les repas aux sanatoria, on est tout surpris de n'entendre que deux ou trois quintes — discrètes et étouffées. L'expectoration est silencieuse, de gens bien élevés : sans bruit, de façon dissimulée, les malades crachent dans l'appareil portatif de Dettweiler, récipient plat de verre bleu, hermétiquement clos. Au total ce sont habitudes polies à prendre : par analogie se moucher est un besoin dont certains s'acquittent avec un fracas inutile et de mauvaise éducation. Ici, ces règles sont dictées par l'hygiène plus que par la convenance : toute quinte qui ne sert pas à l'expectoration est inutile et nuisible, puisqu'elle ébranle le poumon, contrarie la cicatrisation et expose à des hémoptysies.

« Je soigne particulièrement l'alimentation, nous disait le Dr Turban. J'ai, chaque jour, à ce sujet, des conférences avec l'économe. Il la faut ample, à doses fractionnées, variée. Nos malades font six repas par jour, ou plus exactement quatre collations et deux repas : celui du soir est le plus léger. Nous varions les menu ; à des plats recherchés ou excitants — huîtres, caviar — nous faisons succéder une cuisine très bourgeoise — pot-au-feu des familles. Chacune de nos trois tables est présidée par un médecin, qui peut ainsi surveiller les écarts de régime, les excès alcooliques — familiers aux Anglais. Si un malade a bu plus que son état ne permet, je lui en fais le lendemain l'observation; s'il persiste, je le renvoie. L'air froid a sur les estomacs une action tonique remarquable. Un professeur de pathologie interne, spécialiste en affections gastriques, en avait été frappé durant son séjour au sanatorium. Nous avons vu des dilatations par atonie subir une rétrocession remarquable. Depuis, ce professeur m'a, à titre d'expérience clinique, envoyé des dyspeptiques par atonie gastrique, non améliorés par les médicaments : ils sont partis guéris.

« Je considère le repos, au plein air comme le plus actif médicament de la fièvre des tuberculeux. Celle-ci doit être déterminée avec soin, par des explorations répétées toutes les 2 heures et avec le thermomètre placé dans la bouche, ce qui est plus exact, dérange moins, et ne diffère que de 2 à 3 dixièmes de degré avec les températures axillaires : le grand nombre des courbes prises m'autorise à proclamer la nécessité de ces multiples déterminaisons; tel malade a 37°3 le matin, 37°5 à 6 heures du soir; on en conclura qu'il est apyrétique; erreur, car à 4 heures il a pu offrir un rapide mouvement fébrile. Le bain d'air froid a une action antipyrétique comparable au bain froid dans la fièvre typhoïde. Nos tuberculeux fébricitants, quand ils arrivent, sont tenus au lit dans leur chambre très aérée, pendant 15 jours, 3 semaines, 1 mois 1/2; on voit la courbe descendre lentement à la normale. » — Turban et Burnier considèrent comme d'un fâcheux pronostic la résistance du mouvement fébrile à ces séjours prolongés au lit : au bout de 1 mois 1/2, si la fièvre se maintient, Burnier renvoie le malade dans la plaine. La défervescence progressive, le retour à la normale — de 36°8 à 37°3 — fournissent, pour l'exercice et les sorties au dehors, les meilleures indications; les médecins de sanatoria règlent ce mouvement avec une grande sagesse : ce sont quelques instants de marche en route plate; puis on permet les sentiers à douce montée. Mais le repos sur la chaise longue occupe, aux premières périodes, la presque totalité des journées : les séances s'intercalent entre les repas, la dernière suit le repas du soir et prend fin à 10 heures, heure du couvre-feu. Le patinage est une distraction réservée aux valides; quant aux glissades en « luge » elles ne sont autorisées, ni par Turban, ni par Burnier.

« Je continue, nous disait Turban, à employer la tuberculine; mais je l'utilise à quantités très mesurées, commençant par les doses infinitésimales de 1 dixième de milligramme, pour m'élever graduellement à des injections qui peuvent atteindre 1/2 gramme, 1 gramme exceptionnellement. » Cette foi dans la lymphe de Koch est intéressante à enregistrer, car les fidèles se font rares : à Zurich, à Berne, on nous a dit l'avoir, après long essai, abandonnée devant la médiocrité des résultats. — « Je donne peu de médicaments; je vous signale cependant une formule dont je suis satisfait comme moyen antithermique : c'est l'association — sous forme pilulaire — de salicylate de soude (1 gramme) et d'acide arsénieux (1 milligramme). — Je pratique largement et avec profit l'hydrothérapie : les ablutions ou le drap mouillé chez les plus malades; la douche en éventail chez les plus valides.

« Les contre-indications aux stations d'altitude? Je vous signale, surtout, nous a dit Turban, l'asthénie car-

diaque : les malades à pouls rapide, allant jusqu'à 120, sans mouvement fébrile parallèle, à cœur gros, à lésions valvulaires mal compensées, supportent mal nos hauteurs. Encore faut-il distinguer : nous en avons vu atteints de tachycardie — par action probable des toxines bacillaires sur les ganglions du cœur — dont le pouls se calmait, se régularisait, prenait de l'ampleur après quelques semaines de traitement. » — Au dire de Burnier, les tuberculoses de l'appareil génito-urinaire sont peu influencées par les cures d'altitude. Turban nous a affirmé que les tuberculoses chirurgicales — osseuses, articulaires — guérissaient plus vite avec des interventions économiques; mais leur thérapeutique appartient évidemment à la chirurgie, et le séjour des montagnes n'y peut entrer que comme condition auxiliaire d'hygiène post-opératoire.

Quels sont les résultats obtenus? Il n'est point inutile de dire avec quel soin scrupuleux sont prises les observations. « Mon premier examen, nous disait Turban, me prend généralement une heure. » Un petit laboratoire bien outillé permet les recherches bacillaires. Sait-on qu'à Davos il y a trois « boutiques » ouvertes sur rue qui font métier de coloration de bacilles; on lit : *Bacteriologisches Laboratorium*, comme ici : *Droguerie* ou *Papetier*. Les résultats en sont consignés sur des feuilles d'observation très complètes; la tenue de cette comptabilité clinique est assurée avec une méthode que maints grands services pourraient envier et les statistiques en sont singulièrement facilitées. « Nous guérissons, dans la proportion des deux tiers, les formes non aiguës, prises au début, évoluant chez des malades dociles. Nos plus francs succès sont constatés chez les tuberculeux anorexiques, qui ici s'alimentent et digèrent, chez ceux qui ont gardé d'une atteinte d'influenza cette neurasthénie rebelle aux médications habituelles. Les laryngites bacillaires, quand elles ne s'accompagnent pas de destructions trop étendues, sont particulièrement influencées par la cure d'altitude; même, il m'est arrivé plusieurs fois de voir s'améliorer contre toute attente des infiltrations laryngées tellement diffuses que je me tenais prêt, chez ces malades, à pratiquer la trachéotomie. Il y a des anémiques qui supportent mal la montagne; mais je manque de données précises pour vous spécifier cette contre-indication, car il en est, au contraire, qui en retirent un rapide bénéfice. Il est enfin des nerveux qui sont anormalement excités par le climat d'altitude : ceux-là doivent redescendre vers la plaine. »

Au total, nous sommes revenus, Carrieu et moi, enchantés par le charme pittoresque du voyage, intéressés et instruits par ce que nous y avons vu, confiants dans les résultants qu'on nous a montrés et dans la valeur curatrice de la haute montagne : n'est-elle point, en tous pays, la réserve d'hommes, où se maintient la race, où le sang demeure riche en globules, et d'où descendent les émigrations qui vivifient la population décroissante et décadente des villes?

Mais, il ne faut point attendre du simple séjour dans les stations d'altitude une guérison constante et prompte. Leur bon effet se subordonne à la méthode et à la rigueur qui doivent présider à la conduite de ce traitement : ce n'est point une cure spécifique; c'est un ensemble de conditions hygiéniques, de règles de vie, de stimulations trophiques dont la mise en œuvre réclame un établissement spécial et un praticien spécialiste.

De plus, il faut perdre et faire perdre à nos malades l'habitude de cette thérapeutique pressée, impatiente, qui escompte et exige le succès à brève échéance, faute de quoi le malade se lasse et le médecin cherche autre chose. On nous montre une coxalgie; nous disons d'emblée : ce sera long; comptez sur un an, un an et demi pour enrayer le foyer bacillaire; comptez ensuite sur plusieurs mois pour la convalescence de la jointure; et ces longs délais sont consentis et tolérés sans qu'on se relâche de l'immobilisation, ni qu'on sorte le malade de la gouttière. Il doit en être de même, en matière de tuberculose pulmonaire : il faut d'abord limiter et cicatriser le point malade; puis maintenir et confirmer la guérison par la continuation des conditions qui l'ont permise; ne point rendre en hâte ce poumon convalescent et ce tuberculeux prédisposé au milieu où il s'est contaminé. La durée moyenne du séjour à l'établissement de Turban est de 6 mois; mais nous avons rencontré des malades qui sont au sanatorium depuis 2 ans, 3 ans, et qui ne peuvent encore quitter, sans périls, la montagne : ce sont, comme nous disait Turban, des « pensionnaires chroniques ».

Nous croyons donc fermement au développement de ces sanatoria : il y a, en France, dans nos Alpes, des vallées orientées à merveille pour y établir de semblables créations. A en croire certains chiffres, qui témoignent de superbes rendements — 33 p. 100 dans un sanatorium — ce serait faire une bonne affaire en même temps qu'une bonne œuvre. — Des fondations semblables s'imposent pour l'hospitalisation des tuberculeux pauvres : sachons imiter l'intelligente charité des Suisses; la ville de Bâle a voulu fonder, à Davos, un sanatorium pour indigents : en 15 jours, une souscription publique a réuni plus de 400000 francs.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en avril et mai 1896.

M. Darin. — *Contribution à l'étude des rapports de l'alcoolisme et de la folie.* N° 219.

M. Pinganaud. — *Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique.* N° 228.

M. Thiénot. — *Des lavages de la plèvre par simple ponction, au moyen d'une aiguille à double courant et d'une technique spéciale.* N° 233.

M. Ghazarossian. — *Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement.* N° 240.

M. Eleuterescu. — *Contribution à l'étude des grossesses multiples uni- et bivitellines.* N° 244.

M. Boullé. — *Etude sur l'accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührssen.* N° 245.

M. Desbordes (C.). — *Des hernies adhérentes de l'S iliaque. Adhérences par glissement.* N° 284. (H. Jouve.)

M. Carpentier (Prosper-Léon). — *De la défense dans le délire de persécution chronique.* N° 298. (Soc. d'Edit. scient.).

M. Rebulet. *Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie.* N° 302. (A. Maloine.)

M. Gieure (Paul). *Du massage oculaire.* N° 304. (Soc. d'Édit. scient.)

M. Darin conclut de ses recherches que l'alcoolisme est en progression croissante en Italie, en Belgique et surtout en France, tandis qu'il diminue en Norvège, en Suisse et en Allemagne. Parallèlement à cette progression en France, le nombre des aliénés augmente considérablement. Cette augmentation des

cas d'aliénation mentale porte surtout sur deux types, la folie alcoolique et la paralysie générale. D'ailleurs les rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation sont encore plus manifestes si l'on examine les diverses régions de notre pays; ce sont celles où l'alcoolisme est le plus intense qui comptent le plus d'aliénés.

Les conséquences héréditaires de l'alcoolisme ne sont pas moins terribles, car, d'après Legrain, sur 814 enfants d'alcooliques, on compte 322 dégénérés, et 174 sujets qui n'ont pu vivre : voilà pour les victimes physiques. Les victimes morales comprennent 14 p. 100 d'hystériques, et plus de 17 p. 100 d'épileptiques.

Quant à la paralysie générale, elle croît à Paris en même temps que l'alcoolisme augmente.

Aussi faut-il se féliciter des mesures prophylactiques et les encourager. Déjà les lois fiscales et répressives, les sociétés de tempérance, les enseignements scolaires anti-alcooliques ont donné quelques résultats heureux; et on ne saurait mieux faire que d'encourager de telles réformes et de favoriser la création des sociétés privées.

M. Pinganaud termine son travail en concluant que la sclérose latérale amyotrophique, créée de toute pièce par Charcot, mérite son nom de *maladie de Charcot*. Longtemps on a cru qu'il s'agissait toujours d'une sclérose descendante; puis M. Durante après M. Marie a émis l'hypothèse d'une sclérose ascendante.

On peut considérer la sclérose comme ascendante quand la lésion primitive intéresse les cellules des cornes antérieures, et comme descendante quand elle siège primitivement au niveau des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale.

Il est d'autre part incontestable que l'hérédité joue ici un grand rôle et qu'étant donnée cette prédisposition, un traumatisme d'un nerf périphérique peut retentir sur les centres nerveux et amener l'évolution d'une sclérose latérale amyotrophique. Sans vouloir trancher la question des rapports de cette affection avec la paralysie générale, l'auteur pense que les faits qu'il rapporte peuvent y apporter quelque lumière, montrant l'influence héréditaire.

Cette étude conduit M. Thiénot aux conclusions suivantes : La thoracenthèse simple n'est qu'une opération palliative après laquelle l'épanchement peut se reproduire, et il est avantageux dans les cas à pronostic grave où l'épanchement ne se résorbe pas ou se renouvelle d'avoir recours au lavage par simple ponction.

Aran, Reybard, Barth, Potain, Fernet ont ainsi obtenu des succès, et les précautions antiseptiques rigoureuses assurent la bénignité de l'intervention; toutefois il ne faut pas recourir à un liquide antiseptique trop actif et par là même toxique, et l'asepsie donne en la matière de meilleurs résultats.

L'auteur conseille pour ces lavages l'emploi d'une aiguille à double courant, et apporte à la technique ordinaire quelques modifications : thermomètres bocaux à bain-marie, manomètres mesurant l'aspiration et la pression, etc.. Ainsi modifiée cette intervention doit prendre place entre la thoracenthèse et la pleurotomie. Elle trouvera son indication dans les pleurésies qui traînent en longueur, dont le liquide devient louche, dans les pleurésies tuberculeuses, dans les pleurésies hémorrhagiques et dans les pleurésies purulentes doubles, enfin dans certaines pleurésies enkystées.

Comme liquide à injecter l'auteur emploie l'eau naphtolée, l'eau oxygénée et surtout le sérum de Chéron dans lequel il substitue le formol à l'acide phénique neigeux comme antiseptique.

M. Ghazarossian considérant les perforations syphilitiques comme les plus fréquentes des perforations acquises, divise leur évolution clinique en trois périodes, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou héréditaire, une période de début comprenant l'ulcération des tissus, consécutive à leur infiltration; une période d'état où la perforation s'établit; une période de terminaison qui dans certains cas mérite le nom de période de réparation. Cette réparation semble d'autre part heureusement influencée par certaines maladies aiguës et surtout par les fièvres exanthématiques, ce sont principalement celles qui s'accompagnent d'angine comme la rougeole et la scarlatine dont l'action est favorable. La diphthérie au contraire a une influence néfaste.

Cette action des fièvres éruptives sur les perforations syphilitiques du palais est à rapprocher de l'action favorable bien connue de l'érysipèle sur les syphilides cutanées.

Quant au traitement il peut être médical ou chirurgical. Le premier devra toujours être institué pendant une longue période avant le second; il devra même être continué après l'intervention chirurgicale.

Dans le traitement chirurgical il faut nettement préférer l'uranoplastie curative, à la prothèse palliative, et, suivant M. Ghazarossian, le meilleur procédé à employer est celui de Baizeau avec les modifications du professeur Tillaux.

Dans sa thèse, M. Eleuterescu arrive à conclure qu'il est toujours important de distinguer dans les grossesses multiples les univitellines et les bivitellines qui diffèrent par leur genèse, par l'anatomie du délivre et par les caractères des enfants.

La grossesse multiple bivitelline est due à une hyperplasie des éléments ovariques, avec ponte et fécondation de deux ovules simultanément; dans la grossesse univitelline, il s'agirait de polyspermie ou d'hyperfécondation.

Les circulations des deux fœtus sont absolument distinctes dans la grossesse bivitelline, tandis qu'elles sont assez largement anastomosées dans l'autre cas.

Quant aux différences des enfants elles sont les suivantes :

Les enfants bivitellins sont du même sexe ou de sexes différents indifféremment, tandisque les enfants univitellins sont toujours du même sexe. On comprend aussi que les deux enfants, indépendants dans la grossesse bivitelline, soient solidaires dans l'autre circonstance; cette solidarité se manifeste surtout par des différences de poids, par la mort précoce d'un des produits, par l'arrêt de développement de l'un des embryons, enfin dans certains cas par la formation de monstres doubles adhérents.

Dans sa thèse, M. Boullé étudie la valeur comparative de la méthode de Dührssen et des autres méthodes pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Après avoir exposé la méthode de l'auteur allemand et traduit son mémoire en entier, il relate des observations des cas dans lesquels M. Bar a essayé ce procédé sans grand succès.

Le tamponnement de la cavité utérine du col et du vagin tout à la fois avec la gaze iodoformée ne donne donc pas d'une façon constante les résultats annoncés par Dührssen. D'ailleurs ce procédé présente plus d'un inconvénient; outre son infidélité et sa lenteur il est douloureux, expose à la rupture des membranes, compromet la vie de l'enfant, ou tout au moins peut exposer celui-ci à l'intoxication iodoformée.

M. Boullé conclut de cette étude critique que la méthode de Dührssen est inférieure aux autres et qu'on doit lui préférer l'emploi du ballon de Champetier de Ribes, ou de celui de Tarnier.

Dans les hernies de l'S iliaque adhérentes par glissement, c'est l'extrémité inférieure du colon descendant qui adhère aux parois du sac. Confirmant l'opinion classique, M. Desbordes fait voir que ces adhérences par glissement sont formées par le repli péritonéal unissant à l'état normal l'anse intestinale à la paroi abdominale, repli qui est venu fixer cette même anse à la paroi du sac. Dans ces hernies, on a en général un sac incomplet, situé le plus souvent à leur partie antéro-interne. Les symptômes n'ont rien de bien saillant, aussi le diagnostic est-il des plus délicats. La complication de beaucoup la plus fréquente est l'occlusion à marche subaiguë. Dans ces grosses hernies, les accidents sont dus surtout à l'adhérence, car le collet est très dilaté. Ne pas attendre les complications pour opérer, mais faire subir la cure radicale à toutes ces hernies difficiles à maintenir. Dans le cours de l'opération, éviter avec soin la blessure des vaisseaux et de l'intestin, et si la réduction est impossible, recourir à la résection.

Les phénomènes de défense se rencontrent chez presque tous les persécutés classiques, à un degré plus ou moins avancé. D'après M. Carpentier, on peut diviser ces phénomènes en trois catégories : 1° idées simples de défense; 2° hallucinations

de défense; 3° moyens de défense. Cette étude de la défense est très importante *au point de vue clinique* pour la description complète et exacte du délire de persécution classique. Elle peut servir pour *le diagnostic* à différencier plus nettement qu'on ne le fait aujourd'hui, le délire de persécution vrai ou délire chronique (Magnan) des autres variétés de délire de persécution lié à la mélancolie. Elle peut aider, dans une certaine mesure, à la *thérapeutique*, en favorisant le développement des moyens de défense, et par suite elle peut préserver le malade et l'entourage contre l'éclosion d'actes violents. Cette étude est surtout utile *au point de vue médico-légal* en fournissant au médecin légiste un argument de plus pour constater l'état de folie et d'irresponsabilité dans des cas difficiles de délire de persécution souvent contesté par les magistrats par suite de la profonde dissimulation des malades.

Le cancer, d'après M. Rebulet, se montre avec une fréquence remarquable dans certaines régions de la Normandie, particulièrement dans les cantons de Bourgtheroulde et de Cormeilles (arrondissement de Pont-Audemer, Eure). Sans rien préjuger de la nature ni de l'origine du cancer, il ne paraît pas possible d'attribuer cette fréquence de la maladie à la contagion et encore moins à sa transmission par l'eau et par le cidre. Il ressort des observations de M. Rebulet que la grande fréquence du cancer est due, dans le canton de Bourgtheroulde en particulier, à l'hérédité. Cette influence de l'hérédité est renforcée par les mariages consanguins qui y sont fréquents et surtout par les mariages entre gens sortant de la même souche, la consanguinité exhaltant l'hérédité. Cette influence de l'hérédité est encore prouvée par la rareté de la tuberculose dans cette région, non pas parce qu'il existe un antagonisme entre le cancer et la tuberculose; la tuberculose n'y évolue pas ou y évolue d'une façon bénigne, parce que le terrain n'est pas préparé par l'hérédité. Le contraire a précisément lieu pour le cancer.

Le massage est, pour M. Gieure, un procédé simple et efficace de traitement dans quelques maladies des yeux. Selon qu'on aura affaire à telle ou telle affection, on se servira du massage simple, médicamenteux ou traumatique. Le massage aide puissamment l'action des pommades et des collyres. Dans les granulations, le massage agit en tant que massage, le médicament (poudre d'acide borique, pommade) ne servant qu'à titre de corps étranger. On utilisera le massage simple dans les embolies de l'artère centrale de la rétine; les blépharospasmes; la maturation artificielle de la cataracte (procédé long et incertain). On emploiera le massage médicamenteux dans les conjonctivites, les kératites phlycténulaires, interstitielles, les catarrhes printaniers, les kératites en bandelettes. On fera du massage traumatique dans les conjonctivites folliculaires et les granulations, en aidant toutefois le massage d'un brossage préliminaire superficiel, n'entamant que les granulations. Le massage se fera au moyen des paupières, jamais directement sur la cornée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Convulsions d'origine urémique (A case of uraemic convulsions followed by persistent hemi-ataxia), par Dercum (*The Journal of nervous and mental Disease*, mars 1896, n° 3, p. 179). — Les troubles nerveux unilatéraux paraissant au cours de la maladie de Bright, ne sont pas rares. On a signalé des attaques d'hémiplégie, plus rarement de monoplégie, et qui simulent complètement celles qui sont dues à une hémorrhagie ou à une embolie. On a signalé également des attaques convulsives jacksonniennes qui auraient fait penser à une lésion en foyer, mais à l'autopsie elle a fait défaut. Dans deux cas examinés par l'auteur, dans un autre cas d'hémichorée d'origine brightique on n'a trouvé de lésions ni macroscopiques ni microscopiques. L'auteur rapporte enfin l'observation suivante. Un homme âgé de 31 ans est entré à l'hôpital le 31 octobre 1895, avec des convulsions urémiques. L'histoire de ses antécédents d'après le récit de sa femme est la suivante : père mort d'alcoolisme, mère, frères et sœurs bien portants. Le malade lui-même a fait des excès éthyliques pendant longtemps. Au mois d'avril 1895, le malade a eu des convulsions généralisées avec perte de connaissance qui ont duré 40 minutes. Une semaine après il a eu une nouvelle attaque qui a débuté par des convulsions dans le bras gauche. L'attaque a été précédée d'une sensation d'engourdissement dans la main. Le 28 octobre, le malade perdit connaissance subitement, et les bras et les jambes ont été pris de convulsions. Pendant trois jours il a eu du délire avec des hallucinations : vision de personnes imaginaires. Il est encore en plein délire, violent et incohérent, quand on l'apporte à l'hôpital. Contractions fibrillaires du côté gauche de la face qui est un peu paralysée. La bouche est déviée à droite, la langue présente aussi des contractions fibrillaires. Il y a de la déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Les pupilles sont inégales, la droite étant plus dilatée. Hémiparésie du bras, de l'avant-bras et de la main gauche, la sensibilité semble normale. L'urine retirée par cathérisme renferme un peu d'albumine. Les jours suivants, la parésie fait des progrès, mais elle diminue ensuite. Un traitement diurétique et sudorifique étant institué, il se produit une amélioration des symptômes. Le malade peut marcher, il possède l'usage de ses membres. Toutefois on s'aperçoit que le bras gauche présente des mouvements ataxiques très nets. Les réflexes patellaires des deux côtés sont diminués. On ne retrouve encore aucun trouble de sensibilité. Dans l'état actuel de nos connaissances il est difficile de préciser la cause anatomo-pathologique des symptômes présentés par le malade, bien que tout porte à croire que l'hémiataxie durable présentée par le malade doit reconnaître une substratum anatomique. Il est toutefois possible qu'il s'agit là d'une lésion des fibres qui descendent des centres corticaux du lobe pariétal dans la capsule interne.

Fonctions des lobes frontaux (The fonctions of frontales lobes), par Bianchi (*Brain*, 1895, part 72, p. 497). — On sait combien la question des fonctions des lobes frontaux a été discutée surtout depuis que Munck localisa dans cette région la sphère sensitive du tronc. Bianchi a fait des expériences sur 12 singes et 6 chiens après l'ablation des lobes frontaux, il n'a pas constaté de troubles ni de la motilité ni de la sensibilité de sorte que pour lui il faut rejeter la théorie des physiologistes qui admettent dans ce lobe des centres moteurs des globes oculaires des centres associés pour les globes oculaires et pour le cou. Pour lui le lobe frontal aurait pour fonction d'élaborer et de transformer les impressions qui lui sont envoyées par les autres régions du cerveau. C'est l'organe de l'intelligence par exemple; ainsi s'explique pourquoi ce sont surtout les lésions de ce lobe qui produisent des troubles psychiques profonds. On sait que dans la paralysie générale, maladie qui aboutit à la démence, ces lobes sont très malades.

Paralysie de Landry (A case of Landry's paralysis, with autopsy), par Diller et Meyer (*The american Journal of med. sc.*, avril 1896, n° 288, p. 404). — Femme de 35 ans, entrée à l'hôpital avec une paralysie survenue subitement dix jours auparavant et qui avait évolué d'une façon progressive. Quelques jours après son entrée, la paralysie gagna les membres supérieurs et la malade a présenté en outre de l'incontinence d'urine et des matières. Comme aux membres inférieurs la paralysie des membres supérieurs, est devenue de plus en plus marquée et dans sa marche envahissante elle avait atteint la déglutition et la phonation. A la suite de ces phénomènes bulbaires, la malade est tombée dans un état de stupeur. La sensibilité tactile et douloureuse n'a jamais subi aucune modification. Les réflexes patellaires sont restés intacts. Pas d'atrophie musculaire, pas de troubles des réactions électriques. La mort est survenue par arrêt de la respiration. Le complexus symptomatique était bien, par conséquent, celui de la paralysie de Landry. Les lésions trouvées par les auteurs sont les suivantes : dégénérescence du faisceau pyramidal à la région cervicale, du faisceau cérébelleux direct, du faisceau fondamental antéro-latéral et dans le cordon postérieur; à l'aide du carmin on constate que la zone dégénérée contient beaucoup de fibres intactes. Les mêmes lésions ont été trouvées dans les régions dorsale et lombaire. Les auteurs n'ont pas pratiqué l'examen des nerfs périphériques et du bulbe.

MÉDECINE

De l'incompatibilité entre les affections cardiaques et la tuberculose pulmonaire (Das Ausschliessung-verhältniss zwischen Herzklappenfehlern und Lungenschwindsucht) par Otto (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIV, p. 159). — Pour élucider cette question l'auteur a étudié, dans le service du professeur Eichhorst les observations cliniques et les relations d'autopsie de 48 cardiaques hommes et 185 phthisiques hommes, et celles de 63 cardiaques femmes et de 133 phthisiques femmes.

Sur les 48 cardiaques hommes, il ne se trouvait pas un seul où, au cours de l'affection cardiaque, il soit survenu une tuberculose pulmonaire. Sur 185 phthisiques hommes on trouva 29 fois des endocardites anciennes et 4 fois des endocardites récentes, mais les unes et les autres postérieures à la tuberculose.

Sur les 49 cardiaques femmes, on trouva 4 fois une tuberculose pulmonaire. Dans ces cas 4 fois l'histoire clinique était telle que le moment de l'apparition de la tuberculose était discutable et qu'à la rigueur on pouvait admettre que la tuberculose pulmonaire s'était développée au cours de l'affection cardiaque. Sur 134 phthisiques femmes, 13 ont présenté des endocardites secondaires à la tuberculose.

De ces faits l'auteur conclut que si la règle de l'incompatibilité entre les affections cardiaques et la tuberculose pulmonaire n'est pas absolue, les exceptions n'en sont pas moins extrêmement rares.

Eclampsie (Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie), par Schreiber (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LI, p. 335). — Ce travail, fait à la clinique du professeur Chrobak (de Vienne), s'appuie sur l'étude de 137 cas observés de 1880 à 1895.

La fréquence de l'éclampsie suivant les années a varié de 1,1 à 5,8 p. 100. Les cas les plus nombreux ont été observés pendant les mois d'août et de juillet. Sur les 137 mères on comptait 109 (79,5 p. 100) primipares et 28 (20,5 p. 100) multipares. Dans 12 cas il y a eu accouchement gémellaire, et sur les 149 enfants venant de ces 137 mères il y a eu 39 mort-nés ou morts peu de temps après la naissance. Dans 9 cas les mères ont présenté des anomalies du bassin.

Le nombre des accès a varié de 1 à 8, mais il n'y avait aucun rapport entre la durée du travail et la fréquence des accès.

Sur les 137 cas, l'albuminurie a fait défaut 8 fois. 22 fois l'urine renfermait en même temps des cylindres hyalins ou granuleux ou les deux à la fois. Dans 18 cas, on avait noté l'existence d'œdèmes. Dans 64,7 p. 100 des cas l'évacuation de l'utérus, aussi rapide que le permettaient les circonstances, a exercé une influence favorable sur l'éclampsie.

Sur les 137 cas, on a eu 27 morts. A l'autopsie on trouva 14 fois de l'œdème, 2 fois une hyperémie concomitante du cerveau et des méninges, 3 fois des apoplexies capillaires. Les reins étaient atteints 8 fois de néphrite aiguë, 2 fois de néphrite subaiguë, 9 fois de néphrite chronique. Dans 6 cas on trouva des anomalies ou des lésions du côté des uretères (compression avec dilatation, dilatation seule, inflexion, etc.).

Injections de sérum simple dans le choléra infantile (Zur Therapie der Sommerdiarrhaen im Saüglingsalter), par Reinach (*Münch. med. Wochenschr.*, 1896, n° 18, p. 421). — L'auteur a essayé les injections sous-cutanées de sérum de cheval à la dose de 10 à 20 centim. cubes dans 15 cas de choléra infantile chez des nourrissons de 15 jours à 6 mois, chez lesquels la diarrhée durait depuis 3 jours et avait amené un amaigrissement considérable. Sur ces 15 enfants, tous très gravement atteints, 4 ont succombé : 2 à une broncho-pneumonie concomitante, 2 à une ancienne gastro-entérite folliculaire.

L'effet des injections se manifeste ordinairement 6 à 8 heures après la petite opération. On voit alors peu à peu la température s'élever, le refroidissement des extrémités disparaître, la cyanose faire place à une coloration rosée des téguments, la diarrhée cesser. L'amélioration s'accentue ordinairement le lendemain et les enfants guérissent après avec une seule injection; dans quelques cas pourtant, l'amélioration consécutive à la première injection ne se maintient pas : il faut alors faire une nouvelle injection qui maintient les résultats obtenus par la première injection et amène la guérison.

A part les injections, le traitement comprenait encore l'administration d'eau de riz. Un point sur lequel l'auteur insiste, c'est qu'au point de vue de la nutrition 20 centim. cubes de sérum assimilable équivalent à 150 grammes de lait de génisse ou à 50 grammes de lait de femme.

Technique du tubage (Notiz zur Technik der Intubation), par Trumpp (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 17, p. 392). — D'après l'auteur on peut pratiquer très facilement l'extraction du tube sans se servir d'extracteur, en procédant de la façon suivante :

Le médecin se place devant l'enfant solidement tenu par une personne, entoure de ses mains le cou du malade en plaçant ses pouces au-dessous du cartilage cricoïde et ses autres doigts sur la nuque, et exerce avec ses pouces une pression brusque et assez énergique, dirigée en haut et en arrière. Ce mouvement provoque un accès de toux et d'étranglements réflexes, qui chasse le tube dans ou même hors la bouche. Le procédé consiste donc en somme à exprimer le tube du larynx où il se trouve.

Ce procédé, journellement employé à la clinique d'Escherich, a constamment réussi et n'a jamais provoqué la moindre complication.

CHIRURGIE

Traitement du prurit de la vulve (Zur Behandlung des Pruritus Vulvae), par Ruge (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 18, p. 391). — L'auteur ne croit pas au prurit de la vulve d'origine nerveuse; du moins il n'a jamais rencontré cette forme, aussi admet-il que le prurit est symptomatique d'une lésion de la vulve, du vagin ou du col, donnant lieu à un écoulement abondant.

Le traitement doit par conséquent avoir en vue la lésion primitive et être dirigé contre elle. Quant au traitement local il n'est pas moins important et comprend la désinfection très exacte des parties génitales, laquelle désinfection a simplement pour but de maintenir le vagin et la vulve dans un état de propreté minutieuse. La désinfection est faite au sublimé, mais pour réussir elle doit être pratiquée par le médecin lui-même. Tous les 3 ou 4 jours le médecin lavera, frottera soigneusement la vulve et le vagin avec la solution de sublimé et enduira ensuite ces parties avec une pommade phéniquée.

L'auteur ne connaît pas de cas qui ait résisté à ce traitement, quand le traitement était fait par le médecin lui-même.

Deux cas d'épilepsie jacksonienne guéris par la trépanation (Ueber 2 Fälle von operativ behandelter Rindenepilepsie), par Weissgerber. (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 16, p. 361. — Le premier cas que publie l'auteur se rapporte à un garçon qui, à la suite d'un traumatisme du crâne, a été pris d'épilepsie jacksonienne typique débutant par le membre supérieur gauche. Le traumatisme avait eu lieu à l'âge de 18 mois, et les premiers accès se sont manifestés 8 ans plus tard. Depuis quelques mois ils sont devenus plus fréquents et revenaient tous les 8 ou 10 jours.

A l'examen on trouva entre la suture sagittale et la tubérosité pariétale droite une cicatrice radiée, enfoncée, au fond de laquelle on pouvait sentir une petite perte de substance osseuse. L'incision suivie de résection osseuse montra que le fond de la cicatrice était rempli de tissu fibreux qui traversait la dure-mère, adhérente à l'os, et s'enfonçait dans le tissu cérébral. Tout le tissu fibreux, de même qu'une partie de la dure-mère, fut excisé, et l'opération fut complétée par l'ablation d'une petite portion de tissu cérébral d'une épaisseur d'un centim. environ. La plaie guérit sans complications et l'enfant fut définitivement débarrassé de son épilepsie corticale.

Le second cas se rapporte à un homme de 28 ans qui, à l'âge de 10 ans avait subi un traumatisme crânien suivi à 7 ans de là, après longue suppuration de la plaie, d'épilepsie jacksonienne débutant par le membre supérieur droit. L'opération montra que la cicatrice du cuir chevelu, qui se trouvait au niveau pariétal gauche, se continuait avec un kyste contenant une cuillerée à soupe de liquide séreux. Les parois du kyste étaient intimement fusionnées avec la dure-mère et l'arachnoïde. Son extirpation a nécessité l'ablation d'une couche de substance cérébrale de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Dans ce cas, le malade fut débarrassé définitivement de son épilepsie après avoir présenté après l'opération 3 ou 4 accès de plus en plus faibles, à 5 semaines d'intervalle chacun.

MÉDECINE PRATIQUE

Rhumatisme articulaire aigu.

La médication salicylée est spécifique dans tous les cas de rhumatisme aigu. Encore faut-il, pour obtenir des résultats utiles et ne pas s'exposer à des accidents souvent sérieux, veiller à l'élimination du médicament et combattre les complications du rhumatisme pour activer sa guérison. Je me suis toujours bien trouvé de la méthode suivante :

Un malade adulte étant pris de rhumatisme articulaire aigu fébrile doit être immédiatement condamné au repos absolu, au lit.

Il ne devra prendre comme alimentation que du lait et des laitages ou bien, s'il ne digère pas le lait, des potages maigres, des œufs, des légumes verts bien cuits, des compotes de fruits. Comme boisson alimentaire : de l'eau de Vichy (Hauterive) alternant avec l'eau de Pougues (Saint-Léger) et de l'eau de Vittel (Grande-Source). Suivant la tolérance de l'estomac, on variera l'usage de ces eaux minérales où bien on leur substituera l'eau d'Evian, mais en ayant soin de faire boire, par jour, aux repas ou dans l'intervalle des repas, 1 litre 1/2 à 2 litres d'eau pour favoriser la diurèse et les sudations.

Tous les 2 ou 3 jours, suivant l'état des voies digestives, on fera prendre le matin au réveil un verre à boire d'eau de Montmirail, d'Hunyadi-Janos ou d'une eau laxative quelconque.

Toutes les articulations douloureuses seront enduites, matin et soir, d'une couche de la pommade suivante, puis recouvertes d'ouate *non hydrophile* et de taffetas gommé ou de toile de caoutchouc.

Acide salicylique.	2 gr.
Axonge.	30 gr.

En même temps on fera prendre le salicylate de soude à la dose de 5 à 6 grammes dès le premier jour si la fièvre dépasse 39° et si plusieurs articulations sont prises, à la dose de 4 grammes si la fièvre est modérée et si 2 ou 3 articulations seulement sont atteintes.

Le médicament sera pris à doses fractionnées (1 gramme toutes les 3 ou 4 heures dans la journée, 2 grammes à la fois le soir au moment de s'endormir) et dilué dans de l'eau de Vichy (Hauterive). Pour en atténuer le goût, on l'additionnera de sirop de menthe ou de sirop de fleur d'oranger. Ainsi l'on pourra prescrire la potion suivante :

Salicylate de soude.	10 gr.
Sirop de menthe.	50 gr.
Eau distillée	100 gr.

S. Une cuillerée à soupe à prendre dans un demi-verre à boire d'eau de Vichy (Hauterive) à 8 heures, 11 heures du matin et à 4 heures du soir; deux cuillerées à soupe à prendre à 10 heures du soir.

On continuera à cette dose aussi longtemps que persisteront les douleurs et 4 jours au moins après leur sédation.

Dès le jour où aura été donnée la première dose de salicylate de soude on s'assurera, à l'aide du perchlorure de fer, que son élimination est rapide. Si la coloration violet foncé obtenue par le perchlorure de fer apparaît 2 heures après l'absorption de 1 gramme de salicylate de soude on pourra être assuré de la rapidité de son élimination. Dans ces conditions on cessera l'usage du salicylate de soude 4 jours, dans les cas bénins, 8 ou 10 jours dans les cas plus sérieux, après la cessation complète des douleurs et fluxions articulaires, et 36 heures après avoir cessé le médicament on essaiera de nouveau la réaction du perchlorure de fer. Si elle est négative, c'est-à-dire si le médicament est éliminé, on reprendra sans crainte à doses plus faibles et l'on continuera le salicylate pendant 15 jours à 3 semaines, dans les cas bénins, pendant 1 mois à 6 semaines dans les cas sérieux, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, sauf à interrompre durant 36 ou 48 heures tous les 5 ou 6 jours.

Durant les périodes d'interruption on remplacera le salicylate de soude par le benzoate ou le carbonate de lithine associé au bicarbonate de soude et pris en cachets 2 ou 3 fois par jour.

Benzoate de lithine	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	0 gr. 80

dans un cachet.

Prendre 2 ou 3 de ces cachets dans les 24 heures aux heures où se prenait le salicylate de soude.

Si l'élimination du salicylate de soude est très lente, c'est-à-dire si la réaction du perchlorure de fer persiste 36 ou 48 heures après que l'on aura cessé la médication, il faudra être très prudent et interrompre la médication salicylée tous les 3 jours pendant 48 heures, puis la reprendre à doses progressivement décroissantes et jusqu'à ce que toute crainte de rechute ait disparu. On agira de même dans les cas d'albuminurie.

Si le salicylate de soude déterminait de l'agitation et de l'insomnie on combattrait celle-ci à l'aide du bromure de potassium pris le soir à la dose de 2 grammes dans une tasse de lait ou une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

La médication salicylée ainsi continuée rigoureusement et régulièrement pendant 3 semaines au moins et 6 semaines au plus avec les périodes courtes d'interruption indiquées ci-dessus guérira les rhumatismes aigus non compliqués de lésions viscérales. Mais ceux-ci peuvent laisser à leur suite des raideurs articulaires qui seront combattues par des bains salés chauds et des frictions avec massages.

Quant aux complications du rhumatisme, elles nécessitent un traitement spécial qui sera indiqué dans un autre article. L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Cocaïne.

Définition. — La cocaïne est un alcaloïde retiré des feuilles fraîches de l'*erythroxylon coca*.

Solubilité. — Peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, la vaseline, les huiles grasses, la cocaïne est peu employée en hypodermie. On utilise le *chlorhydrate* de cocaïne qui est soluble en toutes proportions dans l'eau.

Le *phénate* de cocaïne préconisé, par Von Œfelde, Huguenschmidt, Viau, en chirurgie dentaire, est presque insolubledans l'eau : mais sa solubilité est obtenue par l'addition d'alcool dans la préparation.

L'*oléate* de cocaïne, n'est pas un sel défini. Ce n'est autre chose que de la cocaïne dissoute dans une quantité suffisante d'acide oléique. On se sert de cet artifice de préparation pour incorporer la cocaïne aux solutions huileuses, qui la dissolvent, cependant fort bien, sans acide oléique.

La cocaïne ou ses sels se décomposent sous l'action d'une température élevée : les solutions ne doivent donc pas être faites à l'eau bouillante. On se contentera de les préparer aseptiquement et de les stériliser par des passages successifs dans une étuve réglée à 65-70°.

Enfin les solutions de cocaïne doivent être de date récente, c'est-à-dire ne pas remonter à plus de 2 ou 3 jours, parce qu'elles perdent rapidement leurs propriétés physiologiques.

Propriétés thérapeutiques. — La cocaïne est un analgésique puissant à faibles doses. Elle agit en paralysant les nerfs sensitifs de la région dans laquelle elle est injectée. C'est une sorte de « curare sensitif ».

Ces propriétés, — primitivement utilisées avec succès en ophthalmologie, où l'on opère sur des muqueuses dont les organes sensitifs, simplement protégés par l'épithélium, pouvaient être directement atteints par simple *imprégnation*, — parurent susceptibles d'une application plus large en chirurgie générale. De là, la création de deux méthodes d'analgésie locale en chirurgie par la cocaïne, dont l'une, méthode de l'analgésie périphérique est due à Krogius, dont l'autre, méthode de l'analgésie locale proprement dite, a pour auteur et ardent défenseur M. P. Reclus.

La première méthode consiste à faire l'injection de cocaïne, au voisinage des troncs nerveux dont les branches se distribuent à la région qu'on veut insensibiliser. On obtiendrait ainsi une analgésie durable et *totale* avec le minimum d'alcaloïde.

Cette méthode, dont la valeur physiologique a été mise hors de doute par les belles expériences de M. François Frank, est passible, en clinique, de nombreuses objections. Sans compter la difficulté opératoire qu'il peut y avoir à atteindre certains troncs nerveux, leur piqûre ou leur blessure par l'aiguille de Pravaz, n'est peut-être pas sans danger. En outre les anastomoses nombreuses des distributions nerveuses d'un territoire donné, rendent quelquefois difficile la détermination du lieu de la piqûre. Le procédé, évidemment séduisant, doit donc être réservé aux très rares cas où l'on opère dans une région facile à circonscrire, un doigt, par exemple, et dont les voies sensitives sont assez superficielles pour être commodément atteintes par l'injection.

La méthode dont M. Reclus a généralisé l'application à un grand nombre d'interventions chirurgicales a été l'objet de l'étude la plus minutieuse de la part de son auteur (1). Il en a fixé avec soin le manuel opératoire, ne laissant dans l'ombre aucun détail. En voici l'économie.

La solution employée est au titre de 1 p. 100. Au delà, elle peut être dangereuse ; en deçà, elle est insuffisante à provoquer l'analgésie.

Une première injection est d'abord poussée *dans le derme*, le long du tracé de la ligne d'incision cutanée. Au bout de dix minutes on peut commencer l'opération. Le plan cutané franchi, nouvelle injection précédant chaque nouvelle incision : « Chaque plan doit avoir son injection propre (2). » On arrive ainsi, *couche par couche*, à avoir une analgésie suffisante pour l'acte chirurgical. Pendant tout le cours de l'opération, le patient est dans le décubitus dorsal et prend quelques gorgées de café ou d'alcool. Il est favorable qu'il ne soit pas à jeun et qu'il conserve deux ou trois heures la position horizontale.

La quantité de la solution de cocaïne injectée, varie entre 2 et 20 centimètres cubes : il est exceptionnel qu'on atteigne cette dernière dose, que dans aucun cas l'on ne doit dépasser; la moyenne est de 5 à 10 centimètres cubes, soit 5 à 10 centigrammes de principe actif.

Tel est le procédé d'analgésie locale préconisé par M. Reclus et avec l'aide duquel son auteur a pu faire plusieurs milliers d'opérations, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves de la chirurgie, sans avoir jamais eu à déplorer d'accidents sérieux imputables à la cocaïne, grâce à la rigueur de la technique que nous avons résumée. Malgré cela, la méthode ne s'est pas généralisée. En fait, son application est restée limitée, en chirurgie générale, à un petit nombre d'interventions de courte durée. Il est intéressant d'examiner les raisons de cet ostracisme relatif.

1° *La cocaïne ne donne pas au chirurgien une sécurité plus grande que les méthodes d'anesthésie générale* (chloroforme, éther).

Sans doute, avec une technique aussi prudente que celle conseillée par M. Reclus, on réduit au minimum les dangers de la cocaïne. Mais ils n'en existent pas moins. Nous avons été témoin pour notre part, dans trois cas, d'accidents graves (syncopes persistantes et répétées) causées par l'injection d'un seul centimètre cube d'une solution au centième, à propos de laquelle on ne pouvait relever qu'une seule faute de technique : les malades étaient assis, au lieu d'être dans le décubitus horizontal. Même en admettant, avec M. Reclus, qu'il s'agisse, dans les exemples de ce genre, de réactions idiosyncrasiques, ils sont encore assez fréquents pour enlever au chirurgien la confiance absolue en l'innocuité de la cocaïne. Quant aux cas de mort, M. Reclus pense en décharger la méthode, en montrant qu'ils ont été toujours le fait d'une erreur de technique, erreur qui, cependant, même en dehors des idiosyncrasies prévues, peut toujours se produire. Qu'on nous dise, pour la chloroformisation par exemple, si en dehors des « idiosyncrasies » (syncope primitive), ce n'est presque toujours pas à une « erreur de technique » (syncopes secondaire ou tertiaire), que sont dus les accidents mortels de cette méthode d'anesthésie.

La suppression du *choc* n'est pas un meilleur argument : l'un des malades, auxquels nous faisions allusion tout à l'heure, est resté une semaine entière dans un état de dépression cérébrale tout à fait inquiétant, et cependant il jouissait, avant l'injection, d'une santé parfaite. On sait au surplus que, en chirurgie, *choc opératoire* devient chaque jour davantage synonyme d'*infection opératoire*, et par conséquent relève plutôt d'une faute d'asepsie, de l'état antérieur de l'opéré, que du procédé d'anesthésie.

2° *La cocaïne prolonge les temps opératoires et augmente les chances d'infection.*

Lorsqu'on suit strictement les préceptes de M. Reclus, on doit pratiquer l'analgésie *couche par couche*; nous admettons bien avec le chirurgien de la Pitié, qu'il ne faut guère que cinq minutes pour obtenir une insensibilisation par la cocaïne, tandis que, avec la chloroforme il faut peut-être le double de temps. Mais une fois la narcose obtenue et entretenue, le chirurgien peut poursuivre son opération jusqu'aux sutures sans interruption, ce qui a une importance très grande, la rapidité de l'acte chirurgical constituant un élément de succès reconnu universellement de nos jours comme non négligeable. Avec la cocaïne au contraire, pour peu que quatre nouvelles injections soient nécessaires en cours de route, on allonge de quatre fois cinq minutes le temps nécessaire à l'opération, ce qui augmente les chances d'infection.

Au surplus, un chirurgien, obligé à chaque plan, de lâcher le bistouri pour la seringue, est exposé à perdre en précision ce qu'il gagne en sécurité, au seul point de vue de l'anesthésie. En outre, s'il peut compter sur l'insensibilité de son malade, il ne peut compter, d'une façon absolue, sur son immobilité. De là un danger possible dans les interventions au cours desquelles on côtoie des vaisseaux et des nerfs importants : telles les extirpations de ganglions tuberculeux du cou et des tumeurs parotidiennes, la cure des anévrysmes même superficiels des membres, la trépanation de l'apophyse mastoïde, les arthrectomies, et bon nombre d'autres opérations comprises par M. Reclus dans la liste de celles pouvant être faites à la faveur de l'analgésie cocaïnique.

A un autre point de vue, le chirurgien dont l'éducation aseptique est parfaite, cherche à simplifier chaque jour sa technique, en supprimant les temps opératoires inutiles et en réduisant au minimum son instrumentation. Comment s'étonner qu'il ne soit pas séduit par la nécessité de s'encombrer d'une seringue stérilisable, d'une aiguille flambée, d'une solution aseptique contenue dans un flacon qu'il faut déboucher ou faire déboucher et dans lequel il faut puiser au fur et à mesure des besoins? Ne craindra-t-il pas, avec quelque raison, dans ces manœuvres, autant de sources possibles d'infection?

Il faut donc en arriver à restreindre singulièrement les applications de l'analgésie par la cocaïne en chirurgie. Elles seront limitées aux interventions pour lesquelles *une seule* injection de 1 à 5 centimètres cubes au plus de la solution au 100e, suffira à réaliser l'insensibilisation nécessaire. De là les succès de la cocaïne en chirurgie dentaire (Viau, Huguenschmidt, Lagrange), succès qui auraient bien moins de revers si les dentistes suivaient les règles si judicieusement établies par M. Reclus. Les accidents qu'ils observent encore auraient quelques chances d'être évités, si ces praticiens opéraient dans le décubitus horizontal, au lieu de tenir les patients assis dans leur fauteuil.

1. P. Reclus, La cocaïne en chirurgie. Collection des Aide-mémoire Léauté, Paris, 1896.
2. *Loc. cit.*, p. 79.

Lorsqu'on opère en tissu sain, 1 à 2 centigrammes de cocaïne suffisent généralement. Lorsqu'au contraire il s'agit de tissus enflammés (incision d'un abcès), on peut employer des doses de 5 centigrammes, car, suivant l'heureuse expression de M. Reclus, la cocaïne a moins de *mordant* dans ces cas (lisez qu'elle est moins facilement absorbée, et que son action paralysante des voies sensitives est d'autant diminuée).

Dans ces limites et avec ces précautions, l'injection sous-cutanée de cocaïne est susceptible de rendre des services au chirurgien. Nous ne parlons pas, bien entendu, des applications très nombreuses de cet alcaloïde à l'analgésie des muqueuses, que l'on obtient par simple badigeonnage ou par imprégnation, et qui par conséquent sortent de notre cadre.

Disons, pour être complet, qu'on a utilisé la cocaïne comme antinévralgique avec des succès divers. Généralement on obtient *loco dolenti* un soulagement rapide, mais qui malheureusement est très éphémère.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* N'a guère été employée avant l'âge de 6 ans. De 6 à 10 ans, 1 à 2 centigrammes de la solution au 100°, en plusieurs piqûres. — De 10 à 20 ans et *chez l'adulte*, de 1 à 5 centigrammes, et même, d'après M. Reclus, jusqu'à 15 et 20 centigrammes (dose maxima), au cours de l'opération.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats.* Sous-cutanée, la douleur est nulle, et l'analgésie apparaît presque immédiatement, mais elle est quelquefois précédée d'une courte période d'hyperesthésie. *Intradermique*, sur la ligne de l'incision, comme le conseille M. Reclus, elle s'accompagne d'une douleur passagère.

b) *Éloignés.* L'analgésie locale atteint son maximum au bout de 5 minutes et disparaît généralement après une 1/2 heure environ. La zone anesthésique est peu étendue autour de la piqûre, la cocaïne diffusant peu ; il faut donc que « la ligne de l'incision épouse exactement la traînée analgésique de la piqûre » (Reclus).

On doit savoir qu'une injection, même de 1 centigramme, peut s'accompagner de vertiges, pâleur des téguments et de la face, tendance à la syncope. On évite ces accidents en mettant le patient dans la position horizontale avant l'injection, en évitant d'introduire le contenu de la seringue dans une veine et en employant une solution dont le degré de concentration ne dépasse pas 1 p. 100. *Au-dessus de ce titre, on peut toujours avoir des accidents, même mortels, quelle que soit la dose injectée.*

FORMULES

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . 1 gramme.
Eau stérilisée . . . . 100 cent. cubes.
1 à 5 cent. cubes comme analgésique local.

(P. Reclus.)

Chlorhydrate de cocaïne . . . . 2 grammes.
Eau stérilisée. . . . . 100 —
1/2 à 1 cent. cube comme antinévralgique.

(Weir Mitchell.)

1 à 3 cent. cubes à injecter au voisinage des troncs nerveux dont les branches se distribuent à la région qu'on veut insensibiliser.

(A. Krogius.)

Phénate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 10.
Alcool. . . . . } àà 5 grammes.
Eau . . . . }

(Von Oefele.)

Associations. — La cocaïne a été associée à l'acide phénique dans le but d'augmenter son pouvoir analgésique pour les avulsions dentaires.

FORMULE

Eau phéniquée à 3 p. 100 . . . . . 0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne. . . . . . 0 gr. 01
En 2 piqûres sur les bords alvéolaires de la dent.

(Lagrange.)

Schleich, frappé du peu de diffusibilité de la cocaïne et des dangers de la réitération des piqûres, tant au point de vue de la toxicité de l'alcaloïde que des difficultés de l'asepsie, a proposé, pour anesthésier des régions très étendues, d'employer des solutions très diluées de cocaïne. Pour faciliter l'absorption d'un très abondant véhicule, il y associe du chlorure de sodium et, pour continuer l'effet analgésique de la cocaïne, il y ajoute de la codéine ou de la morphine. On éviterait ainsi tout accident, tout en assurant une insensibilisation aussi parfaite et plus durable qu'avec les solutions plus concentrées. C'est la méthode dite *par infiltration*, dont Schleich a de nouveau récemment posé les règles précises. Voici ses différentes formules avec leur mode d'emploi :

FORMULES

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 20
Chlorhydrate de morphine. . . . . 0 gr. 025
Chlorure de sodium stérilisé . . . . 0 gr. 20
Eau distillée stérilisée q. s. p. f. . . 100 cent. cubes.
Eau phéniquée à 5 p. 100 . . . . . II gouttes.

10 à 25 cent. cubes pour anesthésier les parties très hyperesthésiées (suppuration, névralgies).

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 10
Phosphate de codéine . . . . 0 gr. 06
Chlorure de sodium stérilisé . . . . 0 gr. 60
Eau distillée stérilisée q. s. p. f. . . 100 cent. cubes.
Eau phéniquée à 5 p. 100 . . . . . II gouttes.
25 à 50 cent. cubes.

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 10
Chlorhydrate de morphine . . . . . 0 gr. 025
Chlorure de sodium stérilisé . . . . 0 gr. 20
Eau distillée stérilisée q. s. p. f. . . 100 cent. cubes.
Eau phéniquée à 5 p. 100 . . . . . II gouttes.

S'emploie surtout pour anesthésier les parties modérément hyperesthésiées, à la dose maxima de 50 cent. cubes.

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 05
Phosphate de codéine . . . . 0 gr. 06
Chlorure de sodium stérilisé . . . . 0 gr. 60
Eau distillée stérilisée q. s. p. . . . 100 cent. cubes.
Eau phéniquée à 5 p. 100 . . . . . II gouttes.

S'emploie pour anesthésier les parties encore moins douloureuses, à la dose maxima de 100 cent. cubes.

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine . . . . . 0 gr. 005
Chlorure de sodium stérilisé . . . . 0 gr. 20
Eau distillée stérilisée q. s. p. . . . 100 cent. cubes.
Eau phéniquée à 5 p. 100 . . . . . II gouttes.

S'emploie pour anesthésier des régions très étendues et pour des opérations de longue durée, à la dose maxima de 500 cent. cubes.

(Schleich.)

Enfin on a associé la trinitrine à la cocaïne dans le but de prévenir les accidents qui peuvent, comme nous l'avons vu, être causés par l'injection hypodermique, même de faibles doses de cet alcaloïde.

FORMULE

Eau stérilisée. . . . . 10 gr.
Chlorhydrate de cocaïne . . . . . 0 gr. 20
Solution de trinitrine au 100° . . . . X gouttes.
1/2 à 1 cent. cube.

(Albert Prieur.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique,

Par le Dr Tailhefer,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Nous livrons l'histoire suivante aux méditations des praticiens qui ont l'habitude de faire la ponction hypogastrique après des essais infructueux de cathétérisme.

Le 26 mai dernier, un homme de 70 ans arrivait dans le service de M. le professeur Jeannel à l'Hôtel-Dieu de Toulouse avec un billet de son médecin donnant les renseignements suivants : « Rétention d'urine causée par une tumeur volumineuse de la prostate occupant une grande partie du petit bassin. Cathétérisme impossible. Ponction hypogastrique faite à titre de palliatif. » Séance tenante, M. Jeannel sonda son malade avec la plus grande facilité, au moyen d'une béquille de moyen calibre.

Il s'agissait d'un banal prostatique infecté dont l'histoire importe peu dans cette communication.

Dès le lendemain de son hospitalisation, notre prostatique entrait dans un état semi-comateux et 3 jours après il mourait d'urémie.

Nous notons sur l'observation que le malade est tombé plusieurs fois de son lit pendant les 2 jours qui ont précédé sa mort et que ces chutes se faisaient sur le plan postérieur du corps.

L'autopsie nous révéla l'existence d'un immense *hématome sous-péritonéal* situé dans la cavité de Retzius, toute la paroi abdominale antérieure jusqu'à l'ombilic, et les lombes jusqu'aux reins.

La paroi vésicale antérieure était fortement ecchymosée, les autres parois de la vessie ne présentaient rien d'anormal.

Pas d'hématome dans la cavité péritonéale; les autres détails de l'autopsie n'ont pas d'intérêt pour la question qui nous occupe. Les voici cependant brièvement rapportés. Prostate du volume d'un œuf. Fausse route de 1 centimètre dans le lobe moyen. Deux plaies assez étendues au niveau des gouttières latérales de l'urèthre prostatique. L'hématome n'avait aucun rapport avec les plaies prostatiques. Ecchymose de la fosse naviculaire. Grande vessie à colonnes et à loges. La luette de Lieutaud est peu prononcée et ne pouvait gêner le cathétérisme. Un petit caillot sanguin recouvre l'orifice de l'urèthre dans la vessie. Pas d'autre caillot dans la vessie. Rein gauche hypertrophié. Poids : 340 grammes. Forme non changée, se laisse facilement décortiquer. Semis de points blancs sur la surface du rein. Sur la coupe, on voit à la partie supérieure, dans la substance corticale, un kyste du volume d'un œuf de pigeon. Ce kyste était vide. Les cavités normales sont dilatées et remplies de pus. Les pyramides sont à peine dessinées.

Rein droit plus petit que le gauche. Poids : 270 gr. Comme sur le rein gauche, semis de points blanchâtres sur la surface externe. Sur la coupe, on voit les pyramides à peine dessinées. Pas de kyste, pas de pus dans les cavités normales. Uretères perméables et non dilatés. Rien dans les autres viscères.

Evidemment notre prostatique est mort de pyélonéphrite et on ne saurait accuser l'hématome que nous avons signalé.

Quelle est la cause de celui-ci?

Nous ne pensons pas qu'on puisse invoquer les chutes faites par le malade du haut de son lit. Chacun sait que, d'ordinaire, les traumatismes exercés sur la paroi abdominale se transmettent presque intégralement aux viscères, laissant la paroi habituellement intacte. Nous croyons cependant qu'un choc capable de la production d'un hématome sous-péritonéal comme celui que nous avons observé ne manquerait pas de laisser sa signature sur les couches superficielles de l'abdomen. Il est évident d'ailleurs que si les chutes signalées avaient ecchymosé la paroi, c'eût été dans les points directement contus, c'est-à-dire sur le plan postérieur du corps. Or, il n'y avait pas trace d'ecchymose en ces régions.

L'hématome était localisé dans la cavité de Retzius, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi antérieure jusqu'à l'ombilic et des lombes jusqu'aux reins. De plus, la paroi vésicale était ecchymosée.

La cause de ces épanchements sanguins est la ponction hypogastrique.

La vessie étant fortement congestionnée, ainsi qu'elle l'est toujours chez les prostatiques et chez les rétentionnistes, il n'est pas étonnant que les vaisseaux de la paroi vésicale perforée par le trocart aient beaucoup saigné. Le sang n'a pu aller dans la cavité vésicale, car celle-ci revenant sur elle-même de haut en bas, un pli de la muqueuse a fait valvule et la cavité vésicale a été fermée. Dans ces conditions, le sang a coulé dans la cavité de Retzius et c'est la déclivité qui a guidé son épanchement dans la paroi abdominale antérieure jusqu'à l'ombilic et dans les lombes jusqu'aux reins. Ce n'est pas que le tissu cellulaire sous-péritonéal sus-ombilical soit moins lâche, moins abordable aux fusées liquides que le tissu cellulaire sous-péritonéal sous-ombilical. Si l'hématome n'a pas dépassé l'ombilic, c'est seulement en raison de la relative petite quantité de sang épanchée. Ce sang est allé dans les lombes à cause de leur situation déclive.

Au lieu de faire la ponction hypogastrique, le médecin de notre prostatique aurait dû tenir la conduite suivante : d'abord, il fallait épuiser toutes les ressources du cathétérisme. Mais si celui-ci était resté impuissant, une indication surgissait, celle de la cystotomie de Poncet. Cette opération ne demande pas beaucoup d'habileté, non plus qu'un outillage spécial. Elle peut être faite sans aide, à la cocaïne, au moyen d'un bistouri, de quelques pinces hémostatiques, d'un paquet de catgut pour lier les vaisseaux et d'un drain.

Le malade étant placé dans la position horizontale, on incise couche par couche au-dessus du pubis sur la ligne médiane et on draine. Pas une seule suture, ainsi que l'a proposé M. Ch. Audry. Quant aux avantages de la cystotomie, ils sont inappréciables, nous n'avons pas à en parler ici. Pourquoi donc l'opération de Poncet n'est-elle pas entrée dans les mœurs de tous les praticiens?

C'est qu'elle doit lutter contre des forces bien puissantes. Elle trouve en face d'elle la routine, la moutonnière routine, qui préconise la ponction hypogastrique, parce qu'elle fait partie du vieux bagage chirurgical, de ce que les vieux médecins, *laudatores temporis acti*, appellent la saine chirurgie d'autrefois.

De plus, elle contrecarre un antique préjugé d'après lequel une aveugle ponction serait moins dangereuse qu'une franche incision.

Enfin, il faut bien le dire, beaucoup de praticiens sont atteints d'une véritable phobie du sang et cependant la cystotomie n'est guère une opération hémorrhagipare. On vient de voir qu'il n'en est pas toujours de même pour la ponction hypogastrique.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Les mariages consanguins et leurs conséquences,

Par M. PAUL PERRIN.

La question de la consanguinité et des mariages consanguins est intéressante à plusieurs titres, car c'est une étude encore incomplète et elle a de l'importance pour la conservation de la société. Elle ne peut être résolue que par l'accumulation d'enquêtes restreintes et la coordination des résultats. C'est pourquoi, tout en traitant la question au point de vue général, nous avons fait porter la plupart de nos recherches sur une contrée limitée, le Nivernais (1).

La consanguinité est l'état de proche parenté existant entre tous les individus nés d'un même sang. Les lois humaines, basées surtout sur la morale, ne permettent que les mariages consanguins aux 3e et 4e degrés. Ces mariages, dus à beaucoup de causes, sont relativement fréquents ; en France, durant ces 25 dernières années, la moyenne annuelle des mariages entre neveux et tantes a été de 1 pour 4946 mariages croisés, la moyenne des mariages entre oncles et nièces a été de 1 pour 1707, et celle des mariages entre cousins germains de 1 pour 97. Dans la Nièvre, depuis 1875, il y a 6 mariages entre neveux et tantes, 10 entre oncles et nièces, et une moyenne annuelle de 26 entre cousins germains.

L'historique des mariages consanguins nous ouvre des aperçus sur l'état social et la morale des peuples, mais ne nous fournit aucun argument en faveur de telle ou telle opinion. Les nombreux travaux, les nombreuses idées émises sur les mariages consanguins, peuvent se ramener à 3 opinions :

1re opinion : *Presque toutes les alliances entre proches parents ont des résultats fâcheux*. Conclusions : *interdiction absolue*.

2e opinion : *Les mariages consanguins ne sont nullement préjudiciables, le plus souvent même ils donnent d'excellents résultats*. Conclusion : *permission et même recommandation*.

3e opinion : *L'influence des mariages consanguins est bonne ou mauvaise suivant que les auteurs sont exempts ou affectés de maladies constitutionnelles*. Conclusion : *interdiction ou permission* selon le cas.

Parmi les nombreuses affections imputées à la consanguinité, quelques-unes seulement doivent être discutées :

a) *L'idiotie, l'aliénation mentale* et *l'épilepsie* sont dues le plus souvent à l'hérédité, similaire ou transformée; nous en donnons des exemples. Mais nous rapportons aussi quelques observations où nous n'avons pu déceler la moindre cause qui puisse expliquer l'affection constatée : force nous est de faire intervenir la consanguinité. Quant aux *convulsions du jeune âge*, les causes en sont si nombreuses qu'il est impossible de soutenir cette influence nocive.

b) La consanguinité peut jouer un rôle dans la production de la *surdi-mutité*, mais ce rôle n'est pas constant.

c) En ce qui concerne certaines *affections de la vue* (*rétinite pigmentaire, albinisme*, l'influence de la consanguinité a été constatée; cette influence nocive est assez nettement prouvée pour l'albinisme.

d) Nous ne croyons pas que la *stérilité* puisse être imputée à la consanguinité pure et simple. Si le mari et la femme font partie d'une nombreuse famille, il est probable que leur union sera des plus fécondes, si au contraire ils sont enfants uniques leur mariage a de grandes chances de rester stérile.

e) Mais quant à certaines *difformités congénitales* (*polydactylie, pied-bot*, etc.), leur fréquence a été si souvent constatée chez les enfants issus de consanguins bien portants et bien constitués, que nous sommes forcé d'admettre l'influence de la consanguinité pure et simple.

La première opinion, presque toutes les alliances, etc., n'est pas juste. Elle renferme du vrai, c'est incontestable, mais elle est trop excessive; elle ne tient pas assez compte de l'hérédité, et pour cette raison nous ne pouvons l'admettre.

La deuxième, qui absout les mariages consanguins et, à l'encontre de la précédente, met tout sur le compte de l'hérédité, est trop exagérée aussi. La consanguinité et l'hérédité sont deux circonstances étiologiques parallèles, pouvant se superposer dans la même famille pour concourir aux mêmes conséquences morbides, mais aussi pouvant exister l'une sans le secours de l'autre. Et, bien que la consanguinité chez les animaux donne le plus souvent d'excellents résultats, nous ne pouvons accepter cette deuxième opinion.

La troisième est celle qui se rapproche le plus de la vérité; c'est celle aussi que nous admettrons, mais avec la restriction que nécessite la thèse que nous soutenons, à savoir que dans quelques cas la consanguinité saine peut exercer *ipso facto* une influence fâcheuse sur les produits de la conception.

Cette opinion, que nous proposons comme ligne de conduite au médecin consulté pour un mariage entre parents, la voici :

1° Si les deux futurs et leurs parents n'ont aucune diathèse, aucune maladie héréditaire, sont de belle santé, de forte constitution, dans de bonnes conditions climatologiques et hygiéniques, le médecin ne devra pas déconseiller le mariage, mais il ne devra pas non plus, l'encourager; il fera observer que bon nombre d'unions répondant à ces conditions ont donné naissance à des enfants présentant des tares fâcheuses et irrémédiables.

2° Mais si le médecin découvre la moindre trace de quelque affection physique ou de quelque trouble psychique, il devra user de toute son influence pour empêcher le mariage de se faire. Dans ce cas l'hérédité convergente donnerait sûrement des résultats déplorables.

1. Consulter pour plus de détails la thèse de M. PERRIN (Paris, 1895-96, n° 213), dont cet article reproduit les conclusions.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 Juin 1896.

Injections de sérum artificiel.

M. Pozzi fait un rapport sur un travail de **M. Duret** relatif au traitement des septicémies post-opératoires par les injections de sérum artificiel. Il montre que cette pratique est fort répandue dans les hôpitaux de Paris et rappelle la discussion récente que lui-même a soulevée sur ce sujet devant la *Société de chirurgie* à propos d'une observation de M. Berlin (de Nice) (voir *Mercredi médical*, 1895, p. 620), et, résumant ce débat, conclut que nous avons là un moyen parfois très efficace. C'est donc une manœuvre à recommander, et quant au manuel opératoire, M. Pozzi donne, en principe, la préférence à l'injection sous-cutanée de solution de sel marin à 7/1000.

M. Reclus a expérimenté tout récemment cette injection intraveineuse chez un garçon de 14 ans atteint de rage après avoir été traité, 15 jours après la morsure il est vrai, à l'Institut Pasteur. M. Delbet fit une injection de 1 300 grammes et l'agitation du malade sembla se calmer; il mourut d'ailleurs 2 heures plus tard.

M. Championnière a obtenu ainsi de bons résultats pour l'anémie et le choc, mais pour la septicémie, il n'a jamais eu de bons résultats.

M. Pinard est du même avis, et il rappelle que, dans leurs expériences faites en 1889, MM. Dastre et Loye ont précisément montré que pour les septicémies il n'y avait rien à attendre du lavage du sang.

M. Pozzi constate cependant qu'on ne peut nier les succès obtenus, et en particulier dans l'observation de Berlin. Il pense qu'à la fois ces injections — qu'il ne faut pas assimiler quoiqu'on en ait dit au lavage du sang de Dastre et Loye — favorisent la phagocytose et la diurèse et permettent d'agir contre certaines septicémies sans cela mortelles.

M. Championnière doute de ces faits, de celui de Berlin en particulier, et il ne voudrait pas qu'on pût-comme on l'a fait récemment — considérer ces injections comme une panacée. Et en tout cas (avec MM. Pozzi et Pinard d'ailleurs) il s'élève contre cette assertion que l'injection intraveineuse soit une pratique innocente. De cette méthode il ne faut pas abuser, et pour le moment on semble en abuser.

MM. Péan et **Dumontpallier** voudraient bien qu'à cet égard on dressât un plan exact des succès et des insuccès. M. Dumontpallier se demande même si c'est bien utile pour les hémorrhagies. Il croit que les injections d'éther sont suffisantse, et il ne confierait pas sa veine à un chirurgien.

M. Pinard dit que précisément son bilan est publié tous les ans et il affirme, pièces en main, que par l'injection sous-cutanée il a vu guérir 17 femmes dans des conditions telles qu'il y a 4 ans, avant d'employer cette méthode, il voyait constamment mourir.

M. Tarnier a de même vu ressusciter pour ainsi dire plusieurs femmes qu'il aurait sûrement perdues par les moyens anciennement employés. Quant à la question des septicémies, jamais il n'a eu recours à la méthode; il veut seulement rappeler qu'autrefois on voyait guérir des femmes profondément atteintes; aujourd'hui que la septicémie est devenue plus rare, il ne faudrait pas la proclamer toujours mortelle et quand on en guérit après les injections de sérum déclarer : *Post hoc, ergo propter hoc.*

M. Péan constate qu'en somme, tout le monde est d'accord sur l'utilité des injections sous-cutanées et sur les réserves avec lesquelles il faut admettre les injections intraveineuses.

M. Cornil fait un rapport sur le travail de M. Chantemesse relatif à la contagion de la fièvre typhoïde par les huîtres (voir p. 533).

L'Académie émet le vœu que l'autorité compétente fasse surveiller l'aménagement des parcs du littoral ainsi que les importations étrangères, et exige que les huîtres provenant des localités reconnues infectées soient placées, pendant 8 jours avant leur vente, sur un point de la côte baigné par l'eau pure de mer.

M. Glover lit un mémoire sur l'intubation du larynx.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 Juin 1896.

Branche descendante des racines postérieures.

MM. Déjerine et **Thomas** ont pu constater chez un adulte l'existence d'une branche descendante des racines postérieures.

Il s'agit d'une syphilitique entrée dans le service pour une paralysie radiculaire du plexus brachial. A l'autopsie on trouva sur la face interne de la dure-mère, au niveau de la 8e paire cervicale et de la 1re dorsale, un noyau gommeux qui comprimait les racines de la 8e cervicale et de 1re dorsale. En dehors des lésions de dégénérescence descendante, on trouvait au-dessous de la lésion, au niveau des 2e et 3e racines, une zone dégénérée dans le cordon de Burdach. Ce fait prouve donc qu'il existe une branche descendante des racines postérieures.

Diagnostic de la fièvre typhoïde par le milieu d'Elsner.

M. Courmont (de Lyon) a constaté que le milieu d'Elsner (pomme de terre, bouillon et iodure de potassium), servant au diagnostic bactériologique rapide entre le bacille typhique et le colibacille donne des résultats positifs constants quand on ensemence des cultures. Mais si l'on ensemence des selles typhiques, les résultats ne sont pas constants, et c'est ainsi que sur 9 examens, M. Courmont n'a eu que 2 fois des résultats positifs.

Action du colibacille sur le lactose et le saccharose.

M. Grimbert dans une précédente communication avait signalé l'existence d'un colibacille doué de la propriété de donner avec le lactose de l'acide succinique au lieu d'acide lactique gauche qu'il donne avec le glucose.

Ayant examiné depuis lors 7 espèces de coli d'origines variées (eau de la Vanne, selles normales et selles typhiques), M. Grimbert reconnaît que ce qu'il croyait être une exception sur la foi des auteurs, est au contraire la règle générale.

Le colibacille se conduit donc à cet égard comme le premier bacille de Friedländer.

M. Grimbert a constaté en outre que, contrairement à l'opinion admise, le colibacille est sans action sur le sucre de canne. Un seul bacille sur les 7 examinés a fait fermenter ce sucre. Il n'est donc pas indifférent, comme on l'a dit, d'employer le lactose ou le saccharose pour établir une distinction entre le bacille coli et le bacille d'Eberth.

Toxicité urinaire dans la lymphadénie leucémique et dans l'adénie tuberculeuse.

MM. Auché et **Carrière**, étudiant comparativement la toxicité urinaire chez 2 malades atteints l'un de lymphadénie leucémique, l'autre d'adénopathie tuberculeuse cervicale, sont arrivés aux résultats suivants :

1° Le coefficient urotoxique a été diminué dans les 2 affections. Il a varié de 0,120 à 0,136 dans l'adénopathie tuberculeuse, de 0,201 à 0,517 dans la lymphadénie leucémique.

2° Cette diminution a été plus accentuée dans le cas de tuberculose ganglionnaire que dans le cas de leucocythémie.

Ces conclusions n'ont d'ailleurs rien de définitif puisqu'elles ne reposent que sur l'examen de deux malades.

Sur le rôle des plasmas et des chlorures dans l'organisme.

M. Winter. — Les recherches que résume M. Winter concernent l'influence de la concentration sur la marche des phé-

nomènes physiologiques. Il rappelle que la concentration de tout liquide organique est formée d'une partie constante répondant à l'état de repos de l'organe, et d'une partie variable, répondant à la modification de la première sous l'influence du travail chimique de la fonction. Cette partie variable est limitée par l'intervention des forces osmotiques. Il se produit des mouvements d'eau en même temps que des modifications transitoires de la richesse chlorurique. C'est, en effet, grâce à la grande diffusibilité des chlorures, à leur facile déplacement que la concentration initiale peut se transformer dans des limites étendues. Il y a constamment conflit entre la matière organique et les chlorures.

En ne considérant que ce fait, il est facile de comprendre que la disparition des *chlorures* arrêterait toute *transformation* à partir d'une certaine limite. Mais cette conséquence devient plus saisissante si l'on schématise tous les faits. On est alors conduit à envisager ces plasmos comme de véritables piles où le noyau, étant considéré comme un centre d'attraction, comme un pôle, se développe de l'énergie nerveuse calorifique par modification de l'énergie chimique mise en jeu, par les réactions de courant ainsi produit dans les solutions plasmotiques, ne peut s'y propager qu'à la faveur des chlorures, la résistance intérieure de cette pile augmentant avec la quantité de matière organique. Cette conception fait voir que les plasmos et leurs constituants jouent un rôle extrêmement important, capital même, dans le jeu des fonctions. Elle fait comprendre les résultats énoncés plus haut, surtout le rôle des chlorures dont les oscillations entraînent des oscillations correspondantes de la conductibilité des milieux plasmotiques.

Cas d'idiotie avec cachexie pachydermique.

M. Bourneville a présenté il y a 6 semaines une petite fille de 3 ans, atteinte d'idiotie mxyœdémateuse, et annoncé qu'elle allait être soumise durant un temps convenable au traitement par l'ingestion thyroïdienne. Malheureusement, au bout de quelques jours, l'enfant a été prise d'accidents pulmonaires auxquels elle a rapidement succombé.

Les effets dûs à l'ingestion de la glande thyroïde pendant 4 jours ont été les suivants : disparition de la coloration d'un rouge vineux des pieds et des mains; diminution de leur état pachydermique; dégonflement de la langue et partant suppression de la protrusion de cet organe ; occlusion de la bouche auparavant largement ouverte; diminution de la cyanose des lèvres et du gonflement des paupières qui laissent voir les yeux ; selles spontanées au lieu de la constipation opiniâtre antérieure; sommeil agité, réveils en sursaut, agitation, plaintes ; élévation de la température centrale ; amaigrissement se traduisant par un abaissement du poids d'un kilogramme et demi.

Quelle est la cause de la mort? M. Bourneville pense qu'il faut écarter la médication parce qu'elle a été de très courte durée (4 jours) avec une interruption d'un jour; parce que la dose quotidienne était très faible (1 gr. 50 deux fois; 1 gramme deux fois), en raison de la résistance de l'enfant, aucune de ces doses n'a été ingérée complètement. Enfin on n'a pas observé les crises épileptiformes, la tachycardie proprement dite, le tremblement, la paralysie, les éruptions cutanées, etc., signalés comme étant les phénomènes qui accompagnent l'intoxication complète.

C'est donc à une affection pulmonaire qu'il convient d'attribuer la mort. La toux, l'oppression, la douleur à la pression, la submatité, les nausées, l'élévation persistante de la température, nous paraissent rendre fort probable cette opinion. Il est bien regrettable que l'opposition à l'autopsie n'ait pas permis d'en apporter la certitude.

Le fer de l'organisme et l'infection.

M. Charrin. — On sait combien les modifications de l'économie influencent l'évolution de l'infection ; on sait, en particulier, combien la teneur des milieux en éléments minéraux libres ou combinés a de l'importance vis-à-vis de la pullulation des germes.

Il devient, dès lors, intéressant de rechercher les variations de quelques-uns des principes constituants de l'économie.

Avec Lapicque et Guillemonat, nous avons pendant 2 mois soumis des animaux à des injections de tuberculine, de toxine du bacille de Löffler, de sérum antidiphthéritique; puis nous avons dosé le fer.

Constamment nous avons noté une diminution dans le chiffre fixé pour le sang; nous avons trouvé 0,25 à 0,30 p. 1000, au lieu de 0,40 à 0,50; la modification hématique paraît indéniable.

Dans le foie, nous avons constaté une augmentation, de moitié à peu près, chez les lapins qui recevaient le sérum; chez les autre la quantité n'a pas oscillé.

Dans la rate, il y a eu tantôt accroissement, tantôt abaissement, tantôt état normal; ces oscillations dépendent, en partie, des hémorrhagies; parfois on a décelé de la rubigine.

Ainsi, à côté d'un effet commun relatif à l'altération du sang, il y a des différences propres à chaque infection comme aussi à chaque virulence, à chaque économie.

Ces faits établissent que les bactéries, grâce aux toxines, modifient profondément la composition de l'organisme, touchent aux principes qui, statiquement ou dynamiquement, par leurs actions sur la multiplication des agents pathogènes, par leurs effets sur la nutrition, sur le système nerveux, jouent un rôle considérable dans la lutte contre l'infection.

L'hérédité expérimentale.

MM. Charrin et **Gley**. — La Société se souvient des animaux déjà nombreux que nous lui avons présentés, en raison des anomalies, pieds bots, rachitisme, nanisme, difformités génitales, viscérales, accroissement de résistance, etc., observés chez ces sujets issus de générateurs soumis à l'influence d'une série de toxines.

Si nous reprenons aujourd'hui cette question, c'est pour montrer que, conformément aux enseignements de la pathologie humaine, ces désordres se poursuivent dans les générations successives.

Le couple dont le mâle et la femelle offraient une sorte de moignon en guise de pied provenait de générateurs soumis à ces toxines. Or ce couple, sans avoir subi l'action de nouveaux agents, a donné naissance, à côté de rejetons parfaitement conformés, à des produits d'un développement des plus réduits.

Les lapins que nous montrons pèsent 1 120 grammes, tandis que des sujets de même âge atteignent 2 540 grammes; en outre, les poils sont ternes, irréguliers; les épiphyses sont saillantes; la queue est contournée sur elle-même.

Ainsi l'expérimentation établit que des animaux soumis aux influences des sécrétions microbiennes peuvent engendrer des descendants offrant des anomalies variées; elle établit que ces descendants sont capables, à leur tour, de transmettre ces anomalies ou d'autres modifications; elle établit également que ces désordres épargnent parfois telle ou telle génération, pour se retrouver dans les suivantes.

Il est clair que, pour obtenir ces résultats, il faut opérer longtemps et souvent; quand, par exemple, on cherche à mettre en relief le rôle du père, que des observateurs ont depuis nous mis en lumière, il est quelquefois nécessaire, comme nous l'avons prouvé, de réaliser un nombre considérable d'expériences, attendu que ce n'est pas avec huit, ainsi qu'on nous l'a fait dire, que nous avons réussi; il suffit de lire notre dernier mémoire.

Ce défaut de nombre explique, en partie, certaines contradictions apparentes.

M. Féré rapporte l'observation d'un épileptique chez lequel les crises convulsives étaient remplacées par des attaques paralytiques à forme paraplégique, précédées par une sensation de chatouillement dans les pieds.

M. Peyron expose les bons résultats que donne le monosulfure du sodium dans le traitement des coliques de plomb; l'élimination du plomb qui survient dans ces conditions est plus active pendant le jour que pendant la nuit.

M. Gley montre une nouvelle génération de lapins cachectiques provenant des parents qui avaient été inoculés avec des toxines microbiennes et qui avaient déjà donné naissance à une génération de lapins malformés.

MM. Richet et **Broca** font une communication sur l'influence de la température sur la contractilité des muscles.

M. de La Jarrige présente l'observation d'une tuberculeuse traitée avec succès par le sérum de Richet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 Juin 1896.

De la cholédocotomie.

M. Quénu fait observer que le diagnostic des calculs du cholédoque n'est pas facile et que la plupart des laparotomies qu'on fait pour la lithiase biliaire, sont des laparotomies exploratrices. Si au cours de ces laparotomies on trouve des calculs dans le cholédoque, on fait la cholédocotomie. En effet rien d'aussi facile que de confondre, au point de vue clinique, les calculs du cholédoque avec les tumeurs du pancréas, la sclérose du foie, le kyste hydatique, le carcinome du foie. C'est ce qui est arrivé du reste plusieurs fois dans les 5 cas où M. Quénu a eu l'occasion d'intervenir.

Deux fois, M. Chauffard avait posé le diagnostic de calculs du cholédoque : or, une fois on a trouvé une obstruction calculeuse du cholédoque, mais chez la seconde malade il s'agissait d'un carcinome hépatique. Chez cette malade M. Quénu resta à la laparotomie exploratrice. Chez une troisième malade, le diagnostic médical était hésitant entre un carcinome hépatique et un calcul du cholédoque. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un carcinome hépatique. Chez un autre malade, il s'agissait d'une angiocholite et le cholédoque était libre. Dans le dernier cas enfin on avait diagnostiqué encore une angiocholite suppurée. Comme le cholédoque était libre, M. Quénu fit une cholécystostomie, la vésicule contenait de la bile infectée.

Au point de vue technique M. Quénu trouve que la laparotomie médiane, pour explorer le cholédoque, est infiniment supérieure à la laparotomie latérale, cette dernière devant être séservée aux cas où l'on opère sur la vésicule.

Pour ce qui est de la suture du cholédoque, M. Quénu, tout en s'en déclarant partisan, cite une observation qui montre que cette pratique peut avoir des inconvénients.

Il s'agit d'une femme chez laquelle la laparotomie montra la présence de calculs dans le cholédoque. M. Quénu fit la cholédocotomie, et refoula vers le haut des calculs afin de les extraire facilement. L'extraction faite, on sutura le cholédoque. Pendant deux jours les suites opératoires furent bonnes. Mais au bout de ce temps il survient de la fièvre, un pouls rapide, de l'oppression, de la somnolence. Pensant à une rétention biliaire, M. Quénu ouvrit le cholédoque. Il sortit un flot de bile et l'état s'améliora de nouveau. Mais au bout de quelques jours la malade succomba à des phénomènes de rétention biliaire. A l'autopsie, on trouva une oblitération calculeuse de l'ampoule de Vater. Dans les conduits hépatiques, extra- et intra-hépatiques, il existait de nombreux calculs.

Fractures obliques du tibia.

M. Hennequin donne la description de l'appareil à extension continue dont M. Kirmisson a parlé à la dernière séance, dans son rapport sur l'observation de M. Hartmann.

M. Nélaton tient à préciser la conduite qu'il suit dans les fractures obliques du tibia. Il n'est pas partisan à outrance de la suture osseuse dans les fractures, mais il croit que la suture osseuse doit être appliquée aux cas de fractures obliques du tibia quand la réduction est impossible.

Depuis 2 ans, il a eu l'occasion d'intervenir deux fois dans des fractures obliques de jambe, sans beaucoup de succès. L'appareil nouveau de M. Hennequin donne au contraire de bons résultats dans ces cas et dispense de faire une intervention sanglante.

M. Berger pense que l'appareil de M. Hennequin ne donne pas constamment un résultat satisfaisant. Pour sa part il n'applique jamais d'emblée, le premier jour, un appareil plâtré. Il commence par mettre une gouttière ou l'appareil de Scultet jusqu'à ce que le gonflement ait disparu, et il applique ensuite un plâtre.

Le raccourcissement du membre est un gros inconvénient, mais tout ce traitement est laborieux; il faut le surveiller de près. L'appareil de M. Hennequin a donné à M. Berger de bons résultats dans deux cas. L'inconvénient de cet appareil consiste dans son prix élevé et dans sa complexité. De plus la compression sur la face dorsale du pied et de la jambe est douloureuse.

Dans les fractures obliques de jambe, l'intervention sanglante, en dehors des cas d'irréductibilité véritable, ne donne pas de meilleurs résultats que le traitement ordinaire. Par l'opération le plus souvent on est amené à faire une résection, si légère soit-elle, ce qui donne toujours un peu de raccourcissement. De plus, le fait d'ouvrir un foyer de fracture est toujours un inconvénient. Aussi, pour le moment, M. Berger s'en tient aux essais de l'appareil de M. Hennequin et au traitement ordinaire.

M. Delorme croit que le meilleur traitement des fracture. consiste dans l'application des appareils amovo-inamovibles. Ces appareils peuvent être surveillés; ils suivent le retrait du membre. L'appareil plâtré ou appareil inamovible est un mauvais appareil si on l'applique d'emblée.

Pour éviter la formation d'un cal irrégulier pour fracture oblique de jambe, cal à concavité antérieure, il suffit de bien matelasser avec l'ouate la face postérieure de la jambe.

M. Robert présente un jeune soldat atteint d'un cysticerque de l'œil gauche.

M. Potherat présente une femme à qui il a fait une amputation totale du pied pour un sarcome.

M. Delorme présente une pièce de perforation de l'appendice ayant entraîné la mort. Cette perforation est survenue immédiatement après un coup de pied de cheval ayant porté sur l'abdomen.

M. Ricard présente une pièce de la portion iléo-cœcale de l'intestin enlevée par lui pour un néoplasme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 Juin 1896.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Fernand Widal propose une méthode nouvelle qui permet de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde en cherchant simplement comment le sérum d'un malade agit sur une culture en bouillon de bacille d'Eberth. Les recherches récentes de R. Pfeiffer et Koll et de Max Gruber ont montré que le sérum des hommes convalescents de fièvre typhoïde, comme celui des animaux immunisés contre l'infection typhique, mélangé *in vitro* à une culture de bacille d'Eberth, donnait une réaction des plus nettes, permettant d'établir le diagnostic différentiel de ce microbe et des coli-bacilles.

Voici en quoi consiste le phénomène. Après avoir ensemencé séparément des tubes de bouillon avec du bacille d'Eberth et du coli-bacille, on ajoute à chacun d'eux quelques gouttes de sérum d'un animal fortement immunisé contre l'infection typhique et on les place à l'étuve à 37°. Pendant les 4 ou 5 premières heures, le tube à coli-bacille commence à se troubler, tandis que le tube à bacille d'Eberth reste presque complètement clair. Au bout de 24 heures, le tube à coli est fortement troublé dans toute son étendue, le tube à bacilles d'Eberth l'est fort peu ou ne l'est pas du tout, les microbes se précipitant en amas au fond du vase, sous forme de flocons ou de pellicules blanchâtres. Une goutte de la culture de coli, examinée alors au microscope, montre des bactéries isolées pour la plupart et douées d'une grande mobilité; une goutte de la culture de bacille d'Eberth ne présente que des agglomérations éparses de microbes immobiles, déformés, épaissis, semblant collés les uns aux autres et figés sur la lame; on ne trouve plus de microbes isolés et mobiles. Formation d'un précipité visible à l'œil nu, immobilisation, agglomération et déformation des microbes, tels sont les éléments du phénomène.

M. Widal a examiné, à ce point de vue, le sérum de 6

typhiques aux 7e, 12e, 15e, 16e, 19e, 21e jour de la maladie. Chaque fois, il a constaté, avec la plus grande netteté et la plus grande facilité, l'action immobilisante et agglutinante de ce sérum sur la culture en bouillon du bacille d'Eberth.

La façon la plus simple de constater le phénomène en question est la suivante : Il suffit de piquer avec la pointe d'une lancette la pulpe d'un doigt que l'on a préalablement lavé antiseptiquement, puis desséché. On fait pendre la main du malade hors du lit, de façon qu'elle occupe une position déclive, on exprime le doigt par massage depuis la racine jusqu'au voisinage de la piqûre et l'on recueille quelques gouttes de sang dans une petite éprouvette de 3 centim. cubes environ, celle de l'hématimètre par exemple, préalablement passée à la lampe d'une flamme à alcool et placée immédiatement au-dessous du doigt qui saigne. Un dé à coudre remplirait le même office. On peut recueillir facilement de la sorte 1 à 2 centim. cubes de sang, mais un 1/2 centimètre suffit à la rigueur. On bouche et on attend la séparation du sérum et du caillot qui, en général, commence à se produire au bout de quelques minutes. Si, à 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte de sérum ainsi obtenu, on peut, au bout de quelques minutes, si le sérum provient d'un typhique, constater, sous le microscope, les agglomérats microbiens caractéristiques. Dans l'intervalle de ces amas, on voit encore quelques bacilles isolés et mobiles dont le nombre va en diminuant au bout de quelques heures. Par ce procédé rapide, le sérum ne peut être que difficilement recueilli d'une façon aseptique. Si l'on mettait à l'étuve un mélange de bouillon et de ce sérum, on risquerait de trouver le lendemain la culture contaminée. On ne peut donc poursuivre pendant plusieurs jours le développement du phénomène et assister à l'agglomération de tous les grumeaux au fond du tube.

Bien plus, il suffit de laisser tomber une goutte de sang dans une éprouvette contenant 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille typhique pour avoir la réaction. On ne gagne pas de temps à ce procédé, car, avant de porter sous le microscope, il faut attendre que les globules rouges se soient déposés au fond du vase, et les avantages de cette pratique ne sont pas assez grands pour la préférer aux précédentes, quand le sang s'écoule en suffisance.

Les expériences de contrôle ont été faites sur 2 jeunes gens en parfaite santé, sur 5 personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis 1 an, 4 ans, 5 ans, 9 ans, 14 ans, et sur 14 malades atteints d'affections diverses, telles que néphrite aiguë, néphrite chronique, tuberculose fébrile, pleurésie fébrile avec épanchement, pneumonie à la période d'état ou à la période de convalescence, embarras gastrique, lithiase biliaire avec fièvre, ictère catarrhal, cirrhose du foie, asystolie, acromégalie avec arthrite aiguë scapulo-humérale, rhumatisme articulaire aigu en convalescence. Le bacille d'Eberth s'est montré constamment insensible au sérum de ces 21 sujets, et toujours est resté sous le microscope isolé et mobile.

M. Widal a étudié comparativement, sur des cultures d'un coli-bacille, l'action du sérum de 6 typhiques, de 2 personnes guéries depuis plusieurs années de la fièvre typhoïde et de 12 des malades précédemment cités. Tous ces sérums se sont comportés de la même façon vis-à-vis le coli-bacille. Dans tous les cas, ce microbe conservait sa mobilité. Au milieu de tous les bacilles isolés et mobiles, on observe parfois de petits amas, discrets et dont les éléments s'agrègent et se désagrègent sous l'œil de l'observateur. Ce caractère s'observe sur les cultures de coli-bacille additionnées de sérum typhique, comme sur toutes celles additionnées de sérum de tout autre malade.

Voici donc un procédé simple et rapide, à la portée de tous, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante. Il suffit d'avoir à sa disposition des cultures pures en bouillon de bacille d'Eberth, que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope avec objectif à immersion et quelques gouttes du sang d'un malade.

Paralysie arsenicale chez une fillette de 7 ans.

M. Comby a observé un cas de paralysie arsenicale chez une petite fille de 7 ans, sans antécédents rhumatismaux personnels ni héréditaires, sans cardiopathie, entra dans le service pour une chorée, le 1er mars 1896.

Le 10 mars, on donne par cuillerées à soupe, toutes les 2 heures, dans un julep de 120 gr., 10 gr. de liqueur de Boudin, c'est-à-dire 1 centigramme d'acide arsénieux. On augmente tous les jours d'un 1/2 centigramme, jusqu'à 3 centigr. 1/2 (35 gr. de liqueur de Boudin), et on redescend de la même façon à 10 gr., après quoi le traitement est terminé. En 11 jours, l'enfant a pris 235 gr. de liqueur de Boudin ou 235 milligr. d'acide arsénieux. Dès le 5e jour de la cure, tout mouvement choréique avait cessé ; mais le lendemain, l'enfant avait eu des vomissements, qui se répétèrent les jours suivants, en même temps que la langue devenait saburrale et que la bouche se remplissait de salive. Cet embarras gastrique persiste pendant 10 jours et l'enfant sort guérie le 5 avril.

Cinq semaines après, elle revient avec une paraplégie complète qui avait commencé 46 jours après la dernière prise d'arsenic. A l'examen, on trouvait une paraplégie motrice, l'absence des réflexes, la conservation de la sensibilité à la douleur. Le traitement par l'électricité, la strychnine et les bains sulfureux, ne commença à donner des résultats qu'au bout de 3 semaines, pendant lesquels la paralysie a même gagné les membres supérieurs et les sphincters. Mais au bout de ce temps, il survint une amélioration graduelle, un retour des mouvements de haut en bas, et 2 mois environ après le début des accidents, la malade pouvait être considérée comme guérie.

Bien que la paralysie arsenicale relevât d'une névrite, la participation des sphincters semble, d'après M. Comby, devoir faire admettre dans ce cas une myélite arsenicale.

M. Rendu ne nie pas la possibilité d'une myélite arsenicale, mais comme pour l'intoxication par le plomb, il la considère comme tout à fait exceptionnelle, la polynévrite étant dans les 2 cas la forme la plus commune.

M. d'Heilly cite un cas qui montre que, comme l'arsenic, l'antipyrine peut amener des accidents graves. Dans son cas, l'enfant, après avoir pris des doses progressivement croissantes d'antipyrine (2, 4, 5 et 6 grammes par jour), a été prise un jour de fièvre intense et est morte. Depuis lors, M. d'Heilly est très réservé dans l'administration de l'antipyrine.

M. Sevestre a observé un cas d'intoxication à la suite de l'administration de 5 grammes d'antipyrine chez une choréique de 7 ans : il y eut du coma avec cyanose, pouls imperceptible et l'enfant a guéri, mais M. Sevestre n'ose plus administrer à un enfant de fortes doses d'antipyrine.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 Juin 1896.

Le seneçon comme emménagogue.

MM. Heim et **Dalché** ont étudié deux variétés de seneçon : le *senecio vulgaris* et le *senecio jacobæa*. Ils se sont servi des extraits dans lesquels ils ont trouvé deux alcaloïdes : la sénécine et la sénécionine, et une résine brute.

Les effets de l'extrait sont peu connus sur les nerfs sensitifs. Sur les nerfs moteurs, une forte dose provoque des modifications analogues au curare. Le cœur diminue le nombre de ses battements par l'emploi d'une faible dose ; une forte dose provoque son arrêt en systole.

Les expériences faites sur les chiens et les lapins ont montré que l'extrait de seneçon était bien supporté, même à haute dose. Quant à son action emménagogue, étudiée sur 15 malades, on a pu constater que le seneçon améliore la dysménorrhée et l'aménorrhée essentielles, c'est-à-dire qui ne pouvaient être attribuées à une inflammation de l'utérus ou des annexes. Dans les cas où ces organes sont atteints, le seneçon serait à éviter : il aggraverait singulièrement l'état des malades.

M. Bolognesi a étudié sur 20 malades l'action du seneçon administré à petite dose minime, 25 centigrammes le premier jour, en augmentant progressivement la dose pour arriver à 2gr50 par jour.

Il ressort de ces observations que le seneçon est un bon emménagogue, même après de longues aménorrhées, et qu'il agit à dose faible, dose qui est de 2 à 9 grammes absorbée dans un espace de 3 à 8 jours. Dans certains cas, il provoque la menstruation; dans d'autres, il la régularise; quelquefois on est obligé de renouveler son emploi lors des époques pour provoquer le rejet du sang menstruel. Il est sans action sur l'élément douleur, et, quelle que soit la cause de l'aménorrhée, jamais le seneçon n'a provoqué d'aggravation de la maladie causale; à forte dose, il semble provoquer une érection ovaro-tubo-utérine.

M. Bardet a observé des cas qui ne laissent aucun doute sur l'action spéciale du seneçon sur l'utérus. C'est ainsi qu'une de ses malades, une femme de 38 ans, multipare, éprouve après chaque prise du seneçon des nausées et des contractions utérines qui se révèlent par des sensations semblables à celles que provoque l'utérus gravide. Dans un autre cas, le seneçon a provoqué l'avortement d'une grossesse.

Il faut donc s'assurer, avant d'administrer le seneçon, de l'état de l'utérus, et on sait la difficulté qu'on éprouve à poser un diagnostic de grossesse aux premiers mois. Une réserve prudente s'impose donc toutes les fois que les causes ordinaires de l'aménorrhée ne peuvent être trouvées dans l'histoire clinique d'une malade.

M. Blondel trouve que l'observation d'avortement rapportée par M. Bardet est la preuve que le *senecio jacobæa* est doué d'une action congestionnante réelle sur l'appareil utéro-ovarien. Néanmoins son action physiologique reste encore bien obscure, et ce qu'en a dit M. Heim est extrêmement vague, en contradiction même dans le fond avec ce qu'ont observé, d'autre part, MM. Bardet et Bolognesi. Or, en clinique, on ne saurait employer un emménagogue sans savoir quel est son mode d'action, afin que ses indications et ses contre-indications soient nettement établies. L'aménorrhée, en effet, n'est pas une maladie, mais un symptôme, et c'est à ses causes physiologiques qu'il faut s'adresser si l'on veut la combattre en variant nos moyens d'action en conséquence. A côté des aménorrhées d'ordre général, dépendant de l'anémie, par exemple, il y a celles qui tiennent à un défaut de constitution de l'utérus, antéflexion, rétroflexion, atrésie accidentelle du col utérin, spasme de l'orifice interne, etc. : tout cela est indispensable à établir avant de faire choix de l'emménagogue approprié. Chez telle jeune fille chlorotique, le fer fera merveille; chez telle autre, lymphatique ou névrosée, les douches seront excellentes; à la suite des maladies infectieuses graves, la fièvre typhoïde, par exemple, après un bouleversement physique ou moral ayant influencé la régularité de la menstruation, on retirera le meilleur parti de l'exercice en plein air, de la marche, de la bicyclette même.

Quant aux aménorrhées dites fonctionnelles et dépendant de l'état de l'utérus pris isolément, il est évident que le traitement des déviations s'impose lorsque celles-ci sont en jeu. Quant aux médicaments déterminant la congestion de l'appareil utéro-ovarien, soit en agissant sur la fibre lisse comme la strychnine et l'acide salicylique, soit en provoquant de la congestion dans la circulation du petit bassin, par l'irritation de la muqueuse, comme la rue et la sabine, ou par obstruction de la circulation hépatique, comme l'aloès, soit en s'adressant aux plexus ganglionnaires par l'intermédiaire du système nerveux central comme l'apiol et les essences, on n'en voit pas les avantages et on n'en comprend pas bien tous les dangers : on n'oubliera pas, en effet, que, dans la moitié des cas, la cause de l'aménorrhée est la grossesse, et l'on sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic de celle-ci au premier mois.

En résumé, le traitement de l'aménorrhée, tant par prudence que dans un véritable esprit clinique, doit être indirect; les médicaments qui agissent directement en provoquant l'hémorrhagie utérine sont tous infidèles le plus souvent, dangereux parfois, et, lors même qu'ils agissent, n'ont qu'une action passagère. Ici, comme dans beaucoup d'autres cas, ce n'est pas le symptôme qu'il faut traiter, mais la cause. Si l'on veut s'adresser à un médicament, on choisira l'iodure de potassium à la dose journalière de 10 à 20 centigrammes. Il convient spécialement à l'aménorrhée d'origine arthritique, c'est-à-dire à la grande majorité des cas d'aménorrhée sans lésions que l'on rencontre dans la clientèle de ville.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 18 Mai 1896.

Sur la réaction de Bremer du sang diabétique.

MM. Lépine et **Lyonnet**. — M. Bremer, de Saint-Louis (Etats-Unis), a fait connaître une réaction fort intéressante du sang diabétique et, d'après lui, spéciale à ce sang. Cette réaction est à la fois macroscopique et microscopique. Elle s'obtient en colorant une mince couche de sang (fixée sur une lamelle) au moyen d'un *mélange d'éosine et de bleu de méthylène*. Avec du sang normal les noyaux des globules blancs sont colorés en bleu; les globules rouges le sont en rose brun pâle. Or, l'auteur a trouvé que les hématies du sang diabétique se colorent *en vert*.

Dans sa première publication il signale déjà le fait que les globules rouges du sang *normal, additionnés d'un peu de sucre*, ne prennent pas avec son réactif la coloration caractéristique, mais qu'il en est autrement s'ils sont traités par de l'urine diabétique. Dans une publication ultérieure, il insiste de plus sur le fait suivant que si, chez un diabétique, au moyen du régime ou mieux encore de la diète, — ou bien de certains médicaments comme l'antipyrine, etc., on supprime la glycosurie, la réaction colorimétrique du sang, ne manque pas, ce qui, dit-il, est fort important pour le médecin d'une compagnie d'assurances sur la vie.

Cette réaction, dit M. Bremer, se produit dans le sang de tout diabétique, de quelque espèce que soit le diabète (hépatique, pancréatique, nerveux, etc.), mais pas avec le sang d'un animal rendu diabétique par la phlorizine. On sait que dans le diabète phlorizique *il n'y a pas d'hyperglycémie*. M. Bremer ne considère d'ailleurs pas sa réaction comme due au sucre, — ce qui le prouve c'est le fait cité plus haut, que le sang normal *sucré* ne donne pas la réaction); il l'attribue à une substance inconnue.

Pour préparer le réactif de M. Bremer on prend une solution saturée d'éosine, et, d'autre part, une solution saturée de bleu de méthylène (d'après notre expérience c'est le bleu de méthylène renfermant du zinc qu'il faut choisir); on mélange les deux solutions; il se fait un précipité; on le recueille sur un filtre et on y ajoute un peu d'éosine et un peu de bleu de méthylène. On dissout le tout dans l'alcool. Le réactif ne se conservant bien que pendant peu de jours, il faut avoir toujours une solution récente; on le dilue dans l'eau pour s'en servir.

En possession de ce réactif, qu'il est en somme assez délicat de préparer, nous avons examiné le sang d'un diabétique du service de la clinique, âgé de 50 ans, et dont l'urine renferme de 30 à 40 grammes de sucre par litre. Nous avons obtenu une préparation identique avec la planche de M. Bremer, mais nous n'avons pas tardé à nous convaincre que cette réaction n'est pas particulière au sang diabétique, Nous l'avons eue tout aussi belle avec le sang d'un leucémique. Chez ce malade les globules rouges sont en effet colorés en beau vert, aussi intense que les hématies du sang diabétique.

On sait que le sang leucémique est si peu alcalin qu'on l'a même cru acide, ce qui est d'ailleurs inexact. La réaction que nous avons obtenue chez notre leucémique nous a donné l'idée qu'elle pourrait bien tenir à un principe acide du sang diabétique. On sait que ce sang est souvent très peu alcalin. Cela a déjà été établi par divers observateurs, et notamment par le docteur Canard qui a fait sa thèse sous la direction de l'un de nous. D'autre part, on comprend théoriquement très bien qu'un principe acide détermine la réaction de Bremer. Nous nous occupons actuellement de vérifier cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, la réaction de Bremer des globules rouges du sang diabétique ne saurait caractériser, comme l'a cru son auteur, le diabète, car avec les globules rouges du sang leucémique elle peut être tout aussi prononcée. En conséquence, on ne peut tirer de son existence un argument en faveur d'une théorie pathogénique du diabète. Vraisemblablement elle indique simplement une dyscrasie acide, laquelle n'est pas *cause*, mais *conséquence* du diabète.

M. Arloing demande si M. Bremer a fait cette découverte

de la coloration spéciale des globules rouges du sang diabétique, empiriquement ou en se basant sur le faible degré d'alcalinité du sang diabétique et sur la propriété de certaines couleurs, telles que la phénophtaléine, de changer de changer de teinte dans un milieu acide.

M. Lépine répond que M. Bremer paraît avoir découvert sa technique sans avoir été guidé par une théorie, et qu'il insiste beaucoup sur les avantages pratiques de son procédé, spécialement au point de vue du diagnostic du diabète.

M. Bremer a examiné 50 malades atteints de diabète, et toujours il a par son procédé trouvé la teinte verte du sang, excepté chez un enfant atteint de diabète nerveux.

Pour M. Lépine, ce procédé serait surtout utile s'il donnait un moyen de doser l'acidité du sang. Il faudra étudier encore certains détails de technique, spécialement faire un choix entre les espèces d'éosine et de bleu de méthylène à employer.

Pleurésie pulsatile.

M. Lépine cite une observation d'un cas de pleurésie pulsatile qu'il vient d'observer et qui diffère, à certains égards, de la description classique :

X..., âgée de 28 ans, entre à la clinique le 26 janvier 1896, présentant les symptômes d'une pleurésie totale du côté gauche. Ce côté était dilaté; il était mat dans toute sa hauteur; il y avait même de la matité dans la cavité sus-claviculaire. Seuls quelques centimètres carrés à la racine de la bronche gauche présentaient un peu de sonorité. En avant, tout le côté gauche, y compris l'espace de Traube, était tout à fait mat, et la matité, qui dépassait le sternum, atteignait presque la *ligne mamillaire droite*.

C'était donc une pleurésie avec épanchement énorme, refoulant, à la fois, la paroi costale, le diaphragme et le médiastin.

La palpation, pendant qu'on faisait parler la malade, ne décelait pas de vibration dans toute l'étendue de la matité. En avant, à droite du sternum on trouvait le claquement sigmoïdien dans une étendue de plusieurs centimètres carrés, avec un maximum bien net au-dessus du mamelon droit. Au-dessous de ce mamelon, il a paru à plusieurs personnes fort compétentes qu'on percevait le choc de la pointe ; mais il a semblé à M. Lépine difficile de la localiser par la palpation seule. On arrivait, au contraire, à reconnaître avec certitude sa position en combinant ensemble les renseignements fournis par la palpation et par l'auscultation. Celle-ci, dans toute l'étendue de la matité, ne permettait de constater que du silence respiratoire, sauf au voisinage de la racine des bronches où non seulement dans la zone sonore, mais encore un peu en dehors d'elle, on percevait un souffle expiratoire doux. Quant au cœur, les deux bruits, soit au-dessus, soit au-dessous du mamelon droit, étaient très nettement perçus; dès qu'on dépassait la ligne médiane pour gagner le côté gauche, ils s'affaiblissaient progressivement et on ne les entendait presque pas au niveau du mamelon gauche. En conséquence, il était impossible de nier que le cœur siégeait à droite.

Quelle était exactement la situation par rapport à la base ? En d'autres termes, la direction de l'axe du cœur était-elle presque verticale ou oblique? C'est ce qu'on ne saurait dire avec certitude, mais ce qu'on peut affirmer avec assurance, c'est que le cœur était *tout entier à droite* et ce point particulier a fixé d'autant plus l'attention de M. Lépine que M. le professeur Bard, comme on sait, a vu, dans un cas, la base du cœur plus refoulée à droite que la pointe. Il est donc positif que, dans ce cas particulier, la pointe du cœur était à *droite* et non à gauche.

En explorant par la palpation les hypochondres pour se renseigner sur l'amplitude de l'incursion inspiratoire du diaphragme qui, pour le dire en passant, leur a paru abolie à *gauche*. M. Lépine ne fut pas peu surpris de percevoir derrière les fausses côtes gauches, à une grande distance de la ligne médiane, des battements très nets, énergiques, parfaitement isochrones aux battements du cœur. S'il n'avait parfaitement constaté préalablement l'existence du cœur à droite, M. Lépine n'aurait pu s'empêcher de croire que c'étaient les battements cardiaques que percevait la pulpe de ses doigts. Il doit ajouter cependant que l'on n'avait pas la perception d'un choc dur, te que le donne la pointe du cœur, mais bien la sensation de quelque chose qui n'était ni solide ni résistant. C'était évidemment le liquide pleural qui était perçu à travers le diaphragme; on avait à faire à des battements de ce liquide derrière les *fausses côtes gauches*. Vu la dyspnée extrême, l'urgence d'une ponction s'imposait. Elle fut immédiatement faite et on retira 1 258 grammes d'un liquide séreux un peu louche; sitôt après l'issue du liquide, la recherche des battements derrière les fausses côtes ou ailleurs, fut complètement négative.

Ainsi, dans ce cas de pleurésie totale, le diaphragme était incapable (à gauche) de s'abaisser d'une manière sensible pendant l'inspiration, mais il n'était pas *fixé* à la façon d'une cloison rigide, puisqu'il transmettait à la main les battements communiqués à l'épanchement par le cœur. De là, une variété plus particulière de pleurésie pulsatile où les battements ne sont pas visibles, mais où il faut les rechercher avec soin pour les trouver.

Pour qu'un épanchement pleural transmette au diaphragme des battements, il faut des conditions vraisemblablement assez peu communes : il faut d'abord, comme l'a établi M. Comby pour toute pleurésie pulsatile, que le poumon soit à peu près complètement affaissé; car il est clair qu'un organe comme le poumon plein d'air, en libre communication avec le dehors, *éteindra* les battements cardiaques. Il semble aussi que la rigidité du médiastin soit une condition à peu près indispensable. Autrement, s'il se déprime à chaque battement communiqué par le cœur, l'autre poumon suffira sans doute à absorber les battements. Il faut enfin que le diaphragme soit tendu dans une certaine condition, assez difficile à préciser en l'absence d'autopsie, mais que l'observation sur le vivant permet assez bien de se figurer. Dans le cas précédent le diaphragme ne s'abaissait pas (à gauche) pendant l'inspiration, il était en conséquence assez fortement refoulé en bas; il n'était certainement pas *tendu* au maximum; autrement on ne comprend pas bien qu'il eût pu battre, mais il devait être tendu à *un certain degré*. Il faut sans doute un certain nombre d'autres conditions encore mal connues.

Bien que la réunion de toutes ces conditions doive être rare, M. Lépine est porté à penser qu'en cherchant avec soin les battements du diaphragme dans les pleurésies analogues à celle qu'il a observée, on trouvera des battements plus souvent que semble le faire présumer la rareté extrême des cas de pleurésie pulsatile actuellement publiés.

En terminant, M. Lépine fait remarquer que le liquide, dans ce cas, n'était pas purulent et que, lors de la deuxième ponction, il a même paru moins louche que dans la première. Il contenait, lors de la première ponction, 150 grammes d'albumine par litre, lors de la deuxième, 82 gr. 50.

Actuellement l'état de la malade est très satisfaisant.

M. Clément tient à faire 2 observations : 1° sur la fréquence du phénomène pulsatile; 2° sur son interprétation. Il ne croit pas, à l'encontre de M. Lépine, que ce phénomène soit très fréquent; il n'est que rarement signalé par les auteurs, et cependant il n'a pas dû échapper à leurs recherches. Dans l'empyème le médecin cherche avec le plus grand soin les vibrations thoraciques; le phénomène de la pulsation ne saurait donc lui échapper car il se produira forcément une fois pendant que l'observateur aura la main fixée sur le thorax, et cependant les observations d'empyème pulsatile sont relativement rares.

Au sujet de l'interprétation du phénomène, M. Clément demande quelques explications relativement aux deux conditions de sa production : tension du médiastin, tension du diaphragme.

M. Lépine. — Chez le malade ayant fait l'objet de cette communication, les pulsations ont été observées sous le rebord des fausses côtes gauches pendant qu'on recherchait comment fonctionnait le diaphragme, et non sur la paroi thoracique. C'est en raison de ce fait que M. Lépine croit que ce phénomène échappe souvent à l'observation tout en étant plus fréquent qu'on ne le dit. Il ne croit pas que le poumon puisse absorber les battements qu'il reçoit, il se contente de les éteindre.

Pour que la pulsation se produise, deux conditions sont ab-

solument nécessaires : 1° la tension du médiastin, car si celle-ci manque, le poumon du côté opposé à la lésion absorbe les pulsations ; 2° la tension du diaphragme, encore faut-il que celle-ci ne soit ni trop forte ni trop faible, cas dans lesquels la pulsation ne se produit pas.

M. Clément a observé un malade porteur d'une volumineuse tumeur du médiastin et, en même temps, d'un épanchement pleurétique assez volumineux à gauche. Le médiastin et peut-être le diaphragme étaient en état de tension ; cependant on n'a jamais constaté la présence de pulsations.

M. Rodet se demande pourquoi il y a une si grande différence au point de vue du phénomène pulsatile entre la pleurésie purulente et la pleurésie séreuse? Ne faudrait-il pas rechercher la cause de ce fait du côté des adhérences ou du côté des fausses membranes?

M. Girin ne comprend pas bien pourquoi on cherche à expliquer ce phénomène par l'état seul du poumon, du médiastin ou du diaphragme.

Il croit que c'est l'élément nerveux seul du cœur qui agit et donne à cet organe des impulsions telles qu'on peut les sentir à travers les parois.

M. Bondet. — Est-il possible de bien faire la distinction entre les battements épigastriques ordinaires et ceux signalés par M. Lépine dans l'observation qu'il a rapportée?

M. Arloing. — A-t-on fait un tracé graphique du phénomène et a-t-on remarqué si on se trouvait en présence de battements positifs ou de pulsations négatives? Si les pulsations étaient négatives on pourrait supposer que le cœur exerçait une sorte d'aspiration sur le diaphragme et pouvait donner ainsi naissance à la sensation d'une pulsation.

M. Lépine. — Le tracé graphique n'a pu être pris ; l'état du malade nécessitant une ponction d'urgence qui a fait disparaître les battements par suite de la diminution de tension du médiastin et du diaphragme. Malgré cette absence de tracé, il est certain que les battements étaient positifs.

Les battements n'étaient pas perçus à l'épigastre, mais bien dans le côté gauche ; il n'y avait pas de battements sur la ligne médiane.

Il faudrait pour qu'il y ait pleurésie pulsatile que les adhérences fissent une véritable cuirasse thoracique transformant le côté pleurétique en quelque chose d'immobile sauf en un point limité, point où se sentirait la pulsation, parce qu'il se produit parfois à cet endroit une légère perforation de la paroi qui rend le phénomène perceptible.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 27 Mai 1896.

Lichen scrofulosorum.

M. Haushalter présente deux enfants atteints de lichen scrofulosorum.

L'un, un garçon de 3 ans, bien constitué, d'apparence un peu lymphatique, porte sur les deux membres supérieurs, du côté de l'extension, une série de papules aplaties, dures, discrètes, d'un rose cuivré, du diamètre d'un grain de chènevis, recouvertes les unes d'une croûtelle jaunâtre épidermique, les autres de petites squames. Sur les mains, les papules plus rares sont lisses. Au niveau des membres inférieurs, existent, moins nombreux, plus discrets, les mêmes éléments qu'aux bras ; entre les grosses papules squameuses, on en perçoit au toucher d'autres plus petites, de la dimension d'une tête d'épingle. Le début de l'éruption remonte à 3 mois ; l'enfant, dont l'état général est excellent, porte des deux côtés, à l'angle de la mâchoire, un gros ganglion du volume d'un œuf de pigeon. Il s'agit bien ici d'un cas typique de la lésion décrite sous le nom de lichen des scrofuleux.

Le second petit malade est une fillette de 5 ans, délicate, lymphatique, un peu rachitique ; sur la face elle présente une quarantaine de papules discrètes du diamètre d'un grain de chènevis, aplaties, légèrement cuivrées, recouvertes par un petit chapeau squameux ; entre ces éléments, on en voit d'autres beaucoup plus petits, squameux aussi à leur sommet ; çà et là sur la face, une dizaine de petites cicatrices blanchâtres, à peine visibles, de la dimension des éléments éruptifs. Sur le tronc une dizaine d'éléments papuleux semblables à ceux de la face, et un nombre assez considérable de petites cicatrices ; sur les bras trois ou quatre petites élevures squameuses lichénoïdes ; de plus, sur le bras gauche, trois nodosités intradermiques, recouvertes par une peau violacée, rappelant absolument les gommes tuberculeuses ; au niveau du poignet droit, une tubérosité violacée du volume d'un pois, ayant à son sommet trois petits orifices en cratère ; sur le dos de la main une autre tubérosité rugueuse, croûteuse, du volume d'un pois, rappelant la tuberculose verruqueuse ; à la face interne de la phalange droite, une autre tubérosité du volume d'une lentille, analogue également à la tuberculose verruqueuse. Aux membres inférieurs, on voit quelques très rares petites papules lichenoïdes semblables à celles de la face ; au genou droit, une élevure violacée recouverte par une croûte râpeuse, adhérente ; à la cuisse gauche deux cicatrices violacées, une autre blanchâtre. — Au début, les lésions de la face en avaient imposé pour une syphilide acnéiforme ; le traitement spécifique demeura inefficace ; d'ailleurs le mélange de lésions lichenoïdes avec des lésions manifestement tuberculeuses de la peau, gomme, tuberculose verruqueuse, aidèrent rapidement au diagnostic de lichen scrofulosorum ; seul, le siège du lichen à la face est peu habituel. La petite malade elle aussi a de volumineux ganglions sous-maxillaires. Depuis 6 mois, la lésion cutanée est à peu près stationnaire ; cependant quelques papules lichenoïdes ont disparu par cicatrices intradermiques.

La nature du lichen des scrofuleux est encore très discutée : tandis que beaucoup de dermatologistes en font une forme de folliculite pilo-sébacée, un lichen pilaire propre aux strumeux, d'autres le regardent comme une forme de la tuberculose cutanée : on a démontré dans les petites papules des arrangements cellulaires rappelant ceux du follicule tuberculeux ; dans un cas on a décrit des bacilles tuberculeux. M. Haushalter a inoculé dans le péritoine d'un cobaye quelques papules enlevées par raclage sur la face de la petite malade : le cobaye a succombé à la tuberculose au bout de 3 mois : un second cobaye a été inoculé tout récemment avec des raclages provenant du premier petit malade.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher la question du lichen scrofulosorum : mais tout fait prévoir que cette dermatose devra être rattachée aux tuberculoses de la peau, dont elle constitue une des formes les plus atténuées, les plus curables.

Cholécystentérostomie.

M. Heydenreich. — Un homme, âgé de 65 ans, présentait depuis 7 semaines un ictère qui paraissait dû à une compression des voies biliaires par une tumeur ; aucun symptôme ne permettait, du reste, de localiser la tumeur. Une laparotomie, faite sur la ligne médiane, montra que l'estomac était le siège d'un néoplasme énorme qui s'étendait vers le duodénum. M. Heydenreich pratiqua alors la cholécystentérostomie. A l'aide d'une incision transversale de la paroi abdominale partant de la partie inférieure de l'incision verticale, il arriva sur la vésicule biliaire et il la mit en communication avec l'intestin grêle à l'aide du bouton de Murphy (petit modèle). L'opération eut une durée d'une heure et quart.

Le lendemain, vers 11 heures du matin, l'opéré, qui jusqu'à ce moment se trouvait dans un état parfait, fut pris subitement d'un vomissement de liquide noir ; en même temps le ventre se ballonna, le malade devint très faible et la mort survint la nuit suivante à 3 heures du matin.

A l'autopsie on trouva dans l'estomac et l'intestin grêle 2 à 3 litres de liquide noir constitué par du sang altéré. L'estomac était le siège d'une tumeur épithéliale dont le volume atteignait presque celui des deux poings. La tumeur, implantée sur la paroi postérieure de l'estomac, s'étendait sur le duodénum, qui était envahi au niveau de la concavité de sa courbure. Une forte portion de la circonférence du pylore était intacte ; l'orifice restait perméable. Le canal cholédoque, du volume de l'intestin grêle, se rendait dans la partie duodénale occupée par la tumeur ; ce canal était complètement obturé et envahi par le

néoplasme. L'anastomose établie entre l'intestin grêle et la vésicule biliaire était en parfait état; des fausses membranes recouvraient déjà le sillon de séparation de ces deux organes.

L'opéré a donc été enlevé par une hémorrhagie, dont le point de départ se voyait en un point de la tumeur stomacale. Il est difficile de savoir si l'hémorrhagie a coïncidé fortuitement avec l'opération ou s'il existe entre elles un lien qui n'apparait pas nettement.

Appendicite perforante.

M. Bernheim présente une pièce provenant d'une jeune fille de 20 ans. L'appendicite fut consécutive à la pénétration d'un calcul fécal de la grosseur d'un petit noyau de cerise (calcul assez mou, se coupant au couteau) qui s'était engagé et enclavé à la jonction du quart supérieur avec le second quart de l'appendice. Celui-ci était enflammé, suppuré à sa surface, et la muqueuse mortifiée au delà du calcul. C'est donc la rétention de matières dans ce canal obstrué à ce niveau qui avait provoqué, conformément à l'hypothèse de Talamon, l'inflammation et la perforation. Une péritonite généralisée suraiguë s'en était suivie.

La maladie n'avait duré que 4 jours; les premiers symptômes furent très bénins : douleur et sensibilité sans gonflement dans la région iléocœcale, peu de fièvre. Le second jour, douleur subite très vive à la suite d'un lavement de chloral. La péritonite cependant paraissait limitée; le troisième jour de son entrée à l'hôpital, les symptômes n'avaient rien d'alarmant; le pouls était assez ample, la fièvre modérée, les douleurs pas trop intenses, le ventre ballonné. La nuit suivante, vomissements et mort presque subite le quatrième jour au matin.

La veille, les symptômes n'étaient pas assez alarmants pour que l'indication opératoire s'imposât.

Traitement des fractures par le massage.

M. Février a appliqué depuis un an le traitement des fractures par le massage selon les préceptes de Lucas-Championnière et il confirme les données de cet auteur.

Les observations rapportées par M. Février sont au nombre de 29.

Quatre fractures de la clavicule : Deux sans déplacement considérable ont été guéries en moyenne après 15 à 20 jours de traitement; deux avec déplacement plus considérable ont demandé, l'une 20 jours, l'autre 30 jours.

Une fracture du corps de l'humérus, avec mobilité anormale prononcée, était guérie complètement le 30e jour.

Trois fractures du coude (extrémité inférieure de l'humérus) traitées d'abord par l'immobilisation dans l'extension, ont été mobilisées et massées d'une façon précoce. — Résultat fonctionnel parfait.

Quatre fractures de l'extrémité inférieure du radius. Au bout de 15 à 20 jours les mouvements se faisaient librement et le cal était solide avec conservation absolue des mouvements. — En regard de ces faits, M. Février cite l'observation d'un malade soumis au traitement classique, qui perd tous les mouvements et d'a plus qu'une « main de justice ».

Une fracture de la partie moyenne du cubitus, guérie en 21 jours.

Trois fractures de jambe : une fracture transversale, au 1/3 inférieur, sans grand déplacement, guérison en 22 jours par le massage immédiat; une fracture au 1/3 moyen, avec épanchement sanguin énorme, massage immédiat; le blessé marche le 32e jour; une fracture en V par torsion avec pointe menaçant la peau; massage mixte; 11 jours d'appareil; guérison en 30 jours.

Trois fractures isolées du péroné, avec entorse tibiotarsienne très prononcée. La durée moyenne du traitement a été de 22 jours environ.

Huit fractures bimalléolaires, avec hémarthrose considérable de l'articulation tibiotarsienne. Les blessés pouvaient marcher convenablement et sortir du 21e au 25e jours après l'accident.

Deux fractures des métatarsiens, sans déplacement. L'un des blessés put commencer à marcher le 13e jour, le second le 15e jour.

M. Th. Weiss a traité cinq fractures par la méthode de Lucas-Championnière et n'a eu qu'à se féliciter des résultats obtenus. — Le premier cas concernait une fracture comminutive du coude chez un garçon de 12 ans, qu'il guérit en deux mois avec rétablissement des mouvements de l'article, par le massage et la mobilisation précoce commencée dès le 8e jour; le second était relatif à une fracture de la clavicule gauche chez une femme de 50 ans, guérie en 16 jours. Viennent ensuite : une fracture intra-articulaire de l'épaule gauche chez un homme de 40 ans, traitée par l'écharpe, le massage et la mobilisation méthodique dès le 10e jour et guérie en deux mois; puis une fracture du col du fémur chez une femme de 92 ans, enfin une fracture métacarpienne du pouce droit.

M. Heydenreich, tout en reconnaissant l'efficacité du massage en général, ne pense pas qu'on puisse appliquer ce mode de traitement à toutes les fractures indistinctement. Si les fractures sans déplacement, comme celles du péroné, du radius, de l'extrémité supérieure du tibia peuvent bénéficier de l'emploi de la méthode, il n'en est plus de même de celles qui s'accompagnent d'une tendance marquée au déplacement, des fractures du tiers inférieur de la jambe, par exemple. — M. Heydenreich croit d'ailleurs qu'indépendamment de l'action mécaniquement très réelle et efficace exercée par le massage, les bons résultat tiennent pour une grande part et dans beaucoup de cas à la suppression connexe des appareils contentifs inamovibles. Un membre recouvert par ces appareils se trouve en effet dans des conditions anormales de pression, de perspiration et d'exsudation cutanées; il est soustrait à l'action de l'air et de la lumière, et tous ces facteurs concourent à troubler plus ou moins profondément sa nutrition. La preuve en est dans l'état de rugosité et de sécheresse que présentent les téguments au moment de la levée des appareils et dans la rapidité avec laquelle se consolident certaines fractures traitées sans appareils contentifs ni massage, par exemple les fractures de cuisse. M. Heydenreich rappelle un cas de ce genre qu'il eut occasion de soumettre à la Société il y a quelques années. Le patient, atteint de fracture de cuisse et traité par l'extension continue, la cuisse restant à ciel ouvert, pouvait marcher le 35e jour et la consolidation s'est parfaitement maintenue par la suite.

M. Gross est d'avis que le massage est indiqué dans les fractures des petits os et des extrémités des os longs parce qu'il agit surtout en prévenant les roideurs articulaires et péri-articulaires et facilite ainsi la mobilisation des jointures et la restitution des fonctions du membre. Il a une action plus problématique sur la rapidité de consolidation des fragments et, dans tous les cas, paraît insuffisant dès qu'on a affaire à des fractures du corps des os longs. Celles-ci réclament de toute nécessité une coaptation et l'emploi d'appareils appropriés. Comme ces appareils paraissent exercer localement une influence trophique considérable ainsi que l'a fait remarquer M. Heydenreich, on devra surtout chercher à les disposer de façon à apporter le moins de trouble possible dans la nutrition du membre auquel on les applique et à favoriser par là la rapidité de la consolidation.

M. Vautrin, sur trois fractures comminutives du coude traitées par la méthode de Lucas-Championnière, a noté deux insuccès. Dans une première observation personnelle, il constata d'abord d'heureux effets, mais la mobilité disparut après un mois de traitement et la guérison s'opéra d'une façon défectueuse avec une quasi-ankylose définitive au bout de trois mois. Le second cas concerne une fracture du coude traitée à Paris par le massage et guérie avec ankylose en extension et par conséquent avec une impotence fonctionnelle à peu près complète. Le troisième cas, personnel à M. Vautrin, fut suivi de succès. L'avant-bras avait été placé en demi-flexion sur le bras et le massage avec mobilisation méthodique institué dès le deuxième jour. Le résultat a été excellent en ce sens qu'après consolidation les mouvements de l'avant-bras sur le bras ont été rétablis depuis la flexion à angle droit jusqu'à l'extension presque complète. Enfin, dans une fracture bimalléolaire, le massage n'a pas donné de bons résultats à l'opérateur. M. Vautrin prend texte de ces observations pour recommander, dans les fractures du coude, de joindre au massage et à la mobilisation la flexion de l'avant-bras à angle droit sur le bras, et dans la fracture bimalléolaire d'appliquer un appareil de Dupuytren.

M. Février fait remarquer que le massage pur et simple est loin d'être applicable d'emblée à tous les cas et qu'il faut, avec Lucas-Championnière, distinguer du massage immédiat le massage retardé et le massage mixte, ce dernier comportant l'application d'un appareil amovo-inamovible. — Il est évident que pour les fractures avec déplacement considérable on s'adressera de préférence soit au massage retardé, après 15 à 20 jours par exemple, soit au massage mixte; mais lorsqu'il s'agit de fractures sans déplacement ou avec un déplacement médiocre, les faits prouvent, à l'encontre de nos idées classiques, que le massage est utilement applicable d'emblée. Quant aux fractures de cuisse elles sont justiciables de l'extension continue mais accompagnée d'une séance quotidienne de massage et d'une légère mobilisation du genou.

M. Février est d'ailleurs persuadé que les insuccès observés tiennent bien souvent à la façon défectueuse dont on procède à la mobilisation méthodique. Celle-ci doit être effectuée très progressivement et chaque fois avec beaucoup de lenteur et de ménagements, sous peine de déterminer une arthrite entraînant l'immobilité de la jointure, résultat tout à fait opposé à celui qu'on poursuivait. L'auteur a observé personnellement un cas de ce genre où l'insuccès fut manifestement dû à la brusquerie de l'infirmier commis aux soins du patient. En ce qui concerne enfin la fracture de Dupuytren, M. Février partage absolument la manière de voir de M. Vautrin; il la considère comme justiciable de la méthode mixte.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 Juin 1896.

Dystrophie musculaire.

M. Eulenburg présente un garçon de 15 ans atteint de dystrophie musculaire grave. Les muscles orbiculaire des lèvres et les releveurs des paupières sont pris, de même le frontal et plusieurs muscles innervés par le facial. Les phénomènes de paralysie atrophique existent encore au niveau des épaules. La clavicule droite est plus développée que la clavicule gauche; il existe en outre un certain degré de scoliose avec position vicieuse de l'omoplate. Le malade peut à peine lever les bras et y parvient en faisant intervenir les muscles du tronc.

Diabète rénal.

M. A. Frænkel, en revenant sur la communication de M. Klemperer (voir *Gazette hebdom.*, n° 45, p. 538), ne croit pas que les faits cités par ce dernier puissent emporter la conviction en faveur du diabète rénal, bien qu'il ne soit pas adversaire en principe de cette conception. L'existence du diabète rénal serait démontrée par un cas de glycosurie abondante où l'administration du sucre ne provoquerait pas d'augmentation de cette glycosurie. Les cas cités par M. Klemperer montrent seulement que les diabétiques atteints de néphrite chronique se comportent autrement que les diabétiques qui n'ont pas de néphrite.

M. Magnus Lewy a constaté que les injections souscutanées de phloridzine provoquent de la glucosurie aussi bien chez les individus bien portants que chez ceux qui sont atteints de néphrite. Dans 11 cas de ce genre dont 4 de néphrite, l'injection de 1 gramme de phloridzine a provoqué l'apparition de 70 grammes environ de sucre dans l'urine, et cette glycosurie était encore plus abondante chez les brightiques que chez les individus bien portants.

M. Fürbringer ne nie pas la possibilité d'un diabète rénal, et comme tout le monde il a constaté qu'une albuminurie diminue la glycosurie chez les diabétiques. Mais d'un autre côté il a aussi constaté que les variations de cette glycosurie ne sont pas toujours en rapport avec l'état des lésions rénales. Comme M. Gerhardt, il a constaté que la tuberculose peut sous ce rapport jouer chez les diabétiques le même rôle que l'albuminurie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 Juin 1896.

Intoxication par le sulfure de carbone.

M. Stadelmann présente trois ouvriers travaillant à une fabrique de caoutchouc et offrant tous les symptômes de l'intoxication par le sulfure de carbone.

Le premier malade est un homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, nullement alcoolique, travaillant depuis l'âge de 14 ans à la vulcanication du caoutchouc. Depuis trois semaines il présente du tremblement, des vertiges, de la céphalalgie, de la constipation, de l'abattement. A l'âge de 16 ans il avait déjà eu ces accidents et à ce moment il a présenté encore une diminution de l'acuité visuelle et de la xanthopsie. Il quitta alors la fabrique et se mit à un autre métier. Les accidents disparurent très rapidement. Il y a deux ans il revint à la fabrique de caoutchouc et les accidents reparurent. A côté des symptômes cités plus haut, il présente encore de l'impuissance génitale, le signe de Romberg, des contractions fibrillaires douloureuses des muscles, une exagération des réflexes et de l'excitabilité musculaire.

Chez le second malade, un homme de 50 ans, on retrouve la plupart des symptômes décrits plus haut. Le malade ne peut presque plus marcher, les réflexes tendineux sont diminués, la miction n'est possible qu'avec de grands efforts. Il présente en outre une anesthésie localisée à l'une des mains, du tremblement, des contractions fibrillaires, de l'impuissance génitale.

La troisième malade, une femme de 28 ans, présente des troubles gastriques, des vertiges, de la pâleur des téguments, du tremblement, de l'exagération des réflexes, des ménorrhagies profuses.

On voit donc que les symptômes de l'intoxication par le sulfure de carbone sont encore assez variables. Ils apparaissent quelquefois de bonne heure et se compliquent de phénomènes psychiques de dépression ou d'excitation. L'urine et les matières fécales ont quelquefois une odeur de sulfure de carbone.

Paralysie congénitale.

M. Placzek montre un enfant venu au monde avec une paralysie du bras droit bien que l'accouchement se fût passé très facilement, sans intervention obstétricale. Cette paralysie serait d'après lui d'origine cérébrale et devrait être mise en rapport avec un traumatisme subi par la mère pendant sa grossesse. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant à noter, c'est que le malade a un frère, actuellement âgé de 12 ans, qui est également venu au monde avec une paralysie du bras droit.

Ces faits ont une importance pratique en ce sens qu'ils font envisager sous un autre jour la responsabilité des accoucheurs dans des cas analogues.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

La fièvre typhoïde à Hambourg.

M. Reinecke a réuni dans sa communication tous les cas de fièvre typhoïde observés à Hambourg, dans le courant des huit dernières années. Les faits qui, d'après lui, montrent d'une façon indiscutable la propagation de cette affection par l'eau, sont les suivants : 1° apparition sériée de la fièvre typhoïde à Altona (faubourg de Hambourg) chaque fois qu'il y avait des réparations à faire dans la canalisation; 2° présence des bacilles typhiques dans l'eau du port; 3° la dixième partie des typhiques sont des individus occupés au port; 4° apparition d'une épidémie de fièvre typhoïde parmi les ouvriers d'un chantier qui buvaient de l'eau d'Elbe filtrée par le système Wolff, et

absence des cas parmi les ouvriers du même chantier ou des chantiers voisins qui buvaient une autre eau.

Un autre facteur de la propagation de la fièvre typhoïde est le *lait*.

M. Reinecke a notamment observé une épidémie de fièvre typhoïde dans plusieurs familles qui se fournissaient chez deux laitiers de la ville. L'enquête montra que dans l'endroit d'où ces deux laitiers faisaient venir leur lait, il existait en ce moment une épidémie de fièvre typhoïde importée par des ouvriers étrangers.

Les légumes, les salades, les fruits, etc., qui viennent de la campagne, ont aussi, d'après M. Reinecke, servi à la propagation de la fièvre typhoïde, notamment quand, pour leur conserver l'aspect frais, on les avait arrosés avec de l'eau d'Elbe.

Il résulte des statistiques de M. Reinecke que la fièvre typhoïde diminue progressivement de fréquence, depuis que la ville de Hambourg est dotée d'un nouveau système de canalisation. Le même phénomène s'est manifesté encore pour le choléra infantile. Les statistiques montrent, en outre, que si l'on défalque la durée d'incubation pour chacune de ces affections, on voit que lorsque l'eau est souillée, les trois maladies en question apparaissent, d'abord le choléra infantile, ensuite le choléra et en dernier lieu la fièvre typhoïde.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

1er Semestre 1896.

Gangrènes spontanées de la peau d'origine hystérique.

M. Bayet. — La femme que j'ai l'honneur de vous présenter, qui a déjà fait l'objet d'une communication antérieure, fait partie du service de M. le professeur Desmet. Il y a quelques mois, elle fut infectée de syphilis; la roséole apparut et avec elle un engorgement ganglionnaire typique et une alopécie des plus prononcées. En même temps, la malade fut frappée d'une paralysie totale du côté droit, facial supérieur compris. La sensibilité était fortement atteinte; toute la moitié droite du corps était insensible à la douleur, à la chaleur et au contact. Le champ visuel droit présentait un rétrécissement concentrique pour toutes les couleurs; le réflexe pharyngien était aboli.

Cet état persiste encore maintenant, mais à un degré moindre.

Depuis quelques jours s'est produit un phénomène bien particulier. Sans réaction inflammatoire, sans presque de douleurs, sont apparues sur la face antérieure des deux cuisses une série d'eschares blanches, arrondies, comme encastrées dans la peau normale. Ces eschares se sont produites en deux poussées successives; actuellement elles sont au nombre d'une quinzaine. En moyenne, elles ont les dimensions d'une pièce de 1 franc et sont entourées, pour le moment, d'une zone inflammatoire; celle-ci est secondaire.

Depuis deux jours, des ulcérations analogues se sont produites dans la gorge et sur la lèvre inférieure.

Nous nous trouvons ici en présence d'un trouble trophique profond, dépendant de l'hystérie, celle-ci ayant éclaté à l'occasion de l'infection syphilitique, au moment de la roséole.

Ces cas sont extrêmement rares; on en connaît tout au plus une vingtaine, tous observés chez des individus à tendances névropathiques héréditaires ou acquises.

A la séance suivante, pour dissiper les doutes de quelques-uns de ses collègues, M. Bayet a relaté une expérience de contrôle.

Une jambe de la malade a été entourée d'une légère couche d'ouate, puis recouverte d'une feuille de gutta-percha et, sur le tout, on a appliqué un bandage amidonné sur lequel on a tracé divers signes, pour s'assurer que rien ne serait modifié à l'appareil. Quand on a enlevé le pansement, on a constaté qu'il était demeuré parfaitement intact et que la feuille de gutta-percha ne portait aucune trace de coupure ou de piqûre. Sous le pansement, il s'était développé une nouvelle plaque de gangrène absolument identique aux précédentes.

Ceci doit donc faire exclure toute idée de fraude et de simulation; la nécrose de la peau se produit bien d'une façon tout à fait spontanée.

La malade est actuellement soumise à la suggestion hypnotique et depuis que ce traitement a été entrepris il n'est plus survenu aucune nouvelle plaque. Il convient cependant de remarquer que les plaques précédentes sont toujours survenues par poussées périodiques avec intervalles de repos.

Tuberculose phagédénique disséquante.

M. Bayet présente la photographie d'un malade entré il y a huit jours dans le service de M. le Dr Desmet. Il s'agit d'un cordonnier de 38 ans; il y a un an, les ganglions du côté droit du cou ont commencé à se tuméfier et se sont ouverts par suite d'un traumatisme; du pus s'en est écoulé et la plaie, au lieu de se fermer, n'a fait que s'agrandir. Il y a six mois, les ganglions du creux axillaire du même côté se sont tuméfiés, ainsi que ceux de la région sus-claviculaire gauche. L'ulcération a fait peu à peu des progrès, sans qu'aucune médication pût parvenir à en arrêter la marche envahissante.

Actuellement, l'ulcération de droite a pour limite : en haut, la région occipitale; en arrière, le bord du trapèze; en avant, le bord antérieur du sterno-mastoïdien; en bas, elle s'arrête à trois travers de doigt sous la clavicule. Tout le creux sus-claviculaire droit est disséqué comme une préparation anatomique. On voit la carotide, les muscles prévertébraux, l'omohyoïdien, en un mot tous les organes de la région. A gauche, l'ulcération a les dimensions de la main et le peaucier seul est disséqué. A droite, le creux axillaire est également évidé par le phagédénisme. Il va sans dire que l'état général du malade porteur de cette effroyable mutilation est des plus mauvais; l'amaigrissement est extrême.

L'examen bactériologique du pus sécrété par cette vaste surface ulcérée a révélé, à côté de formes micrococciques, la présence du *bacille de la tuberculose* en quantité très abondante. Nous nous trouvons donc en présence d'un phagédénisme compliquant une tuberculose ganglionnaire.

Contracture massétérienne d'origine hystéro-traumatique.

M. René Verhoogen. — J'ai présenté dans la dernière séance un jeune garçon hystérique, chez lequel une gifle avait déterminé l'apparition d'une contracture dans le masséter droit. L'enfant est aujourd'hui tout à fait débarrassé de cet accident.

Je l'ai soumis à l'application d'un courant faradique à peine perceptible, ceci dans le but d'agir par suggestion; et pendant chaque séance, je lui maintenais les mâchoires écartées, en y insérant un bouchon. Dans cet état, l'enfant parlait couramment et il arrivait même que le bouchon tombât; mais dès qu'on le faisait remarquer au sujet, la contracture musculaire reparaissait et la bouche se refermait immédiatement.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'hyperesthésie cutanée avait disparu et l'enfant commençait à écarter les dents de quelques millimètres. La guérison a été alors achevée en 1 jour, sur la promesse que lui firent ses parents de l'envoyer à la campagne dès qu'il serait complètement débarrassé de ces accidents. Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

Je dois noter cependant un nouveau fait. Pendant que je le soignais, l'enfant s'est fait au genou gauche une légère brûlure, tout à fait superficielle, qui a guéri en quelques jours, mais qui a déterminé dans le triceps crural l'apparition d'une nouvelle contracture musculaire. Le malade marchait avec la jambe étendue, raide, et se trouvait tout à fait incapable de plier le genou.

J'ai pu heureusement faire disparaître ce nouvel accident en quelques jours. Il est venu cependant confirmer l'existence, chez ce jeune hystérique, du phénomène auquel M. Richer a donné le nom de « diathèse de contracture ».

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles,

Par M. Xavier Delore (de Lyon),

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Pendant notre dernier semestre d'internat chez notre maître M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'examiner une série de 4 cas de rupture de la tunique vaginale dans des hydrocèles, parmi lesquels 3 furent opérés et permirent ainsi un examen détaillé du siège de la rupture et de l'état de la vaginale. M. Poncet nous engagea à faire quelques recherches sur ce point de clinique et d'anatomie pathologique de l'hydropisie des bourses. Nous avons pu nous convaincre que les observations appuyées sur la constatation directe des lésions dans le cours d'une opération sanglante étaient assez rares et que, par cela même, leur publication pouvait offrir quelque intérêt.

Le travail le plus important sur cette question est celui de Saint-Martin, qui dans une thèse de 1883, inspirée par MM. Richet et Delens, a réuni 12 observations dont 2 inédites et a rapporté des expériences personnelles fort intéressantes. Les premiers faits publiés remonteraient à J.-L. Petit en 1790, Asthley Cooper, Bérard, Brodie, Velpeau, Pelletan (1810). Reverdin, en 1882, relate la première observation où l'on put reconnaître le siège exact de la rupture, au cours de l'opération sanglante. Saint-Martin rapporte 2 cas inédits dus l'un à Peyrot, l'autre à Périer et regrette que l'opération sanglante, rarement pratiquée, n'ait pas mieux renseignée sur les lésions anatomiques : c'est qu'en effet, pendant la période pré-antiseptique de la chirurgie, l'intervention aurait pu être grave et les maîtres du temps conseillaient l'abstention systématique. Ils se contentaient d'imposer le repos le plus complet et de prescrire des applications résolutives; ils ne pratiquaient l'incision simple que dans le cas de suppuration et cette méthode ne permettait pas encore l'étude de la rupture. Richet, en 1883, s'en tenait encore à la conduite prudente de ses prédécesseurs.

Reverdin, après un fait heureux en 1882, recommande délibérément le traitement radical sanglant dant la plupart des cas. Ses conseils ont-ils été suivis par les chirurgiens depuis 1882? On serait tenté de ne pas le croire, en voyant la rareté des observations qui ont été publiées. Bascil, dans son important travail sur l'hématome des bourses en 1890, relate à peine 2 ou 3 observations postérieures à celle de Reverdin et depuis cette époque la littérature chirurgicale est à peu près muette sur ce sujet. Saint-Martin, ne trouvant pas un nombre suffisant de vérifications anatomiques du siège de la rupture, fit des expériences cadavériques, des recherches anatomiques et cliniques et formula ainsi ses conclusions :

I. — La rupture de la tunique vaginale est un accident qui n'est pas absolument rare, dans le cours de l'hydrocèle soit spontanément, soit après un traumatisme ou un effort.

II. — La rupture se produit à la partie supérieure ou à la partie antérieure de la séreuse; son étendue et sa disposition sont variables. Les conditions pathogéniques sont éclairées par les dispositions anatomiques normales indiquées par Béraud.

III. — Les symptômes sont : douleur scrotale vive, disparition de l'hydrocèle, œdème brusque et hématocèle pariétale consécutive.

Rarement, il y a un épanchement sanguin considérable dans la vaginale.

Rarement, il y a des phénomènes inflammatoires dans les bourses.

IV. — L'hydrocèle se reproduit ordinairement, mais il ne se forme pas habituellement une hématocèle vaginale.

V. — Le traitement variera suivant la nature et la gravité de l'accident : œdème, hématocèle pariétale, inflammation consécutive.

Nous avons cherché à vérifier la seconde conclusion basée sur des expériences cadavériques, c'est-à-dire sur des vaginales saines et non atteintes d'hydrocèle. Nous ne contestons nullement les résultats expérimentaux obtenus par l'auteur et pas davantage l'existence de culs-de-sac de la vaginale faisant hernie à travers des éraillures de la tunique fibreuse dans la portion juxta-funiculaire de la vaginale, comme l'a indiqué Béraud. Nos expériences personnelles ne concordent pas absolument avec celles de Saint-Martin; mais ont-elles plus de valeur? Après les avoir consignées rapidement, nous donnerons nos observations. La comparaison des expériences sur les cadavres à vaginale normale avec le résultat des interventions sur le vivant dans les vaginales pathologiques nous permettront de tirer des conclusions précises. Nous insisterons enfin sur le traitement préconisé par M. le professeur Poncet.

Expériences : Nous devons signaler la difficulté de la fixation de la canule, qui amène des échecs assez fréquents. Nous ne rapporterons que les cas suivis de succès ou bien complètement négatifs au sujet de la rupture et nous éliminerons les ruptures accidentelles. Nous n'avons pas mesuré la pression.

Expérience I. — Sujet de 30 ans. Malgré tous les efforts, la vaginale ne se rompt pas. La dissection consécutive de cette tunique montre qu'elle est normale.

Exp. II. — Sujet de 40 ans environ. La vaginale, saine également, présente, après l'injection forcée, une déchirure de 1 centimètre de longueur environ et située en bas près de l'insertion scrotale du testicule.

Exp. III. — Sujet de 45 ans. Rupture de la vaginale en haut et en avant de la tête de l'épididyme et diffusion du liquide coloré dans le tissu cellulaire situé *en dehors de la tunique fibreuse*.

Exp. IV. — Sujet de 45 ans. Rupture de la vaginale au niveau de la tête de l'épididyme et diffusion du liquide entre *la vaginale et la tunique fibreuse*; dissection par le liquide des éléments du cordon dans le trajet du canal inguinal sur une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Exp. V. — Sujet de 60 ans environ. Résultat absolument identique à la IVe expérience. Même siège de la rupture et même diffusion du liquide épanché.

Exp. VI. — Sujet de 65 ans. Reçoit environ 200 grammes de liquide. Rupture de vaginale en haut et en arrière. Diffusion du liquide *entre fibreuse et vaginale* et entre les éléments du cordon.

Exp. VII. — La vaginale étai distendue déjà par 30 ou 40 grammes de liquide. Elle reçoit 350 grammes de liquide environ et ne se rompt pas malgré les efforts. La dissection fait reconnaître une vaginale vascularisée et nettement épaissie.

Exp. VIII. — Même sujet que VII, mais vaginale saine. Rupture en bas et en avant et diffusion du liquide *entre fibreuse et vaginale*.

Exp. IX. — Sujet de 50 ans. Même résultat du liquide épanché *entre fibreuse et vaginale*. La rupture siège en bas et en arrière.

En résumé, dans la plupart de ces expériences, la tunique fibreuse a limité l'épanchement. Dans un seul cas, le liquide a diffusé en dehors de la tunique fibromusculaire et justement alors la rupture de la séreuse siégeait dans sa portion juxta-funiculaire, c'est-à-dire dans le point où existent les diverticules décrits par Béraud; il semblerait bien que c'est à la déchirure d'un de ces diverticules qu'est due la diffusion anormale dans ce cas isolé.

Quoiqu'il en soit, le siège de la rupture vaginale est très variable, même quand on agit sur des séreuses saines qui paraissent identiques. Si dans 3 cas, il était situé au point indiqué par Saint-Martin, c'est-à-dire dans la portion antéro-supérieure, dans les 4 autres cas, le siège était différent. Nous pouvons formuler, d'après ces expériences, les conclusions suivantes :

1° La plupart du temps, le liquide qui s'échappe d'une vaginale rupturée par distension est arrêté par la tunique fibreuse.

2° Nos expériences semblent démontrer, d'autre part, que la rupture provoquée de la tunique vaginale n'a pas de siège de prédilection constant.

Voici maintenant nos 4 observations :

Observation I. — *Hématocèle vaginale et pariétale par rupture de la vaginale dans une hydrocèle.*

G..., Anthelme, 52 ans, tonnelier, demeurant à Culoz. Entré le 13 novembre 1895 à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.

Cet homme ne présente aucun antécédent intéressant à signaler.

Il y a 2 ans, sa bourse gauche se mit à augmenter de volume progressivement et sans douleur. Il y a 15 jours, elle présentait le volume d'une grosse orange et était allongée, piriforme comme la plupart des hydrocèles; elle n'était pas gênante, ni douloureuse.

A cette époque, c'est-à-dire il y a 15 jours, à la suite d'un effort un peu violent, notre malade ressentit brusquement une douleur vive comme un coup de canif dans la bourse gauche, qui augmenta très rapidement de volume et devint rouge et tuméfiée. L'augmentation de volume fut d'un tiers environ; depuis cet accident, la douleur empêche toute espèce de travail.

A l'entrée, la bourse gauche est distendue, fluctuante, mais non transparente. En haut et en avant, sur la mi-hauteur environ, les tissus paraissent indurés, épaissis, douloureux et semblent former une coque qui masque la fluctuation.

Le diagnostic porté fut : hydrocèle ancienne avec rupture récente de la poche et hématocèle pariétale consécutive.

Le *16 novembre*, M. le professeur agrégé Curtillet incise suivant le grand axe de la tumeur et tombe ainsi sur une poche très distendue. L'ouverture de cette poche donne issue à 200 gr. environ de liquide hématique noirâtre mélangé de nombreux caillots. Après évacuation soigneuse de cette cavité, on voit sourdre en arrière et en haut, un peu en dehors du corps de l'épididyme, par un petit pertuis, du liquide semblable à celui qui vient d'être évacué. Ce pertuis conduit dans la séreuse vaginale moyennement tendue, très épaisssie, contenant un testicule très atrophié : c'est ce pertuis, sans aucun doute, qui représente le point de rupture vaginale ayant permis l'épanchement intrapariétal. L'induration et la confusion entre eux des divers plans des bourses ne permet pas de reconnaître si cet hématome intrapariétal siège en dedans ou en dehors de la tunique fibreuse.

L'opération est terminée par la castration avec ablation complète par décortication de la vaginale et de la grande poche extra-vaginale. Puis on réunit en plaçant un petit drain à la partie inférieure de la plaie.

Le *2 décembre*, le malade sort complètement guéri.

Obs. II. — *Hématocèle pariétale par rupture de la vaginale dans une ancienne hydrocèle droite, compliquée de hernie inguinale. Hydrocèle gauche concomitante.*

R..., Jean, 57 ans, jardinier à Saint-Pol du Mans, entré le 20 janvier 1896 à la clinique chirurgicale de M. le professeur A. Poncet.

Rien de particulier dans les antécédents.

Il y a 18 ans, les deux bourses se mirent à augmenter de volume progressivement, d'abord la gauche, puis la droite. Le volume n'était influencé ni par la toux, ni par les efforts ou les changements de position, et par conséquent n'était pas formé par de l'intestin. Il y a 10 ans environ, tandis que les dimensions de la bourse gauche restent stationnaires, égales environ à celles d'une grosse pomme, la bourse droite continue à devenir plus volumineuse et, de plus, commence à présenter du gargouillement près de son pédicule, ainsi que du gonflement dans la toux et dans les efforts. Il y a 8 jours, la bourse droite avait à peu près le volume de deux gros poings fermés.

A cette époque, brusquement, en soulevant un fardeau, le malade ressentit une vive douleur dans la bourse droite, comme si quelque chose s'était cassée, dit-il. Bientôt la bourse augmenta de volume, se tuméfia, couverte d'une large ecchymose se prolongeant vers la partie inférieure de l'abdomen, le long du canal inguinal et nettement plus marquée sur la face supéro-externe de la bourse. Peu à peu, le gonflement a diminué et s'est réduit à tel point que les dimensions sont devenues sensiblement les mêmes qu'avant l'incident.

A son entrée, on constate une hydrocèle gauche légèrement distendue permettant de reconnaître facilement le testicule, qui est augmenté de volume, mais de consistance normale.

La bourse droite est volumineuse et très dure. La vaginale et les tissus sus-jacents forment un plan résistant qui empêche de reconnaître le testicule et de percevoir la fluctuation, sauf cependant en bas et en dehors, où l'on sent un orifice taillé à l'emporte-pièce dans lequel le petit doigt s'introduit facilement. Cette tumeur est mate en bas et non transparente; en haut, elle se continue dans le trajet inguinal dont l'anneau externe est très dilaté, sous forme d'un petit cordon de consistance pâteuse qui se gonfle dans la toux et dans la station verticale, mais disparaît dans la station horizontale. En somme, il existe une petite hernie inguinale en haut, et en bas un épanchement séro-hématique de la vaginale, suite de rupture d'hydrocèle avec hématocèle intra-pariétale. Tel est le diagnostic.

Ajoutons que la tumeur n'a jamais été ponctionnée, et que le malade n'a eu aucun phénomène abdominal, même lors de l'incident signalé il y a 8 jours.

24 janvier 1896. — M. Poncet incise verticalement la bourse droite et pénètre dans la cavité vaginale, qu'on trouve distendue par 100 à 150 grammes de liquide séro-hématique et qui est nettement épaissie (4 à 5 millimètres d'épaisseur environ), mais sans adhérences des 2 feuillets. En examinant soigneusement la séreuse, on voit sur sa face interne, en bas et en dehors, près de la queue de l'épididyme, un orifice déchiqueté large comme une pièce de 1 franc et qui fait communiquer l'épanchement

ntra-vaginal avec une seconde cavité creusée dans les plans plus superficiels. Ici les feuillets sont encore faciles à dissocier par la dissection, et on reconnaît que cette poche, grosse comme une noix et remplie de caillots noirâtres, est nettement située entre la tunique fibreuse et la vaginale épaissie.

L'opération est terminée par la décortication, puis l'excision de tout le feuillet pariétal de la vaginale et l'ablation de la poche intra-pariétale.

Réunion avec drainage léger. Cicatrisation et guérison complètes le 15 février. Le petit volume de la hernie et surtout l'âge du malade ont décidé à ne pas tenter la cure radicale inguinale.

Obs. III. — *Hématocèle vaginale consécutive à une hydrocèle ancienne s'étant compliquée de deux ruptures successives.*

M..., François, 46 ans, journalier à Saint-Victor-de-Morestel (Isère), entré le 23 février 1896 à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet.

Cet homme vigoureux rentre pour une tumeur de la bourse gauche ayant débuté sans cause appréciable, il y a 2 ans, dans la partie inférieure de la bourse, pour remonter progressivement vers l'orifice externe du canal inguinal. Il n'avait pas auparavant de lésions du testicule correspondant.

Il y a 18 mois, à la suite d'un effort, le malade éprouva brusquement une vive douleur, analogue, dit-il, à une sensation de rupture au niveau de la tumeur qui disparut rapidement, tandis que la verge et la bourse devenaient le siège d'un gonflement considérable, nettement plus marqué en bas et en avant. La tuméfaction disparut en 20 jours environ, et, à ce moment, la bourse gauche avait recouvré son aspect normal et ne contenait plus que le testicule sans aucun épanchement vaginal ou autre.

L'hydrocèle se reproduisit rapidement. Trois mois après, elle était très développée, quand survint, toujours après un effort, une seconde rupture suivie de gonflement toujours plus marqué en bas et en avant, puis de disparation de la tuméfaction et reproduction de l'hydrocèle, qui n'a rien présenté de particulier depuis cet accident, sinon une augmentation progressive de volume.

A l'entrée à l'Hôtel-Dieu, la bourse gauche a le volume d'une tête de fœtus, de forme piriforme; elle est nettement fluctuante, mais non transparente. On sent le testicule à la partie postéro-inférieure sous la forme d'un petit haricot de la grosseur d'une noisette, présentant cependant encore la sensibilité spéciale de cet organe. Enfin, on sent en bas et en avant de la tumeur un orifice circulaire comme taillé à l'emporte-pièce et par lequel le doigt s'introduit facilement dans la cavité vaginale distendue.

Le *26 février*, M. le professeur Poncet pratique une incision de la bourse gauche. On constate en avant et en bas un point faible de la vaginale exactement au point où l'on sentait l'orifice que nous avons signalé; mais il est bien difficile d'apprécier si cette partie moins résistante correspond à une destruction de la tunique fibreuse ou de la tunique vaginale. Quoiqu'il en soit, la séreuse testiculaire contient 800 à 900 grammes de liquide hématique, de couleur chocolat, sans caillots, et ses parois épaissies ont au moins 3 à 4 millimètres. On pratique la décortication des 3/4 de la poche, qu'on excise en laissant autour du testicule une collerette de 5 à 6 centimètres de largeur. Les bords de cette collerette sont éversés en arrière du testicule, qui est manifestement atrophié. Réunion incomplète et drainage de cette vaste cavité.

Le 15 avril, le malade sort de l'hôpital complètement guéri, après avoir cependant présenté de la suppuration de sa plaie.

Obs. IV. — *Hydrocèle droite volumineuse compliquée de hernie inguinale. Ancienne rupture de la tumeur à sa partie inférieure.*

L..., Pierre, 27 ans, cultivateur, entré le 16 mars 1896 à la clinique de M. le professeur A. Poncet.

Rien de particulier dans les antécédents.

Ce jeune homme rentre pour une hydrocèle volumineuse de la bourse droite ayant débuté vers l'âge de 16 ans, et sans cause appréciable, au niveau de la partie inférieure. A la période initiale, la tumeur n'avait pas de pédicule la reliant au canal inguinal, et le testicule était sain.

Vers l'âge de 20 ans, son volume était comparable à celui d'une tête de fœtus, quand brusquement le malade ressentit sans cause appréciable une douleur dans la bourse malade, qui diminua de volume, tandis qu'apparaissaient presque aussitôt de l'œdème et de la tuméfaction de la verge et de la partie inférieure de l'abdomen. Ces phénomènes disparurent en quelques jours, mais en même temps le liquide vaginal se reproduisit aussi abondant qu'avant l'accident.

Il y a trois ans, un médecin ponctionna la tumeur et fit une injection iodée, mais sans résultat, puisque trois mois après le volume était redevenu aussi considérable. Depuis un mois, le malade entend des gargouillements en haut de la tumeur, près du pédicule.

A l'entrée, la bourse droite est aussi grosse qu'une tête de fœtus, très transparente, mate : elle empiète sur la peau de la bourse opposée et s'est emparée de la peau de la verge, dont le méat est au ras de la surface de la tumeur. A la partie inférieure de la tumeur, on sent dans les tuniques superficielles une sorte d'orifice admettant facilement deux doigts réunis, à bords nets et tranchants, taillés à l'emporte-pièce et conduisant dans la séreuse vaginale très distendue par le liquide. On constate un léger bubonocèle à la partie supérieure.

Le malade, très craintif, refuse l'opération, et nous l'avons perdu complètement de vue.

En résumé, dans nos 4 observations, la rupture a pu être constatée *de visu* pendant l'intervention sanglante deux fois (obs. I et II); dans la 3e observation, le siège probable a pu être fixé au cours de l'opération, mais il est impossible d'être plus affirmatif; dans le 4e cas, l'existence d'une sorte d'orifice peut seule nous faire préjuger du siège de l'ancienne rupture, le sujet ayant refusé l'intervention.

Le siège de la rupture de la vaginale reconnue par l'opération fut une fois à la partie postéro-inférieure et une seconde fois à la partie postéro-supérieure; dans les deux cas douteux, la déchirure serait située soit à la partie inférieure, soit à la partie antéro-inférieure de la bourse. Cette série nous permet de conclure que dans les hydrocèles la rupture peut se faire dans un point quelconque de la vaginale, très probablement au niveau de lésions plus accentuées de la séreuse. C'était la conclusion de nos expériences et l'anatomie pathologique sur le vivant la confirme entièrement, notamment dans les deux premiers cas qui ont la valeur d'une autopsie. Ceci ne doit pas étonner, d'ailleurs, puisque les vaginales qui se rompent sont pathologiques, et l'on conçoit bien facilement que suivant la topographie des lésions, le point prédisposé à la déchirure peut varier, comme on le voit dans d'autres organes malades.

Les ruptures d'hydrocèle vaginale arrivent, en effet, surtout dans les épanchements anciens et sur des vaginales atteintes de lésions accentuées, épaissies très notablement. Dans les trois premières observations, le développement avait pu être plus ou moins rapide, variant de 18 mois à 18 ans; mais il importe de remarquer que, lors des interventions, on a toujours remarqué des vaginales épaissies, présentant 3 à 4 millimètres d'épaisseur au moins et une tendance marquée à la transformation en hématocèle. Ce fait avait déjà frappé les observateurs et dans le cas de Reverdin en particulier, bien que l'épanchement se fût développé très rapidement, déjà la vaginale présentait des lésions qu'on n'aurait pas soupçonnées.

Si maintenant nous recherchons dans nos faits quelles ont été les tuniques rompues, il nous est bien difficile de répondre. La plupart du temps, dans les expériences sur des séreuses saines, la tunique fibreuse résiste; mais en sera-t-il de même dans les processus pathologiques? L'observation II seule nous renseigne à ce sujet et nous montre que l'épanchement siégeait entre la vaginale et la fibro-musculaire qui avait limité l'épanchement, comme elle l'avait fait dans les expériences. Dans la 1re observation, l'épaississement des tissus a empêché de

contrôler ce point de la question. Un seul fait ne suffit pas et nous ne nous hâterons pas de conclure par conséquent. Cependant, nous aurions tendance à croire que les cas doivent varier beaucoup et que, si le siège de la rupture varie, comme nous l'avons dit, à cause des différences dans la topographie des lésions, il en sera très probablement de même et pour une raison semblable, quant au siège de l'épanchement intra-pariétal. La tunique fibreuse peut présenter des altérations au contact de la vaginale malade, se confondre avec elle et se rompre facilement.

En définitive, il nous est impossible de comparer l'état normal à l'état pathologique. Nous ferons cependant les réflexions suivantes.

Deux facteurs doivent surtout intervenir dans les ruptures de la vaginale sur le vivant, à savoir la distension plus ou moins grande de la poche et aussi son épaisseur variable. Il semble bien que dans les anciennes hydrocèles qui, par cela même sont aussi les plus volumineuses, l'épaissement de la vaginale marche de pair avec sa distension, mais il est telle circonstance où la pachyvaginalité plastique ne s'étend pas uniformément et on comprend qu'en certains points, à côté de lésions hypertrophiques prend place un processus atrophique qui favorise dès lors la perforation; c'est ainsi que sans traumatisme, sans cause locale appréciable doivent s'expliquer certaines ruptures.

En résumé, la déchirure de la vaginale dans les hydrocèles ne semble point un fait rare comme on le supposait jusqu'à ces dernières années, alors que l'épanchement extra-vaginal ne pouvait être diagnostiqué que par un un ensemble de signes cliniques qui sont loin d'être toujours réunis, et alors que le traitement classique de l'hydrocèle par ponction et injection irritante, qui ne permettait pas de se rendre compte des modifications de la séreuse, était seul appliqué. Il résulte, d'autre part, de nos expériences et de nos observations cliniques que l'épanchement extra-vaginal se produit, soit entre la vaginale et sa tunique fibreuse, soit, à la suite de rupture également de cette dernière, dans le tissu cellulaire scrotal. La première variété de rupture ne saurait modifier beaucoup les caractères antérieurs de l'hydrocèle et l'on comprend qu'elle ne puisse guère être constatée que par la cure radicale de l'affection. Dans la deuxième variété, au contraire, le scrotum augmente rapidement de volume et l'on se trouve en présence d'un œdème plus ou moins étendu, diffusant vers la paroi abdominale, œdème qui préoccupe immédiatement le malade et qui permet de constater aisément un changemen survenu dans les conditions de la tumeur. C'est ainsi que chez un malade observé, il y a quelques années, par M. Poncet et qui était porteur d'une énorme hydrocèle contenant 3 à 4 litres, au moins, de liquide, la rupture spontanée de la poche survenue au milieu de la nuit s'accompagna aussitôt d'un tel œdème suivi quelques heures après d'une polyurie abondante que le malade alarmé réclama des secours immédiats.

Il ressort enfin des considérations dans lesquelles nous sommes entré que l'ulcération de la vaginale peut se produire en des points variés. Peut-être un plus grand nombre d'observations, basées sur un examen méthodique de la séreuse, lors de la cure radicale, permettra-t-il dans l'avenir d'établir pour la rupture certains lieux d'élection ?

Au point de vue du traitement, il est certain que la complication dont nous nous occupons contre-indique d'une façon formelle les anciens procédés thérapeutiques par lesquels on fait suivre l'évacuation de la poche avec le trocart d'une injection irritante, modificatrice. La cure radicale de l'hydrocèle tend, du reste, à devenir de plus en plus le traitement de choix. En principe, et pour des raisons bien connues sur lesquelles nous n'avons pas à discuter, cette opération méthodique, qui permet de compter sûrement sur une guérison définitive et de se mettre à l'abri d'accidents redoutables parfois observés avec les injections de liquides irritants, doit être généralement employée. Elle est, à moins de contre-indications particulières, le traitement de choix (Poncet). Dans le cas de rupture de la vaginale, la cure radicale s'impose. Une seule question doit nous préoccuper : à quel moment faut-il intervenir ? Si l'épanchement s'est fait entre la vaginale et sa tunique fibreuse, il n'y a aucune raison pour différer l'intervention sanglante. Dans le cas, au contraire, d'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire scrotal et avoisinant, il sera plus prudent, d'après M. le professeur Poncet, d'attendre la résorption plus ou moins complète du liquide épanché, phénomène qui ne se fera attendre que quelques jours.

Dans tous les cas, la rupture de la vaginale, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de la transformation de l'hydrocèle en hématocèle, ne constitue pas une complication, au sens propre du mot. Elle témoigne, avant tout, de la nécessité de recourir bientôt à la cure radicale, opération, comme on le sait, simple dans son manuel opératoire et aussi dans ses suites, avec une asepsie parfaite.

Quelques mots sur les principaux microbes de la suppuration,

Par S. Banzet.

Ancien Interne (Médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Les premières recherches sur les micro-organismes avaient fait admettre la notion de la spécificité des agents pathogènes; les travaux ultérieurs ont laissé cette notion exacte pour quelques microbes, qu'on a reconnus seuls capables de déterminer une affection dont l'allure, toujours la même, par certains traits caractéristiques au moins, permet de poser simultanément et le diagnostic clinique, et le diagnostic pathogénique. Mais il a été démontré que la spécificité n'est pas une loi générale en pathologie infectieuse, que beaucoup de micro-organismes ne possèdent pas de propriétés pathogènes fixes, en d'autres termes que deux microbes différents peuvent déterminer les mêmes symptômes, la même évolution, le même tableau clinique, et, d'autre part, que l'on peut voir le même microbe, avec les mêmes caractères morphologiques et de cultures, être la cause de deux affections cliniquement bien distinctes.

Il y a, il n'est pas nécessaire d'y insister, de nombreuses modalités dans les suppurations; et, pour ne prendre que de grandes divisions, par l'acuité du processus, l'intensité de la réaction générale et des manifestations locales, les caractères du pus, n'y a-t-il pas une différence bien tranchée entre un abcès chaud et un abcès froid ? Y a-t-il analogie entre deux phlegmons, évoluant l'un et l'autre avec acuité, l'un comme une affection locale sans tendance extensive, dont les symptômes locaux, accompagnés de phénomènes généraux sans gravité, attirent seuls l'attention, l'autre se présentant comme une affection retentissant sur toute l'économie,

et caractérisée localement par la diffusion, par la tendance extensive du processus?

De nombreuses différences cliniques permettent donc de décrire des formes distinctes de suppuration; mais il est bien établi aujourd'hui que ces différentes modalités ne correspondent pas forcément à des germes différents, et que le même microbe pyogène peut déterminer les manifestations les plus diverses. Les causes de cette variabilité d'action des microbes, aujourd'hui bien connues, sont multiples : d'une part il s'agit d'un organisme animal plus ou moins résistant, d'une autre part d'un microbe plus ou moins virulent; et de nombreuses circonstances sont susceptibles de faire varier cette résistance, cette virulence.

La spécificité des germes pyogènes ne peut donc plus être admise; pourtant l'étude pathogénique des suppurations ne conduit pas à des conclusions d'une indifférence absolue : si l'on étudie chez l'homme les microbes pyogènes, on trouve de quoi les distinguer, car, comme il est facile de le faire voir, si ces germes ne produisent pas de lésions spécifiques, ils produisent du moins des lésions « de préférence »; et, plus peut-être que dans les caractères des affections qu'ils déterminent, on trouve dans les localisations favorites de ces différents agents les éléments d'un diagnostic pathogénique des formes des suppurations. Ayant été amené à étudier ces différents points dans un travail récent (*Contribution à l'étude des suppurations*, th. Paris, 1896), nous voulons tâcher d'en tirer ici quelques conclusions, et de montrer brièvement en quoi les différents microbes pyogènes diffèrent les uns des autres.

Mettons tout d'abord en parallèle les deux grandes variétés d'abcès, les abcès chauds et les abcès froids.

Chacun sait aujourd'hui que tous les abcès froids ne sont pas tuberculeux : d'autres microbes que le bacille de Koch, et en particulier les agents habituels des suppurations aiguës, peuvent déterminer cette forme si spéciale d'abcès. On sait, d'autre part, que le bacille de Koch détermine parfois des processus aigus, et que l'on peut ne pas trouver d'autres microbes dans le pus d'une collection développée comme un abcès chaud. Mais il faut bien reconnaître que ce sont là des faits rares : en pratique l'abcès froid est tuberculeux, l'abcès chaud est déterminé par les micro-organismes qu'on a coutume d'appeler les pyogènes ordinaires. Les nombreux exemples contradictoires qu'il serait facile de réunir prouvent seulement que ces règles comportent des exceptions.

Le bacille de la tuberculose mis de côté, les microbes que l'on rencontre de beaucoup le plus souvent dans le pus sont le streptocoque et le staphylocoque, à côté desquels on pourrait presque placer le coli-bacille, étant donnée la fréquence des suppurations spéciales dont il est le plus souvent l'agent.

L'étude comparative des deux premiers de ces microbes permet tout d'abord de formuler à leur égard des conclusions générales assez nettes. Le streptocoque est d'une virulence et d'une vitalité très variables : il les perd facilement, mais, s'il trouve un organisme prédisposé, il a une tendance marquée à déterminer les processus diffus les plus aigus et les plus graves. Le staphylocoque a une action beaucoup plus stable : il perd moins facilement sa virulence, mais, par contre, celle-ci est beaucoup plus difficilement exaltée par des conditions favorables de terrain. Le premier de ces microbes est l'agent de beaucoup le plus fréquent des infections générales aiguës, septicémies et pyohémies, tandis que le second, déterminant rarement les formes aiguës de ces mêmes infections, est souvent rencontré dans leurs formes de moyenne intensité : c'est ainsi que, si le streptocoque cause presque exclusivement la grande pyohémie chirurgicale ou puerpérale, le staphylocoque semble être l'agent pathogène habituellement rencontré dans le pus des abcès métastatiques à évolution torpide que l'on observe chez les malades anciennement infectés et cachectiques.

En continuant cette étude comparative, on voit le streptocoque déterminer la plupart des phlegmons diffus; si le staphylocoque paraît causer le plus habituellement les suppurations circonscrites du tissu cellulaire, on voit aussi quelquefois les phlegmasies qu'il détermine ne pas conserver ce caractère de localisation; mais il s'agit alors plutôt de « phlegmons par diffusion » que de phlegmons diffus à proprement parler, les premiers se distinguant des derniers en ce que, dans ceux-ci, la diffusion est primitive, un large territoire, non circonscrit, est acquis d'emblée à l'infection, tandis que dans les premiers l'extension se fait de proche en proche, pouvant d'ailleurs progresser fort loin.

L'étude des autres localisations principales de ces deux microbes montre encore entre eux de nombreuses différences. Le furoncle et l'anthrax sont toujours des infections à staphylocoques; l'ostéomyélite des adolescents est, le plus habituellement, déterminée par ce même microbe, car, si l'on peut décrire les formes de cette affection suivant ses différents agents pathogènes, il n'en ressort pas moins bien nettement des diverses statistiques que les autres microbes ne la déterminent qu'exceptionnellement, sauf toutefois si l'on envisage les cas observés chez le nouveau-né, qui sont en effet le plus souvent dûs au streptocoque. D'une façon générale, ce dernier microbe se localise très rarement sur les os : dans la pyohémie il n'y a pas de métastases osseuses. Par contre, dans les suppurations des séreuses, l'importance des deux microbes est intervertie : le staphylocoque ne se trouve qu'exceptionnellement dans le pus des collections pleurales, au moins comme agent isolé, car on le rencontre parfois dans les infections mixtes; on sait, par contre, la fréqnence de la pleurésie suppurée à streptocoques. Dans le pus des salpingites, on ne trouve presque jamais le staphylocoque, tandis que le streptocoque est souvent l'agent de cette affection.

On peut encore trouver matière à un parallèle intéressant dans l'étude du rôle de ces deux microbes dans les complications de certaines infections générales : le streptocoque est, comme l'on sait, l'agent le plus fréquemment rencontré dans celles de la scarlatine. Souvent aussi on le trouve dans les abcès secondaires des typhiques, et sa présence dans ces complications semble donner d'ordinaire un caractère de gravité toute spéciale à l'infection primitive. Les abcès secondaires de la fièvre typhoïde sont souvent aussi à staphylocoques, mais, tandis que l'association streptotyphique indique une forme maligne, l'association staphylotyphique ne semble pas être d'un pronostic particulièrement grave.

On peut donc, comme on le voit, par une étude d'ensemble, noter de nombreux traits distinctifs entre le streptocoque et le staphylocoque considérés comme agents pyogènes.

Parmi les autres microbes qui déterminent des suppurations, nous avons déjà vu que le coli-bacille mérite d'être placé au premier rang, presque à côté des précédents.

Ce microorganisme peut déterminer les différentes formes d'infection générales, et les suppurations locales les plus diverses. Il se localise surtout dans les régions ou

les organes voisins de son habitat ordinaire, l'intestin. Aussi son rôle est-il prépondérant dans l'infection urinaire, dont il est presque « le microbe », dans l'infection biliaire, dans les suppurations péri-intestinales, abcès péri-appendiculaires ou de la marge de l'anus; il est fort important encore dans les péritonites; on le trouve parfois, à titre d'infection secondaire probablement, dans les salpingites. A côté de ces infections viscérales ou péri-intestinales, on le voit déterminer un certain nombre de suppurations du tissu cellulaire dans lesquelles sa présence est expliquée par leur pathogénie spéciale, à savoir les abcès urineux et les infiltrations d'urine : dans le pus de ces collections on trouve le plus souvent le coli-bacille, soit seul, soit associé; dans les abcès périvésicaux et périnéphrétiques des urinaires, il est sans doute d'une égale fréquence. Il est intéressant de faire remarquer que les collections suppurées périnéphrétiques qui se développent parfois au cours ou dans le déclin des infections générales graves, en particulier de la fièvre typhoïde, semblent dues à un autre agent pathogène, staphylocoque le plus souvent.

Il n'est pas facile, et sans doute même pas possible, de tracer des traits un peu caractéristiques des suppurations déterminées par le coli-bacille : en effet, il n'est peut-être pas de microbe qui soit d'une virulence plus variable, s'exaltant, ou s'atténuant jusqu'à l'état inoffensif, avec une égale facilité; aussi n'a-t-il pas d'action pathogène fixe. On peut voir, par exemple, un malade infecté, avec des urines où pullule ce microbe, ne présenter aucun accident général, et, à condition qu'il vide sa vessie, conserver les apparences de la santé; et, par contre, ce même microbe détermine les formes les plus graves de l'infection urineuse. Nous avons vu plus haut que le coli-bacille se trouve le plus souvent dans le pus des collections péri-uréthrales; si, dans les formes graves et diffuses de ces suppurations, dans l'infiltration d'urines, qui n'est en réalité qu'un phlegmon gangréneux diffus, on trouve le plus souvent le streptocoque, d'habitude d'ailleurs associé au coli, on peut pourtant trouver dans ces mêmes formes le coli-bacille à l'état de pureté dans le liquide de l'exsudat.

Moins que pour tout autre germe, il est donc possible de tracer le tableau clinique des suppurations coli-bacillaires : plus encore que le streptocoque, c'est « un microbe à tout faire ».

Le pneumocoque est beaucoup plus rarement que les précédents l'agent de suppurations. Il a quelques localisations de prédilection : les séreuses en général, et tout particulièrement la plèvre, les méninges, les synoviales articulairs, le péricarde; on le trouve fréquemment dans les suppurations de l'oreille moyenne. Quand on aura dit que ce microbe détermine exceptionnellement des suppurations du tissu cellulaire sous-cutané, des abcès des os, qu'on l'a vu produire des infections générales, que la plupart des auteurs ont noté sa présence surtout chez les jeunes sujets, le bénignité relative de ses manifestations en tant qu'agent pyogène et leur guérison plus aisée, sans pouvoir tracer les traits distinctifs de ces suppurations, on verra que leurs principaux caractères cliniques sont surtout des questions d'étiologie et de localisation.

Le bacille d'Eberth peut déterminer des suppurations; mais ce sont des faits rares, et il ne mérite certainement pas d'être considéré comme un agent pyogène habituel; les complications suppuratives de la fièvre typhoïde sont, en effet, dues le plus souvent au streptocoque ou au staphylocoque. Il faut peut-être faire une exception pour les périostites si spéciales consécutives à la fièvre thyphoïde, périostites pouvant aboutir à la formation du pus, et caractérisés par leur chronicité, leur peu de tendance à l'extension, les qualités du pus, souvent séreux et mal lié, l'absence de nécroses, la guérison rapide après l'intervention.

Quant au gonocoque, si on laisse de côté les suppurations de la muqueuse uréthrale et des muqueuses génitales de la femme, il ne peut vraiment être comparé aux autres agents pyogènes. Si sa présence a pu être vérifiée par certains auteurs dans différentes métastases de la blennorrhagie, ces cas sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse tenter une description des suppurations à gonocoque.

A côté des différents agents des suppurations qui viennent d'être rapidement passés en revue, il en est d'autres, tels que le bacille de la morve, le champignon de l'actinomycose, qui déterminent de véritables lésions spécifiques, des maladies toutes spéciales, et qu'on ne peut comparer aux précédents; ce ne sont pas des suppurations banales, et l'on n'hésite guère sur leur pathogénie. Il existe encore un grand nombre de microbes que l'on a trouvés dans le pus, chez l'homme ou chez les animaux, ou dont les propriétés pyogènes ont été démontrées expérimentalement; mais il s'agit de faits exceptionnels, et il n'y a pas, actuellement, d'étude clinique à en faire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en avril et mai 1896.

M. Faget (Louis). — *Étude sur la syphilis pulmonaire.* N° 274. (H. Jouve.)

M. Mercereau (H.). — *Le pouls anacrote ou à dicrotisme initial dans le rétrécissement aortique, sa valeur séméiologique.* N° 277.

M. Biélinkin (N.). — *Contribution à l'étude de la syphilis postconceptionnelle.* N° 282. (H. Jouve.)

M. Lallemand (Adolphe). — *Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.* N° 285. (H. Jouve.)

M. Lagarde (Cyrille). — *De l'hydarthrose du genou avec atrophie consécutive du triceps crural et de son traitement.* N° 292. (Ollier-Henry.)

M. Benoit (C.). — *Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux.* N° 293. (H. Jouve.)

M. Verhaeren (Jean). — *Une observation d'éléphantiasis filarien.* N° 297. (H. Jouve.)

M. Olgiati (A.-G.). — *Des indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate.* N° 303. (Soc. d'Édit. scient.)

L'époque d'apparition des pneumopathies syphilitiques, qu'étudie M. Faget, est celle des accidents tertiaires viscéraux. La syphilis du poumon, variable dans ses manifestations, revêt l'aspect soit de la broncho-pneumonie aiguë (ce qui est rare), soit de la broncho-pneumonie chronique, avec ou sans pleurésie, soit de la tuberculose chronique commune; soit de la gangrène pulmonaire. Son évolution peut être rapide et se faire en quelques semaines, plus souvent elle est lente, et se fait en 2, 3, 5 années. Le syphilitique pulmonaire non traité est destiné à mourir en arrivant soit à la cachexie, soit à la phthisie. Cachectique, il meurt avec de l'albuminurie et des œdèmes généralisés, frappé par la syphilis seule, qui a touché tous ses organes en y déterminant soit des lésions spécifiques, soit la dégénéres-

cence amyloïde. Phthisique, il s'éteint dans la consomption aggravée par les infections secondaires et en particulier par le bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire est souvent entouré des plus grandes difficultés, pour la raison qu'il n'y a pas un seul signe particulier pathognomonique de l'affection. Seul le résultat du traitement donnera à un diagnostic de probabilité un caractère de certitude.

La nature syphilitique de la pneumopathie passe souvent inaperçue parce que l'on ne pense pas assez à rechercher les stigmates de la syphilis, à scruter les antécédents héréditaires et personnels des malades. La rareté de cette affection deviendra moins grande à mesure que l'on songera davantage à la rechercher.

La syphilis pulmonaire, dans la très grande majorité des cas, cède d'une façon merveilleuse et en très peu de temps à l'action du traitement; aussi le clinicien devra-t-il se faire un devoir de l'instituer chaque fois qu'il aura affaire à une pneumopathie à allures et à marche anormales. Très souvent, pour lui comme pour son malade, le résultat obtenu sera la cause d'une satisfaction bien légitime puisqu'il entraînera la guérison.

Avec son maître M. Huchard, dont il développe une communication récente, M. Mercereau pense que l'étude du tracé sphygmographique peut être de quelque utilité dans le diagnostic du rétrécissement aortique. Si ce tracé, dans le cas de rétrécissement aortique, présente les caractères du pouls *anacrote* ou à *dicrotisme initial*, il signifie que le rétrécissement est très serré et que le système artériel est intact. La considération du pouls anacrote *transitoire* ne peut, actuellement, donner aucune indication séméiologique.

La grossesse est très souvent entravée dans sa marche dans le cas d'infection syphilitique acquise pendant les premiers cinq mois. M. Biélinkin constate que la syphilis postconceptionnelle entrave rarement la grossesse quand elle survient au cours du sixième mois et au delà. La syphilis postconceptionnelle peut atteindre le fœtus à toute époque de la grossesse. Il semble pourtant que cela n'ait jamais été observé quand la syphilis est survenue au neuvième mois. L'enfant peut échapper à l'infection syphilitique. Cela s'observe quand l'infection date du quatrième mois et au delà. C'est même le cas ordinaire quand la femme est contaminée pendant les derniers trois mois. L'enfant, né sain en apparence, est quelquefois indemne. Tant que l'enfant n'a pas apporté de preuves qu'il est syphilitique, il ne doit pas être allaité par sa mère, car elle peut être dangereuse pour lui.

Les fibromes de l'ovaire existent réellement, on en trouve de nombreuses observations dont les unes sont peu probantes, il est vrai, mais dont d'autres sont caractéristiques pour M. Lallemand. Leur étiologie est obscure et ne comprend que des données générales d'âge et de fréquence. Leur anatomie pathologique, analogue à celle de la plupart des tumeurs fibreuses des autres organes, montre qu'on rencontre souvent des fibromes absolument purs. On peut observer des combinaisons avec le tissu musculaire lisse, ce qui s'explique par la structure normale de l'ovaire. Il existe des types de passage aux sarcomes et des dégénérescences des tumeurs soit myxomateuse, soit graisseuse, cartilagineuse ou calcaire. Leur pathogénie est complexe, ils ont comme point de départ, soit les corps jaunes, soit les restes des tubes de Valentin-Pflüger, soit le tissu conjonctif périvasculaire. Leur symptomatologie ayant beaucoup de caractères communs à toutes les tumeurs solides de l'ovaire paraît devoir s'en différencier pour l'état général et la marche. L'évolution est longue. La terminaison est fatale si l'on n'a pas recours à l'intervention. Le diagnostic toujours difficile est souvent possible. Le seul traitement logique est l'ablation du fibrome par laparotomie. L'opération est en général facile, les suites simples, la guérison radicale.

Dans le cas d'hydarthrose du genou avec tendance à la chronicité, il ne faut pas compter sur l'immobilisation complète du membre pour obtenir une résorption prompte de l'épanchement. M. Lagarde pense qu'on obtiendra bien plus sûrement et plus rapidement la disparition du liquide en faisant marcher le malade le plus tôt possible, tout en assurant l'immobilisation de l'article malade. Pour la réalisation de ce traitement il procède de la façon suivante : Après avoir laissé passer la phase aiguë de l'épanchement qui sera traité par les moyens ordinaires et dès que l'hydarthrose tendra à la chronicité : a) Ponction de l'articulation pour retirer tout le liquide qu'elle renferme; b) Révulsion locale énergique par des pointes de feu. c) Application au niveau du genou malade d'une gouttière en gutta-percha spéciale, maintenant le genou et n'empêchant pas la marche qui sera prescrite au malade le plus tôt possible. d) Electrisation quotidienne des masses musculaires et du triceps crural en particulier pour lutter contre l'atrophie qui a une grande tendance à s'établir.

Dans sa thèse, M. Benoit rapporte les observations que son maître M. Reclus a récemment résumées devant l'Académie. Il nous fait voir que le gaïacol employé en badigeonnages sur la peau saine est réellement anesthésique : à ce point de vue il est supérieur à la cocaïne qui n'agit que sur la peau pathologique. Dans la chirurgie dentaire il peut rendre autant et peut-être plus de services que la cocaïne : il permet d'anesthésier le malade assis, alors que cette position peut présenter des accidents pour l'anesthésie à la cocaïne. Mais malgré les observations publiées par M. Championnière, il ne semble pas que le gaïacol puisse à l'heure actuelle être substitué à la cocaïne pour les opérations de petite chirurgie. Il présente l'inconvénient de produire dans certains cas des accidents locaux, quelquefois généraux ou consécutifs à son élimination, quelquefois albuminurie, plus souvent congestion pulmonaire chez des sujets dont les poumons sont déjà malades. Et surtout il n'est pas, de loin, aussi actif que la cocaïne, dont le choix s'impose dès lors.

Le nom d'Éléphantiasis désigne un état pathologique, la manifestation d'une maladie, un accident purement local — mais non une affection générale et définie. Lorsque l'Eléphantiasis est causé par la Filaria sanguinis hominis, il constitue un des symptômes de la *Filariose* et prend le nom d'Eléphantiasis des Arabes, — appellation à laquelle M. J. Verhaeren préfère celle d'*Eléphantiasis Filarien*. L'Eléphantiasis Filarien est curable : les traitements qui ont donné les meilleurs résultats sont l'administration des préparations iodurées, la compression générale, et la faradisation.

On doit conclure, avec M. Olgiati, que la gravité de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate restreint les indications de cette opération à certains cas spéciaux. Elle ne doit être tentée qu'après l'échec des moyens médicaux. Elle ne place pas le malade qui l'a subie dans des conditions défavorables de résistance à la malaria, aux atteintes de laquelle il reste toujours exposé. La leucémie, un degré avancé de cachexie, le trop grand volume de la tumeur, des adhérences étendues contre-indiquent l'opération. L'ectopie de la rate est une circonstance avantageuse; quand elle se complique de torsion du pédicule, elle commande d'urgence l'opération.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Polymyosite aiguë (Polymyositis acuta with report of a case presumably of syphilitic origine; myositis syphilitica), par J.-B. Herrick (*the Am. Journal of med. sc.*, avril 1896, n° 288, p. 414). — Femme 24 ans, avec antécédents syphilitiques mais pas alcoolique. Avant son entrée à l'hôpital, elle a éprouvé des douleurs vives accompagnées de tuméfaction dans la région externe de l'avant-bras droit. Deux jours après, les muscles du mollet droit, puis 3 semaines plus tard les muscles du mollet gauche ont été pris d'une tuméfaction douloureuse. A aucun moment il n'y a eu de traumatisme sur les régions sus-indiquées. Actuellement on constate de la tuméfaction de ces mêmes régions avec dureté des muscles et douleur à la pression. Les

nerfs ne sont pas sensibles à la pression. Les réflexes sont légèrement augmentés, pas d'exanthèmes, pas de sueurs profuses. Tous les ganglions lymphatiques sont tuméfiés. On a donné, contre les douleurs, de l'antipyrine et de l'iodure de potassium. La tuméfaction dans la région des muscles supinateurs droits avait commencé à diminuer avant l'institution du traitement. Trois mois après le début de la maladie, tous les phénomènes se sont amendés. On a pratiqué une biopsie et les lésions constatées sur un fragment du muscle jumeau gauche sont les suivantes : les fibres musculaires présentent des diminutions variables; leur aspect est homogène, ce qui conduit l'auteur à admettre l'existence d'une dégénérescence hyaline. Les noyaux des fibres musculaires sont très proliférés et quelques-uns sont en karyokinèse. Çà et là, des fibres atrophiées et même entièrement détruites. Plus rarement on trouve des cellules polynucléaires entre les faisceaux des fibres musculaires. On constate aussi des hémorrhagies qui constituent un élément principal parmi les lésions décrites. Pas de trichine, pas de microbes. Il s'agit donc d'un cas de polymyosite aiguë, diffuse, hémorrhagique, laquelle reconnaîtrait pour cause, d'après l'auteur, la syphilis. Il passe ensuite en revue tous les cas de polymyosite aiguë publiés depuis Unverricht et émet un certain nombre de conclusions dont nous extrayons les suivantes : 1° Il existe une maladie primitive affectant la plupart des muscles de l'organisme et connue sous le nom de polymyosite aiguë, de pseudo-trichinose ou dermatomyosite; elle est caractérisée par la tuméfaction des muscles pris, par de l'exanthème, par l'hypertrophie de la rate. La cause de cette affection ne relève ni d'une polynévrite, ni d'une trichinose, la pathogénie en est inconnue. 2° Il existe en outre une myosite d'origine syphilitique qui se présente sous la forme gommeuse, diffuse ou combinée. Cette myosite syphilitique est une manifestation tardive de la syphilis, elle affecte plusieurs muscles mais sans prédilection pour les uns et les autres. Elle simule jusqu'à un certain point la polymyosite aiguë.

Sciatique (Analysis of tow hundred cases of sciatica), par Samuel Hyde (*the Lancet*, n° 3793, 9 mai 1896, p. 1281). — C'est une étude statistique des conditions étiologiques de la maladie.

D'après ces données, la sciatique existe chez l'homme dans 56 p. 100 des cas et chez la femme dans 44 p. 100. Le côté droit est pris un peu plus souvent que le gauche, dans le rapport de 36 à 31 p. 100. Les deux côtés sont pris en même temps dans 33 cas p. 100. Sur 200 malades, 157 étaient atteints pour la première fois, dans 22 cas il s'agissait d'une deuxième attaque, dans 13 cas d'une troisième, dans un cas d'une quatrième, dans trois cas d'une sixième, dans un cas d'une onzième, dans deux cas d'une douzième, enfin dans un cas d'une quatorzième. Au point de vue de la durée, les chiffres sont les suivants : 1 mois dans 45 cas, 1 à 3 mois dans 70 cas, de 3 à 6 mois dans 9 cas, de 6 à 12 mois dans 9 cas, d'un à 2 ans dans 15 cas, 3 ans dans 6 cas, 4 ans dans 1 cas, 5 ans dans 2 cas, enfin 6, 7 à 10 ans respectivement dans 3 autres cas. L'influence de l'âge n'est pas moins curieuse. Au-dessous de 14 ans, l'auteur n'a observé aucun cas de sciatique, 1 cas entre 14 et 20 ans, 26 cas entre 21 et 30 ans, 36 entre 31 et 40 ans, 47 entre 41 et 50 ans, 53 entre 51 et 60 ans, 34 entre 61 et 70 ans, entre 70 et 80 ans 3 cas. Comme cause prédisposante, l'auteur trouve la goutte dans 24 p. 100 des cas, la débilité générale dans 21 p. 100, le rhumatisme dans 17 p. 100, le froid dans 13 p. 100, l'influenza dans 6 p. 100, l'alcool dans 4 1/2 p. 100, la constipation dans 4 p. 100, l'anémie dans 7 p. 100, la fièvre palustre dans 3 1/2 p. 100, enfin le traumatisme dans 2 1/2 p. 100. Au point de vue du traitement, il y a guérison dans 45 p. 100, amélioration dans 50 p. 100, état stationnaire dans 4 1/2 p. 100. L'auteur attire l'attention sur ce fait que le froid n'a été retrouvé que dans un nombre de cas restreint, bien que la tendance de certains neurologistes soit de lui attribuer un plus grand rôle. Ce sont les états constitutionnels comme la goutte, le rhumatisme, qui jouent un rôle prépondérant. Et l'auteur est porté à admettre que la sciatique est plutôt une maladie générale qu'une affection locale. Le traitement a été multiple, changement d'air, eaux thermales de Buxton, douches chaudes, bonne alimentation, exercices en plein air, médicaments toniques.

Diplégie faciale (Ueber Diplegia facialis), par Bregman (*Neurologisches Centralblatt*, 15 mars 1896, n° 6, p. 242). — Autant il est facile d'établir le diagnostic de la diplégie faciale, autant il est difficile de préciser sa cause et le siège de la lésion causale. Elle peut reconnaître : 1° une lésion supra-nucléaire qui intéresse soit les centres corticaux de la face, soit leurs fibres de projection; 2° une lésion nucléaire; 3° une lésion infra-nucléaire ou périphérique. Les règles générales pour distinguer ces trois sortes de lésions ne sont pas toujours applicables. Ainsi, dans les lésions supra nucléaires le facial supérieur serait intact, tandis qu'il est atteint dans les lésions périphériques. Mais Gowers a montré que le facial supérieur est pris également dans les paralysies supra-nucléaires, et d'autre part Oppenheim a rencontré les mêmes symptômes dans les paralysies pseudo-bulbaires. Les paralysies périphériques sont généralement totales, mais il y a un certain nombre de cas où elles n'affectent pas toutes les branches ou bien ces branches ne sont pas prises d'une façon égale. Ainsi la branche orbiculaire du frontal est moins prise que les autres. Mann a montré que certains muscles, comme l'orbiculaire des lèvres, des paupières, quelquefois aussi l'éleveur de la lèvre supérieure ne sont pas atteints alors que les autres muscles faciaux sont paralysés et présentent la réaction de dégénérescence. La même difficulté existe pour les paralysies nucléaires. On sait que dans la paralysie bulbaire progressive, le facial supérieur est respecté, mais de nombreuses observations ont montré que la branche frontale du facial peut être également prise, même dans un cas de Remak il y avait du ptosis, fait qui confirmerait l'hypothèse de Mendel à savoir que les fibres du facial supérieur proviennent de la partie forte du noyau du moteur oculaire commun. Dans certains cas de paralysie faciale ou de diplégie faciale, la marche et l'étiologie donnent des renseignements précieux; on sait que la syphilis attaque aussi souvent les méninges et détermine des foyers de ramollissement dans la protubérance. Les diplégies à la suite des fractures doubles de la base du crâne sont, comme la cause elle-même, plus rare. Les diplégies périphériques infectieuses qui apparaissent soit au cours d'une polynévrite, soit à titre de symptôme isolé, sont encore plus rares. C'est un cas du premier genre que l'auteur rapporte.

Un homme âgé de 26 ans a une paralysie faciale droite qui a été précédée de douleurs et de paresthésie dans le domaine des deux trijumeaux des nerfs occipitaux et du plexus brachial droit avec faiblesse du bras du même côté. Deux semaines après il s'y ajoute une paralysie faciale gauche et les membres inférieurs sont faibles. Quatorze jours après la paralysie faciale gauche disparait, la droite a été un peu améliorée, deux mois après le début de la maladie, les troubles moteurs et les douleurs des extrémités ont disparu au bout d'un mois. L'auteur admet qu'il s'agit d'une polynévrite et que le siège de la paralysie à droite était au point de l'émergence du nerf de l'étrier à gauche tout près de l'émergence de la corde du tympan à cause des troubles du goût, présentés par le malade dans la partie antérieure de la langue surtout à droite. En ce qui concerne les douleurs, on sait qu'elles ne sont pas rares dans la paralysie faciale d'origine rhumatismale. Frank-Hochwart faisait dépendre ces douleurs des fibres sensitives que le facial contient chez certains sujets.

Diagnostic précoce et théorie de la maladie de Basedow (Ueber Frühdiagnose und Theorie des Morbu Basedowii), par Lemke (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 14 avril 1896, n° 15, p. 334). — L'auteur considère la maladie de Basedow comme due à un poison thyroïdien qui agirait sur le système musculaire. C'est par des considérations cliniques qu'il en est arrivé à cette conclusion. Il rapporte à l'appui de son opinion les deux observations suivantes. La première est celle d'un jeune soldat. Il présente, surtout quand il est debout, une tachycardie extrêmement prononcée. Le pouls est à peine comptable. Son corps est le siège d'un tremblement vibratoire qui augmente d'intensité à mesure que le malade veut l'arrêter. Quand le malade est assis ou couché, ces phénomènes s'amendent et disparaissent. Le malade rapporte son affection à une émotion.

Le deuxième malade présente les mêmes symptômes avec

disparition de ces symptômes dans la position assise. Chez celui-ci le tremblement et les palpitations ont précédé de beaucoup l'hypertrophie thyroïdienne. L'auteur considère comme phénomènes éventuels de la maladie de Basedow la tachycardie et le tremblement qui relèvent tous les deux de la même cause. Tous les autres phénomènes sont accessoires et ne font que confirmer le diagnostic. Ceux-là même se rapportent à des troubles musculaires dont le mécanisme est le suivant. Le phénomène de Graëfe, c'est-à-dire le défaut de concordance entre les mouvements d'abaissement du globe oculaire et de la paupière supérieure dépendraient, d'après l'auteur, de la contraction lente, incertaine de l'orbiculaire des paupières. Le phénomène de Stellwag, c'est-à-dire le clignement des paupières, reconnait la même cause. Le phénomène de Moebius, ou défaut de convergence des globes oculaires, est l'expression de l'inégalité d'action de certains groupes musculaires. La paresse de la contraction de la pupille est un trouble de même ordre. Les phénomènes si nombreux du côté du cerveau, comme la céphalalgie, le vertige, le caractère changeant, sont dus à la participation de la musculature des vaisseaux cérébraux. C'est de la même façon que s'expliquent l'asthme, les hémorrhagies pulmonaires, la toux pour l'appareil pulmonaire; la polyurie, l'hyperhidrose, les vomissements, la diarrhée, etc. L'action toxique du corps thyroïde a été reconnue depuis l'antiquité la plus reculée; on en trouve déjà des traces dans le Talmud. On sait d'ailleurs que les bouchers ne livrent pas le corps thyroïde à la consommation.

MÉDECINE

Eclampsie et albuminurie de la grossesse et de l'état puerpéral (Beiträge zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, u. s. w.), par Saft (*Arch. f. Gynäkol*, 1896, vol. LI, p. 207). — Dans une étude basée sur l'examen de 314 femmes enceintes et 394 accouchées, l'auteur insiste sur les faits suivants :

L'albuminurie s'observe environ chez 5,41 p. 100 des femmes enceintes. Elle apparaît seulement vers la seconde moitié de la grossesse, devient de plus en plus fréquente à mesure qu'on se rapproche vers la fin de la grossesse et s'observe plus souvent chez les primipares (15,9 p. 100) que chez les secondipares (4,1 p. 100).

L'intensité de cette albuminurie atteint quelquefois son minimum déjà quelques semaines avant l'accouchement, et son intensité pendant l'accouchement est ordinairement en rapport avec celle qu'elle avait pendant la grossesse. La fréquence et l'intensité de l'albuminurie pendant l'accouchement sont aussi plus grandes chez les primipares (32,08 p. 100) que chez les multipares (22,6 p. 100).

L'albuminurie disparaît le plus souvent pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, et il est rare de la voir persister plus longtemps; toutefois sa durée est plus longue chez les primipares que chez les multipares, ce qui doit faire penser que les lésions rénales sont plus accusées chez les premières que chez les secondes.

A côté de l'albumine, on trouve encore dans l'urine des femmes enceintes des cylindres hyalins, des hématies et des leucocytes. Les hématies et les leucocytes, quand il n'existe pas d'albuminurie concomitante viennent de la vessie.

Les cylindres ne se rencontrent que lorsqu'il existe une albuminurie concomitante; leur apparition pendant la grossesse et le travail est indépendante de l'intensité de l'albuminurie, mais en prolonge la durée. Les grossesses répétées, la grossesse gémellaire, le rétrécissement du bassin chez les primipares favorisent l'apparition de l'albuminurie. Chez les multipares, le rétrécissement du bassin favorise seulement l'albuminurie et la grossesse. L'albuminurie est une cause fréquente de l'accouchement prématuré.

Les modifications du rein qui surviennent dans ces cas, le rein dit de la grossesse, sont particulières à la grossesse, ne provoquent pas de troubles de l'état général, disparaissent rapidement après l'accouchement et n'ont rien de commun avec la néphrite proprement dite. Les lésions anatomiques du rein sont, dans ces cas, de nature essentiellement dégénérative. Le pronostic est donc favorable et les dangers de transformation en véritable néphrite, minimes. Il en est tout autrement lorsqu'il existe en même temps une lésion rénale ou cardiaque.

Les lésions rénales de la grossesse sont très probablement le résultat d'une auto-intoxication favorisée par la gestation et dont dépendent les autres phénomènes morbides qu'on peut observer chez les femmes enceintes. Lorsque l'organisme est débordé par les produits toxiques, l'éclampsie éclate. Les modifications qu'on trouve dans ces cas dans les reins, le foie et les autres organes sont secondaires en ce sens qu'elles ne sont pas produites par l'éclampsie.

CHIRURGIE

Suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine par Henri Hartmann et Mignot (*Annales de gynécologie*, juin 1896, p. 425). — Jusqu'ici, les causes de la suppuration gangréneuse des fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux sont restées à peu près inconnues. Pour MM. Hartmann et Mignot il s'agirait là d'un processus spécial d'inflammation gangréneuse déterminée par un microbe anaérobie qui, de la cavité utérine gagnerait, par les lymphatiques, la capsule du fibrome. Ce microbe, trouvé à l'état isolé dans une observation qu'ils relatent en détail, se présente sous la forme de bacilles courts, volumineux, souvent réunis deux à deux par leurs extrémités. Ce bacille, en culture anaérobie, dans la gélatine, donne une strie blanche, de laquelle se détachent des arborescences cristallines semblables à du givre. Il trouble le bouillon en lui communiquant une odeur infecte.

On le retrouve dans certaines pelvipéritonites, dans des abcès de la grande lèvre, dans des kystes du vagin, et toujours le liquide où il est dégage des émanations fétides.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Codéine.

Définition. — L'un des alcaloïdes de l'opium.

Solubilité. — La codéine est peu soluble dans l'eau : 1 partie de codéine se dissout dans 60 parties d'eau froide. Elle est très soluble dans l'alcool. Les sels de codéine sont seuls employés en hypodermie.

Le *chlorhydrate de codéine* est peu usité. Il est très soluble dans l'eau.

Le *phosphate de codéine* contient 70 p. 100 de principe actif et est soluble dans 2 fois son poids d'eau. Seules, les solutions de ce sel sont entrées dans la pratique hypodermique.

Comme pour la cocaïne, les solutions doivent être stérilisées à basse température, 65° au maximum.

Propriétés thérapeutiques. — La codéine est un excellent hypnotique : c'est un alcaloïde moins toxique que la morphine, à laquelle il pourrait être avantageusement substitué dans bon nombre de cas. Un praticien, soucieux de varier sa thérapeutique, trouvera dans la codéine un calmant de premier ordre, dont l'injection peu douloureuse est suivie de la production d'une zone d'analgésie locale qui peut rendre de grands services *loco dolenti*, dans les crises névralgiques avec points hyperesthésiés.

Comme hypnotique, la codéine est supérieure à la morphine et a encore sur celle-ci l'avantage de ne pas provoquer de vomissements. La raison en est que *l'apocodéine*, qui se forme dans les solutions anciennes, est moins active que *l'apomorphine*.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* par injection, 1 à 2 centigrammes; par 24 heures, jusqu'à 5 centigrammes de chlorhydrate et 10 centigrammes de phosphate de codéine.

Effets de l'injection.

a) *Immédiats*. Localement la douleur est insignifiante : il n'y a jamais de réaction.

b) *Éloignés*. Il se forme bientôt autour de la piqûre une zone analgésique, d'étendue variable et assez persistante. Au bout

de 20 minutes environ, le malade s'endort généralement d'un sommeil profond.

FORMULES

Chlorhydrate de codéine	1 gr.
Eau stérilisée.	100 gr.

1 à 5 centimètres cubes.

(Erlenmeyer.)

Phosphate de codéine. .	0 gr. 20 à 0 gr. 30.
Eau stérilisée	10 centimètres cubes.

1 à 2 centimètres cubes.

(Merck.)

Associations. — Pour augmenter le pouvoir analgésique de la codéine, on l'a associée à l'acide phénique.

FORMULE

Phosphate de codéine.	1 gr.
Eau distillée	20 gr.
Acide phénique.	0 gr. 02

1 à 2 centimètres cubes comme analgésique.

(Lutaud.)

On l'a également associée dans le même but à la cocaïne, ainsi que nous l'avons vu dans le précédent article (voir *Gaz. hebd.*, n° 52, p. 624), lorsque nous avons parlé de la méthode de Schleich.

G. Maurange.

Traitement de la grippe.

Il n'est pas sans utilité de passer en revue les divers modes de traitement de cette affection, en s'inspirant, à l'exemple de M. le Dr Georges Lemoine, des idées qui ont été magistralement exposées par M. Huchard.

Il n'y a pas d'indication précise dans la grippe : chacune de ses formes réclame une thérapeutique spéciale. On distingue :

1° *La forme commune ou grippe sans déterminations locales.* Caractérisée par un début brusque, des vertiges, de la céphalalgie, des douleurs musculaires et surtout par une dépression considérable qui anéantit le malade moralement autant que physiquement. Dans ce cas, la fièvre est en général peu élevée ou du moins de peu de durée. En l'absence d'un traitement rigoureusement établi, il importe que le malade, s'il veut éviter des complications, suive une hygiène sévère et surtout s'astreigne à garder la chambre jusqu'à son complet rétablissement : l'exposition hâtive à l'air froid est une des causes les plus fréquentes des complications pulmonaires et intestinales.

Pour prévenir celles-ci, on pratiquera plusieurs fois par jour, avec le plus grand soin, des lavages de la bouche avec le mélange antiseptique suivant :

Acide benzoïque.	1 gramme.
Eau de Rabel.	50 —

On pulvérisera dans le nez et dans la gorge cette solution :

Chlorate de potasse.	10 grammes.
Glycérine.	50 —
Eau distillée.	250 —

et on désinfectera l'intestin avec le benzo-naphtol.

Quant à la médication proprement dite, on aura recours d'abord à un purgatif salin ou huileux abondant, et ensuite à l'administration de l'antipyrine : 4 cachets de 0,50 par jour à 4 heures d'intervalle ou, surtout chez les enfants, une potion ainsi composée :

1. Antipyrine.	2 grammes.
Teinture de belladone.	XX gouttes.
Sirop de groseilles.	50 grammes.
Eau de laitue.	70 —

2. Antipyrine.	2 grammes.
Cognac vieux.	40 —
Sirop de gomme.	20 —
Eau.	60 —

L'antipyrine convient surtout pour combattre l'élément névralgique, calmer les malaises et ramener le calme. Contre l'élément fébrile dominant, mieux vaut prescrire la quinine seule ou associée à l'antipyrine; on aura recours de préférence à la quinine dans les formes infectieuses.

Sulfate de quinine. . . . . }	ââ 2 grammes.
Extrait de quinquina . . . . }	
— de racine d'aconit. . .	0 gr. 10

Pour 20 pilules, 6 par jour dans la matinée.

Sulfate de quinine.	0 gr. 20
Antipyrine.	0 gr. 50
Bicarbonate de soude.	0 gr. 30

Pour 1 cachet, 4 par jour.

(Huchard.)

En cas de prédominance du catarrhe bronchique, révulser immédiatement sur le thorax au moyen de ventouses sèches, sinapismes, frictions alcooliques et bains de pieds et donner de l'alcool en quantité assez abondante et du quinquina contre la prostration.

Arséniate de soude.	0 gr. 10
Extrait alc. de quinquina.	6 gr.
Glycérine neutre.	0 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères. .	250 gr.

Dose : 1 cuillerée à chaque repas.

(Grasset.)

A la fin de la grippe, une purgation légère sera utile pour débarrasser l'intestin des produits de décomposition.

2° *La forme broncho-pulmonaire.* Dans son évolution normale, elle constitue une forme commune, sans grande gravité et ne réclamant, en fait de traitement spécial, que la révulsion sur le thorax et les calmants pour la toux. Au bout de quelques jours, par suite de refroidissement ou surmenage, on voit parfois survenir de la congestion pulmonaire avec fièvre, élévation à 40°, dyspnée, souffle étendu à l'auscultation, quelques râles sous-crépitants, fins et parfois des crachats sanglants analogues à ceux de la tuberculose.

Cette congestion est combattue par des ventouses sèches matin et soir, et des ventouses scarifiées si elle est forte et le sujet vigoureux; enfin, par des sinapismes sur les membres et des bains de pieds très chauds. Pas d'ipéca, qui peut déprimer les forces, mais bien la quinine et l'ergotine à petite dose (0,50 de chacune tous les matins). Les injections d'ergotine seront utiles si les crachats sont abondants. La saignée, sans dépasser 200 à 300 grammes, pourra rendre des services dans les congestions très marquées : on tonifiera ensuite le malade par les injections de caféine et d'éther; on aura recours aux grands bains tièdes contre les phénomènes nerveux exagérés.

Les vésicatoires et les expectorants seront proscrits. Si ces derniers sont indiqués, on donnera 3 à 5 cachets par jour, d'après la formule suivante :

Poudre de Dower.	2 gr.
— de scille.	1 gr.

(Huchard.)

La *pneumonie grippale*, très fréquente à la suite de la congestion, est toujours caractérisée par une asthénie profonde et par une sorte de paralysie des pneumogastriques qui explique l'irrégularité du cœur et la bronchoplégie, comme s'ils étaient sectionnés. Recourir à une révulsion fréquente par des ventouses et soutenir l'énergie du cœur, telle est la seule indication à remplir.

Concurremment avec le *régime lacté exclusif*, on prescrira d'abord, pendant deux jours, soit une infusion de 0,50 de poudre de feuilles de digitale, avec décroissance de 0,10 par jour, soit

30 à 50 gouttes par jour et en une seule fois de la solution de digitaline cristallisée au millième. Au bout de quelques jours, on remplacera la digitaline par la caféine, comme tonique du pneumogastrique; son usage sera continué pendant plus longtemps.

En cas d'insuffisance des injections de caféine ou d'éther, on pourra recourir au sulfate de strychnine; à la dose de 2 à 3 milligrammes par jour, soit par la voie buccale, soit en injections.

Pendant toute la période de prostration, on administrera la teinture de kola, de coca, etc.

3° *La forme cardiaque.* M. le Dr Lemoine en a observé plusieurs cas caractérisés par de l'essoufflement au moindre effort, des variations brusques du rythme du cœur et des menaces de syncope, phénomènes accompagnés parfois d'une congestion plus ou moins forte du poumon.

La grippe cardiaque a toujours un caractère très grave, le cœur étant surtout en jeu. La digitale, la digitaline, la caféine ou l'éther, à peu près comme dans la pneumonie grippale, constitueront la base du traitement.

4° *La forme gastro-intestinale*, décrite sous le nom de *grippe à forme typhoïde*, présente presque tous les symptômes de la dothiénentérie, avec son aspect caractéristique. Le traitement se rapproche de celui de la fièvre typhoïde : antiseptiques intestinaux (naphtol, salol, salicylate de bismuth), lavements froids toutes les trois heures, caféine et lait, alcool et stimulants; comme tonique, le vin composé de Huchard :

Vin de Lunel.	400 gr.
Sirop d'écorces d'oranges. . . .	30 gr.
Glycérine.	15 gr.
Extrait de quinquina.	20 gr.
Teinture de coca.	15 gr.
— de cannelle.	10 gr.

Contre la diarrhée intense, salicylate de bismuth (2 à 4 gr. par jour), ou mieux, l'acide lactique :

Acide lactique.	2 gr. 50
Sirop de limon.	50 gr.
Eau.	100 gr.

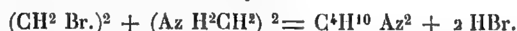
Dose : A prendre dans la journée.

La convalescence exige une médication fort longue et essentiellement tonique. Surveiller tout particulièrement la poitrine et administrer les balsamiques, le goudron, la créosote en cas de catarrhe consécutif. Si la dépression nerveuse existe, administrer les glycérophosphates pendant quelques semaines.

Pipérazine.

Nous empruntons à la récente thèse de M. C. ATTAIX (Paris, n° 288) le résumé suivant des propriétés de la pipérazine qui toutes ont été établies et confirmées par l'expérimentation et la clinique.

A. — *Propriétés chimiques :* 1° La pipérazine est une base organique à réaction alcaline, très soluble dans l'eau. Elle a pour formule $C^4H^{10}Az^2$. On l'obtient par l'action de l'éthylènediamine sur le bromure d'éthylène.



$$(CH^2 Br.)^2 + (Az H^2CH^2)^2 = C^4H^{10} Az^2 + 2 HBr.$$

2° Elle dissout facilement l'acide urique et les concrétions formées par les urates. En se combinant à l'acide urique elle donne un urate soluble dans 47 fois son poids d'eau. C'est l'urate le plus soluble.

3° Son action dissolvante sur l'acide urique et les urates est supérieure à celle des autres médicaments employés jusqu'ici, borax, carbonate de lithine, carbonate de soude.

B. — *Propriétés physiologiques :* 1° A dose thérapeutique (1 à 3 gr.) elle est inoffensive pour l'organisme même après un usage prolongé.

2° Diurétique énergique et constant elle diminue l'acidité de l'urine mais ne la rend jamais neutre ni alcaline.

3° Elle circule dans le sang à l'état de carbonate de pipérazine qui forme en présence de l'acide urique, de l'urate de pipérazine facilement soluble.

C. — *Propriétés thérapeutiques :* 1° Possède une action remarquable dans la gravelle et la goutte, supérieure aux médicaments habituellement employés : alcalins, lithine, colchique, salicylate de soude. sans présenter aucun de leurs dangers. N'est contre-indiquée ni par l'état des reins, ni par celui du cœur et des vaisseaux.

2° En injections dans la vessie, en solution à 1 p. 100, elle pourra peut-être servir à la dissolution des calculs. L'observation unique que nous avons ne nous permet pas encore de porter de jugement à cet égard.

3° Son action est manifeste dans les catarrhes des voies génito-urinaires.

4° Se donne à la dose de 0 gr. 50 à 3 grammes en solution diluée.

MODES D'ADMINISTRATION ET DOSES. — A l'intérieur, la pipérazine se donne en solution diluée, dans l'eau commune ou mieux dans l'eau de Seltz. La solution ainsi préparée est insipide et très agréable pour les malades. En poudre ou en pilule elle n'agit pas. On fait dissoudre la quantité des 24 heures dans une bouteille d'eau de Seltz de 500 grammes qu'on prend par doses fractionnées.

Les doses actives varient de 50 centigrammes à 2 grammes dans les 24 heures. Il est inutile de dépasser ces doses.

En injections hypodermiques on se sert d'une solution de pipérazine pure à 3 ou 5 p. 100 dont on injecte 1 ou 2 centimètres cubes par jour. On peut recourir au chlorhydrate de pipérazine en solution à 20 p. 100 et on en injecte 1 ou 2 centimètres cubes, ces injections sont douloureuses et donnent souvent lieu à de l'irritation.

Pour injections dans les tophus goutteux, on se sert d'une solution de pipérazine pure à 10 p. 100; on injecte 2 centimètres cubes.

Pour les lavages de la vessie, on se sert d'une solution à 1 p. 100. Mais nous savons que la pipérazine n'est pas caustique pour les muqueuses et nous croyons qu'il n'y aurait pas d'inconvénients à se servir d'une solution à 2 p. 100.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et les affaires commerciales.

« Le médecin exerce un sacerdoce. Comme à l'officier tout commerce doit lui être interdit ». Si nous vivions il y a 40 ou 50 ans telle serait sans doute la réponse que j'aurais à faire aujourd'hui à diverses lettres qui, depuis quelques semaines, me posent une série de questions assez délicates à résoudre. Mais, comme l'a si bien dit Dechambre, « hors du cercle rigoureux du juste et de l'injuste, flottent et se succèdent les formes changeantes des mœurs et de la coutume. Cette mobilité n'est pas un pur effet du caprice des hommes; elle est le plus souvent la conséquence nécessaire de la variabilité des conditions sociales, de la nature multiple des intérêts, du degré d'éducation des peuples. Prendre au milieu d'une époque un fait de l'ordre moral et le juger abstractivement des mœurs régnantes ou sous le jour des mœurs d'une autre époque serait s'exposer à une très fausse appréciation. » Et plus loin mon vénéré maître, dont l'austérité et l'honnêteté n'ont jamais été mises en doute, écrit ces paroles mûrement réfléchies et sérieusement commentées : « Lorsque l'intérêt commercial ou industriel d'un médecin se trouve en cause dans un livre à débiter ou dans un établissement à faire prospérer, il est juste d'admettre la libre divulgation du fait, c'est-à-dire de l'apparition du livre, de la fondation de l'établissement, parce que, dans ces cas, la divulgation est la condition nécessaire et légitime du succès et que, dépourvue de toute appréciation

scientifique, elle n'exprime rien de plus que l'offre de la chose mise en circulation. » (*Le médecin*, p. 101.)

Dechambre admet donc que le médecin peut avoir un intérêt commercial ou industriel. Il dit aussi (p. 114) : « Le médecin digne de ce nom ne se permet pas toutes les pratiques du commerce ». Or, c'est à ce point de vue qu'il faut, en effet, se placer pour juger impartialement ce qu'il convient de conseiller à ceux qui ont bien voulu solliciter mon avis.

Un médecin est propriétaire d'immeubles. Il peut, s'il en a le temps, les gérer lui-même et en tirer de très légitimes ressources. Il est agriculteur ou vigneron. Il vendra ses récoltes ou son vin. Personne ne peut songer à le lui reprocher s'il n'invoque pas son titre professionnel pour s'en faire une réclame. Je n'aime pas, en effet, à recevoir les circulaires *imprimées* de médecins qui, sous prétexte de confraternité, viennent m'offrir leurs vins, leurs huiles ou leurs abricots. Mais je dois reconnaître que ces confrères ne manquent vraiment pas aux règles professionnelles en agissant de la sorte. C'est tout au plus si l'on pourrait incriminer leur discrétion confraternelle. Ils agissent en commerçants, c'est entendu ; mais, dans l'immense majorité des cas, leurs assertions, j'aime à le croire, sont véridiques. Et, dans ces temps de fraude et de concurrence effrénées, il est parfois bon de connaître ceux à qui l'on s'adresse et d'être assuré de leur honnêteté commerciale. C'est ce qui arrive lorsqu'on s'adresse à un médecin que l'on connaît ; c'est ce qui doit arriver souvent pour ceux qui nous envoient leurs prospectus.

Mais il arrive aussi que des médecins s'autorisent de certains titres. Ils sont membres d'une association, d'un syndicat confraternel. Ils prennent les noms de leurs collègues. C'est à eux qu'ils s'adressent pour écouler leur marchandise. Ici déjà la question se complique. L'association ou le syndicat doivent-ils autoriser officiellement ou même encourager ces pratiques? je ne le pense pas. Dans ce cas en effet ces associations prendraient la responsabilité de ce commerce, garantiraient son impeccabilité et s'exposeraient souvent, alors même qu'il n'y aurait pas fraude, à des récriminations aussi pénibles que difficiles à arrêter.

On interdit à un magistrat, à un avocat, à un sénateur ou député d'invoquer son titre ou sa fonction pour recommander ce qu'il peut avoir à vendre. Il serait bon que le médecin s'interdît à lui-même de faire suivre son nom d'un qualificatif quelconque.

Mais voici qu'un médecin ou qu'une association de médecins songe à fonder une société destinée à la construction d'un sanatorium, à l'exploitation d'une station hydrominérale, à la fondation d'un institut de gymnastique, d'électricité ou d'hydrothérapie. Et voici que des actions sont émises, que les médecins sont conviés à les souscrire. On leur dit : « Nous voulons créer une œuvre utile. Nous voulons réaliser en France ce qui se fait à l'étranger. Mais les institutions analogues à celles que nous voulons fonder exigent à leurs débuts des capitaux considérables. Nous sommes à peu près sûrs du succès. Ces capitaux produiront donc de gros intérêts. Pourquoi ne vous ferions-nous pas profiter de ces légitimes bénéfices? » On dit aussi : « Il existe, en France, des maisons d'aliénés, des maisons d'hydrothérapie qui sont dirigées, gérées par des médecins. Il n'est jamais venu à la pensée de personne de mésestimer ces médecins, parce qu'ils faisaient payer pension à leurs malades. Il en sera de même pour nous. »

Et l'on trouve des médecins pour souscrire ces actions et pour s'intéresser directement à ces créations nouvelles.

Eh bien! je n'hésite pas à déclarer que ces opérations commerciales sont dangereuses, qu'elles doivent être condamnées au point de vue déontologique. Je m'explique.

Un médecin aliéniste fonde une maison de santé ou achète celle d'un de ses confrères ; un médecin fonde ou achète une maison d'hydrothérapie. Il en devient le directeur et le médecin. Rien de plus honnête ; rien de plus légitime. Sa situation est nette et connue. Si l'on s'adresse à lui pour le consulter on sait quelle est sa situation professionnelle. S'il donne au malade qui le consulte le le conseil de ne pas suivre le traitement qu'il dirige lui-même, il n'en aura que plus d'autorité aux yeux du public ; on ne pourra pas non plus lui en vouloir s'il insiste pour traiter chez lui le malade qui lui a été amené. Toute autre serait la situation de l'actionnaire, du bailleur de fonds de cette maison spéciale. Celui-ci, s'il fait de la médecine générale ou s'il est médecin consultant, plus recherché pour les maladies mentales ou les maladies nerveuses, se trouvera gêné par la situation relativement occulte que lui créée vis-à-vis du public l'intérêt matériel qui l'attache à tel ou tel établissement. Le public ignorera ou sera tout au moins censé ignorer, s'il conseille tel ou tel établissement, que la prospérité de celui-ci lui fera gagner de plus gros dividendes. Le médecin actionnaire d'un établissement quelconque se trouvera donc, s'il y envoie des malades, dans la situation de celui qui s'abaisserait à toucher des remises chez les fournisseurs de ses clients. Et s'il est scrupuleusement honnête il hésitera avant de conseiller à ceux qui le consultent le sanatorium ou la maison de santé dont il a provoqué la création, dont il souhaite le succès.

Il y a plus. S'il est professeur ou écrivain il évitera de prôner cet établissement de préférence à un autre, de crainte que, dans ses cours publics ou ses articles de journaux, ses éloges ne soient pris pour une réclame dûment rémunérée.

Il me semble évident, en effet, que si quelqu'un d'entre nous avait eu un intérêt matériel quelconque à la prospérité du sanatorium de Leysin à l'inauguration duquel j'ai assisté très volontiers, avec mon ami Ch. Monod, ni les articles que je lui ai consacrés ni celui que vient de nous donner M. Forgue n'auraient pu paraître dans la *Gazette hebdomadaire*.

C'est pour ces motifs que je me suis fait une règle absolue de ne jamais souscrire aucune part d'intéressé à un titre quelconque aux fondations qui, si méritantes qu'elles puissent être, ont un caractère industriel et commercial. C'est pourquoi je réponds à tous ceux de mes confrères qui ont bien voulu me demander mon avis à cet égard : « Multipliez en France les sanatoria et les établissements spéciaux destinés à mieux assurer le traitement des maladies tuberculeuses ou des maladies nerveuses ; acceptez la direction de ces établissements si vous vous croyez aptes à réussir dans une tâche aussi difficile, mais constituez un comité directeur d'actionnaires choisis parmi des financiers ou des administrateurs ou parmi des médecins qui ne soient ni des praticiens, ni des écrivains, ni des professeurs. » Ceux-ci, en effet, ne seraient plus libres du jour où leurs intérêts matériels pourraient entrer en conflit avec ce que doit leur dicter l'intérêt des malades qui les consultent ou de la vérité qu'ils ont à défendre par leurs écrits ou par leur enseignement.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Alimentation des nourrissons malades.

M. Marfan a publié récemment un travail dans lequel il a eu l'heureuse idée de réunir les leçons qu'il a faites sur l'allaitement artificiel. Il nous a semblé intéressant de résumer ici les règles de conduite que, d'après Marfan, le médecin doit suivre dans l'alimentation des nourrissons malades.

* * *

Dans les maladies chroniques ou apyrétiques qui n'ont aucun retentissement sur les fonctions digestives, on doit, d'après M. Marfan, s'en tenir aux règles de l'allaitement normal. Dans les maladies fébriles et dans celles qui s'accompagnent de troubles digestifs, il faut presque toujours diminuer l'alimentation. Mais, chez les nourrissons, la diète est dominée par un précepte très important. *Il faut remplacer la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité à peu près équivalente d'eau bouillie.*

On a beaucoup parlé naguère de l'inaptitude des nourrissons à supporter l'abstinence; cette inaptitude est réelle, ou, tout au moins, on peut dire qu'elle est plus marquée et d'une autre nature chez l'enfant que chez l'adulte; ce que l'enfant supporte mal, c'est l'abstinence d'eau, bien plus que l'abstinence de lait.

Dans les maladies fébriles, la diète doit être réglée d'après l'état du tube digestif. Mais même lorsque les fonctions de celui-ci sont peu troublées, il est bon de diminuer la quantité de lait en augmentant d'autant la quantité d'eau; il est bon d'ajouter à celle-ci du sucre de lait comme dans l'allaitement normal; car nous savons que les aliments sucrés stimulent la fonction anti-toxique du foie.

C'est surtout dans les troubles digestifs du nourrisson qu'il importe de régler le régime avec soin.

Dans les *gastro-entérites aiguës graves,* surtout lorsque l'enfant vomit tout ce qu'il ingère, une diète hydrique, de douze heures et plus, est la meilleure médication à employer tout d'abord. On met dans le biberon de l'eau bouillie pure ou une eau faiblement minéralisée et on le présente à l'enfant. On peut n'y joindre aucun remède. Mais, quelquefois, il est utile de donner en même temps du calomel à doses faibles et fractionnées (3 à 5 centigrammes en 3 ou 5 doses, à une demi-heure ou une heure d'intervalle). A la reprise de l'alimentation, on procédera avec prudence; on espacera les tétées de 4 heures, et on coupera largement le lait soit avec de l'eau bouillie pure non lactosée, soit avec de la décoction d'orge perlé, soit avec la décoction de farine de riz, suivant les indications qui suivent.

Il se produit fréquemment, chez le nourrisson, des *diarrhées légères et passagères,* avec ou sans vomissements; elles répondent sans doute à des lésions légères et passagères de gastro-entérite et marquent d'ailleurs très souvent le début de gastro-entérites aiguës graves ou de gastro-entérites chroniques.

Dans ces cas, la diète hydrique absolue n'est pas nécessaire, mais on doit diminuer la quantité de lait et le couper avec de l'eau non sucrée ou avec des décoctions d'amylacés; on peut même pendant 1 ou 2 jours supprimer le lait et ne donner que ces dernières. Mais ceci veut quelques explications.

On conseillait beaucoup naguère de couper le lait destiné aux nourrissons atteints de troubles digestifs, non pas avec de l'eau, mais avec des décoctions diverses : décoction de gruau d'avoine, décoction d'orge mondé ou perlé, décoction de farine de riz, décoction de racine de guimauve, décoction de pain ou eau panée. On cessa complètement d'employer les décoctions d'amidon, il y a une vingtaine d'années, sur la foi de certains auteurs qui prétendirent que, dans les 6 premiers mois de la vie, l'enfant ne pouvait digérer les amylacés, c'est-à-dire les saccharifier; on disait que le nouveau-né et le nourrisson n'avaient, pour cela, ni assez de diastase salivaire, ni assez d'amylapsine pancréatique. L'assertion a été contestée. M. Heubner vient de la ruiner. En réalité, les nouveau-nés, dès la naissance, sécrètent assez de diastase salivaire pour transformer l'amidon en sucre. Il ne faudrait pas en conclure que l'on peut nourrir les jeunes enfants avec des farineux.

Mais si l'alimentation par l'eau amidonnée ou l'eau de riz est insuffisante quand l'enfant est bien portant, elle est souvent très utile dans le cas de troubles gastro-intestinaux; elle diminue le travail de l'estomac et de l'intestin puisque la transformation de l'amidon s'opère surtout par la salive.

Dans les diarrhées légères des nourrissons, les décoctions d'orge ou de farine de riz rendent de réels services.

La décoction d'orge se prépare de la manière suivante : on fait bouillir une demi-heure deux cuillers à café d'orge perlé dans un demi-litre d'eau; puis on passe au tamis. Le liquide renferme surtout de l'amidon, puis du mucilage, enfin une petite quantité de matière azotée. Dans les diarrhées légères avec troubles gastriques, cette décoction servira à couper le lait; elle aidera la digestion sto-

1. De l'allaitement artificiel, par le Dr A.-B. Marfan (Paris, 1896, G. Steinheil, éditeur).

macale, car le mucilage favorise la division de la caséine coagulée.

Pour préparer l'eau de riz, on jette 60 grammes de farine de riz dans un demi-litre d'eau froide, on ajoute un demi-litre d'eau bouillante, puis on fait bouillir le mélange; on passe ensuite dans une étamine claire. Cette décoction ne renferme guère que de l'amidon. Les troubles gastro-entériques légers cèdent souvent à une diète d'eau de riz pendant 1 ou 2 jours; à la reprise de l'alimentation, l'eau de riz peut servir à couper le lait.

Dans les *gastro-entérites chroniques*, le régime devra dépendre des causes, de la forme, du degré de la maladie et aussi de l'état cachectique concomitant. A un enfant atteint d'une gastro-entérite légère due à la suralimentation, il suffira souvent de prescrire le régime normal pour voir la santé se rétablir.

Dans les périodes de diarrhée intense ou dans les poussées aiguës, on mettra l'enfant au régime des gastro-entérites aiguës, légères ou graves. A un enfant très amaigri, dont le poids est très faible, on prescrira des doses d'aliment bien inférieures à celles qu'indique son âge et proportionnés à son poids.

Chez les nourrissons qui ont peu d'appétit, chez ceux qui sont constipés ou lientériques, on se trouvera bien d'ajouter au lait un peu de sel marin (Bouchut, Jacobi). Le chlorure de sodium stimule l'appétit, excite la sécrétion des glandes et facilite la digestion. Mais on ne doit le donner qu'à très faibles doses, car à doses un peu élevées il est purgatif.

Chez les enfants constipés, il est utile, suivant le conseil de West, d'ajouter à chaque biberon 5 centigrammes de bicarbonate de soude ou de carbonate de magnésie.

Dans les cas de dyspepsie et de diarrhée très acides, on pourra ajouter au lait une cuillerée à café d'eau de chaux par repas. Mais cette préparation a perdu une grande partie de son importance depuis l'emploi des laits stérilisés.

Aux enfants que l'on suppose prédisposés à la tuberculose, M. Daremberg conseille de donner du lait phosphaté, c'est-à-dire du lait d'une vache qui absorbe tous les jours 80 grammes de phosphate de chaux ou d'une chèvre qui en absorbe tous les jours 30 grammes. Mais M. Duclaux n'est pas sûr qu'une alimentation riche en phosphates augmente notablement la teneur du lait en acide phosphorique.

Les enfants nés avant terme et atteints de *débilité congénitale* prennent quelquefois le sein ou le biberon aussi bien que les enfants normaux. Mais il en est qui n'ont presque pas la force de teter; les muscles de la paroi buccale, ceux de la langue et du voile du palais semblent insuffisants pour opérer la succion; la déglutition elle-même est souvent languissante. Non seulement ils ne prennent pas toujours le sein ou le biberon, mais l'allaitement à la cuiller peut être impossible. Ils boivent mal, bavent et rejettent le lait qu'on leur présente. Ils peuvent donc s'éteindre par inanition. Il faut alors les alimenter par le nez ou avec la sonde.

L'allaitement par le nez a naguère rendu des services. L'enfant étant couché sur le dos, on verse le lait dans la narine avec une petite cuiller; ou bien, comme l'a recommandé le Dr Henriette (de Bruxelles) en 1853, on l'injecte doucement avec une petite seringue à bout arrondi; le lait est aspiré, coule dans la gorge et est dégluti. Mais cette opération, d'ordinaire très facile et très simple, provoque quelquefois de la toux et de l'éternuement. Il faut craindre aussi la chute du lait dans les voies respiratoires qui s'opère aisément chez les nouveau-nés.

Aujourd'hui, le gavage à la sonde a détrôné l'allaitement par le nez. L'appareil dont on se sert pour le gavage du nouveau-né est une réduction du tube de Faucher : une sonde uréthrale en caoutchouc rouge (n° 14 ou 16 de la filière Charrière), à l'extrémité de laquelle on adapte une cupule de verre de 100 grammes environ, qui sert d'entonnoir, ou à son défaut un bout de sein artificiel. La sonde s'introduit facilement dans l'œsophage par la bouche. Après un trajet de 15 centimètres à partir des lèvres, son extrémité est dans l'estomac. Quand l'enfant est très petit et loin du terme, on lui donne 8 grammes de liquide toutes les heures et demie; plus grand, on lui donne 15 grammes toutes les deux heures. S'il vomit, on diminue la quantité. Le meilleur lait est celui de femme; à son défaut, on emploiera soit le lait d'ânesse frais, non bouilli et coupé par moitié avec de l'eau lactosée à 10 p. 100, soit le lait de vache stérilisé et coupé avec trois quarts d'eau lactosée. L'appareil doit être tenu très proprement.

Quand on pousse la suralimentation un peu trop loin, ou bien l'enfant présente des troubles digestifs, ou bien il survient des phénomènes singuliers dus à l'hypernutrition; l'enfant grossit, devient bouffi, ce qui tient à un œdème généralisé (œdème d'hypernutrition); cet œdème disparaît si on diminue la quantité de lait.

Quand l'enfant devient plus fort, on alterne le gavage avec le sein ou le biberon (gavage mixte); on supprime progressivement le gavage, quitte à y revenir si la situation devenait moins favorable.

Le gavage est loin de réussir toujours. Certains prématurés n'en retirent aucun bénéfice; ils vomissent, ils ont des selles blanches ou vertes; leur poids diminue encore; ils se refroidissent et finissent par mourir; les troubles persistent même lorsqu'on réduit à presque rien la quantité de lait ingérée.

Des difficultés peuvent surgir dans l'allaitement par le fait de malformations bucco-pharyngées.

Le *bec-de-lièvre* simple (fissure labiale) n'est pas d'ordinaire un obstacle à la succion; de même la simple fissure du voile du palais. Mais le bec-de-lièvre labio-palatin avec cloaque naso-buccal, empêche la succion; il ne faut pas songer alors à allaiter avec le biberon; il faut recourir à la cuiller; et l'alimentation à la cuiller réclame de la personne qui en est chargée beaucoup de soins, de propreté, de patience et de dévouement.

La *brièveté du frein de la langue* a été accusée longtemps d'être un obstacle à la succion. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien et cela se conçoit si on remarque avec Escherich que, dans cet acte, les enfants ne retirent pas la langue, mais impriment au maxillaire inférieur un mouvement de recul.

Il est bon que le médecin assiste parfois au repas d'un nourrisson malade; il lui arrivera ainsi de dépister une stomatite qui rend la succion difficile, une angine qui rend la déglutition douloureuse, une rhinite ou une rhino-pharyngite qui bouche le nez et ne permet pas à l'enfant de respirer pendant qu'il tette.

Quand on donne les premières bouillies, on éprouve parfois quelques difficultés à les faire ingérer au nourrisson. Mais si celui-ci est sain, ces difficultés sont assez rapidement vaincues. Il n'en est plus de même avec les idiots et les hydrocéphales; il est très difficile de leur apprendre à déglutir des aliments demi-solides et on en voit qui, âgés de plus de deux ans, ne veulent encore que le sein ou le biberon.

REVUE DES CONGRÈS

VIe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Kieff.

Diplégie spasmodique.

M. Mouratof après avoir rapporté plusieurs cas nouveaux et étudié les cas publiés dans la littérature arrive aux conclusions suivantes :

1) Le terme de diplégie cérébrale correspond au diagnostic anatomique, en indiquant une lésion des circonvolutions de deux hémisphères.

2) Sous le nom de maladie de Little il faut comprendre exclusivement les formes congénitales de la diplégie spasmodique.

3) Le tableau clinique de la maladie de Little, tout en présentant des symptômes communs à tous les cas, offre encore des différences en rapport avec le siège et l'extension de la lésion.

4) Ce sont ces conditions qui permettent de décrire à la maladie de Little plusieurs types, à savoir la diplégie cérébrale, la paralysie bilatérale avec hémiplégie, etc., compliquées ou non de troubles psychiques et intellectuels.

5) Le diagnostic différentiel avec les formes acquises s'appuie sur l'anamnésie et la marche régressive de l'affection.

6) L'accouchement irrégulier ou difficile constitue un caractère essentiel sans qu'il soit possible de dire au point de vue étiologique s'il constitue la cause primitive de l'affection ou s'il n'est pas le résultat d'une affection constitutionnelle de la mère et du fœtus (syphilis, d'après Fournier).

7) Les paralysies diplégiques familiales héréditaires ne sont pas suffisamment différenciées en tant qu'espèce nosologique bien déterminée; au point de vue clinique elles sont caractérisées par leur début après la naissance, par l'intégrité des fonctions psychiques et par leur marche progressive.

8) La marque anatomique de la maladie de Little est constituée par une lésion primitive en foyer des circonvolutions centrales des deux hémisphères et par des lésions secondaires cérébrales ou cérébro-spinales.

9) La rigidité spasmodique et la paralysie sont le résultat de la dégénérescence des cordons pyramidaux et de l'hypertonie secondaire des cellules des cornes antérieures.

10) Les troubles psychiques et intellectuels dépendent de l'extension du foyer primitif et de l'étendue de la dégénérescence cérébrale.

11) Les mouvements involontaires et les attaques épileptiformes ne font pas partie intégrante du tableau de la maladie de Little.

12) Le traitement, qui amène la guérison seulement dans quelques cas exceptionnels, comprend une série de moyens orthopédiques et de rééducation.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 Juillet 1896.

Hernie inguinale.

M. Lannelongue présente 4 garçons chez lesquels il a tenté la cure radicale de hernies inguinales en injectant profondément autour du canal du chlorure de zinc à 1/10. L'intervention date aujourd'hui de 18 jours et M. Lannelongue en fait constater le résultat immédiat. Un gonflement dur et volumineux occupe le scrotum et le canal inguinal. Dans cette masse inflammatoire, on ne sent pas d'impulsion à la toux. Il est probable que le canal déférent restera intact au milieu de cette gangue. Mais à cet égard, comme au point de vue du résultat curatif éloigné, M. Lannelongue déclare qu'il faut attendre, et il présentera les malades à nouveau dans 6 mois. Une fillette, où l'injection n'a peut-être pas été assez abondante, a actuellement une pointe de récidive.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy communique les observations de deux malades atteints de fièvre typhoïde, l'un au 3e, l'autre au 12e jour. Il a vérifié sur eux les propriétés récemment mises en évidence par MM. Pfeiffer et Koll (voir *Gazette*, p. 437) et Widal (voir *Gazette*, p. 629) et a constaté, au contraire, que cette réaction n'existe pas chez les sujets bien portants ou malades, non atteints de fièvre typhoïde. M. Dieulafoy insiste en terminant sur l'importance de ce fait dans les cas à diagnostic douteux (granulies embarras gastrique, grippe infectieuse, etc.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 Juillet 1896.

Myxo-sarcome du sein.

M. Schmidt rapporte l'observation d'un malade entré dans le service de M. Quénu pour une tumeur du sein droit qu'elle faisait remonter à un traumatisme datant de deux ans.

Depuis six mois la tumeur avait pris un développement rapide, atteignit les dimensions d'une tête de fœtus et devint douloureuse. A l'examen on trouvait toute la glande occupée par une tumeur à surface bosselée, de consistance élastique et ferme, un peu irrégulière, présentant un point fluctuant faisant penser à un kyste.

Pas d'adhérence au grand pectoral, pas de ganglions dans l'aisselle, rien à l'autre sein. On diagnostiqua un sarcome du sein, et l'examen de la pièce enlevée montra qu'il s'agissait plutôt d'un myxome.

A l'examen de la pièce, sur une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on constate que la périphérie est occupée par un tissu blanc, résistant, dans lequel se voient de rares vaisseaux. Cette couche de tissu ne présente pas en tous points une épaisseur égale : elle envoie, au contraire, vers le centre de nombreux mamelons arrondis, plus ou moins volumineux. Tout le centre de la tumeur est occupé par un tissu couleur gelée de pomme, transparent et paraissant infiltrer les mailles conjonctives à la façon de l'œdème. La transparence de ce tissu permet de voir, sur les mamelons profonds, de très nombreuses arborisations vasculaires ; cette richesse vasculaire est en rapport, sans doute, avec la rapide évolution de la tumeur. A la partie postérieure de la tumeur se trouve une cavité kystique, comme un œuf, contenant un liquide filant, plus clair que le précédent. Cet aspect macroscopique rend peu probable l'hypothèse de sarcome. Il est vraisemblable qu'il s'agissait là d'un de ces myxomes du sein à évolution rapide, peut-être est-il combiné à une néoformation sarcomateuse en certains points de la périphérie.

A l'examen histologique, on trouvait tout d'abord un très grand nombre de cellules à noyaux allongés, donnant l'idée, par leur assemblage et leur direction, d'un sarcome fuso-cellulaire. En d'autres points, on rencontre des cellules arrondies, placées les unes à côté des autres et formant des champs entiers à côté des cellules fusiformes. En d'autres points encore se voient des cellules étoilées, à prolongements; quelques-unes d'entre elles ont des contours très peu nets. Il s'agit donc ici d'une dégénérescence myxomateuse fréquente dans les sarcomes. Cet aspect est plus marqué dans les parties centrales de la tumeur.

Calcul de l'ampoule de Vater.

M. Bernard rapporte l'observation d'une femme morte de de cachexie, sans symptôme particulier. A l'autopsie, on trouva un très gros calcul situé au niveau de l'ampoule de Vater, et l'obturant complètement. Le canal cholédoque était dilaté et le foie présentait de nombreux abcès nucléaires. Le malade n'avait pas eu d'ictère ; il est vraisemblable que le calcul poreux laissait sourdre la bile.

Goître kystique.

M. Mermet présente un kyste hématique du corps thyroïde enlevé par énucléation intra-glandulaire par M. Schwartz à une femme de trente ans.

La tumeur se compose d'une poche tendue, de coloration grisâtre, contenant un liquide sanguin, fluide, brun rougeâtre, riche en paillettes de cholestérine. La paroi, épaisse de 2 à 4 millimètres uivant les points, est d'aspect fibreux à sa face externe, mamelonnée et réticulée à sa face interne. L'examen histologique montre qu'on peut y décrire deux couches : une interne formée de follicules thyroïdiens tapissés de cellules cubiques et dessinant sur les coupes des aréoles élégantes, entre lesquelles circulent des sinus veineux dilatés et superficiels ; une autre externe, fibreuse, pauvre en vaisseaux, constituée par des fibres connectives ondulées, entre lesquelles sont des lits cellulaires à deux rangées de cellules ressemblant à des vésicules thyroïdiennes aplaties dans le sens de la poche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 Juillet 1896.

Des lésions médullaires provoquées par la toxine tétanique.

M. G. Marinesco. — Les recherches entreprises sur les lésions de la moelle épinière chez des sujets morts de tétanos ou bien dans le système nerveux des animaux intoxiqués expérimentalement ont été jusqu'ici peu nombreuses. Ainsi Rokitansky et Demme ont écrit des altérations n'ayant aucune signification pathologique et critiquées, à juste titre, par Leyden. Bonome a décrit des lésions dégénératives de la moelle épinière localisées particulièrement dans la substance blanche et dans les racines. Achard a vu des fibres nerveuses dégénérées dans les nerfs périphériques situés au niveau de la plaie dans un cas de tétanos traumatique. Nerlich, qui a examiné un cas de tétanos céphalique, a trouvé de la dégénérescence vacuolaire dans les noyaux moteurs du trijumeau, du facial et de l'hypoglosse. D'après lui, le virus tétanique se propage le long des nerfs. Goldscheider, qui a envisagé la question du virus tétanique au double point de vue de la physiologie et de l'histologie pathologique, n'a jamais trouvé de lésions apparentes ni dans les cellules nerveuses, ni dans la substance blanche de la moelle épinière. Les recherches de ce dernier ayant été faites avec beaucoup de soin d'après les méthodes les plus récentes et en particulier, d'après la méthode de Nissl, semblaient trancher définitivement la question dans le sens négatif. Je dois ajouter, pour terminer l'histoire de cette question, que Nissl, le créateur d'une méthode dont j'ai montré à plusieurs reprises la valeur pour l'étude des fines lésions du système nerveux, parle, dans un travail publié en 1895 dans le *Centralblatt für Nervenheilkunde*, de lésions qu'il a trouvées autrefois dans des cas de tétanos. Cependant, dans la note à laquelle je fais allusion, l'auteur dit que les lésions affectent le corps de la cellule et son noyau, sans donner une description de ces lésions.

J'ai examiné la moelle de 3 cobayes qui ont été inoculés avec de la toxine tétanique par M. le Dr Remlinger dans le laboratoire de M. Vaillard, au Val-de-Grâce. Les lésions trouvées qui dépendent de l'intensité du virus et de la durée de l'intoxication sont les suivantes : la substance grise antérieure et postérieure présente des hémorrhagies diffuses. Elles sont plus nombreuses peut-être dans la corne antérieure. Les cellules nerveuses, quel que soit le degré d'intensité du virus tétanique, ne présentent pas du tout leur aspect normal. Les lésions les plus apparentes portent sur les éléments chromatophiles. Ceux-ci ont changé de forme et de volume ; ils sont plus amincis, se présentant assez souvent sous forme de bâtonnets, alors qu'à l'état normal ils se présentent sous forme polygonale. Leur dimension en longueur dans un stade plus avancé a diminué. Parfois, ils sont réduits à des granulations de forme irrégulière disséminées dans le corps de la cellule, ou affectant la disposition d'un réseau. Sur certaines préparations, on voit qu'ils ont disparu à la périphérie de la cellule, qui prend un aspect uniforme, lésion que nous avons trouvée ailleurs, dans la rage, dans l'anémie de la moelle par ligature de l'aorte abdominale. Ils peuvent même disparaître complètement, alors que la lésion est plus avancée. Les prolongements protoplasmatiques présentent les mêmes lésions en ce qui concerne leurs éléments chromatophiles. Leur volume semble augmenté ; leurs bords sont irréguliers, granuleux. La substance achromatique du corps de la cellule et de ses prolongements est plus foncée. Quelquefois même, elle prend la même teinte que les éléments chromatophiles modifiés. Même dans certains cas, la cellule qui conserve encore sa configuration antérieure, est transformée en un véritable bloc de couleur intense dans lequel il est difficile d'apercevoir quelques éléments chromatophiles profondément modifiés comme volume et comme structure. Il est probable, dans ce cas, qu'il s'agit d'une nécrose de coagulation. Les lésions décrites, et c'est là un point intéressant au point de vue de la physiologie pathologique du tétanos, se retrouvent aussi bien dans les grosses cellules de la corne antérieure que dans celles de la corne postérieure. Les lésions du noyau semblent peu accusées dans le premier stade de la maladie ; mais, quand le tétanos a duré quelque temps, ces lésions sont manifestes ; son contour est moins bien défini ; sa coloration est quelquefois plus intense. Le réseau nucléaire disparaît.

Les cellules névrogliques sont augmentées de volume ; elles attaquent les cellules nerveuses, surtout celles de volume moyen et de petit volume. Quand le tétanos passe à l'état chronique, on trouve des lésions dégénératives dans la substance blanche et dépendant probablement d'une altération de cellules de cordon. Les altérations que je viens de décrire, dans la moelle des cobayes tétaniques, relèvent des altérations primitives de la moelle, auxquelles j'ai assigné les caractères suivants : raréfaction, dissolution des éléments chromatophiles (kinétoplasma), désintégration ou coagulation du trophoplasma (1). Elles diffèrent complètement des lésions secondaires, du moins quand celles-ci sont au début.

Sur les favus à lésions trichophytoïdes.

M. E. Bodin. — J'ai isolé des lésions cutanées du veau teigneux un champignon qui m'a présenté ce fait curieux d'avoir causé sur l'animal des lésions cliniquement trichophytiques et d'être un favus au point de vue botanique.

Le diagnostic de trichophytie, porté sur les lésions de l'animal, ne pouvait faire aucun doute, et d'ailleurs l'examen microscopique démontrait dans les poils malades du veau l'existence d'un parasite dont l'aspect général était celui des trichophytons *endo-ectothrix*, tels que les a décrits Sabouraud. Certains détails (grosseur des spores, irrégularité de ces spores, chapelets mycéliens flexueux) indiquaient toutefois qu'il s'agissait dans ce cas d'une espèce cryptogamique spéciale. L'examen clinique et l'examen microscopique concordaient donc pour rendre le diagnostic de trichophytie évident. Mais ayant isolé en cultures pures le parasite qui avait causé ces lésions, j'ai constaté que ce champignon n'avait, au point de vue mycologique, aucune gravité avec les tricophytons, tandis qu'il présentait une analogie très grande avec les favus. Et ce fait m'a paru indiscutables pour trois raisons :

1° D'abord, parce que l'aspect en cultures du champignon que j'ai extrait des lésions du veau diffère complètement de celui des trichophytons, tandis qu'il se rapproche tellement de l'aspect de certaines espèces de favus que la confusion est dans ce cas difficile à éviter.

2° Ensuite, en raison des caractères biologiques de ce champignon : affinités nutritives très marquées pour les substances azotées et nulles pour les hydrocarbures, liquéfaction rapide de la gélatine, croissance à une température élevée qui sont inverses de ceux des trichophytons et qui, au contraire, se confondent avec ceux du favus.

3° Enfin, parce que les formes de reproduction de ce champignon se rattachent au type *oospora* et que c'est suivant ce type que se reproduisent les favus, tandis que les tricophytons ont pour caractéristique botanique de donner une fructification conidienne en forme de grappe (*Botrytis*).

1. *Revue neurologique*, 15 mars 1896.

Nul doute donc que le champignon que j'ai extrait des lésions trichophytiques du veau ne soit très voisin des favus au point de vue mycologique, tandis qu'il s'éloigne beaucoup sous ce rapport des trichophytons.

Ce n'est d'ailleurs pas là le premier fait de ce genre que j'ai l'occasion de constater. J'ai déjà décrit (1) 2 espèces de champignons qui avaient causé sur l'animal et sur l'homme des lésions trichophytiques (tondantes, kerion Celsi, sycosis de la barbe) et qui, au point de vue botanique, différaient complètement des trichophytons et se rapprochaient des favus.

J'ai donné à ces espèces le nom de *trichophytons faviformes* et je les ai considérées comme des termes de passage entre les trichophytons et les favus.

Eh bien, le champignon parasite du veau dont je viens de parler, rentre dans ce groupe nouveau des *trichophytons faviformes*. Mais j'ajouterai ici que ce nom de *trichophytons faviformes* ne me paraît pas convenir très exactement à ces champignons. Nous avons pensé, Sabouraud et moi, qu'il serait préférable de les appeler *favus à lésions trichophytoïdes*, puisque leurs caractères botaniques les rapprochent si intimement des favus.

Nous croyons, en effet, en présence de la complexité extrême des mycoses humaines et animales et des nombreuses espèces parasitaires qui peuvent déterminer ces mycoses, que le seul moyen que nous ayons d'établir parmi ces parasites multiples un ordre rationnel, c'est de les classer suivant leurs caractères morphologiques et leur mode de fructification. Il importe donc avant tout de désigner un champignon parasite sous le nom du groupe mycologique auquel il appartient.

Des faits précédents, je concluerai qu'il existe certaines espèces cryptogamiques, susceptibles de causer, chez l'homme et chez l'animal, des lésions cliniquement trichophytiques, et qui sont des favus au point de vue mycologique. Ces parasites peuvent être désignés sous le nom de *favus à lésions trichophytoïdes*.

Sur la préparation du milieu d'Elsner.

M. Grimbert. — 1° La réaction du milieu d'Elsner est due en grande partie à l'acidité de la gélatine et non à celle du jus de pomme de terre.

2° Cette acidité varie d'une gélatine à l'autre.

3° Je propose de ne laisser à la gélatine qu'une acidité correspondant à 1 gramme d'acide sulfurique par litre, ce qui correspond à l'emploi de 5 centim. cubes d'eau de chaux pour neutraliser 10 centim. cubes de gélatine.

4° J'ai isolé avec ce milieu 4 fois le bacille d'Eberth chez 6 typhiques. Les 2 résultats négatifs se rapportaient à des convalescents.

5° Le reste de mes conclusions sont d'accord avec celles de MM. P. Courmont et G. Roux, de Lyon (voir *Gaz. hebdom.*, n° 53, p. 627).

Les courants à haute fréquence. Leur action sur l'organisme.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Les courants à haute fréquence, le fait est prouvé, agissent sur l'économie normale; il nous a paru intéressant de rechercher leurs effets sur cette économie devenue malade.

Chez un premier diabétique, après 1 mois 1/2 de traitement, le sucre a fléchi de 622 à 186; le volume de l'urine de 11, 12 litres à 7, 8; la toxicité urinaire a augmenté; de 136 par kilogramme, elle a passé à 98, à 79.

Chez un second diabétique, le glycose est tombé de 144 à 57; la pression artérielle, le pouls, la température, ont subi une série de modifications; ce sujet, à l'exemple du premier, a déclaré éprouver une notable amélioration.

Il convient d'ajouter que ces résultats demandent des séances répétées; on ne commence à les percevoir qu'après un certain temps; ils sont lents, progressifs; à cet égard, les observations prises avec soin par Bonniot, qui nous a activement secondé, sont démonstratives.

Chez un obèse cardiaque, à 2 reprises, ces courants ont fait fléchir le chiffre de l'urée, ont provoqué une oppression plus marquée; on a dû les abandonner.

Ces faits ne peuvent fournir que quelques indications; en les multipliant, on parviendra à formuler les règles de ces procédés, la nature de l'électricité à utiliser, la dose, la durée d'application, le nombre des séances, etc., plus encore les affections qui réclament cette méthode, celles qui sont influencées défavorablement.

Pour les maladies infectieuses, nous nous sommes bornés à des essais sur des cobayes soumis à des injections de toxines diphthéritiques; un seul, jusqu'à ce jour, a survécu; c'est dire que nous avons échoué à peu près totalement; on se heurte, pour le passage du courant, à des obstacles qui n'existent pas chez l'homme.

Même *in vitro*, on ne réussit pas constamment; les résultats varient avec la nature de la toxine, et, pour une même toxine, avec son ancienneté, avec une foule de circonstances.

L'électrolyse a sa part; toutefois, à l'aide de plusieurs dispositifs spéciaux, on réduit les actions polaires aussi bien que la température qui peut ne pas dépasser 38° ou quelquefois 10°; la diminution de toxicité est plus lente, moins marquée, quoique réelle, sinon toujours, du moins dans la majorité des cas.

D'ailleurs, à côté de quelques échecs, les confirmations n'ont pas fait défaut : Bonome, Viala, en particulier, sont même allés plus loin que nous; ils ont rendu les substances microbiennes du streptocoque 10 fois moins actives; nous avions faibli cette activité dans des proportions beaucoup plus faibles, de 1/2, de 1/3, en injectant des doses limites.

Ces auteurs ont réussi à transformer en antitoxine, principe qui semble provenir de la cellule animale, la toxine, principe issu de la vie des germes ; nous n'avons pas réalisé cette transformation.

Quant au mode d'action intime, évidemment, il s'agit d'un processus physique ou chimique; nous n'avons jamais pensé qu'il pût être métaphysique; il y a là des questions de définition, de mots; il faudrait, par exemple, savoir dans quelles limites se meut l'électrolyse.

Quoiqu'il en soit, l'expérience permet de proclamer que, grâce à ces courants de haute fréquence, on peut agir sur l'organisme sain, dont le poids fléchit, et sur l'organisme malade.

Les capsules surrénales et la résistance aux virus.

MM. Charrin et **Langlois.** — On sait que si on lèse un viscère, foie, rein, corps thyroïde, poumon, en général on favorise l'infection. — Pour la rate, il y a désaccord.

Dans ces conditions, il est curieux de signaler la survie des cobayes privés d'une capsule surrénale et soumis à des injections de toxines diphthériques ou mieux pyocyaniques.

Sur un nombre considérable de faits, nous avons noté, dans la majorité des cas, soit une survie des animaux opérés, soit une mort survenant en même temps que celle des témoins, c'est-à-dire des sujets porteurs de leurs deux capsules. Parfois, dans des cas assez rares, car il y a lieu de tenir compte de la variété des chocs opératoires, les mono-capsulés succombaient les premiers.

Si on rapproche ces résultats des constatations faites à l'occasion des lésions de ces viscères, si on se souvient que ces viscères, chez les animaux intoxiqués, paraissent être en voie d'activité sécrétoire, on peut se demander si ces toxines ne provoquent pas, de la part de ces capsules, la formation de principes très toxiques, dont l'intervention hâte la mort.

La toxicité plus grande des extraits, dans ces conditions, est en faveur de cette hypothèse, dont on saisit toute la portée générale.

Vaccination contre le muguet; modifications du sérum.

M. Roger. — L'injection intra-veineuse d'un centim. cube d'une culture d'*oïdium albicans* provoque chez le lapin une

1. Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines (thèse de Paris, 1896).

maladie qui le tue en 5 ou 6 jours; à l'autopsie, on trouve diverses lésions, notamment des abcès miliaires des reins. Mais en injectant aux animaux de petites doses, on peut arriver progressivement à leur faire supporter des quantités doubles de celles qui tuent les témoins.

Le sérum des animaux ainsi vaccinés présente des modifications analogues à celles qui se produisent à la suite de la vaccination contre les maladies bactériennes. Si on sème du muguet dans du sérum normal, au bout de 24 heures, on trouve le liquide rempli de flocons épais et serrés; le sérum de l'animal vacciné, ensemencé de même, reste complètement clair; cependant la végétation s'est produite, mais elle est peu abondante et présente des caractères spéciaux : ce sont de petits grains, qui ont une grande tendance à s'agglomérer et à tomber au fond du tube : si on agite celui-ci, ils s'éparpillent dans le liquide.

Le pouvoir végétatif de l'oïdium s'affaiblit tellement dans le sérum des animaux vaccinés que je n'ai pu faire des cultures en série; le réensemencement, dans ces conditions, est impossible; rien ne se développe.

Pour déterminer à quoi est dû l'aspect spécial des cultures, il suffit de faire un examen microscopique; dans le sérum normal, on trouve de beaux filaments et des formes en levures; celles-ci sont bien isolées, et leur protoplasma, coloré par les réactifs, est limité par une membrane mince à double contour. Dans le sérum des vaccinés, les formes en levures sont également constituées par une masse protoplasmique ovalaire; mais, au lieu de la mince cuticule périphérique, on trouve une masse hyaline, parfois striée, à bords sinueux et mal délimités, dont la largeur est de 5 à 10 fois plus considérable que celle de la corticule normale. La plupart des levures, au lieu d'être isolées, sont agglomérées en amas de 15 à 30 et même 40 et 50 éléments, tous agglutinés et comme noyés dans la masse hyaline; parfois il s'en détache quelques filaments, également entourés d'une couche incolore et transparente.

Cet agglutinement des végétaux, analogue à celui qu'on observe avec certaines bactéries, explique parfaitement l'aspect spécial des cultures.

Si on prend une culture d'oïdium sur agar, ne renfermant que des éléments ovalaires, et si on le mélange avec le sérum d'un animal vacciné, on voit peu à peu la membrane d'enveloppe se gonfler et les éléments, d'abord séparés, s'agglomérer en amas : l'aspect est donc le même que lorsqu'on examine une culture faite dans du sérum de vacciné; mais les modifications sont plus légères : le sérum a moins d'action sur les éléments adultes qu'on y plonge que sur les éléments jeunes qui s'y développent.

Ces divers résultats permettent de rapprocher l'oïdo-mycose des affections bactériennes; dans les deux cas, on peut vacciner les animaux; dans les deux cas, on peut observer dans le sérum des modifications analogues. L'organisme semble donc réagir de la même façon vis-à-vis ces deux groupes d'agents pathogènes et leur opposer des moyens de défense analogues.

M. Pierre Bonnier fait une étude critique des théories modernes de l'audition.

M. Contejean a constaté que les extraits organiques obtenus par l'action d'eau salée physiologique sur le foie, la rate, les muscles, etc., accélèrent la coagulation du sang *in vitro* et la retardent en injections intravasculaires. En passant ensuite en revue les expériences relatives à l'action anticoagulante de la peptone, il montre que la sécrétion d'une substance anticoagulante est produite presque exclusivement par le foie.

M. Féré montre deux coqs chez lesquels des greffes de blastoderme sous la peau ont donné lieu à la formation de tumeurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er Juillet 1896.

Cholédocotomie.

M. Monod rapporte une observation récente de laparotomie exploratrice faite chez un homme de 55 ans atteint d'un ictère complet avec phénomènes de rétention biliaire, chez lequel M. Hanot diagnostiqua une obstruction calculeuse du cholédoque. M. Monod fit la laparotomie latérale, trouva une vésicule volumineuse remplie de bile et put constater que le cholédoque ne renfermait pas de calculs. Il aboucha alors la vésicule à l'estomac suivant la pratique de M. Quénu.

Le lendemain de l'opération le pouls faiblit et le malade mourut subitement. A l'autopsie on ne trouva pas la cause de la mort subite. Les voies biliaires étaient très distendues. Le cholédoque était très dilaté et cette dilatation avait pour cause un cancer du pancréas.

M. Monod se demande donc si dans ce cas une fistule biliaire n'était pas préférable à la cholécystentérostomie.

M. Quénu a préconisé la laparotomie exploratrice pour établir un diagnostic ferme de calculs du cholédoque. Mais il n'a pas dit qu'il fallait faire suivre cette laparotomie d'une opération complémentaire quand on ne trouvait pas la cause de l'obstruction du cholédoque.

M. Michaux, en analysant ces observations et les faits qui ont été produits au cours de la discussion montre que le désaccord ne porte que sur le siège médian ou latéral de l'incision. Pour sa part, il préfère l'incision sur le bord externe du muscle droit pour opérer sur le cholédoque. Jamais il n'a vu une hémorrhagie grave par l'incision latérale, malgré la présence à ce niveau de branches anastomotiques de la mammaire et de l'épigastrique.

L'incision médiane, à la vérité, permet d'aborder facilement le cholédoque, mais elle est inférieure à l'incision latérale quand il s'agit d'explorer le foie en général. Or, le diagnostic ferme de calcul du cholédoque est très difficile. Et, de plus, les calculs du cholédoque peuvent coexister avec des calculs de la vésicule par exemple.

Donc toutes les fois qu'on intervient sur le foie pour l'obstruction biliaire, comme on ne sait où siège le calcul, mieux vaut inciser latéralement pour tomber sur la vésicule. De là on peut très bien explorer le cholédoque.

M. Quénu maintient la supériosité de l'incision médiane, avec laquelle l'hémostase est extrêmement facile. L'incision latérale donne, au contraire, toujours du sang. M. Michaux préfère l'incision latérale parce que le diagnostic de l'obstruction du cholédoque n'était jamais fait. Or, M. Quénu a dit simplement que le diagnostic de l'obstruction *calculeuse* du cholédoque était difficile. Au contraire on diagnostique facilement, l'obstruction du cholédoque en général et, ce diagnostic étant posé, c'est toujours sur le cholédoque qu'il faut se porter tout d'abord au cours de l'opération; et, pour atteindre le cholédoque, la laparotomie médiane est la méthode de choix,

Bouton anastomotique et tire-bouton de M. Hagopoff.

M. Chaput. — Le bouton de M. Hagopoff a la forme d'une bague, dont la surface extérieure présente une gouttière circulaire large, mais peu profonde.

Voici comment on applique cet instrument, qu'il s'agisse d'une suture circulaire ou d'une entéro-anastomose : on introduit une partie du bouton dans un des orifices intestinaux et, avec une ligature en masse, on fixe l'intestin sur la gorge du bouton.

On répète la même manœuvre sur l'autre orifice intestinal.

On excise aux ciseaux les tissus exubérants qui dépassent la ligature, puis on exécute un étage de sutures séro-séreuses tout autour du bouton.

Le tire-bouton de M. Hagopoff est destiné à retirer le bouton par la bouche dans les cas de gastro-entérostomie.

Cet instrument a la forme d'une sonde œsophagienne à extrémité olivaire, La tige et l'olive sont creuses. Elles contiennent un long fil d'argent terminé en anse à l'extrémité de l'olive. On peut, par un mécanisme simple, faire saillir ou rentrer l'anse métallique.

Avec cet instrument, on peut, au moment de la gastro-entérostomie, retirer par la bouche un fil fixé au bouton; quelques jours après l'opération, lorsque le bouton est libre, on réintroduit le tire-bouton guidé par fil tracteur jusqu'au con-

tact du bouton, on retire alors ensemble le tire-bouton, le fil et le bouton lui-même.

Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas absolument nouveau. Sachs, en 1890, en a construit un semblable; j'ai moi-même fait faire un bouton analogue que je n'ai jamais présenté, ne le trouvant pas original.

La ligature en masse employée par l'auteur amène la formation d'un bourrelet destiné au sphacèle, qui gêne la réunion par une action mécanique et septique. En outre, cette ligature peut glisser et, dans ce cas, l'écoulement des matières dans le péritoine devient possible.

Ajoutons que la réunion n'est, en somme, assurée que par un seul étage séro-séreux, insuffisant pour donner une sécurité absolue.

Le tire-bouton est très ingénieux et remplit bien son rôle, mais il ne semble pas que son emploi soit bien indispensable ni sans inconvénients.

Il est, en effet, démontré que le séjour de boutons volumineux dans l'estomac est à peu près sans inconvénients; d'autre part, le bouton de M. Hagopoff est trop petit pour s'arrêter dans l'intestin et provoquer des accidents; pour cette double raison, son extraction n'est pas indiquée.

Je ne crois pas non plus que l'introduction du tire-bouton dans l'estomac pendant la gastro-entérostomie soit sans inconvénients, car j'ai constaté à plusieurs reprises que le cathétérisme de l'œsophage dans le sommeil anesthésique provoque des vomissements qui pourraient dans l'espèce déverser les matières alimentaires dans le péritoine.

Pour toutes ces raisons, nous n'acceptons donc l'instrument de M. Hagopoff que sous toutes réserves; nous ne changerions d'avis que si l'auteur nous apportait un nombre important de succès opératoires chez l'homme; malheureusement, pour sa thèse, l'instrument n'a pas encore été employé sur le vivant.

Méthode italienne et greffe de Thiersch combinées.

M. Reclus présente 4 malades opérés par des greffes italiennes et des greffes de Thiersch. Ces malades ont été opérés par M. Reclus et par M. Berger.

On a combiné chez ces malades les deux sortes de greffes, en comblant par des greffes de Thiersch les pertes de substance persistant après la greffe italienne. Ces greffes ont été faites pour des brûlures.

M. Reclus insiste sur la nécessité d'unir le plus souvent ces deux méthodes, italienne et de Thiersch, pour combler de grandes pertes de substance.

M. Berger est d'accord avec M. Reclus quoique n'ayant pas souvent associé les greffes de Thiersch aux greffes italiennes. Il présente un malade opéré en février dernier pour une flexion cicatricielle du bord cubital de la main sur l'avant-bras. Il a fait une greffe italienne et a eu un bon résultat. Lorsque le lambeau greffé est exubérant, il n'hésite pas à le dégraisser. Quand il applique les greffes de Thiersch, il attend que la plaie granule.

Péritonite tuberculeuse.

M. Nélaton présente une malade opérée en 1890 par M. Terrillon pour une péritonite tuberculeuse, et à laquelle il a fait récemment une nouvelle laparotomie pour extirper les trompes kystiques tuberculeuses. Au cours de cette nouvelle laparotomie, il a vu que la péritonite était complètement guérie; les intestins étaient seulement fixés dans le petit bassin par des adhérences filamenteuses.

Les trompes étaient atteintes de lésions tuberculeuses contenant le bacille de Koch. M. Nélaton pense donc que M. Terrillon eût mieux fait à ce moment d'enlever les trompes qui, sans doute, étaient déjà tuberculeuses à ce moment et avaient provoqué la péritonite.

M. Routier cite 3 cas dont 2 confirment les données de M. Nélaton quant à l'origine de la péritonite tuberculeuse par les annexes. Il a opéré ces malades pour des péritonites tuberculeuses, et trouvé des trompes tuberculeuses au moment de l'opération ou ultérieurement.

M. Richelot ne croit pas que la péritonite tuberculeuse ait toujours pour origine les annexes. La péritonite peut préexister à la salpingite tuberculeuse ou coïncider avec elle.

M. Quénu recherche toujours les lésions des annexes quand il opère une péritonite tuberculeuse. Souvent les annexes peuvent se prendre secondairement au péritoine.

M. Ricard a opéré une malade analogue à celle de M. Nélaton. Avec une péritonite tuberculeuse coïncidait une tuberculose des annexes. Il enleva les annexes.

M. Walther a opéré une malade atteinte de péritonite tuberculeuse et les annexes étaient malades et entourées d'adhérences. Il n'enleva rien, et la malade a bien guéri.

Fractures traitées par la suture osseuse.

M. Robert présente 2 malades atteints de fracture traitée par la suture osseuse et il fait passer sous les yeux des membres de la Société des épreuves radiographiques très démonstratives.

Le premier est un médecin de l'armée qui s'est fracturé l'olécrane, le 10 février, en tombant de cheval. Traité du 11 février au 20 mars par l'immobilisation dans l'extension à l'aide d'une attelle plâtrée, il se trouvait dans des conditions satisfaisantes de réunion du fragment, quand dans une séance d'électrisation survint une contraction brusque du triceps qui désunit le fragment de l'olécrane.

La partie détachée ayant une tendance très marquée à basculer en arrière dès que l'on mettait le coude en flexion, la suture osseuse fut décidée et pratiquée le 8 avril; 2 anses de fil d'argent bien serrées, disposées suivant l'axe du cubitus, maintinrent exactement le fragment en place.

A l'aide des mouvements communiqués dès le 28 avril, la flexion du coude à angle droit fut obtenue facilement, la flexion plus complète fut plus difficile et plus douloureuse : une résistance particulière s'accusait surtout en avant; néanmoins on finit par obtenir toute l'étendue désirable des mouvements de flexion et d'extension.

L'épreuve radiographique indique exactement la situation des deux anses du fil métallique et la disposition du fragment séparé du cubitus par l'interposition d'un cal fibreux ayant 5 millimètres d'épaisseur.

Le second malade est un sous-officier d'artillerie qui, tombant de cheval le 28 février, se fractura la rotule. L'os était brisé en quatre fragments, un épanchement de sang très abondant rendait l'exploration du genou difficile.

La suture fut pratiquée le 2 mars : trois points de suture métallique disposés avec beaucoup de précaution parvinrent à réunir exactement ces fragments.

Le 10 avril, le premier pansement est levé et le 15 avril des mouvements très modérés sont communiqués, mais la flexion s'obtient très difficilement et actuellement, avec la meilleure volonté du malade, on arrive seulement à la flexion à angle droit.

L'épreuve radiographique fait voir assez nettement la disposition des trois points de suture et permet de reconnaître un certain écartement entre le fragment supérieur et le fragment externe; la palpation de la rotule ne révèle cependant aucun vide en ce point, et il y a lieu de croire que l'espace est comblé par du tissu fibreux résistant ou par du tissu cartilagineux.

Les épreuves radiographiques paraissent donc avoir, comme application chirurgicale importante, l'avantage de pouvoir guider le chirurgien quant à l'étendue et à l'opportunité des mouvements à communiquer, car il peut ainsi vérifier entre temps la situation des fils de suture et reconnaître s'il se produit un écart entre les fragments.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 Juillet 1896.

Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup.

M. G. Variot a proposé avec M. Glover d'employer le tube d'O'Dwyer comme cathéter dilatateur pour vaincre le spasme glottique dans certaines formes de laryngite diphthérique.

Fréquemment ils ont remarqué qu'en laissant le tube bien gradué trois ou quatre minutes dans le larynx d'enfants qui ont un spasme violent de la glotte avec suffocation et en retirant le tube immédiatement on obtenait une cessation du spasme phréno-glottique avec une régularisation relative des mouvements respiratoires qui durait plusieurs heures; quelquefois le spasme, dans ces conditions, a cédé et la régularisation des mouvements respiratoires a été définitive.

Mais c'est là l'exception et le retour du spasme est à craindre après la dilatation avec le tube d'O'Dwyer, surtout chez les enfants au-dessous de deux ans qui sont plus particulièrement sujets au laryngisme. Mais au-dessus de deux ans il en est autrement; le cathétérisme extemporané est suffisant dans un certain nombre de cas et peut remplacer le cathétérisme permanent, à la condition d'avoir recours en même temps à l'emploi des sédatifs.

Il a paru à M. Variot que l'administration bien réglée de la codéine avait pour effet de calmer les enfants spasmodiques et probablement aussi de prévenir le retour des grands accès de suffocation après la dilation extemporanée de la glotte.

La codéine n'a été essayé que sur une enfant, mais le résultat obtenu a été si brillant que l'on est en droit d'espérer les meilleurs résultats de cette médication.

Dans ce cas, après l'ablation du tube resté en place pendant cinq minutes, on fit administrer à l'enfant un centigramme de codéine pour prévenir le retour du spasme. Cette médication réussit à merveille. Il y eut bien quelques accès de suffocation mais très atténués, ne nécessitant pas une autre intervention. A l'heure actuelle la fillette peut être considérée comme guérie.

L'Écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.

M. G. Variot et **Bayeux**. — Le tube d'O'Dwyer est généralement employé comme un cathéter du larynx laissé à demeure pendant un temps variable et destiné à livrer passage à l'air d'une part, et d'autre part aux débris membraneux et aux sécrétions des voies aériennes. Nous pensons que cet instrument peut encore servir d'écouvillon dans les diphthéries laryngo-trachéales très membraneuses sans qu'il soit nécessaire de le maintenir en place.

Dans ces diphthéries laryngo-trachéales très membraneuses, des accès de suffocation se produisent surtout lorsque les membranes commencent à se décoller sous l'influence du sérum; la glotte paraît titillée par les débris membraneux, le spasme est intense, subit, il faut intervenir.

Dès l'an dernier, l'un de nous (M. Variot) a observé que l'introduction du tube dans ces circonstances était fréquemment suivie du bourrage des membranes refoulées dans la trachée, que la lumière du tube était immédiatement obstruée, que l'asphyxie était imminente et que les enfants pris d'efforts de toux rejetaient le tube spontanément et tout de suite après des moules membraneux. Après cette expulsion du tube et des membranes les enfants étaient soulagés, la respiration était régularisée et il devenait inutile de laisser le tube à demeure.

Partant de ces données accidentelles, nous avons eu l'idée d'essayer systématiquement l'écouvillonnage du larynx dans les diphthéries très membraneuses, à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié par l'un de nous (M. Bayeux).

Sous l'influence des efforts de toux ou des mouvements de respiration artificielle, le moule membraneux, décollé et fragmenté par le cathétérisme du larynx, est expulsé et l'air entre librement dans l'arbre aérien, la respiration se régularise, la présence du tube laissé à demeure n'est pas indispensable.

Quelques enfants ont guéri après un seul écouvillonnage ainsi pratiqué, en rejetant, tout de suite après l'énucléation du tube, des membranes de 5 à 10 centimètres de longueur, et le lendemain et le surlendemain, d'autres moules plus minces et moins longs sans qu'il ait été nécessaire de recommencer l'écouvillonnage.

D'autres fois, et c'est le cas habituel, il faut réintroduire le tube, soit pour faciliter le rejet d'uneg rande membrane incomplètement décollée, soit pour vaincre le spasme glottique qui a reparu. Il faut bien noter, en effet, que le tube d'O'Dwyer que nous adoptons comme un écouvillon tubulé, mousse, très maniable, est en même temps un dilatateur du sphincter glottique. L'écouvillonnage du larynx et les dilatations de la glotte sont obtenus en même temps et il faut faire une part à ces deux opérations simultanées dans la cessation des phénomènes de suffocation.

L'avantage et même la nécessité de l'écouvillonnage sont évidents dans bon nombre de cas. Il s'agit, en effet, de diphthéries tellement membraneuses que le tube est obstrué par le refoulement des membranes et que son retrait immédiat s'impose. Le tube ne sert donc pas à rendre les voies aériennes perméables à l'air atmosphérique, il n'est utile que comme écouvillon. La trachéotomie est la suprême ressource pour évacuer les membranes lorsque l'écouvillonnage n'a pas suffi, ce qui est exceptionnel.

Bien que l'introduction du tube par une main exercée ne soit, en réalité, qu'un cathétérisme du larynx et ne présente pas de sérieux inconvénients, nous ne conseillons pas néanmoins de multiplier les écouvillonnages au delà de trois ou quatre. Si le spasme glottique est très tenace, très récidivant, il faut soit laisser le tube à demeure, soit plutôt pratiquer la trachéotomie qui laisse un assez large passage aux membrane moulées et aux sécrétions purulentes. Les chances d'obstruction de la canule à trachéotomie sont beaucoup moindres que les chances d'obstruction du tube et la surveillance sera moins étroite.

Les enfants trachéotomisés au-dessus de deux ans guérissent très bien depuis l'emploi du sérum antidiphthérique et il ne faut pas reculer devant cette opération si l'écouvillonnage demeure impuissant.

Nos essais d'écouvillonnage ont porté jusqu'à présent sur 23 enfants. Sur ces 23 enfants 9 sont guéris après un ou plusieurs écouvillonnages du larynx sans que nous ayons laissé le tube à demeure. Sur les 14 autres enfants 3 ont dû être trachéotomisés, deux sont morts, sans avoir été tubés ni trachéotomisés, par intoxication diphthérique; chez 9 autres enfants on a dû laisser le tube à demeure pendant un temps variable. La mortalité totale sur les vingt-trois enfants écouvillonnés a été de huit.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que dans tous ces cas il s'agit d'enfants ayant des diphthéries graves, propagées aux voies aériennes et que l'intoxication diphthérique est grandement à craindre lorsque les surfaces membraneuses sont aussi étendues.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Rendu rapporte l'observation d'une femme de vingt-deux ans entrée à l'hôpital avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde moins les taches rosées lenticulaires, et chez qui la diarrhée était remplacée par la constipation.

La maladie a du reste évolué comme une dothiénentérie et le diagnostic porté au début paraissait certain malgré l'absence de taches rosées et de diarrhée, lorsque l'essai de la réaction de Pfeiffer et Koll est venu montrer qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une maladie infectieuse de nature différente, n'ayant pas la spécificité de la dothiénentérie.

M. F. Widal a, depuis sa dernière communication, recherché, dans un nouveau fait de fièvre typhoïde, la réaction agglutinante du sérum du malade sur une culture de bacilles d'Eberth.

Il s'agissait d'un cas à diagnostic difficile; on hésitait entre une endocardite ulcéreuse ou une dothiénentérie. La réaction se produisit de la façon la plus précise et on a pu faire ainsi le diagnostic de fièvre typhoïde. Le malade fait en ce moment sa défervescence.

D'autre part, M. Widal a recherché à nouveau la réaction chez 17 personnes, 14 bien portantes où atteintes d'affections diverses, 3 guéries depuis plus d'un an de fièvre typhoïde. Chez les 14 premières, la réaction a constamment manqué, mais elle a été constatée d'une façon très nette et à plusieurs reprises chez un élèves du service qui a souffert, il y a sept ant, d'une fièvre typhoïde extrêmement grave et de très longue durée. En ajoutant ces chiffres nouveaux à ceux précédemment publiés par M. Widal, on voit que, chez 30 personnes bien portantes ou atteintes de maladies diverses, la réaction a toujours manqué; chez 8 guéries depuis plus d'un an de fièvre typhoïde, la réacne s'est montrée que dans un cas.

Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle.

M. Comby a observé un nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle.

Il s'agit d'un garçon de quatre ans, entré au pavillon des Douteux de l'hôpital Trousseau, le 14 juin dernier pour une varicelle au troisième jour. La température était de 38° 38°5. Le 16 juin, huitième jour de l'éruption, le thermomètre monte à 40° et un érythème scarlatiniforme se montre sur le tronc et les membres, sans toucher la face. En quarante-huit heures, ce rash avait disparu et la température, après quelques oscillations, tombait à 37° Mais, pendant la période du rash, l'enfant avait un aspect typhoïde avec abattement, langue sèche, etc.

Le lendemain de la disparition de l'érythème, qui était le dixième jour de la varicelle, on a trouvé de l'albumine dans dans les urines (25 centigrammes par litre). Cette albuminurie n'a duré que quatre jours. Elle a été suivie d'un engorgement ganglionnaire indolent, à l'angle gauche du maxillaire. Ce bubon a suppuré, et il a fallu l'ouvrir le 27 juin. Aujourd'hui, l'enfant est entièrement guéri.

En somme, voilà un cas de varicelle, d'abord simple et régulier, qui se complique, à partir du huitième jour, de rash scarlatiniforme éphémère, avec hyperthermie, d'albuminurie peu durable, et, enfin, de bubon suppuré.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Tuberculose encéphalique.

M. Gallois. — Le 26 décembre 1895, on amenait à la crèche, dans le service de M. Colrat, un enfant de six mois environ. Il avait été nourri par sa mère jusqu'à cinq mois, élevé ensuite au biberon. Le père est atteint de tuberculose chronique et a perdu plusieurs enfants en bas âge. La mère dit qu'il est malade depuis un mois et qu'il a vomi à différentes reprises.

Le jour de son entrée, on constate qu'il a des convulsions paraissant accompagnées de pertes de connaissance caractérisées par de la raideur du côté gauche, surtout au membre supérieur, et de la rotation de la tête et des yeux à droite. Ces convulsions duraient de 5 à 6 minutes. Dans l'intervalle, la face était légèrement paralysée à gauche; l'œil gauche se fermait incomplètement. Le petit malade clignait fréquemment de l'œil droit, l'œil gauche restait immobile ou suivait très faiblement le mouvement du côté opposé. En irritant la conjonctive, on produisait un clignement à peu près normal de la paupière gauche, limité très légèrement par la paralysie faciale.

Les fontanelles étaient proéminentes, animées de battements isochrones au pouls et à la respiration. Le pouls est à 120, régulier. La respiration régulière. Sur le crâne et au niveau de la malléole externe, du côté droit, se trouvent de petits abcès que l'on a constaté être caséeux. Réflexe normaux. L'urine est acide, pas de sucre, pas d'albumine. Les jours suivants, état stationnaire. Nystagmus par intermittence.

20 janvier. — Convulsions avec prédominance à gauche et déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche.

23 janvier. — Contracture du côté gauche.

24 janvier. — Raideur générale, tête renversée en arrière, opisthotonos. Pouls 140, régulier. 36 respirations à la minute.

Depuis le 24 janvier, l'état général s'est aggravé, il tousse et pousse des cris plaintifs.

Il meurt le 3 février, avec une chute remarquable de la température qui tombe à 35°.

Autopsie. — Tubercules dans différentes parties du cerveau. On en trouve dans le cervelet, les pédoncules cérébelleux et cérébraux à gauche. La couche optique et le corps strié, du côté droit, sont envahis par un tubercule de la grosseur d'un œuf. La protubérance annulaire est complètement détruite à sa partie centrale et présente l'aspect d'une véritable caverne. La substance nerveuse paraît saine à la périphérie. Les méninges ne sont le siège d'aucune poussée tuberculeuse. Dans le poumon, nombreuses granulations tuberculeuses.

M. Colrat fait remarquer l'étendue de la lésion de la protubérance, qui est une véritable caverne. De tous les symptômes, un seul offre de l'intérêt, c'est la dissociation du clignement. Le clignement ne se fait à gauche que sous l'influence de l'excitation de la conjonctive.

M. Dor. — Le clignement de la paupière de l'œil gauche après l'attouchement de la cornée, tandis qu'il n'existe pas spontanément, s'explique par le fait que la lésion qui a produit la paralysie du facial est située au-dessus du point où a lieu l'action réflexe du tégument vers le facial.

Recherches sur l'existence des bacilles de Koch dans l'organisme des non-tuberculeux.

M. Frenkel. — Pour résoudre la question du microbisme latent dans l'organisme vivant, il faut s'adresser non pas à des microbes plus ou moins pathogènes, tels que le streptocoque, qui peuvent vivre à l'état de saprophytes, mais à des agents hautement spécifiés, vis-à-vis desquels l'organisme réagit d'une façon spéciale, toujours pareille, bien connue. C'est la raison pour laquelle nous avons pensé qu'il y a un intérêt à la fois théorique et pratique de rechercher si le bacille de Koch, qui répond à ces desiderata, peut être réellement trouvé dans l'organisme des personnes non tuberculeuses. Nos recherches seront exposées *in extenso* dans la thèse inaugurale de M. le Dr Briault; nous nous bornerons pour aujourd'hui à en exposer les résultats essentiels.

Les découvertes de M. Straus et de M. Dieulafoy ayant pour objet la présence des bacilles de Koch dans le mucus nasal et dans le parenchyme des amygdales des sujets d'ailleurs sains prouvent bien que ce bacille peut séjourner dans des cavités ouvertes ou dans des organes superficiels, sans produire des lésions (Straus), ou en donnant lieu à des lésions très atténuées (Dieulafoy). De même, Jani a montré que les mêmes agents peuvent être rencontrés dans l'appareil génital sain, chez des phthisiques, et, bien que Walther n'ait pu confirmer, dans ses expériences, la réalité des faits annoncés par Jani, il n'en nie pas la possibilité.

Nous avons voulu nous adresser à des organes profondément cachés dans l'organisme, et nous avons choisi, à l'exemple de Loomis et de Pizzini, les ganglions bronchiques, comme objet de nos recherches. Les questions que nous nous sommes posées sont les suivantes :

1° Peut-on trouver, chez des personnes indemnes de toute lésion tuberculeuse, des bacilles de Koch dans les ganglions bronchiques chargés normalement d'emmagasiner les produits de la lutte entre les bacilles inhalés et les phagocytes?

2° Si oui, dans quel état sont ces bacilles : donnent-ils la réac- des bacilles morts de Straus, de Gamaleïa, sont-ils simplement atténués, sont-ils très virulents?

3° Quelle est la fréquence approximative de cet état de bacillose que nous proposons de désigner sous le nom de *tuberculose occulte*, pour le distinguer de la *tuberculose latente* qui, elle, est connue depuis longtemps et se caractérise par la présence, à l'autopsie ou à la biopsie, de lésions macroscopiques ou, au moins, microscopiques.

Dans le but de répondre à ces questions, nous avons visité très assidument l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, depuis le 1er juin jusqu'au 19 septembre dernier, à la recherche des cadavres indemnes de toute trace de tuberculose ancienne ou récente. Dans ce laps de temps il y a eu, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, exactement 314 décès dont une bonne partie ne fut pas soumise à la nécropsie.

Dans ce nombre, nous avons examiné très attentivement 83 cas, tous morts d'une affection non tuberculeuse, sur lesquels 16 nous paraissaient présenter les conditions voulues, c'est-à-dire l'absence de toute trace de tuberculose. Je dis *paraissaient*, parce que, même parmi ces 16 cas, il y en a eu plusieurs avec adhérences pleurales, même du sommet, sans que le parenchyme du sommet présentât la moindre lésion spécifique.

L'examen des ganglions bronchiques et mésentériques n'a donné des résultats utilisables que pour 10, les animaux inoculés, au nombre total de 28, étant morts en partie avant le

temps nécessaire pour obtenir des résultats concluants. Dans les 10 cas utilisables, nous avons recherché les bacilles directement et par la voie d'inoculations.

L'examen direct des ganglions n'a décelé des bacilles dans aucun des dix cas. L'inoculation a donné, au contraire, une fois sur dix un résultat positif; dans ce cas unique, la recherche des bacilles sur des coupes d'un ganglion voisin à celui inoculé est restée négative.

Quant aux lésions produites par cette inoculation, elles ont été très atténuées s'étendant, malgré une survie suffisante, seulement aux ganglions de la chaîne inguino-lombaire et sous-diaphragmatique, avec prédominance du côté inoculé, et respectant les viscères : foie, rate, poumons. Il y a eu, dans ce cas, infection secondaire des ganglions mésentériques, évidemment d'origine gastro-intestinale. Enfin, nous avons retrouvé, dans quelques-uns des ganglions caséifiés, le bacille tuberculeux.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous avons pris des précautions minutieuses pour que les infections accidentelles ne puissent pas se produire. Et si les lésions des ganglions mésentériques ont révélé une deuxième infection hétérochtone chez le cobaye tuberculisé, il s'agissait là, de toute évidence, d'un cas d'auto-infection par la plaie de la cuisse, qui suppurait abondamment, les premiers jours après l'inoculation.

Dans aucun des autres cas nous n'avons pu déceler, dans le pus du point d'inoculation, des bacilles morts (réaction de Straus-Gamaleïa).

Nous concluons donc de nos recherches :

1° Qu'on peut trouver, dans des cadavres indemnes de toute lésion tuberculeuse macroscopique, ancienne ou récente, des ganglions bronchiques qui, inoculés au cobaye, se montrent porteurs de bacilles de Koch.

2° Que ces bacilles, que nous n'avons pas décelé à l'état de cadavres, sont cependant d'une virulence très atténuée ce qui ne concorde pas avec les résultats obtenus par Pizzini, et encore moins avec ceux de Loomis.

3° Que la fréquence de cette tuberculose, que nous désignerons comme *tuberculose occulte*, est moins grande que cela ne paraît résulter des recherches de Pizzini.

Rayons de Röntgen.

M. Briau présente deux photographies obtenues par la méthode de Röntgen, par M. Lumière, de deux malades du service de M. Gangolphe.

L'une représente une main, dans laquelle une aiguille est assez visible; l'autre, un pied où s'était logée une balle de revolver du calibre de 7^{mm}. D'après la photographie la balle devait se trouver sur le sommet du massif du tarse; sur le bord externe du 1er métatarsien, à l'union du 1/3 antérieur avec ses 2/3 postérieurs. Les recherches, après une large incision ont été absolument infructueuses.

M. Gangolphe pense que la balle doit bien se trouver au point indiqué par la photographie, mais aplatie entre le périoste et le tendon.

Épithélioma du sinus frontal.

M. Briau présente un malade de 62 ans du service de M. Gangolphe qui a porté le diagnostic d'épithélioma primitif du sinus frontal. La tumeur s'étend entre les deux sourcils, de la racine du nez au milieu de la région frontale. Lorsqu'on presse sur cette tumeur, il s'écoule par l'arrière-bouche des mucosités sanguinolentes, et pas de pus. De véritables pulsations sont appréciables au palper. Le diagnostic d'empyème a été éliminé à cause de l'absence de pus et d'œdème.

Urologie clinique des cataractes.

M. H. Frenkel. — Nous présentons les résultats des analyses poursuivies dans le laboratoire de clinique ophthalmologique de M. Gayet depuis trois ans et qui, au nombre de 335, concernent 259 personnes atteintes de cataractes traumatiques, dont 128 hommes et 131 femmes. Les matériaux réunis par nous seront exposés *in extenso* dans la thèse inaugurale de M. le Dr Antoine Roux.

1° La quantité d'urines émises en 24 heures par les personnes atteintes de cataracte et observées à l'hôpital, avec son régime réglé, soit à l'état de repos absolu (au lit), soit de repos relatif (en chambre) présente une diminution très considérable, plus considérable que ne le comportent les conditions d'observation et qu'il faut mettre sur le compte d'une diminution de l'échange des liquides dans l'organisme.

2° La densité de ces urines, qui se rapproche de la moyenne de la densité chez des personnes à diurèse normale, indique que la sécrétion des sels urinaires est diminuée.

3° En effet, l'élimination de l'urée est considérablement diminuée chez la plupart des malades observés et cette diminution est due non seulement à l'âge des malades, au régime alimentaire et au repos, mais probablement aussi en partie à la diminution de l'échange des matières.

4° L'élimination des chlorures chez les malades atteints de cataracte, est normale ou exagérée, ce qui contraste avec la diminution de l'urée.

5° Les phosphates sont diminués chez les uns, normaux chez d'autres, exagérés chez d'autres encore. Les cas de cataracte avec phosphaturie ne sont pas très rares; ils sont moins rares que les cas de cataracte avec glycosurie.

6° La cataracte avec glycosurie a été observée par nous dans 1,16 pour 100 des cas de cataracte; cette proportion est sensiblement égale à celle qui résulte des statistiques réunies par M. H. Dor et qui est de 1,05 pour 100. Ni le diabète, ni la cataracte ne paraissaient présenter une gravité particulière chez nos malades. Depuis l'introduction de l'antisepsie oculaire, l'intervention dans la cataracte diabétique ne présente plus de gravité spéciale.

7° L'albuminurie dite physiologique est aussi fréquente chez les personnes atteintes de cataracte que dans les autres groupes d'individus; par contre, l'albuminurie pathologique a été observée par nous seulement dans 0,6 pour 100 des cas. Les conclusions de M. Ewetski sur l'indépendance de la cataracte et de l'albuminurie nous semblent bien justifiées.

8° On peut également observer de la peptonurie au cours de la cataracte, particulièrement chez les personnes non alitées; mais cette peptonurie n'a rien de spécial à la cataracte.

En ce qui concerne l'influence de l'âge, du sexe et des conditions d'observation (repos absolu ou relatif, régime), les tableaux statistiques mettant en évidence la portée de ces facteurs seront publiés dans la thèse de M. Roux.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 Juin 1896.

Traitement des concrétions uriques des reins.

M. Klemperer pose en principe que le traitement des concrétions uriques formées dans les voies urinaires, doit être chirurgical. Compter sur une dissolution possible des concrétions est une illusion, car la combinaison entre les urates et les parties organiques autour desquelles ils se déposent est trop intime pour céder à l'action des substances dissolvantes.

Par contre la prophylaxie peut beaucoup pour éviter la formation de ces dépôts. Les dépôts se forment quand la solution est trop concentrée; l'ancien précepte de boire des quantités d'eau est donc rationnel, seulement il n'est pas suffisant à lui seul. Il faut encore éviter toute déperdition d'eau par une voie autre que celle des reins, éviter par conséquent la transpiration, la diarrhée par purgatifs, etc.

D'un autre côté on sait aujourd'hui que l'acide urique n'est pas de l'urée insuffisamment oxydée, mais provient de la transformation de la nucléine. Il faut par conséquent régler le régime de façon qu'il ne contienne pas d'aliments riches en nucléine,

comme le riz de veau, le foie, la cervelle, les rognons. Il n'est pas indiqué de proscrire l'emploi de certaines substances albuminoïdes qu'on trouve dans le lait, le blanc d'œuf, les légumes.

La solubilité de l'acide urique formé dépend de la présence de certaines substances dissolvantes et de la réaction du liquide. L'urine neutre ou alcaline dissout plus facilement l'acide urique qu'une urine acide. Pour déterminer l'alcalescence du liquide on évalue le rapport entre les phosphates basiques et les phosphates bibasiques et on désigne ce rapport sous le nom d'acidité relative. Or on sait aujourd'hui que plus cette acidité relative est élevée, moins l'urine dissout d'acide urique.

On peut influencer cette acidité relative par le régime alimentaire et les médicaments. On a vanté le jus de citron, mais le bicarbonate de soude agit mieux. La pipérazine, la lysidine, l'urotropine n'agissent pas mieux que le bicarbonate et ont l'inconvénient de coûter cher. L'urée enfin en solution aqueuse à 10 p. 100 agit également fort bien.

Phthisie noire.

M. Virchow a présenté les poumons d'un mineur ayant succombé à une pleurésie. Les poumons offrent les lésions classiques de la phthisie noire à un degré dont M. Virchow n'a jamais vu un autre cas pareil. Les poumons sont entièrement noirs, et on trouve encore quelques portions perméables à l'air; tout le reste du parenchyme est fonctionnellement détruit soit par une induration diffuse, soit par des ulcérations. Les cavernes qui existent partout ne diffèrent des cavernes tuberculeuses que par ce fait qu'au lieu de se porter vers la périphérie elles s'étendent vers le hile des poumons. Pas de bronchectasie.

Sous le microscope on trouve un tissu fibreux dense piqué de granulations noires ; dans les lobes moyens on retrouve encore le réticulum des alvéoles recouvert de dépôts noirs qui suivent les éléments élastiques. Dans les parties conservées du parenchyme on trouve des vaisseaux dilatés et des cellules pigmentaires brunes. Pas de lésions tuberculeuses.

M. Klemperer a pu observer à la clinique de Leyden le malade dont proviennent ces poumons. C'était un mineur de 48 ans qui avait travaillé huit ans dans des mines d'argent et deux ans dans des mines de charbon où il était occupé à faire sauter les couloirs avec de la dynamite. Il était donc exposé à l'inhalation constante de poussières. Ses crachats étaient noirs et rappelaient l'expectoration mélanique décrite par Traube.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 8 Juin 1896.

Deux cas de paralysies rares.

M. Remak a rapporté l'observation de 2 cas de paralysies rares qu'il a eu l'occasion d'observer.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 36 ans employé à l'administration des postes, toujours bien portant, sans antécédents personnels ni héréditaires. Occupé au classement de lettres et très fatigué depuis une huitaine de jours, il perçoit, au moment de mettre son pardessus, une douleur très vive entre les omoplates et constate que ses deux bras sont endormis. Il peut toutefois rentrer à la maison, se déshabiller seul, mais dans la nuit il est réveillé à plusieurs reprises par des douleurs dans les bras. Au matin il ne peut plus lever le bras droit; le bras gauche semble n'avoir rien.

A l'examen du malade on trouva du côté droit un aplatissement des fosses sus et sous-épineuses, une paralysie du deltoïde et une parésie du sus-épineux. Par ce fait de la paralysie du nerf axillaire il existe dans tout son domaine des troubles de la sensibilité. Dans la suite il se produisit un amaigrissement et une dégénérescence des deltoïdes bien plus accusés du côté droit que du côté gauche.

Il s'agit donc dans ce cas d'une paralysie bilatérale localisée, de sorte qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une paralysie d'origine traumatique, survenue au moment où le malade mettait son pardessus et portant sur les 5° et 6° racines cervicales. Dans le temps on croyait que le plexus cervical pouvait se trouver comprimé entre la colonne vertébrale et la clavicule; aujourd'hui on sait que cette compression a lieu entre la clavicule et la 2° côte. Ce diagnostic de paralysie traumatique n'est pourtant pas certain et M. Remak pense qu'il peut encore s'agir chez son malade d'une névrite provoquée par le surmenage et se manifestant sous l'influence d'un refroidissement. Cette névrite a été observée par Dubois (de Berne) et par Mme Déjerine. On trouve dans ces cas des foyers hémorrhagiques localisés. Le pronostic est bon.

Le second cas observé par M. Remak est celui d'un homme de 37 ans employé depuis 3 ans comme greffier et occupé aux écritures pendant 8 heures par jour. En septembre 1895 il constata un jour que son petit doigt devenait insensible quand il écrivait; quelques mois plus tard, quand le malade écrivait, il était pris d'une contracture de l'annulaire et du petit doigt, laquelle contracture disparaissait sous l'influence des frictions. Il survint ensuite un affaiblissement des muscles de tous les doigts et, quand le malade écrivait, des douleurs dans tout le bras, si bien que le malade fut obligé de quitter sa place.

L'examen fait 8 mois environ après le début des accidents montra que la main était en flexion dorsale, que les espaces interosseux, principalement le premier, étaient atrophiés, mais qu'il n'existait pas encore la déformation de la main en griffe. Les réflexes tendineux étaient normaux; il n'y avait pas de troubles de la sensibilité.

Le diagnostic est, d'après M. Remak, très difficile dans ce cas, car on peut envisager la possibilité d'une forme rare de crampe des écrivains, celle d'une forme paralytique de névrose professionnelle, celle enfin d'une affection centrale dont les symptômes observés ne seraient que la simple expression. L'examen électrique a donné dans ce cas des résultats très curieux. L'excitabilité musculaire était diminuée et les muscles du premier espace interosseux présentaient la réaction de la dégénérescence. L'excitabilité du cubital était diminuée au-dessus de sa gouttière, celle des deux médians était normale. L'action des courants était suivie d'une contraction tétanique des muscles qui persistait assez longtemps, et ce tétanos était d'autant plus accusé que le courant avait duré plus longtemps. La réaction sensitive n'était pas modifiée.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES

1er Semestre 1896.

Ingestion de corps étrangers.

M. Depage. — J'ai été consulté récemment par un homme qui, en mangeant, avait subitement éprouvé une violente douleur dans l'arrière-gorge; depuis ce moment, les mouvements de déglutition étaient devenus impossibles; chaque fois que le malade tentait d'avaler quelque chose, il était pris d'une douleur insupportable, localisée toujours au même niveau. L'examen direct de l'arrière-gorge ou du larynx ne permettait de rien constater d'anormal, mais à la palpation, on percevait, un peu en dehors de l'œsophage, la présence d'un corps dur qui, par la pression, déterminait l'apparition d'une vive douleur.

Sur l'avis conforme de M. le professeur Heger, je procédai à l'extraction de ce corps étranger. Une simple incision me permit de le découvrir sans difficulté et je réussis alors à retirer l'objet que voici.

C'est une esquille osseuse, très pointue, d'environ 4 centimètres de long et de 2 millimètres de diamètre, qui se trouvait logée en dehors de l'œsophage et appliquée directement contre l'artère carotide; le malade, probablement en mangeant de la viande, avait ingurgité, sans s'en apercevoir, l'esquille qui avait immédiatement traversé la paroi de l'œsophage et s'était logée en dehors de ce conduit, en donnant lieu aux accidents que je vous ai rapportés.

Le danger était réel, car si l'esquille avait blessé la carotide, ce qui était fort possible, étant donnée la situation qu'elle occupait, le malade aurait pu succomber en peu de temps.

M. Crocq. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue; il s'agissait d'un individu qui était venu se plaindre de ressentir à l'anus des douleurs qu'il croyait déterminées par la présence d'un corps étranger dont il percevait clairement

disparaîtra dans l'espace de quelques semaines ou quelques mois, pour faire place à un tissu souple qui n'opposera aucune résistance aux mouvements de la tête. Cela paraît donner raison à ceux qui soutiennent que l'altération musculaire est une myosite chronique avec tendance à la dégénérescence fibreuse. Elle ne s'observe pas après les autres opérations qui se pratiquent dans cette région, et il semble que le sujet atteint de torticolis soit sous l'influence d'une sorte de diathèse spéciale qui porte à la formation de tissu fibreux.

Le muscle réséqué était complètement dégénéré dans sa portion sternale, réduite à une sorte de tendon. Le chef claviculaire était sain, mais raccourci.

Ablation totale de la langue.

M. Depage présente un malade chez lequel il a pratiqué l'ablation complète de la langue pour cancer, par l'incision médiane avec section de la mâchoire. M. Depage, dans toutes les opérations graves sur les voies respiratoires supérieures, fait la trachéotomie préventive. Il ne se sert plus à cet effet de la canule de Trendelenburg, qui est employée par la plupart des chirurgiens. Il fait une trachéotomie assez large, enlève un segment de la paroi antérieure de la trachée et introduit par la plaie trachéale un tampon de gaze iodoformé dans le bout supérieur du conduit respiratoire; après quoi il place une canule ordinaire.

M. Depage trouve cette méthode plus simple et plus sûre que toutes celles qui ont été imaginées jusqu'ici.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac.

M. Gallet demande que la Société mette à son ordre du jour la question du traitement chirurgical de certaines affections de l'estomac. C'est là un sujet qui, il y a peu de temps encore, n'était abordé qu'entre chirurgiens. Les médecins se méfiaient de ces opérations dont les résultats étaient peu encourageants. La gastrectomie, par exemple, qui fit tant de bruit dans le monde médical il y a quelques années, donnait un
ge de décès opératoires s'élevant à 60 et 70 p. 100.
rend dès lors les préventions des médecins contre de
nterventions.
d'hui, les indications de ces opérations se posent
manuel opératoire a été amélioré, l'on a inventé
truments qui permettent de les pratiquer beaucoup
lement qu'autrefois.
let insiste sur les indications de l'intervention chirur-
ıs les diverses formes de sténose du pylore (cancers,
ments fibreux consécutifs à l'ulcère rond, spasmes, etc.);
es divers procédés de gastro-entérostomie et montre
ns de Murphy, de Chaput, etc. Il montre, sur des
ıtomiques et sur des pièces provenant d'expériences
s le laboratoire de M. Gratia, les résultats de la gas-
ıstomie au bout de 2 jours, d'une semaine, de
tc. Il signale les heureux résultats cliniques qu'ont
lusieurs chirurgiens belges.
à cette gastro-entérostomie, on peut ainsi intervenir
des cas de façon à guérir, définitivement et radica-
s malades; dans d'autres cas — les sténoses par néo-
ıalins — on peut débarrasser les malades des symptô-
lus pénibles.
à la pylorectomie, c'est une opération qui a été con-
parce que, en règle générale, elle est très longue et
le malades la supportent; beaucoup succombent dans
ıs durant ou peu après l'opération. M. Gallet croit
que cette opération a des indications, par exemple
chirurgien a la chance d'être appelé à intervenir à
, alors que le cancer ne s'est pas propagé encore aux
et aux organes voisins, et avant que de nombreuses
s ne l'aient solidement fixé. M. Gallet rapporte un
ıcer du pylore qu'il a opéré en combinant la pylorec-
c l'anastomose gastro-duodénale de Murphy. Le bouton
ulsé que le 25e jour. M. Gallet estime que ce procédé
urcir considérablement l'opération.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le redressement forcé et la tarsoclasie dans le traitement du pied bot chez l'enfant,

Par le Dr A. Boquel,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les manipulations habituelles aidées de la ténotomie échouent dans le traitement du pied bot, même chez l'enfant, lorsque la résistance devient trop considérable : le désir de briser par une force appropriée à cette résistance les parties molles et ligamenteuses dont la rétraction s'oppose à la correction de la difformité, a conduit certains orthopédistes à régler l'emploi de la force comme adjuvant de la méthode initiale.

Delore (de Lyon) fit connaître en 1860 un procédé basé sur ce principe et qu'il appela massage forcé. Complété dans la suite par l'adjonction dans certains cas de la tarsoclasie, c'est-à-dire du redressement instrumental, ce procédé rencontra peu d'adhérents, au moins en France, où les opérations osseuses et la méthode de Phelps trouvèrent plus de faveur. A l'étranger, il n'en fut pas de même. Depuis longtemps Hueter, en Allemagne, a préconisé le procédé de Delore, et, plus récemment, le redressement forcé a trouvé nombre de partisans; nombre d'orthopédistes comme Kœnig (de Gœttingue) ont trouvé que les opérations osseuses ne leur avaient pas donné ce qu'ils en attendaient et ont abandonné la tarsectomie pour le redressement forcé. La méthode de Phelps elle-même a paru inutile à beaucoup : J. Wolff (de Berlin), Jones (de Liverpool) ont soutenu cette opinion déjà dès le Congrès de Berlin en 1890, tous ou presque tous les partisans du redressement orthopédique l'ont acceptée depuis et ont soutenu que jamais il n'était besoin de l'incision de Phelps pour redresser un pied bot.

Examinons d'abord en quoi consiste la méthode de Delore : « Le massage forcé, dit-il, est une opération qui consiste à saisir le pied bot avec la main et à lui imprimer des mouvements de redressement mesurés et énergiques.» Cette méthode ne diffère en somme de la méthode du massage et des manipulations que par l'énergie développée : la technique employée va nous montrer qu'elle en diffère par l'emploi du chloroforme et la nécessité d'appliquer un appareil inamovible pour maintenir le redressement. Voici comment on procède, d'après Delore. Le sujet étant anesthésié, un aide maintient l'extrémité inférieure de la jambe, attirée au bord du lit ou d'une table, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, afin d'éviter la disjonction des épiphyses ou le diastasis de l'articulation tibio-péronière. L'opérateur saisit alors des deux mains l'avant-pied et lui imprime méthodiquement des mouvements de flexion et de renversement en arrière; une main saisit le pied de manière que la paume de la main corresponde à la partie sur laquelle doit peser le principal effort; le pouce et l'extrémité des doigts s'appliquent sur le côté opposé, — l'autre main sert à refouler le calcanéum en dehors. Alors, par des pesées successives, le chirurgien tend à redresser la déviation et combine au redressement direct quelques mouvements de circumduction et de latéralité. La peau est-elle menacée, il faut s'arrêter, car la peau est éminemment élastique, et, au bout de quelques jours de repos sous un bandage inamovible, on arrive facilement à une correction plus grande. Quelquefois une grande force est nécessaire; aussi ne doit-elle pas être prolongée outre mesure, et la limite de 3/4 d'heure ne doit-elle pas être dépassée.

Mais, pendant ce temps, il est nécessaire d'avoir des aides de rechange vigoureux et soumis. « Les meilleurs, dit Delore, sont les ouvriers orthopédistes. » Il reconnaît qu'il y a là une difficulté pratique; une autre, c'est la durée de l'anesthésie.

Le redressement n'est-il pas suffisant, on recommence trois semaines ou un mois après, faisant toujours suivre chaque tentative de l'application de l'appareil plâtré. — Il est inutile d'ajouter que la ténotomie du tendon d'Achille est toujours pratiquée, afin d'éviter le déploiement d'une trop grande force et la prolongation exagérée du traitement.

Mais si jusqu'à 10 ans, en moyenne, d'après Delore, le redressement s'obtient facilement par la ténotomie, le massage forcé et les appareils, quelque grave et invétéré que soit le pied bot, passé cet âge, il n'en est plus de même, et, quelque force dont la main soit capable, il est des limites qu'elle ne peut franchir. Il faut agir directement sur les os, agents principaux de la déformation, et en particulier sur l'astragale, le plus déformé. Aussi a-t-on cherché dans des instruments spéciaux la force nécessaire, d'où l'invention de la tarsoclasie préconisée par M. Vincent (de Lyon), adoptée par Delore et beaucoup d'orthopédistes, partisans du redressement forcé. Mais le type idéal de l'instrument est difficile à réaliser, si l'on en juge par les modèles proposés et utilisés par chacun de ceux qui ont fait appel à cette méthode : l'ostéoclaste de Robin, l'appareil de Collin construit pour Trélat ont été supplantés par les appareils de Bradford, de Delore, de Redard. Ces trois derniers appareils sont construits d'après le même principe, la nécessité d'un triple point d'appui. L'appareil de Redard, très perfectionné, est en effet constitué essentiellement de la façon suivante : deux plaques concaves donnent un point d'appui l'une à l'avant-pied, l'autre au talon, et, au moyen d'un long levier, une pelote presse sur le cou-de-pied (Redard, *Gazette médicale de Paris*, 10 novembre 1894). Cet appareil supplée à l'action de nos mains « qui ne peuvent déprimer qu'en deux points, alors que l'appareil exerce une triple pression sur les os saillants et déplacés ».

On arrive ainsi, par une force continue, graduelle, prolongée, sans brusquerie, à redresser les pieds bots les plus graves sans produire les désordres importants et particulièrement les fractures osseuses qui résultent de l'emploi des ostéoclastes. Les redressements brusques en une seule séance ne sont pas recommandés, loin de là. Plusieurs séances sont nécessaires, dans l'intervalle desquelles le membre est placé dans un appareil plâtré.

Avant de discuter le redressement forcé d'une façon générale, faisons remarquer tout de suite que les reproches faits par des partisans éminents de la tarsoclasie aux divers appareils employés avant eux expliquent facilement que cette intervention n'ait pas jusqu'ici prévalu sur d'autres interventions en apparence peut-être plus radicales, mais certainement mieux réglées. Si Delore considère les désordres produits par la tarsoclasie comme peu importants et ne craint pas de faire de l'ostéoclasie, Redard, au contraire, met sur le compte de cette intervention des méfaits qui la lui font rejeter. Aussi cherche-t-il à faire seulement une sorte de modelage du pied, non pas en écrasant les os comme Vincent ou Delore, mais en les tassant : « On y arrive, dit-il, facilement jusqu'à 16 ans. » Nous voyons donc, d'une part, si on accepte les limites données par les partisans de la tarsoclasie, une période très limitée de l'évolution du pied bot dans laquelle on puisse compter sur cette intervention, d'autre part des difficultés matérielles considérables à son emploi. Si l'on en juge par ce que nous venons d'exposer, il est fort difficile d'avoir un tarsoclaste éprouvé qui mette réellement à l'abri de désordres graves et qui soit pourvu en même temps d'un effet puissant; dans tous les cas, il faut recourir à une instrumentation compliquée qui ne saurait être à la disposition de tous. Ceci explique pourquoi la plupart des orthopédistes français et étrangers ne se sont pas lancés dans cette voie, mais ont modifié dans un autre sens le procédé primitif de Delore ou l'ont abandonné pour la tarsectomie.

L'un des procédés de redressement forcé qui paraît avoir obtenu le plus de faveur, tant en Allemagne qu'en Amérique, est celui que J. Wolff a préconisé au Congrès de Berlin. Il a pour but le traitement du pied bot invétéré de l'enfant aussi bien que de l'adulte : son champ d'action est donc beaucoup plus étendu que celui de la méthode de Delore, si l'on fait abstraction de la tarsoclasie.

Il s'agit en principe de corriger le pied bot de telle façon que le pied bot devienne valgus, au moyen du redressement forcé sous le sommeil chloroformique. Cette correction est obtenue tantôt en une seule séance, dans les cas légers, tantôt en plusieurs dans les cas difficiles : le redressement se fait alors en plusieurs temps.

La technique de l'opération a été plusieurs fois modifiée par J. Wolff; les grandes lignes, telles que lui et ses élèves les ont fait connaître, sont les suivantes : Sur un épais bandage protecteur étendu des articulations métatarso-phalangiennes jusqu'à la tubérosité du tibia, on place une double bande silicatée. Sur le silicate, on place provisoirement (il doit rester 4 jours environ) un bandage plâtré confectionné avec de la gaze roulée dans le plâtre et une bouillie plâtrée épaisse. L'appareil fini, un assistant fixe la région du genou en veillant avec soin sur la position de la rotule, et l'opérateur, de ses deux mains, s'efforce, en employant une force peu à peu grandissante, de placer le pied dans une position normale et même de lui donner une tendance au valgus. C'est seulement lorsque l'appareil est complètement dur qu'il faut cesser le redressement. Le 4e jour, le silicate, sous le plâtre provisoire qui le recouvre, est devenu complètement dur, et le plâtre peut alors être enlevé.

Si le premier appareil n'a pas suffi d'emblée à produire un redressement complet, on pratique quelques jours plus tard, à l'aide d'une cisaille, des entailles à la partie externe de l'appareil; on enlève de véritables coins plus ou moins grands, de telle sorte que le redressement puisse être poussé plus loin. On place un nouvel appareil silicaté recouvert de plâtre comme précédemment, et ainsi de suite jusqu'à ce que le pied ait la position voulue. Alors on munit la plante de l'appareil d'une semelle de feutre, et le malade marche à l'aide d'un soulier à lacets.

Le complet achèvement de l'appareil demande, suivant les cas, plusieurs jours ou plusieurs semaines. Dans les cas difficiles, plusieurs anesthésies sont nécessaires. Comme dans tous les procédés analogues, on fait la section du tendon d'Achille, quelquefois celle des jambiers, chez les enfants de plus de 3 ans, mais Wolff et ses partisans déclarent que ces sections sont toujours suffisantes pour obtenir un redressement parfait et que la section de Phelps est complètement inutile.

Ainsi compris, le redressement forcé triompherait non seulement des pieds bots graves des enfants, mais encore des pieds bots rebelles des adultes. Le procédé de Wolff serait donc un notable perfectionnement de la méthode de Delore, puisque cette dernière est obligée de faire appel, au moment où les déformations squelettiques sont très accentuées, à un auxiliaire dangereux, la tarsoclasie.

Mais cette méthode, comme d'ailleurs toutes les méthodes de redressement forcé, méthodes de Kœnig (de Gœttingue), méthode de Heinecke, méthode de Shaffer, etc., n'échappe pas à un certain nombre de reproches sérieux.

Le but du redressement forcé est le suivant : il s'agit de redresser le pied par la force, de le maintenir redressé sous l'action de cette force jusqu'à complet durcissement du bandage, et, en troisième lieu, de se servir de l'appareil à la fois comme agent de redressement et comme agent de contention. L'appareil doit s'opposer, par lui-même, à ce que l'on peut appeler « la force de retour » du pied redressé, force qui est très grande, et en même temps tenir lieu de la force que déployait la main pendant le redressement.

Les deux premiers temps présentent déjà d'importantes difficultés. Le redressement complet exige souvent plusieurs semaines : c'est un temps considérable; en outre, souvent, dans les cas difficiles, deux à trois chloroformisations sont nécessaires. Ce n'est pas tout : il faut des aides nombreux, vigoureux, attentifs, soumis. M. Delore recommande les ouvriers orthopédistes, c'est déjà reconnaître que de tels aides sont difficiles à trouver. Les aurait-on sous la main, que la difficulté de faire concorder leurs efforts d'une façon complète reste bien difficile.

Reste le troisième point, qui ne constitue pas le moindre inconvénient de la méthode.

L'appareil doit servir d'agent redresseur, quel que soit le soin apporté à la confection de cet appareil, quel sera l'effet de la pression exercée, pression d'autant plus considérable que le pied bot aura été plus difficilement réduit. La force de retour sera alors considérable, il en sera du pied comme de la plume d'acier déformée qui tend d'autant plus à revenir à sa position première qu'elle est plus tendue. C'est une comparaison de Lorenz qui est propre à montrer combien le danger de l'eschare peut être considérable surtout quand il s'agit d'un membre dont la vitalité est déjà amoindrie et la circulation peu développée, ainsi qu'on l'observe dans le pied bot congénital. Et de fait, de nombreux accidents ont été observés.

Somme toute, le grand reproche que l'on peut faire au redressement forcé, c'est de chercher à corriger à la fois et dans un même moment les divers éléments de la difformité, sans tenir compte de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.

Dans ce procédé il s'agit surtout, plutôt que de corriger le varus, de faire coïncider l'axe de la jambe avec l'axe de l'avant-pied et d'attendre le résultat de l'adaptation fonctionnelle. Aussi cette méthode du redressement forcé telle qu'elle a été comprise par les divers orthopédistes qui l'ont défendue, semble être loin d'avoir résolu la question si difficile du traitement du pied bot invétéré.

Est-ce à dire pour cela que l'emploi de la force doive être complètement rejeté du traitement du pied bot? Ce serait méconnaître les résultats incontestables obtenus si facilement pourtant par l'emploi du massage forcé de Delore. Nous avons dit que le traitement du pied bot de l'enfant qui n'a pas encore marché était mené à bien d'une façon certaine par l'observation rigoureuse des règles de la méthode du massage et des manipulations. Lorsque l'enfant a commencé à marcher, et que cette simple méthode ne semble plus devoir conduire au but, convient-il de l'abandonner complètement et de renoncer aux adjuvants proposés pour étendre son champ d'action : l'incision de Phelps et l'emploi de la force? Avec le massage forcé de Delore que vient aider l'anesthésie, le résultat est certain lorsque l'enfant est très jeune, et cela sans qu'il soit besoin de faire appel à l'incision de Phelps : avec du temps et de la patience, on arrive facilement à bout de la rétraction des parties molles (le tendon d'Achille excepté) : tous les orthopédistes qui ont fait appel à cette méthode sont unanimes, il est donc inutile de compliquer le traitement par la création d'une plaie non dangereuse peut-être, mais certainement source d'inconvénients multiples. Les résultats cliniques ont d'ailleurs confirmé l'opinion de Delore sur les dangers immédiats attribués au massage forcé et il ne semble pas que les lésions de l'entorse chirurgicale qu'ont fait connaître les expériences cadavériques de Jomard et Leriche (1871) de Bailly (1882) présentent la moindre gravité quand on s'en tient au massage forcé chez les jeunes enfants. Il y a quelquefois des décollements périostiques, surtout des déchirures ligamenteuses, des arrachements de petites lamelles osseuses, des épanchements de sang, des hémarthroses, mais il n'y a ni lésion des vaisseaux importants ni lésion des nerfs. Quant à l'atrophie musculaire aiguë consécutive que S. Levy au Congrès de Berlin a mise sur le compte du redressement forcé, l'examen des résultats cliniques obtenus ne paraît pas non plus confirmer le fait.

Une fois la réduction faite et maintenue, la troisième étape du traitement commence aussitôt et doit être poursuivie sans interruption : elle a pour but de donner aux muscles jambiers la force qu'ils n'ont pas, qu'ils n'ont jamais eue et au pied la souplesse, conditions toutes les deux nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du membre.

Les inconvénients du redressement forcé que nous avons essayé de mettre en relief se montrent seulement dès que les déformations squelettiques sont définitives. Toute la question est de savoir quand elles le deviennent. Se basant à la fois sur les données de l'ossification et les faits cliniques. Delore admet que le massage forcé peut et doit être employé jusqu'à dix ans. Nous pensons que l'on ne peut ainsi donner une règle fixe et que l'âge auquel les déformations squelettiques sont définitives varie considérablement suivant chaque individu. Si l'on fait intervenir le facteur le plus important, le degré de la déformation, on arrive à des résultats tout différents et, par exemple, le professeur Farabeuf admet que les déformations sont quelquefois définitives dès l'âge de 3 ans. Nous considérons seulement comme acquis que, chez les enfants jeunes, tant que la réduction de la difformité est possible sans le chloroforme, il faut faire appel, dans le traitement du pied bot congénital, au massage forcé, c'est-à-dire à la vieille méthode du massage et des manipulations modifiée et complétée par l'emploi de l'anesthésie et de la force manuelle. Ce sera donc encore un traitement dont la condition de succès réside dans une surveillance constante et prolongée s'exerçant loin, très loin, on peut dire en règle, avec Noble Smith, jusqu'à la fin de la période de croissance.

Les inconvénients du redressement forcé, les divers impédiments qui viennent si souvent, même dans le jeune âge, faire échouer le massage tel qu'on le pratique habituellement, la conviction que les résultats de la tarsectomie sont loin d'être toujours proportionnés à l'importance et à la gravité de l'intervention ont suggéré à Lorenz (de Vienne) l'idée de faire appel à une méthode plus parfaite. Les considérations suivantes l'ont conduit à cette méthode : le redressement du pied, pour être maintenu parfaitement pendant l'application et la solidification de l'appareil contenteur, exige le concours d'un aide expérimenté, première et grande difficulté. De plus, si l'on veut, et c'est peut-être le point le plus important, que, pour éviter toute complication, l'appareil n'ait pas à lutter contre la force de retour du pied redressé, il faut que le redressement soit complètement achevé, lorsque l'appareil est appliqué : redressement du pied et maintien du pied redressé doivent être deux actes complètement distincts. Aussi Lorenz a-t-il cherché à annihiler d'une façon complète cette « force de retour » avant l'application de l'appareil, de telle sorte qu'une des mains de l'opérateur puisse à elle seule et sans effort maintenir la correction, voire même une hypercorrection légère, pendant que l'autre s'occupe de fixer l'appareil. Il est parvenu à régler une méthode qu'il a baptisée du nom de « Redressement modelant ».

Tout d'abord faisons remarquer que la différence entre les deux méthodes : redressement forcé et redressement modelant, ne consiste pas dans la grandeur de la force employée, mais bien dans la manière dont cette force est dirigée. Que fait le redressement forcé? Il s'attaque à la fois et dans un même temps, à tous les éléments de la difformité : en décomposant les efforts, en s'adressant successivement à chacun des éléments dont se compose la difformité, le redressement modelant arrive au but sans effort excessif et surtout sans perte de force, toute la force dépensée est utilisée dans un but déterminé. Et de plus, en ne cherchant pas à surprendre un résultat instable, d'autant plus instable que la force de retour du pied redressé a été plus violemment sollicitée, en s'efforçant par des secousses incessantes et modérées de faire disparaître toute tendance à revenir à la position première, le but cherché est atteint : la contention du résultat obtenu devient un acte en quelque sorte accessoire et en tout cas bien distinct.

Il n'est pas douteux qu'il y ait là un progrès énorme : en tenant compte des notions anatomiques et physiologiques acquises, Lorenz a certainement contribué à perfectionner la méthode du massage et des manipulations, si fructueuse lorsqu'elle est applicable, et à étendre sans nul doute son champ d'action. Lorenz pense que sa méthode est applicable dans tous les cas, même chez

l'adulte, alors que jusqu'ici on se voyait obligé de recourir rationnellement à l'intervention chirurgicale proprement dite. Nous verrons qu'il est obligé pour cela de faire appel à la force instrumentale, bien réglée il est vrai et bien différente de ce que nous avons décrit sous le nom de tarsoclasie, mais son emploi laisse encore cependant, croyons-nous, le champ ouvert aux discussions.

Nous allons suivre pas à pas la description de Lorenz.

La déformation du pied bot congénital se résout finalement en 4 éléments : adduction de l'avant-pied et inflexion de l'avant-pied sur le tarse (articulation de Chopart), équinisme du tarse (articulation tibio-tarsienne), supination du tarse (articulation sous-astragalienne). L'ordre dans lequel on doit agir sur ces divers éléments ne saurait être indifférent : ainsi qu'Adams l'a fait observer depuis longtemps, chercher à réduire la position vicieuse de l'avant-pied sur le tarse après que — si l'on fait la ténotomie du tendon d'Achille — la solide union du tarse avec la jambe a été détruite, est évidemment compliquer la difficulté. D'autre part, ce n'est qu'après que le pied a été placé dans une position telle qu'il forme un angle droit avec la jambe qu'on peut redresser le calcanéum, corriger la supination. L'ordre dans lequel on s'adressera aux divers éléments de la difformité est donc celui dans lequel nous les avons énoncés.

Tout est fait en une seule séance et si, pour une raison quelconque, l'appareil ne peut être appliqué définitivement aussitôt après, le pied doit, quelques jours plus tard, être trouvé tel que les manipulations l'ont laissé, dans la position de choix, c'est-à-dire une légère tendance au valgus, une hypercorrection. D'ailleurs, pour obtenir un tel résultat, il n'est besoin d'autre intervention accessoire que de la ténotomie du tendon d'Achille; jamais il n'est besoin de faire appel à la section de l'aponévrose plantaire dont l'extension est toujours obtenue avec la plus grande facilité, non plus d'ailleurs qu'à la section des jambiers qui n'offrent jamais d'obstacle sérieux à la réduction.

Occupons-nous d'abord de la technique du redressement modelant dans le cas du pied bot de l'enfant nouveau-né ou plus âgé.

Le plus important et le plus commode des instruments est dans ce cas la main de l'opérateur : on se sert cependant en outre pour faciliter la tâche du coin de bois long d'environ 15 centimètres, épais de 7 à 8, recommandé d'abord par Forest de Villard (*Comptes rendus de l'Association américaine d'orthopédie*, vol. I, 1889) employé depuis par Kœnig (XIX[e] *Congrès de la société allemande de chirurgie*, 1890). A vrai dire, Kœnig se sert plutôt d'un coussin de sable bien rempli, de forme et de dimension analogues; les deux peuvent être employés.

On s'occupe d'abord du pied en lui-même, sans s'inquiéter des rapports de position qu'il présente avec la jambe, c'est-à-dire qu'on cherche à corriger d'abord l'enroulement du bord interne (adduction et inflexion).

Le malade étant anesthésié, on place le pied par sa partie dorsale saillante (bosse du pied bot) sur le coin décrit; l'opérateur saisit d'une main la partie interne du talon, de l'autre la face plantaire du pied et cherche à plier le pied sur le coin de bois qui sert de point d'appui. La force nécessaire est assez grande, on se facilite la tâche en se plaçant sur un escabeau. La pression s'exerce alors de haut en bas et le poids de la partie supérieure du corps aide le mouvement entrepris. Bientôt le pied réagit moins, la force nécessaire devient moins considérable, le pied devient plus mou et plus flasque. Il ne faut pas s'en tenir là : le modèlement du pied doit être continué assez longtemps pour que le pied se trouve placé en abduction et que la plante du pied devenue un peu convexe regarde directement en bas. Mais pour un tel résultat l'emploi du coin point d'appui ne suffit plus et il faut s'adresser à d'autres moyens, variables suivant la grandeur du pied.

S'il s'agit d'un jeune enfant et si la main de l'opérateur est suffisamment grande et forte, il est extrêmement facile de saisir d'une main à la fois l'extrémité inférieure de la jambe et le pied déjà rendu remarquablement souple par les manœuvres précédentes. Supposons qu'il s'agisse du pied gauche : les 4 derniers doigts de la main droite sont placés à la face postérieure de la gauche pendant que le bord externe du pied appuie sur l'éminence thénar : le talon correspond aux articulations métacarpo-phalangiennes, les orteils reposent sur le pouce. Si l'opérateur ferme maintenant sa main avec force, le pied est porté dans l'adduction et fléchi au maximum, c'est-à-dire que le pied vient se placer au contact de la face externe de la jambe : l'aspect rappelle le *talus valgus* congénital, le pied calcanéen des Allemands. Cette manœuvre doit être continuée assez longtemps pour qu'en définitive la moindre force reproduise un semblable résultat, et on ne saurait croire avec quelle facilité un pied d'enfant se laisse ainsi modeler en une seule séance pour peu qu'on ne ménage ni le temps, ni la force.

L'enfant est-il plus âgé, il est évident qu'on ne peut saisir d'une seule main le pied et la jambe. Un aide quelconque fixe l'extrémité inférieure de la jambe pendant que l'opérateur, de ses deux mains, cherche à produire le mouvement précédent. Le degré de flexion et d'abduction n'est-il pas jugé suffisant, on procède de la façon suivante. La jambe reposant par sa partie postérieure sur une table solide, un aide place sur le dos du pied une bride en tissu élastique sur laquelle il tire avec le plus de force possible; pendant ce temps l'opérateur, s'aidant de la force de son bras et du poids de la partie supérieure de son corps, cherche à porter le pied dans l'abduction et à l'enrouler de telle façon que la plante devienne convexe et le dos concave.

Quelque corde que forme au début l'aponévrose plantaire, c'est en vain qu'ensuite on cherche les faisceaux si tendus précédemment. Les tendons jambiers opposent aussi peu de résistance que les courts muscles du pied, seuls les ligaments plantaires, en particulier le ligament calcanéo-scaphoïdien opposent un sérieux obstacle et demandent l'emploi d'une force réelle et soutenue, mais une fois qu'ils ont cédé, ce qu'annoncent parfois de véritables craquements, le pied devient immédiatement souple et obéissant.

La peau de la plante du pied n'oppose en règle aucun obstacle réel et est dans la plupart des cas suffisamment extensible pour permettre la correction de la difformité. Il faut cependant toujours la surveiller, en particulier chez les petits enfants. Survient-il quelque éraillure de l'épiderme ou même du derme, un pansement antiseptique assurera une cicatrisation parfaite sans la moindre complication. Il ne faut pas s'arrêter pour cela.

Les manipulations précédentes ont eu pour but de redresser le pied considéré en lui-même, il reste à corriger l'équinisme et la supination.

La correction de l'équinisme nécessite la ténotomie du tendon d'Achille. Celle-ci faite, il ne faut pas oublier que la flexion dorsale du pied ne conduit souvent qu'à une correction apparente, il faut encore agir directement sur l'apophyse postérieure du calcanéum. Lorenz emploie pour cela un tour de main spécial : l'enfant étant couché sur le ventre, l'opérateur saisit à pleine main gauche

l'extrémité inférieure des os de la jambe; la main droite est placée à plat sur la plante de telle façon que les 5 doigts viennent se recourber en crochet au-dessus de l'apophyse talonnière. Les doigts attirent alors celle-ci de haut en bas en cherchant à l'abaisser pendant que la paume de la main pressant la plante la porte en même temps en haut en produisant un mouvement extrême de flexion.

L'équinisme étant ainsi réellement et complètement corrigé, une fois la plaie recouverte d'un petit pansement antiseptique, il faut s'occuper maintenant de la correction du dernier élément de la déformation, c'est-à-dire de la supination du tarse. Le pied est placé à angle droit sur la jambe, il faut le tordre sur lui-même, autour de son axe longitudinal, de telle sorte que son bord externe soit élevé le plus possible pendant qu'au contraire le bord interne est abaissé. Chez les enfants, la main vient facilement à bout de cette manœuvre. Une main saisit la jambe à son extrémité inférieure, au niveau des malléoles, afin de prévenir toute fracture et tout diastasis, l'autre saisit le pied maintenu à angle droit et le fait tourner à petits coups répétés autour de son axe longitudinal dans le sens de la pronation. La réduction de la difformité est rapidement obtenue.

Il ne reste plus qu'à considérer le résultat obtenu dans son ensemble. On place le pied dans une position légère de talus valgus, et on essaye la force de réaction du pied. Aussi longtemps que le pied tend à revenir à sa position première il faut continuer le modèlement. Dans les cas difficiles cela demande quelquefois 1/2 heure et beaucoup de fatigue, mais il faut aller jusqu'au bout : mieux vaut une anesthésie prolongée pendant quelques minutes de plus qu'une anesthésie renouvelée deux ou trois fois. Si l'opérateur est suffisamment tenace, le pied bot équin varus sera dans toutes les circonstances transformé en une seule séance en talus valgus, et cela sans crainte d'aucune complication du côté des vaisseaux ou d'autres organes : la constance des résultats obtenus dans plus de 100 cas consécutifs l'a prouvé à Lorenz. D'ailleurs la force à employer n'a pas besoin d'être considérable, il faut seulement que l'action soit prolongée d'une façon modérée. Il faut surtout que le résultat cherché soit obtenu d'une façon complète pendant l'anesthésie et que l'on ne compte pas sur une amélioration consécutive. Là se trouve la clef des récidives si souvent observées, il faut que le pied ait la position talus valgus et qu'il l'ait d'une façon durable, alors la récidive est impossible.

Jusqu'ici nous n'avons franchi que la première étape du traitement du pied-bot, nous avons obtenu en une séance la reconstitution du pied et lui avons donné une position convenable. C'est loin d'être tout le traitement qui comprend toujours trois étapes ou trois temps bien distincts.

Il s'agit maintenant de fixer le pied d'une façon permanente dans la position obtenue au moyen d'un léger bandage portatif : ainsi les os sous l'influence des nouveaux rapports qu'ils ont contractés prendront peu à peu une forme durable et la stabilité de la guérison sera assurée. Cette fixation constitue le deuxième temps du traitement.

Si le modelage complet du pied était fonction du temps employé, la fixation exacte et parfaite du résultat obtenu est une affaire d'habileté manuelle. Les première tentatives ne seront pas en général couronnées d'un plein succès, mais peu à peu la perfection cherchée sera atteinte et l'on en arrivera à se passer du concours d'un aide pour le maintien, d'ailleurs extrêmement facile, du pied dans la position voulue pendant l'application du bandage. Il faut seulement que pendant ce temps un aide quelconque maintienne l'articulation du genou solidement fixée dans l'extension.

La confection de l'appareil ne demande que du plâtre, des bandes, de l'ouate : les bandes doivent être de largeur convenable bien appropriée au volume du membre. Une épaisse couche d'ouate enveloppe le membre depuis les articulations métatarso-phalangiennes jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia : cette couche est surtout épaisse au niveau de la partie interne du pied. Trop de soins ne sauraient être apportés à la mise en place de cette couche protectrice. On la fixe à l'aide d'une bande de toile roulée avec soin de dedans en dehors : cette bande assure déjà la correction de la difformité. Sur cette bande on applique avec un soin extrême une première bande de gaze plâtrée, en ayant bien soin de tendre parfaitement la bande et d'éviter tout pli; les autres tours de bandes plâtrées plus superficiels peuvent être appliqués un peu plus rapidement, mais il faut veiller à ce que la consistance et l'épaisseur de l'appareil soient partout bien égales. L'épaisseur n'a d'ailleurs pas besoin d'être très grande, puisque le pied ne tend plus à revenir à sa position première. Dernière recommandation, il faut que le pied muni de son bandage ait une forme parfaitement régulière; les orteils enfin doivent être à découvert.

Le bandage plâtré terminé, on garnit sa plante d'une semelle de bois qu'on fixe axec des bandes dextrinées, puis le pied est placé dans une position un peu élevée qu'il conserve pendant un jour; il est bon de ne pas le recouvrir pour assurer le prompt dessèchement de l'appareil.

Les quelques douleurs qui se montrent ordinairement le premier jour, existent à peine le second jour et en tout cas ont complètement disparu le troisième. Quant au gonflement des orteils qu'on observe quelquefois, il ne saurait avoir d'importance : l'inertie du pied garantit contre toute crainte d'eschare ou de gangrène. Il suffit donc de fendre un peu l'appareil sur la ligne médiane de l'avant-pied, soit au moment de l'application, soit seulement quand le gonflement apparaît.

Ainsi placé l'appareil reste en place 3 ou 4 mois pendant lesquels l'enfant marche et court, à la condition qu'il soit déjà un peu âgé et surtout qu'il soit propre. L'enfant nouveau-né ou l'enfant de la classe ouvrière, qui souille à chaque instant son bandage, est exposé à des excorations de la peau qui exigent absolument le changement du bandage. Aussi chez les nouveau-nés comme chez de tels enfants, il faut une surveillance du praticien lui-même à intervalles rapprochés et remplacer le bandage inamovible par la simple bande de flanelle. De temps en temps, s'il en est besoin, on fera dans ce cas particulier une nouvelle séance de redressement modelant sous chloroforme pour laquelle il ne sera besoin ni de temps ni de peine : tout de suite la correction voulue sera obtenue. Il est évident que dans ce mode de traitemen comme dans tout autre, il faut, quand il s'agit du nouveau-né, du temps, de la patience et une surveillance assidue jusqu'à ce que l'enfant soit en état de marcher. L'un des grands avantages du redressement modelant est de pouvoir se passer pour la correction de la difformité du concours si souvent nuisible de la mère ou de la nourrice.

S'il s'agit au contraire d'un enfant déjà âgé, quelques jours après l'application de l'appareil inamovible, il marche sur la plante avec facilité, et d'autant mieux que cette plante est plus ramollie. L'appareil peut, si l'on veut, être conservé ainsi 4 et 5 mois sans le moindre inconvé-

nient. Quant à la tendance à la rotation du membre en dedans qui, fréquemment, vient plus tard compliquer la difformité livrée à elle-même, elle ne tarde pas à disparaître du fait de la position en léger valgus imprimée au pied. Lorenz est ici absolument de l'avis de Delore.

Le pied redressé, le redressement maintenu d'une façon durable, tout n'est pas fini. L'atrophie des muscles existe toujours, peut-être même accrue par le séjour prolongé du membre dans un appareil inamovible. Il faut donc maintenant entreprendre le troisième temps du traitement : le développement de la musculature et la mobilisation des articulations surtout dans le sens de la pronation. Ce résultat ne peut être obtenu chez le jeune enfant que par le massage et une gymnastique passive, pour lesquels le concours de la mère et de la nourrice devient indispensable. S'il s'agit d'un enfant plus âgé, il faut aussitôt que possible tâcher d'obtenir son concours actif. L'usage des fléchisseurs est complètement perdu ou plutôt l'enfant atteint d'un pied bot congénital n'a jamais connu cet usage, il lui faut les éduquer.

Aussitôt que le massage et les mouvements passifs leur ont donné un peu de vigueur, il faut que la volonté intervienne. Voici comment Lorenz conseille de procéder : une sorte de bride élastique est placée sous le pied, une de ses extrémités est placée dans la main de l'enfant. Celui-ci commence par porter le pied le plus en dehors et en haut qu'il le peut, puis quand la limite de cette action est atteinte, à l'aide de la bride formant soutien, il cherche à pousser plus loin ce mouvement. L'importance de ces mouvements volontaires l'emporte de beaucoup, d'après Lorenz, sur l'emploi de l'électricité.

Au bout de 6 à 8 mois, le résultat cherché est obtenu; quand l'enfant est debout, le pied se place de lui-même en valgus, et de plus ce mouvement peut être produit de par la contraction musculaire avec une certaine énergie. Pendant toute la durée du traitement, l'enfant n'a d'ailleurs porté qu'un simple soulier à lacet dont la semelle est surélevée dans toute la longueur de son bord externe d'un centimètre environ. Comme cependant, pendant le sommeil, le propre poids du pied aussi bien que le poids des couvertures peuvent favoriser le retour à la position première, on maintient le pied à l'aide d'une attelle ou d'un appareil amovible placé sur un bas ou d'un bandage de flanelle.

Lorenz termine cette première partie de son mémoire par la publication de nombreuses observations avec photographies qui montrent l'excellence des résultats obtenus et sont de nature à entraîner les convictions.

La même méthode est applicable, dit Lorenz, au pied bot de l'adulte; cependant la main dans ces cas ne suffit plus, il faut faire appel aux machines. Mais toutes les machines proposées par les partisans du redressement forcé, aussi bien celle de Redard que les autres, paraissent à Lorenz très compliquées. En outre elles ont ce grave inconvénient de vouloir à la fois et en même temps redresser tous les éléments de la difformité, d'où des difficultés sans nombre. Si l'on s'adresse au contraire à ces éléments successivement, l'un après l'autre, la question devient des plus simples, il est facile d'avoir une machine qui ne fasse exactement que ce que la main faisait dans le cas du jeune enfant, la main conservant toujours le soin de compter les résultats partiels obtenus.

Lorenz se sert de son ostéoclaste redresseur : à l'aide de cet appareil, il combat d'abord l'enroulement du pied en s'adressant à l'articulation de Chopart (adduction et inflexion). Puis l'équinisme est corrigé par la section du tendon d'Achille. Le pied est de nouveau placé dans l'appareil, la supination est corrigée; il n'est plus, dès lors, besoin de l'appareil redresseur. Le pied est maintenant mobilisable en tout sens, son inertie est complète, et ce résultat est obtenu sans déploiement de force, sans qu'on soit obligé de faire appel à une foule d'aides dont le concours est bien plus souvent gênant qu'utile. En dehors du chloroformisateur, point n'est besoin d'aide et en une séance la correction est obtenue, la première étape du traitement est franchie.

Le deuxième temps, l'application de l'appareil contenteur, ne doit pas être immédiatement entreprise sous peine de graves mécomptes. Une réaction assez violente suit ces manœuvres et se traduit par un gonflement considérable. Aussi faut-il se contenter pour le moment d'avoir anéanti la « force de retour » du pied primitivement déformé. Ce n'est que 8 jours après environ que l'appareil inamovible est appliqué, quand tout gonflement a disparu. Il est d'ailleurs mis en place sans la moindre difficulté et sans le secours de l'anesthésie, la main produisant avec la plus grande facilité la correction voulue et la maintenant sans le moindre effort. L'appareil est construit comme dans le cas précédent.

Après 6 ou 8 mois de séjour dans l'appareil, il faut naturellement faire, comme dans le cas précédent, un massage prolongé et une gymnastique musculaire attentive et raisonnée.

Lorenz, à l'appui de sa méthode, cite de nouveau des observations avec photographies qui ne le cèdent en rien comme perfection du résultat aux observations citées à la fin de la première partie de son mémoire. Il conclut en émettant l'espoir que bientôt, à l'exemple de Kœnig qui, malgré une méthode moins parfaite, a complètement abandonné la pratique de la résection osseuse, tous les orthopédistes renonceront à intervenir chirurgicalement dans le traitement du pied bot.

Les limites actuelles de notre sujet ne nous permettent pas de nous étendre davantage sur ce qui a trait au redressement modelant chez l'adulte. Chez l'enfant cette méthode nous a séduit dès l'abord, aussitôt que, préparé par des études antérieures, nous avons pu nous convaincre combien judicieux et rationnel était l'exposé de Lorenz. D'autre part, les résultats cliniques publiés par Lorenz nous paraissant remarquables, nous désirions vivement expérimenter sa méthode. Grâce à l'extrême bienveillance de notre maître M. Broca, nous avons pu le faire, mais malheureusement trop récemment pour pouvoir donner des résultats éloignés. Telles que, cependant, deux observations sont de nature à montrer que le traitement du pied bot congénital chez l'enfant a fait un véritable progrès du fait de l'introduction dans la pratique du redressement modelant de Lorenz.

GYNÉCOLOGIE

De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme,

Par M. Piéry,

Interne des hôpitaux de Lyon.

Sur les conseils de notre maître, M. le docteur Cordier, nous nous sommes proposé d'étudier l'effet thérapeutique de l'acide carbonique à l'état naissant dans les diverses manifestations de la blennorrhagie chez la

femme : métrite, salpingite, vaginite et uréthrite; et ce sont les résultats de notre observation que nous venons apporter ici.

L'emploi de l'acide carbonique en thérapeutique n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Mojon (1), en 1834, traitait déjà les douleurs menstruelles et l'aménorrhée, surtout lorsque cette dernière dépendait d'un état névropathique, par les bains locaux ou douches d'acide carbonique.

Simpson (2) l'employait comme anesthésique local dans les affections utérines.

Bernard (3) en faisait usage en injections dans l'engorgement du col utérin. Nauheim, Kissingen, Rotureau, Balling et O'Dirüf, cités par M. J.-V. Demarquay (4), ont eu de bons résultats par l'emploi des bains et des douches de ce gaz dans les cas de névralgie et d'atonie des organes génitaux.

Demarquay (5) rapporte avoir vu lui-même à la suite de douches d'acide carbonique plusieurs cancers ulcérés de l'utérus « s'arrêter dans leur marche envahissante, commencer à se cicatriser quelquefois dans une grande étendue et de façon à faire croire à une guérison apparente ».

Tout récemment encore M. Schuster (6) rappelait l'heureux effet qu'exerce l'acide carbonique de l'eau des bains dans l'impuissance sénile précoce, dans l'anaphrodisie des femmes, la névralgie utéro-ovarienne, la dysménorrhée, l'aménorrhée et la métrite chronique.

Enfin, on sait qu'aux stations de Carlsbad, Franzesbad, Nauheim, Vichy, Saint-Alban l'emploi de l'acide carbonique en douches et en bains est d'une application courante dans le traitement des affections utérines.

L'idée nouvelle de M. Cordier a été l'emploi de l'acide carbonique à l'*état naissant*, et cela grâce à un ingénieux procédé qui est le suivant :

On se sert du mélange en poudre :

Bicarbonate de soude.	7 parties
Acide tartrique.	6 —

Ce sont là, on le sait, deux corps qui, mis en présence, ont la propriété, sous l'influence de la quantité d'eau la plus minime de se décomposer en donnant du tartrate de soude et de l'acide carbonique. Dans le procédé de M. Cordier, c'est la sécrétion vaginale qui est le point de départ de la décomposition chimique qui aboutit à la mise en liberté de l'acide carbonique *statu nascenti*.

Pour porter la poudre, mélange de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, à l'intérieur de la cavité vaginale, nous avons employé les deux procédés suivants :

Dans les cas où l'emploi du spéculum de Cusco était possible, nous construisions extemporanément avec un peu de gaze stérilisée un sachet contenant de 20 à 30 grammes de poudre et noué avec du fil; puis, mettant en place le spéculum, nous portions à l'aide d'une pince notre sachet ainsi confectionné. au voisinage du col utérin.

Mais ce procédé devenait inapplicable dans les cas de vaginisme, nous nous servions alors d'un spéculum pour vierges que nous introduisions bourré de poudre dans la cavité vaginale; et, à l'aide d'une pince armée à son extrémité d'un petit tampon de coton faisant office de bourroir, nous repoussions la poudre dans le vagin en même temps que nous retirions le spéculum.

Une modification que l'on pourrait apporter ici, et qui aurait l'avantage de permettre à la femme de faire son traitement elle-même, est la confection d'ovules médicamenteux préparés en incorporant la poudre de bicarbonate de soude et d'acide tartrique à du beurre de cacao.

Les pansements étaient renouvelés en moyenne tous les deux jours.

Muni de ce procédé pratique nous avons limité nos essais à l'étude de l'effet thérapeutique de l'acide carbonique à l'état naissant dans les diverses manifestations génitales de la blennorrhagie chez la femme.

Voici le résumé de nos observations recueillies dans le service de M. Cordier à l'hôpital des Chazeaux.

Nous les diviserons en deux groupes : dans un premier groupe, agissant dans des cas de métrite, de salpingite et d'uréthrite blennorrhagique, nous n'avons eu, disons-le de suite, que des résultats contradictoires où les cas négatifs dominent. Dans un second groupes d'observations, où nous avons eu affaire à la localisation du gonocoque sur la muqueuse vaginale, à des vaginites accompagnées de vaginisme, nous avons eu, par contre, un succès constant.

Dans le premier groupe de nos observations : traitement de la métrite, de la salpingite et de l'uréthrite blennorrhagique, sur 7 cas traités, nous n'avons eu que deux guérisons; cinq fois, au contraire, nous n'avons pu constater d'amélioration notable.

En présence de ces deux cas seulement de guérison contre les cinq cas traités sans succès par l'acide carbonique, nous nous bornerons simplement à considérer ce dernier gaz comme un remède infidèle oontre la métrite, la salpingite et l'uréthrite blennorrhagiques.

Nous nous contenterons de faire remarquer l'action hypersécrétante et congestionnante de l'acide carbonique : dans tous les cas, nous avons toujours vu son application être suivie, durant les 2 ou 3 premiers jours, d'une augmentation vraiment très marquée des sécrétions utérine et vaginale. Dans un cas il y a même eu métrorrhagie légère. Ces faits sont peut être à rapprocher de l'emploi qu'a fait Scanzoni de l'acide carbonique sur le col comme abortif et comme ocytocique.

Ce sont heureusement des résultats différents que nous avons obtenus dans les cas de vaginite blennorrhagique s'accompagnant de vaginisme; sur sept cas traités nous avons obtenu sept succès.

Or, on connaît les difficultés du traitement du vaginisme. Les moyens médicaux (bromure, grands bains chauds, cocaïne) échouent le plus souvent. Quant aux moyens chirurgicaux (dilatation avec ou sans section du sphincter), outre qu'ils restent souvent eux aussi sans effet, ils sont incontestablement d'une application moins simple que l'emploi du pansement à l'acide carbonique. Il est même probable que ce mode de traitement, heureux dans le vaginisme dû à une vaginite blennorrhagique, peut être efficace dans la plupart des cas de vaginisme s'il est réel, que la blennorrhagie en est presque toujours la cause, ainsi que le pensent Martin père et M. Cordier.

Nous n'avons pas eu malheureusement l'occasion de faire l'essai de l'acide carbonique en dehors des cas de vaginite nettement blennorrhagique, notamment contre le vaginisme des jeunes femmes récemment mariées.

Dans ce second groupe de 7 observations, nous constatons la guérison dans 6 cas nettement. Dans la septième

1. Mojon, De l'emploi du gaz carbonique pour combattre l'aménorrhée, etc., *Bull. de thér.*, t. VII, 1834.
2. Simpson, *Edimb. med. Journ.*, et *Gaz des hôp.*, 1856.
3. Bernard, *Arch. génér. de méd.*. 5° série, tome X, 1857.
4. *Dict. Jaccoud*, art. : Acide carbonique.
5. Demarquay, *loco citato*.
6. Schuster, Communication à la XVII° réunion de la Société allemande de bactériologie, tenue à Berlin du 3 au 6 mars 1896.

observation, outre qu'on n'a pas poursuivi le traitement un temps suffisant, l'introduction par erreur de poudre d'alun a été la cause d'une irritation fâcheuse de la muqueuse vaginale.

La guérison du vaginisme survient en général assez rapidement après le deuxième pansement en 2, 3 ou 4 jours.

Comment agit donc l'acide carbonique dégagé par décomposition du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique sous l'influence de l'humidité du vagin? Il y a sans doute là plusieurs actions.

Au premier chef l'action anesthésiante de l'acide carbonique, propriété connue dès la plus haute antiquité, si l'on en croit M. Soulier. « La pierre de Memphis dont parlent Dioscoride et Pline, dit-il dans son *Traité de thérapeutique*, broyée, délayée dans du vinaigre, étendue sur la peau dans le but de l'insensibiliser avant d'y pratiquer une incision, c'était de l'anesthésie locale provoquée au moyen de l'acide carbonique *statu nascenti.* »

En second lieu, peut-être faut-il voir aussi non pas tant dans le dégagement de l'acide carbonique que dans la présence d'un excès d'acide tartrique qui ne se combine pas à la soude, la création d'un milieu acide, défavorable on le sait, à la vitalité du gonocoque.

CONCLUSIONS

1° Il est possible d'utiliser les propriétés thérapeutiques de l'acide carbonique *à l'état naissant* en gynécologie, par le procédé qui consiste à introduire à l'intérieur de la cavité vaginale un mélange de sept parties de bicarbonate de soude pour six parties d'acide tartrique. Cette introduction peut être faite soit sous forme de sachets en gaze ordinaire faits extemporanément, soit avec la poudre introduite directement à l'aide du spéculum pour vierges, soit sous forme d'ovules médicamenteux au beurre de cacao.

2° L'emploi de ce procédé de donne aucun résultat appréciable dans le traitement de la métrite, de la salpingite et de l'uréthrite blennorrhagiques.

3° Par contre, des résultats heureux ont été constamment obtenus dans les cas de vaginite blennorrhagique avec vaginisme. Ce procédé paraît donc être le procédé de choix dans le traitement de cette dernière affection (1).

REVUE DES THESES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mai et juin 1896.

M. Doucy (Eugène-Albert). *Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse.* N° 327. (H. Jouve.)

M. Langle (A.). *Exposé des théories actuelles et des méthodes de traitement du strabisme.* N° 328. (H. Jouve.)

M. Fays (L.-E.). *Traitement du testicule tuberculeux.* N° 329. (H. Jouve.)

1. *Lyon médical*, t. LXXXII, p. 285.

M. Durand (Jules). *Les auras dans l'épilepsie.* N° 337. (H. Jouve.)

M. Vallée (Paul-Constant). *La ponction sacro-lombaire.* N° 339. (H. Jouve.)

M. Beninson (Natan). *Contribution à l'étude des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (diagnostic et traitement).* N° 340. (H. Jouve.)

M. Flammarion (J.). *Étude sur la maladie hydatique et les kystes hydatiques du cerveau.* N° 342. (H. Jouve.)

M. Laborde (Jean). *Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Recherches personnelles de bactériologie clinique.* N° 346. (G. Steinheil.)

Une des méthodes qui paraît à M. E.-A. Doucy la plus rationnelle pour le traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure est celle qui consiste à pratiquer la résection triangulaire du tarse. Ce procédé peut s'appliquer à tout ectropion lacrymal, quelle que soit sa situation, puisque la résection se fait au point le plus renversé. Le procédé est également applicable au traitement de l'ectropion cicatriciel à condition d'être combiné avec une autoplastie. Sa simplicité, sa facilité d'exécution et ses excellents résultats, sont tels qu'il serait désirable de le voir se vulgariser et entrer dans la pratique courante.

A. — *Au point de vue pathologique*, M. A. Langle dit avec M. Parinaud :

1° Toutes les causes du strabisme agissent sur la convergence par l'intermédiaire de l'accommodation ou du fusionnement en passant par le cerveau; 2° tout obstacle à la vision binoculaire peut devenir une cause de strabisme; 3° il faut considérer le strabisme comme un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire.

B. — *Au point de vue du traitement :* Suivant que l'on recherche ou non le rétablissement de la vision binoculaire, les méthodes varient. Dans le premier cas, il faut faire suivre le traitement opératoire du traitement stéréoscopique. Si l'on ne se propose qu'un but esthétique, une opération suffit. Comme procédé opératoire, celui de l'élongation, tel que l'a décrit le professeur Panas, nous paraît devoir donner les plus beaux résultats, attendu qu'il porte remède aux causes d'insuccès de la ténotomie dans les fortes déviations : la rétraction du fourreau aponévrotique du muscle et celle de son aileron orbitaire.

M. E. Fays termine en disant que le traitement général est à instituer dans tous les cas de tuberculose testiculaire. On doit concurremment avoir recours au traitement chirurgical; à la castration, dans les cas de tuberculisation aiguë du testicule et de gros testicule fongueux; aux opérations conservatrices dans la forme commune de testicule tuberculeux : *a.* Incision et grattage, pansements antiseptiques quand les altérations atteignent un degré de diffusion; *b.* Résections partielles quand elles sont nettement localisées.

Dans l'état actuel de la science, M. J. Durand pense qu'une classification des auras ne saurait être que provisoire. Elle ne peut reposer que sur une analyse exacte de la sensibilité et de la motricité. L'aura dite psychique n'est qu'un épiphénomène greffé sur une aura sensorielle. L'aura existe chez les épileptiques dans 71 cas p. 100. Elle nous a paru un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Quand elle existe, elle est constante dans 92,9 cas p. 100; invariable dans 91,5 cas p. 100; elle est simple 52 fois p. 100; complexe 48 fois p. 100. L'aura doit être considérée comme d'origine centrale. Sa localisation servira parfois à préciser le siège de la lésion épileptogène. Les procédés employés pour prévenir, au cours de l'aura, l'apparition des accidents convulsifs n'ont donné que des résultats très inconstants. La présence d'une aura constante et invariable peut contribuer à rendre moins sévère le pronostic de l'épilepsie et permet, dans certains cas, de laisser le malade à la vie commune.

La ponction vertébrale entre le sacrum et le 5e arc lombaire, suivant la technique du Dr Chipault, est pour M. Vallée, plus

simple et moins dangereuse que la ponction à un niveau plus élevé, entre deux arcs lombaires, suivant la technique de Quincke. La ponction vertébrale peut donner, au point de vue du diagnostic d'un grand nombre d'affections, des résultats précieux. Jusqu'à présent, on n'a guère utilisé que l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien extrait; son examen chimique mérite d'être fait dans l'avenir avec plus de précision.

La ponction vertébrale ne donne que des résultats thérapeutiques médiocres. Elle a donné au Dr Chipault quelques résultats palliatifs dans des poussées aiguës d'hydrocéphalie, des hydrocéphalies symptomatiques de tumeur du cervelet, des méningites spécifiques, des états de mal épileptique; le résultat a été nul dans 3 cas de paralysie générale, à la phase d'excitation et dans la méningite tuberculeuse.

Toutes les fois que le chirurgien se trouve en présence d'un blessé ayant reçu un fort traumatisme et présentant des signes de luxation de l'épaule, M. Beninson lui rappelle qu'il doit avoir présent à l'esprit la possibilité d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus concomitante et en rechercher par conséquent les symptômes.

Si, avec les signes d'une luxation de l'épaule, le coude est, ou peut au moins être facilement rapproché du tronc, la fracture est certaine, même en l'absence de tout autre symptôme; autrement le diagnostic est douteux, malgré la présence de plusieurs signes de fracture, mais à l'exclusion du *signe du coude*, et un nouvel examen s'impose.

La lésion reconnue, chercher à réduire par le procédé de refoulement aidé de tractions légères sur le bras, si la lésion est récente.

Si le refoulement échouait, ou que la lésion soit déjà ancienne, réduire à ciel ouvert, ou extirper la tête, si la réduction était impossible et que la fracture siège assez haut pour pouvoir rapprocher la diaphyse humérale de la cavité glénoïde.

Si l'extirpation de la tête présentait quelques inconvénients, comme en cas de fracture siégeant trop bas, abandonner la luxation et ne s'occuper que de la fracture seule, tout en maintenant le coude rapproché du corps, et plus tard, mais alors seulement que la consolidation serait jugée suffisante, chercher à former une néarthrose par des mouvements forcés et répétés, des massages et l'électrisation.

Ne jamais rechercher cette néarthrose avant la consolidation parfaite de la fracture.

M. J. Flammarion commence par constater que le liquide hydatique peut, dans certaines phases de l'évolution du parasite, renfermer des alcaloïdes très toxiques. Les faits d'intoxication ayant été signalés surtout à propos des kystes du foie, il serait intéressant d'expérimenter avec du liquide hydatique provenant de kystes d'autres organes. La mort subite est un accident possible au cours de la maladie hydatique; elle est habituellement causée par les kystes du foie et du cerveau.

Le kyste hydatique multiloculaire peut se rencontrer dans le cerveau. Chez l'enfant principalement, le kyste hydatique du cerveau est souvent pris pour une méningite tuberculeuse, confusion très regrettable, car elle empêche l'intervention chirurgicale souvent suivie de succès. La trépanation exploratrice est indiquée dans les cas douteux de méningite tuberculeuse, où le diagnostic de kyste parasitaire n'est pas invraisemblable.

A côté des différentes vulvo-vaginites secondaires décrites par les auteurs, à côté de la vulvite traumatique qui est du domaine de la médecine légale, il existe 2 espèces d'écoulement vulvaire chez les petites filles qui, reconnaissant 2 étiologies différentes, doivent être complètement séparées. A l'une, due à l'infection autochtone par développement des saprophytes normalement contenus dans le vagin, M. Laborde laisse le nom consacré par l'usage de vulvite catarrhale ou vulvite simple.

A l'autre, résultat d'une infection par cause externe, il reconnaît toujours une contagion le plus souvent accidentelle, ce sera la vulvo-vaginite spécifique.

La vulvo-vaginite à gonocoques est une affection très souvent primitive qui mérite sa place dans le cadre de la nosographie actuelle, car elle réalise une véritable entité morbide.

La vulvo-vaginite à gonocoques est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait, même dans ces dernières années; l'auteur avance que plus des 3/4 des écoulements vulvaires des fillettes sont gonococcipues.

La fréquence du gonocoque dans les vulvo-vaginites, loin d'être un argument contre la spécificité de ce coccus, vient confirmer la théorie spécifique du gonocoque. Elle implique un pronostic très réservé dans le cas où un traitement bien dirigé n'est pas institué dès le début, car elle expose à toutes les complications, métrites, salpingites, pyo-salpingites, complications péritonéales, arthrites monoarticulaires et peut-être même stérilité par oblitération des trompes dont le gonocoque est l'agent provocateur.

La vulvo-vaginite doit être traitée par le permanganate de potasse, de préférence à toute autre substance antiseptique. Une solution à 1 p. 2000 donne de fort bons résultats.

Thèse de la Faculté de Bordeaux.

M. Laroche (Félix). *De la tuberculose primitive du rein. Étude expérimentale et clinique.*

La tuberculose primitive du rein, à laquelle M. Laroche consacre sa thèse, est démontrée par l'expérimentation et par la clinique. Expérimentalement, on démontre que le bacille de Koch évolue dans le rein en déterminant des lésions spéciales dont les plus caractéristiques sont les hémorrhagies. Le bacille se localise dans le rein : 1° qu'il y soit introduit directement par l'artère rénale; 2° qu'il soit introduit dans la circulation générale le rein étant irrité ou traumatisé. Cliniquement, la tuberculose primitive du rein n'est pas rare, elle est démontrée par des observations chaque jour plus nombreuses. Elle révèle son existence dès le début par des symptômes spéciaux. Les plus importants de ces signes sont la douleur rénale et surtout l'hématurie. Réalisée expérimentalement, l'hématurie existe très souvent comme symptôme précoce, qu'elle soit abondante ou légère. Analogue à l'hémoptysie, elle serait la règle si elle était toujours recherchée avec soin. Le diagnostic est souvent très délicat; il faut attacher une grande importance à l'hématurie. Lorsqu'une hématurie rénale se produit chez un sujet bien portant et qu'on ne peut incriminer ni un calcul, ni un cancer, il y a toutes les chances pour qu'on se trouve en présence d'une tuberculose rénale. La tuberculose primitive du rein est une affection surtout médicale qui demande un traitement médical. L'intervention chirurgicale n'est pas légitime lorsqu'elle est pratiquée dans le seul but de supprimer le foyer tuberculeux avec la prétention d'enrayer la maladie. L'hématurie abondante menaçant la vie du malade, les douleurs violentes sont une indication de néphrectomie. Les grosses lésions : abcès tuberculeux, hydronéphrose, phlegmon périnéphrétique, sont justiciables de l'intervention chirurgicale. La néphrectomie doit être préférée à la néphrotomie.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. J. Michaud. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-utérines.*

M. Boujol. — *Sur une variété rare d'abcès et d'infiltratiou d'urine chez les rétrécis.*

Ce travail, inspiré par M. Vallas, a pour but de faire mieux connaître et de mettre en honneur la méthode de Trendelenburg pour le traitement des *fistules vésico-utérines*. Cette méthode que M. Michaud, du reste, ne propose de substituer à celle de Sims que dans les cas où la situation trop profonde des lésions rend cette dernière impraticable, comporte les deux temps suivants : d'abord cystotomie sus-pubienne qui permet l'accès direct de la portion vésicale de la fistule, puis suture de cette dernière.

Le premier chapitre est une étude clinique complète des fistules vésico-utérines; de leur origine le plus souvent puerpé-

rale, soit par suite de la lenteur de l'accouchement, soit comme résultat d'une intervention obstétricale maladroite; de leur physionomie symptomatique, avec, comme dominante, l'écoulement de l'urine et ses conséquences; l'odeur très pénible qui imprègne la malade et en fait un objet de dégoût pour les autres et pour elle-même; les altérations du col de l'utérus macéré; l'irritation et l'excoriation des organes génitaux externes et des cuisses; l'inflammation chronique qui fixe l'utérus aux organes voisins, en lui constituant comme une atmosphère fibreuse.

L'anatomie pathologique sur qui sont fondées les déductions thérapeutiques des chapitres suivants est particulièrement détaillée : la fistule, ses deux orifices et son trajet, ses formes et ses positions diverses; les moyens de dévoiler son existence (dilatation du col, injections colorées).

Les méthodes curatives employées jusqu'à ce jour (deuxième chapitre) sont divisées en 3 groupes : d'abord, méthodes s'adressant aussi bien aux fistules vésico-vaginales qu'aux fistules vésico-utérines. Ce sont les cautérisations après dilatation du col, cautérisations de toute nature ne présentant pas, semble-t-il, une sécurité suffisante pour l'avenir, et le procédé américain, dit procédé de Sims (avivement et suture de la fistule par la voie vaginale). Ce dernier, l'auteur insiste sur ce point, est le *procédé de choix toutes les fois qu'il est possible*.

Viennent ensuite les méthodes spéciales pour la cure des fistules vésico-utérines : à citer le procédé Fallet-Champney (décollement de la cloison vésico-utérine, puis fermeture de l'orifice vésical, visible dans le vagin), et le procédé de Otto von Herf (section médiane du col et décollement du trajet, puis suture).

En troisième lieu, méthodes indirectes, dont le but est de faire cesser l'incontinence en créant un obstacle à l'issue de l'urine au-devant de la solution de continuité, et dont l'effet général semble être de produire des troubles sérieux de la menstruation et la stérilité.

Les principales de ces méthodes indirectes sont l'hystéro-stomato-cleisis de Jobert, l'incarcération du col utérin dans la vessie (Courty), enfin le colpo-cleisis (Vidal, de Cassis).

Dans le troisième chapitre, le procédé de Trendelenburg est étudié complètement, tant au point de vue de son manuel opératoire que de ses indications et de ses résultats.

Les indications sont les principaux obstacles à la méthode de Sims, savoir : 1° brides ou replis cicatriciels cachant la fistule; 2° adhérences du trajet fistuleux; 3° étroitesse du vagin (Pousson : fistules chez les enfants); 4° profondeur du vagin (cas de Vallas); 5° calculs vésicaux; 6° cystites.

Les résultats sont indiqués dans deux tableaux, l'un contenant des observations de fistules vésico-utérines, l'autre vésico-vaginales. Ces 13 observations donnent 2 insuccès, 1 succès partiel et 10 guérisons complètes.

La lecture de ces 13 observations, surtout de la dernière, appartenant à M. Vallas, et qui a été le prétexte de la présente thèse, démontre les services que peut rendre le procédé ingénieux, mais un peu dédaigné, de Trendelenburg.

M. Boujol s'est proposé d'exposer les idées de M. Gangolphe au sujet des *rétrécissements larges*, de leurs complications et surtout de la nature infectieuse de ces complications. Dans son historique, il relate les travaux de Reybard 1855, de Voillemier 1868, et d'Otis 1878, qui les premiers attirèrent l'attention sur la fréquence et l'importance des rétrécissements larges. Paraissent ensuite, presque simultanément, les observations d'abcès urineux de MM. Pousson, de Bordeaux, et Gangolphe, 1890. Enfin, d'autres observations d'infiltration et de fistules (Vigneron, Horteloup, Carlier), des travaux théoriques de Desnos, de la Galle (Thèse Paris, 1893), d'Albarran, complètent l'étude de cette question; un seul point reste négligé malgré son importance pratique, c'est l'étude des complications, étude qui est l'objet de la présente thèse.

Un exposé détaillé d'observations publiées par les auteurs précités, ou fournies par M. Gangolphe sert de base aux conclusions. 9 cas d'abcès urineux, 4 d'infiltration d'urine, et 4 de fistules urinaires, chez des malades pour la plupart anciens blennorrhagiques, mais dont les urèthres admettaient des sondes n° 20 et 21, montrent l'importance qu'il y a à connaître la possibilité de ces accidents malgré l'absence des troubles ordinaires de l'urination. Dans plusieurs des cas décrits c'est à une maladie infectieuse générale (fièvre typhoïde, érysipèle), qu'on a pensé d'abord.

Abcès urinaire, infiltration, ce sont degrés différents d'un même processus, issue de l'urine infectée dans le tissu cellulaire péri-uréthral. Faut-il, quand il s'agit d'un rétrécissement large, regarder cet accident comme une conséquence mécanique (Voillemier, Forgue)? A cette pathogénie, soutenable pour les rétrécissements serrés, il manque un facteur important dans les cas considérés, c'est la dilatation excentrique de l'urèthre et la stagnation de l'urine.

L'explication de Hunter, qui regarde le travail ulcératif de l'urèthre comme lié en quelque sorte à la présence du rétrécissement par « une sympathie de contiguïté », soulève les mêmes objections.

Pour M. Gangolphe, les modifications épithéliales causes de l'épaississement qui aboutit au rétrécissement large ou étroit, offrent dans les deux cas un terrain propice de développement aux micro-organismes. Sous cette influence, se produit alors un sphacèle total du canal qui emportera « à la fois la région atrésiée et son voisinage, ou seulement ce dernier ». Quels agents faut-il incriminer? D'après les recherches de Petit et Wassermann, d'Albarran et Hallé, à la bactérie pyogène appartient le premier rôle; les autres pyogènes, staphylocoques et streptocoques, n'ont qu'une action contingente et secondaire.

Enfin, dans son chapitre terminal, celui du traitement, l'auteur insiste particulièrement sur deux points, dont l'utilité est bien mise en évidence par la pratique journalière de M. Gangolphe : le calibrage et les lavages fréquents au nitrate au millième.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire (Stones in the common duct and their surgical treatment, with remarks on the ball-valve action of floating choledochus-stones), par Fenger (*The american Journ. of the med. Scienc.*, fév. 1896, p. 125). — La première observation de Fenger a trait à l'autopsie d'une malade non opérée.

La seconde est d'une femme de 42 ans ayant eu 6 enfants et 2 fausses couches; a commencé à avoir des douleurs épigastriques et des troubles de digestion à l'âge de 22 ans. En 1892, elle eut une crise de douleurs gastriques irradiant vers le côté droit. Pendant 3 semaines, ces douleurs se reproduisirent très fréquemment et très intenses; il y eut en même temps un peu d'ictère. Depuis ce temps, la malade ne se sentit jamais tout à fait bien; souvent elle a des faiblesses et une pesanteur dans la région épigastrique. Il y eut une autre crise très douloureuse en octobre 1894; depuis ce temps, les selles sont restées décolorées; l'ictère ne commençait à apparaître qu'après les douleurs.

Le 1er janvier 1895, crise très douloureuse s'accompagnant de frissons et ne durant que 4 jours. La malade a beaucoup maigri. On fit une incision verticale de 10 centimètres le long du bord externe du muscle droit; on ne trouva pas de vésicule biliaire, mais à la place qu'elle aurait dû occuper on trouva des adhérences avec le côlon transverse; on les rompit sans trouver de vésicule; le pylore était aussi adhérent à la face inférieure du foie. En rompant ces adhérences, on trouva une petite vésicule vide. On sentait en arrière du duodénum une masse nodulaire occupant le hile du foie et composée d'une agglomération de ganglions et d'une petite masse ronde, dure, mobile, qui était un calcul, et enfin d'une masse semi-solide, qui était la tête du pancréas. On dut agrandir la plaie abdominale par en bas. On attira en bas le côlon et l'épiploon, on repoussa à droite l'estomac, on souleva le foie et on sépara le duodénum de la vésicule biliaire, on put alors passer un doigt derrière la masse nodulaire et l'amener dans le champ opératoire. Une incision longitudinale sur le côté gauche de cette masse permit d'enlever le calcul. On explora le canal cholédoque, mais on ne trouva aucun autre calcul. Cepen-

dant les parois de ce canal étant épaissies, on ne put faire passer la sonde de ce canal dans l'intestin. Il n'y avait pas de carcinome. On mit 5 points de suture dans la tunique musculaire du cholédoque, puis 5 points de suture pour fermer l'incision faite dans le tissu glandulaire et l'épiploon hépatico-duodénal. On draina et on bourra la plaie de gaze iodoformée. Suture de la plaie abdominale. Guérison complète.

Une femme de 40 ans avait eu à 20 ans une gastro-entérite aiguë avec vomissements et diarrhée, mais sans douleur ni ictère. Elle a eu depuis 5 enfants et 1 fausse couche. Il y 5 ans, elle a brusquement été prise de crampes stomacales avec constipation et vomissements; les douleurs persistèrent pendant deux heures. 2° attaque semblable 6 mois après. Depuis elle a eu une série de ces attaques survenant à des intervalles irréguliers. A partir d'avril 1894, les attaques reviennent tous les 2 ou 3 jours. En septembre 1894, on fait une laparotomie et on retire un calcul de la vésicule. Aucune amélioration, et il persiste une fistule. Le 21 février 1895, on opère, on gratte le trajet fistuleux et on le suture. On ouvrit la cavité péritonéale au-dessous de cette fistule; on excisa la fistule en la laissant toutefois en connexion avec la vésicule; le côlon transverse et le pylore étaient adhérents à la vésicule et au hile; on rompit les adhérences et on trouva que la vésicule était rétractée et vide; pas de calcul dans le canal cystique. On rompit encore des adhérences et on introduisit le doigt dans l'hiatus de Winslow; on sentit un calcul mobile. On protégea l'abdomen avec de larges éponges plates et on fit une incision longitudinale qui permit d'enlever le calcul. Suture de l'incision longitudinale du cholédoque. On réséqua alors tout le trajet de la fistule. On draina et on sutura la plaie abdominale. Guérison.

Un homme eut pour la première fois, en 1893, une colique hépatique avec frissons, fièvre, douleurs et ictère. Jusqu'en février 1895, les attaques se renouvelèrent de temps en temps. Il eut alors une crise très forte, sans vomissements, mais avec frissons et fièvres. Le 14 avril, incision longitudinale sur le bord externe du muscle droit; on dut faire une incision transversale pour arriver sur l'emplacement de la vésicule, et là on trouva une adhérence en forme de corde reliant le foie à la paroi abdominale; on la coupa; on ne put voir la vésicule, car en ce point adhéraient l'épiploon et l'estomac. On sectionna l'épiploon entre 2 ligatures et on arriva sur le colon transverse. La section de l'épiploon gastro-hépatique permit de repousser l'estomac à gauche. Enfin la section de l'épiploon gastro-colique permit de voir la vésicule; elle était vide et rétractée. Par l'hiatus de Winslow (après dissection préalable de la région avec des instruments à pointe mousse), on put sentir 2 calculs dans le cholédoque. Incision longitudinale de 1 centimètre dans ce canal. On retira alors successivement 3 calculs; l'exploration du cholédoque révéla la présence d'un 4° calcul, qu'on put enlever aussi. Suture de l'incision du cholédoque en 2 rangs de sutures. On bourra la plaie de gaze boriquée. Sutures des incisions abdominales; drainage. Le malade, pendant assez longtemps, a vu s'écouler par la fistule qui resta un liquide à aspect de chyle. Actuellement, il va très bien et travaille.

Un homme de 25 ans, ayant eu la fièvre typhoïde 5 ans auparavant, fut pris de douleurs épigastriques sans ictère en décembre 1894; 2° attaque en février 1895, pas de jaunisse; 3° attaque le 28 mars; 4 jours après, nouvelle attaque avec vomissements et sueurs profuses; quelques jours après, il y eut de l'ictère. Les douleurs persistèrent pendant 10 jours. Puis les attaques devinrent plus fréquentes et le malade maigrit; les crises augmentèrent aussi d'intensité et de durée. La douleur étant localisée dans la région épigastrique, l'ictère étant de moyenne intensité, l'amaigrissement étant notable, et, en raison de l'absence complète de tumeur et de douleurs dans la région de la vésicule, on fit le diagnostic de calculs biliaires mobiles dans le cholédoque. Le 10 mai, on opéra: incision verticale au niveau de la vésicule; suture du péritoine à la peau. Il y avait beaucoup d'adhérences entre le foie et les organes voisins; on les rompit avec beaucoup de peine. Le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow ne put sentir de calcul ni dans le cholédoque ni dans le cystique. La palpation du foie fit sentir à sa surface des nodules arrondis. La tête du pancréas était hypertrophiée et on pensa alors qu'elle avait probablement causé l'ictère en comprimant le cholédoque; il y avait des ganglions lymphatiques hypertrophiés. Une sonde introduite dans le cholédoque put passer d'une part dans le canal cystique et d'autre part dans le duodénum. On crut alors à une tumeur maligne de la tête du pancréas. Aussi fit-on l'anastomose de la vésicule biliaire et du jéjunum à l'aide du bouton de Murphy; on y arriva qu'avec peine, la vésicule étant atrophiée. Mort 4 jours après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite diffuse; la tête du pancréas était normale. En ouvrant le duodénum, on vit sur sa face postérieure, au niveau de la tête du pancréas, un petit polype arrondi d'un centimètre de diamètre; sur sa surface convexe s'ouvrait le canal du cholédoque. On incisa ce polype; on trouva un calcul du volume d'un noyau de cerise dans ce prétendu polype, qui n'était ainsi que le diverticule de Vater dilaté de façon à former une petite poche qui contenait le calcul.

L'observation VI concerne une femme qui avait subi des opérations pour tuberculoses osseuses multiples depuis 1887. En 1893, elle eut des douleurs épigastriques intenses pendant une semaine; il y eut des vomissements; pas d'ictère. Depuis 2 ans, elle a eu de petites attaques. En mai 1895, attaque très forte, qui dura jusqu'en juillet; il y eut des vomissements, de l'ictère. Nouvelle attaque très forte le 5 août. Opération le 8 octobre. Incision longitudinale le long du bord externe du muscle droit; suture du péritoine à la peau. La vésicule était vide, rétractée, blanchâtre. Le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow sentit 2 calculs mobiles. On dut agrandir la plaie abdominale. Incision du cholédoque; on enleva les 2 calculs. Le doigt introduit dans le cholédoque ne sentit pas de calcul du côté du hile du foie, mais on en sentit un du côté du duodénum. On enleva ce 3° calcul, qui se brisa, et on en recueillit les débris. L'exploration du cholédoque par la sonde ne révéla la présence d'aucun autre calcul. Suture de l'incision dans le cholédoque et le ligament hépatico-duodénal. On bourra la plaie de gaze stérilisée; on incisa alors la vésicule dont le col était occupé par un calcul qu'on retira en débris; les parois de la vésicule étaient très épaisses et il y eut une hémorrhagie abondante. Drainage de la vésicule; suture de la vésicule à la paroi supérieure de l'incision abdominale; drainage de la plaie; pansement; guérison.

Cholécystentérostomie (Primary cholecystenterostomy by means of the Murphy anastomosis button, with a report ot two successful cases, from one of which was obtained more than fine hundred gall-stones), par BAER (*University med. Magazine*, janvier 1896, p. 242). — La cholécystentérostomie, d'après l'auteur, est bien supérieure à la cholécystotomie, laquelle expose trop souvent à des fistules biliaires permanentes. Il en rapporte les 2 cas suivants :

1° Une femme de 36 ans ayant eu 5 enfants et 3 fausses couches, avait depuis 6 ans des troubles gastro-intestinaux et de la céphalée. Elle avait des attaques durant 3 ou 4 jours et s'accompagnant de prostration; au début, il y eut de la jaunisse. Elle avait dans la région ombilicale droite une petite tumeur qu'on avait prise pour un rein flottant et qui augmentait de volume au moment des attaques bilieuses, lesquelles s'accompagnaient de douleurs épigastriques. Il n'y eut jamais de colique hépatique franche. La tumeur était très mobile, mais semblait bien appartenir à la région hépatique. L'auteur diagnostiqua une vésicule biliaire distendue. Le 11 février, incision au niveau de cette tumeur qu'on trouva être la vésicule très congestionnée. Elle contenait des calculs. Le canal cholédoque était vide. On attira dans l'incision une anse intestinale sous-jacente au duodénum. On protégea la cavité péritonéale par des compresses de gaze stérilisée. On plaça alors les fils dans l'anse intestinale choisie et du côté opposé au mésentère, puis on incisa en ce point, on plaça dans l'incision le bouton de Murphy et on serra les fils. On agit de même sur le fond de la vésicule qu'on incisa et dont on retira une douzaine de calculs; on plaça le bouton et on attacha les fils. On ajusta alors les cylindres centraux des 2 boutons, puis on retourna le tout dans l'abdomen et on ferma la plaie. La malade guérit très bien; le 8° jour, il y eut une douleur intestinale intense, puis la malade eut une garde-robe dans laquelle il y avait le bouton et plus de 500 calculs.

2° Un homme de 47 ans, pesant 215 livres, avait depuis quelques années des céphalées périodiques, qui devinrent plus fréquentes et plus fortes et finalement s'associèrent à des dou-

leurs légères de la région hépatique, qui, plus tard, devinrent permanentes avec des exacerbations de temps en temps. Il y avait un peu d'ictère au moment des attaques. On ne sentait pas de tumeur biliaire. Le traitement médical n'enraya en rien la marche de l'affection et on dut opérer. On incisa au niveau de la vésicule biliaire. On trouva une vésicule très petite; 2 calculs bouchaient l'entrée du canal cystique. On dut agrandir l'incision; on ne put trouver l'intestin grêle en raison de l'épaisseur des parois abdominales, de la grande quantité de graisse qui surchargeait l'épiploon et de la profondeur à laquelle on dut par suite opérer. On résolut alors de faire l'anastomose entre la vésicule et le côlon transverse à son origine. On éprouva de très grandes difficultés : la vésicule ayant ses parois très hypertrophiées et sa cavité très réduite, on n'y put enfoncer le bouton que très difficilement. Pour réunir les 2 boutons, on eut des difficultés presque insurmontables : dans les efforts qu'on fit pour cela, on arracha le bouton de la vésicule; on dut le replacer et resserrer autour de lui les bords déchiquetés de l'incision dans les parois de la vésicule; enfin, dans un dernier effort, on parvint à réunir les 2 boutons. On ferma alors la plaie. Pendant 16 jours, il y eut des douleurs très vives et de la fièvre; au bout de ce temps, le malade rendit le bouton et les calculs. Le malade quitta l'hôpital guéri un mois après l'opération.

Cholédocotomie (A case of gall-stone impacted in the commonduct), par Mc Cosh (*New York med. Journ.*, 1er février 1896, p. 149). — Une femme de 42 ans eut, pour la première fois, une colique hépatique en août 1894; elle sentit alors se développer sous l'hypochondre droit une tumeur très dure; en même temps, il y eut de la fièvre et des vomissements. Il y eut une série d'autres attaques toujours accompagnées d'ictère. Puis les douleurs, sans être très fortes, devinrent à peu près permanentes, et il y eut continuellement un peu d'ictère et des selles décolorées. On sentait la tumeur juste au-dessous des fausses côtes droites. On fit une incision verticale en dehors du muscle droit; on trouva l'épiploon adhérent à la vésicule, aux conduits biliaires et au duodénum. Le cholédoque était compris dans une masse de tissu d'inflammation le rattachant à l'intestin. Dans cette masse, on sentait un corps dur. On dut agrandir l'incision abdominale par une 2e incision à travers le muscle droit et transversalement dirigée. On sépara les anses intestinales adhérentes et on trouva que le corps dur était un calcul enclavé dans le canal cholédoque au voisinage de son abouchement dans l'intestin. On incisa le canal cholédoque verticalement et on en retira ce calcul, qui était de la grosseur d'une noix. En outre, 2 calculs plus petits et un peu de bile s'échappèrent par cette incision. Après cela, on trouva que le cholédoque était perméable dans toute son étendue. On sutura l'incision de ce canal par 2 rangs de sutures au catgut. On plaça sur cette ligne de sutures une bande de gaze dont le reste fut ramené hors de l'abdomen, à travers la plaine abdominale; puis on ferma cette dernière. Guérison.

Laparotomie pour douleur hépatique (Report of a case of supposed abscess of liver, laparotomy, excision of piece of liver, with relief of symptoms and complete recovery), par Peabody (*Medical Record*, 8 février 1896, p. 193). — Un homme de 39 ans entra à l'hôpital en octobre 1892. Sa maladie avait débuté le 6 août par des crampes abdominales, suivies au bout de 24 heures d'un frisson, de fièvre et de sueurs. Bientôt l'hypochondre droit devint sensible à la pression et ces douleurs avaient augmenté dans la suite. Il eut ainsi plusieurs crises de frissons suivis de fièvre et de sueurs. La quinine ne réussit aucunement à calmer cet état. Il y avait des douleurs continues juste au-dessous du cartilage ensiforme; le malade avait aussi une douleur dans l'épaule droite. Il avait de l'anorexie et avait beaucoup maigri. Au moment de son entrée à l'hôpital, toute la région du foie était douloureuse. La matité hépatique commençait au 5e espace intercostal et dépassait le rebord des fausses côtes de 3 centimètres 1/2. On ne sentait pas la rate. Pendant 10 jours, il ne se produisit aucun changement dans cet état. On crut à un abcès du foie et on fit la laparotomie le 31 octobre. La surface du lobe gauche du foie était parsemée de petits points blancs analogues à des abcès miliaires ou à de très jeunes tubercules; du reste, la surface était lisse et ne présentait de bombement en aucun point. On ponctionna les 2 lobes du foie sans en retirer de pus. On excisa un petit fragment de tissu hépatique contenant des points blancs. Au microscope, on vit que ces points blancs contenaient de nombreuses accumulations de petites cellules rondes comme s'il s'agissait de petits abcès. La plaie se referma et le malade guérit complètement. Un peu après, il eut de nouveau des douleurs, mais du côté gauche de l'abdomen, avec de la fièvre. Puis tout rentra dans l'ordre et depuis 3 ans, le sujet se porte parfaitement.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Colchicine.

Définition. — La colchicine est un glucoside cristallisé et chimiquement défini, extrait du *colchicum autumnale* (Caventou, Pelletier, Melandri, Moretti).

Solubilité. — Soluble dans l'alcool faible, est à peine soluble dans l'eau froide. Ne forme pas de sel avec les acides, mais traitée à chaud, en présence de ceux-ci, donne naissance à de l'*apocolchicine*, dont les applications thérapeutiques sont encore à l'étude.

Propriétés thérapeutiques. — La colchicine a été employée comme antigoutteux par Lorent et Heyfelder. Par extension, on l'a préconisée contre les névralgies d'origine arthritique (sciatique goutteuse). M. Laborde, qui a fait de ce glucoside une étude spéciale, le considère comme un médicament *préventif* et *curatif* de l'accès de goutte. En même temps, il aurait une action élective sur le muscle cardiaque. Enfin, même employé hypodermiquement, il pourrait avoir une action irritante sur l'intestin et les voies rénales, sans jamais amener d'albuminurie.

La colchicine a été utilisée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (Hirsch) et dans le rhumatisme chronique (Badia).

Le praticien sera autorisé à l'employer hypodermiquement, malgré les douleurs qui accompagnent l'injection, dans le traitement de l'accès de goutte, avec phénomènes d'intolérance gastrique. Il pourra encore y avoir recours contre les névralgies des goutteux.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 2 à 5 milligrammes pour une injection. Une seule injection en 24 heures.

Effets de l'injection

a) *Immédiats.* Assez douloureuse, l'injection n'est suivie d'aucune réaction locale, sous la condition d'une asepsie rigoureuse. Les premiers auteurs qui ont employé la colchicine ont noté une douleur et une irritation locales telles qu'ils ont dû y renoncer (Lorent). Ces phénomènes tenaient à l'impureté du produit et au défaut d'asepsie : ils ne se sont pas renouvelés entre les mains des autres expérimentateurs.

b) *Éloignés.* Augmente le tonus cardiaque. Élève la pression artérielle. Amène quelquefois une diarrhée et une diurèse abondantes. On doit suspendre l'usage du médicament s'il provoque des vomissements.

FORMULE

Colchicine cristallisée.	0 gr. 05
Alcool à 22°.	20 gr.

1 à 2 centimètres cubes.

(Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ictère, coliques hépatiques subintrantes cholécystoduodénostomie; guérison,

Par M. le Dr Pierre Delbet.

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de communiquer à la *Société de chirurgie* un cas de cholécystoduodénostomie qui présente peut-être un certain intérêt.

La malade dont il s'agit, Florence B..., âgée de 30 ans, a des antécédents très chargés.

Son père est mort poitrinaire. Sa mère, qui est vivante, a eu autrefois des coliques hépatiques. Tous ses frères, au nombre de 6, sont morts en bas âge, probablement de méningite tuberculeuse. La malade dit avoir été soignée elle-même pour une méningite à l'âge de 5 ans. A 10 ans, elle eut une fièvre typhoïde. A 14 ans, elle fut atteinte de chorée. Un peu plus tard elle devint très nerveuse. Ses règles s'établirent péniblement vers l'âge de 17 ans. Peu de temps après, elle fut prise de vives douleurs abdominales qui l'obligèrent à entrer à la Pitié où elle resta 18 mois. En septembre 1894, nouvelles douleurs dans l'abdomen, pertes blanches abondantes, troubles menstruels. Notre collègue Michaux, qui la soigna alors, lui fit avec succès l'hystérectomie vaginale.

J'arrive enfin, après cette longue énumération, à la maladie pour laquelle je l'ai soignée à mon tour.

Le 26 février 1896, se manifeste la première colique hépatique. La crise a duré 3 heures et a été d'une acuité extrême. L'ictère apparaît le 1er mars. Les coliques se répètent et deviennent de plus en plus intenses. La malade entre alors à l'hôpital Laennec dans le service de M. Gingeot.

L'ictère est très foncé, les matières sont décolorées complètement.

Le pouls ralenti donne de 50 à 54 pulsations par minute. Il n'y a pas de fièvre; mais les coliques sont de plus en plus longues, de plus en plus fréquentes, si bien qu'à partir du 15 mars elles deviennent subintrantes. La malade n'a plus un instant de repos. Les douleurs sont telles que la morphine ne les soulage plus. Des injections de 3, 4 centigrammes restent sans effet. Les vomissements sont presque incessants, l'agitation extrême. On n'arrive à procurer quelque soulagement à la malade qu'en l'anesthésiant au chloroforme.

C'est alors que M. Gingeot me demande de la voir et de l'opérer. Elle était très amaigrie, avec les pommettes saillantes et les yeux excavés. L'ictère est jaune verdâtre, les matières sont toujours complètement décolorées.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Le foie n'est pas augmenté de volume : la vésicule biliaire n'est pas perceptible.

L'obstruction des voies biliaires n'était pas douteuse : mais quelle était la cause de cette obstruction? L'intensité des phénomènes douloureux et surtout l'absence de dilatation de la vésicule biliaire rendaient très probable l'existence d'un calcul. Je m'arrêtai à ce diagnostic de probabilité, et fus d'avis, comme M. Gingeot, qu'il fallait intervenir le plus tôt possible pour ne pas laisser l'état général de la malade s'aggraver davantage.

Je pratiquai l'opération le 19 mars 1896 dans les conditions suivantes :

Je fis au travers du muscle droit du côté droit une incision verticale commençant sur les fausse côtes et descendant environ à 8 centimètres plus bas.

Le péritoine ouvert, le bord du foie se présente, et la vésicule qui est rétractée. Il n'existe aucune adhérence au niveau de cette dernière; le péritoine est absolument normal. La palpation permet de reconnaître que la vésicule ne contient pas de calcul. Je veux alors explorer le canal cholédoque, et pour cela je cherche à pénétrer dans l'hiatus de Winslow. Il est très incomplètement oblitéré par de petites adhérences filamenteuses qui cèdent facilement. J'introduis un doigt dans l'hiatus, qui est étroit, et, saisissant l'épiploon gastro-hépatique, je l'explore minutieusement. Je sens d'abord une nodosité grosse comme une noisette, aplatie, mais je constate que c'est un ganglion. Je reconnais deux autres nodosités du même genre, qui sont également des ganglions. Je ne puis trouver aucun calcul. J'explore alors la région rétro-duodénale sans rien trouver d'anormal ni du côté du cholédoque, ni du côté du pancréas.

Que devais-je faire dans ces conditions? Fallait-il, me fiant à cet examen négatif, refermer l'abdomen sans aller plus loin? Il me semble que mon examen, encore qu'il ait été très soigneusement fait, ne me permettait pas de conclure absolument qu'il n'existait aucun obstacle du côté du cholédoque. Un petit calcul avait pu m'échapper, et puis il pouvait s'agir d'un rétrécissement inflammatoire ou d'un néoplasme. L'existence d'un obstacle me paraissait d'autant plus probable que je n'avais trouvé aucun signe d'inflammation, aucune adhérence qui pût expliquer les phénomènes douloureux, car les minces filaments

qui existaient du côté de l'hiatus de Winslow n'avaient vraiment aucune importance. Considérant que la cholécystentérostomie n'expose pas autant qu'on l'a dit à l'infection des voies biliaires — j'ai publié ici même un cas qui le prouve — je me décidai à ouvrir la vésicule pour tenter le cathétérisme et faire une cholécystentérostomie si je ne trouvais pas d'obstacle que je pusse supprimer.

La vésicule ouverte, j'y introduisis une sonde en gomme stérilisée. Malgré tous mes efforts, celle-ci ne put pénétrer à plus de 3 centimètres.

Mais la vésicule ouverte et vidée, il ne s'écoulait pas de bile. Je me demandai si le canal cystique ou le canal hépatique n'étaient pas oblitérés. Une exploration minutieuse ne m'ayant rien révélé d'anormal du côté de ces deux organes, je pensai qu'il s'agissait d'une acholie réflexe et me décidai à faire la cholécystoduodénostomie.

Le pylore reconnu, je passe un fil dans la première portion du duodénum pour l'attirer, et je fais l'anastomose biliaire sur cette portion. La suture fut rendue difficile par la rétraction considérable de la vésicule.

Je fis d'abord une suture séro-séreuse de la lèvre postérieure de l'incision vésiculaire à la face convexe du duodénum, puis j'incisai ce dernier sur une étendue de 5 à 6 millimètres, et je fis un second plan de suture muco-muqueuse de la lèvre postérieure. Pour la lèvre antérieure je procédai en sens inverse : suture muco-muqueuse d'abord, suture séro-séreuse ensuite. Je ferai remarquer que l'incision latérale m'avait conduit juste sur le champ opératoire profond. Je crois que si j'avais fait l'incision médiane, j'aurais été extrêmement gêné pour anastomoser la vésicule rétractée avec le duodénum. Cette incision latérale m'avait d'ailleurs permis d'explorer facilement toute la région intéressante et même jusqu'à l'aorte.

La plaie abdominale fut complètement suturée en un seul plan.

Dans la journée, la malade a ressenti des douleurs assez vives; mais elle est très affirmative pour déclarer que ces douleurs ne ressemblent pas à ses coliques antérieures. T. 37°. Pouls 54°.

La température est restée à 37° jusqu'au 24 mars, 5e jour de l'opération. Le soir de ce jour la malade fut prise d'un point de côté et la température s'éleva à 37°6, le lendemain à 38°. Une congestion pulmonaire s'était déclarée, et pendant 8 jours la température oscilla entre 38° et 39°. L'état général n'a d'ailleurs jamais été grave.

Le 5e jour, 0gr50 de calomel furent administrés en deux fois, et déterminèrent des selles noirâtres. Les selles sont restées noirâtres pendant quelques jours, comme il arrive souvent après l'ingestion de calomel, de sorte qu'il est impossible de dire à quel moment elles se sont recolorées sous l'influence de la bile.

Les urines ont commencé à s'éclaircir au 8e jour. Depuis l'opération aucune colique ne s'est reproduite.

Le 10e jour les fils furent enlevés, la réunion était complète, mais le lendemain le pansement fut trouvé souillé de sang. Une désunion superficielle s'était produite sur une étendue d'un centimètre environ, et une artériole de la paroi avait saigné assez abondamment. A la suite de cet incident, il est resté une petite fistule toujours superficielle qui s'est fermée complètement au bout d'une quinzaine de jours.

L'ictère disparaît peu à peu. L'appétit revient. La malade réclame même sans cesse à manger.

Un mois après l'opération, le 19 avril, elle est sortie complètement guérie, ayant repris son teint normal et ne ressentant plus aucune douleur.

REVUE DES CONGRÈS

VIe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Kieff.

Examen du sang chez les typhiques et les pneumoniques.

M. Korovitzky a fait environ 600 examens du sang chez 150 malades de 21 à 24 ans atteints d'affections diverses : fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, fièvre intermittente, affections du foie, des reins. Ces recherches, en ce qui concerne les typhiques et les pneumoniques, ont donné les résultats suivants :

1° Dans la fièvre typhoïde et la pneumonie, la teneur du sang en hémoglobine est très variable, suivant les périodes de la maladie; son maximum était de 18,48 p. 100, le minimum de 7,24. Dans la pneumonie, elle oscille entre 18,74 et 8,64;

2° Après la chute de la fièvre survient un certain degré d'anémie, et l'hémoglobine tombe pendant un certain temps assez bas et assez brusquement dans les deux maladies; mais cette anémie post-fébrile est en général plus grave dans la fièvre typhoïde que dans la pneumonie;

3° La diminution d'hémoglobine commence dans la plupart des cas pendant la période fébrile, parfois assez longtemps avant la chute de la fièvre, en général plus tôt dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde (dès les premiers jours quelquefois);

4° Parfois cependant, surtout dans les cas graves ou même se terminant par la mort, l'hémoglobine, au lieu de diminuer, augmente;

5° On peut observer, dans la dothiénentérie comme dans la pneumonie, des élévations brusques et passagères du taux d'hémoglobine; c'est ainsi que l'hémoglobine augmente généralement le lendemain de la crise chez les pneumoniques.

La contradiction entre les deux dernières conclusions et la loi générale d'appauvrissement du sang pendant la période fébrile ne paraît pas être qu'apparente; et ces phénomènes sont probablement en rapport avec l'augmentation de la saturation du sang. Conformément aux expériences de M. Thomas, la masse totale de sang diminue pendant la fièvre; il en est de même pour sa richesse absolue en hématies et en hémoglobine. Dans la fièvre typhoïde et quelques autres états analogues, l'organisme est soumis à une inanition partielle; aussi la quantité absolue d'hémoglobine diminue-t-elle. Mais, dans certains cas, il peut se faire qu'en raison de circonstances spéciales tenant à des causes diverses, l'échange de liquide entre le sang et les tissus se modifie; il en résulte une augmentation du degré de saturation du sang (et sa richesse relative en hémoglobine). Cette augmentation masque l'appauvrissement réel du sang en matière colorante.

Les recherches de M. Korovitzky sur les modifications du nombre des globules rouges ne font que confirmer les faits déjà signalés, à savoir : leur diminution, qui est plus tardive et moins nette que celle de l'hémoglobine.

Quant à la leucocytose, elle est très marquée dans la pneumonie et par contre fait défaut dans la fièvre typhoïde, laquelle, à ce point de vue, fait exception parmi toutes les maladies infectieuses.

Injections sous-conjonctivales de sublimé dans la myopie.

M. Piéounof, qui a essayé les injections sous-conjonctivales de sublimé dans 100 cas de myopie, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les injections sous-conjonctivales de sublimé font rapidement disparaître les phénomènes d'asténopie musculaire et permettent aux malades de reprendre leurs occupations.

2° Les phénomènes d'irritation du côté de la choroïde et de la rétine de même que la photopsie qui en dépendent cessent rapidement.

3° Les phénomènes inflammatoires récents du fond de l'œil et les hémorrhagies de cette région disparaissent également, à la condition de prolonger le traitement pendant un temps suffisant.

4° L'acuité visuelle, dont la diminution dépendait des modifications des milieux de l'œil, augmente quelquefois d'une façon considérable.

5° Dans aucun cas il n'est survenu de complications ou d'aggravations; plusieurs fois la marche progressive de la myopie a été arrêtée.

6° Pour éviter la récidive et le retour des phénomènes inflammatoires du côté de la choroïde et de la rétine, le traitement doit être continué pendant 6 à 8 mois.

M. Mandelschtam n'a jamais pu constater les bons effets des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les cas où M. Piéounof les a employées.

M. Kraïski a constaté que les injections sous-conjonctivales de sublimé diminue les douleurs dans les affections profondes de l'œil, mais n'arrêtent le processus que dans des cas exceptionnels, notamment quand il s'agit des lésions syphilitiques. Pour éviter les phénomènes d'irritation, il serait même indiqué de remplacer le sublimé par un sel mercuriel plus soluble et moins irritant.

Pathologie de l'épilepsie.

M. Kraïnski, en s'appuyant sur une série de recherches personnelles, admet que les attaques épileptiques et épileptiformes sont produites par l'accumulation du carbamide acide d'ammoniaque dans l'organisme. Le carbamide acide d'ammoniaque provient très probablement de la transformation d'une partie d'urée qui normalement aurait dû se transformer en acide urique. Le carbamide acide d'ammoniaque s'accumule dans le sang progressivement, et arrivé à une certaine quantité il provoque une attaque épileptiforme au cours de laquelle il se transforme en urée.

La sérothérapie dans le typhus récurrent.

M. Gobritschevsky a inoculé le typhus récurrent à des singes; puis il injectait le sérum de l'animal, qui en a guéri, à un autre récemment inoculé : le résultat fut tel que l'injection de sérum d'animal guéri a arrêté l'évolution de la même affection chez le singe inoculé.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 Juillet 1896.

Cholécystogastrostomie.

M. Terrier à propos du cas rapporté à la séance précédente par M. Monod (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 55, p. 654), relate l'observation d'un malade qu'il a opéré pour des phénomènes d'obstruction du cholédoque. A l'ouverture de l'abdomen, on constata qu'il s'agissait d'un cancer du pancréas ayant comprimé le canal cholédoque. Comme l'intestin était assez éloigné de la vésicule biliaire, M. Terrier se décida à aboucher cette dernière avec l'estomac. L'opération réussit fort bien et le malade, se rétablit très rapidement. Quelques mois plus tard, il succomba à la généralisation de son cancer, et à l'autopsie on a pu constater que l'orifice entre la vésicule et l'estomac était très suffisant.

Le passage de la bile dans l'estomac n'a jamais donné lieu à des accidents.

L'abouchement de la vésicule avec l'estomac a été fait en premier lieu par un chirurgien viennois ; M. Terrier l'a faite en second lieu; l'observation de M. Monod est la troisième en date.

Greffe de Thiersch et méthode italienne combinées.

M. Kirmisson revient sur la question de la combinaison de la greffe de Thiersch avec la méthode italienne (voir *Gaz. hebd.*, n° 55, p. 655) pour dire que la condition essentielle du succès avec la greffe de Thiersch, c'est d'abraser auparavant les granulations de la surface à recouvrir, et d'appliquer par conséquent l'une contre l'autre les deux surfaces saignantes.

M. Reclus fait toujours l'abrasion des granulations avec la curette; jamais il ne s'est servi du rasoir.

M. Schwartz rapporte l'observation d'un individu qui avait une énorme cicatrice rétractile à la face interne de la cuisse et de la jambe. Il excisa la cicatrice et combina, pour combler la perte de substance, la greffe de Thiersch avec la méthode française. Le résultat a été excellent.

D'après M. Schwartz, quand on pratique la greffe de Thiersch, il faut placer les lambeaux très près les uns des autres.

M. Michaux pratique la greffe de Thiersch d'après les règles qu'il a vu appliquer en Allemagne : il enlève les granulations au rasoir, enlève les bords de la surface à recouvrir et fait l'hémostase momentanée par l'application de gaze iodoformée.

M. Reclus ne pense pas que la greffe de Thiersch seule puisse réussir dans les pertes de substance étendue du membre inférieur.

Cholécystentérostomie.

M. Broca fait un rapport sur une observation de M. Delbet (voir p. 673) et conclut :

Dans cette observation, je ferai d'abord remarquer la rapidité avec laquelle MM. Gingeot et Delbet ont conclu à l'acte chirurgical, trois semaines après le début des coliques et de l'ictère. D'aucuns auraient temporisé, et, laissant la malade s'affaiblir, ils auraient perdu l'occasion de la guérir. Avec M. Delbet, je pense que le temps ne fait rien à l'affaire, et si une semblable précocité opératoire ne doit pas être érigée en principe, au moins dans le cas actuel ne saurait-on que l'approuver. C'est grâce à elle que, intervenant sur une malade encore apyrétique et en état général passable, M. Delbet a pu obtenir la guérison à l'aide d'une intervention radicale, mais longue et laborieuse.

Dans ces conditions, en effet, l'exploration complète du hile et du cholédoque est un acte assez minutieux, et, d'autre part, cela fait, la rétraction de la vésicule rend l'anastomose intestinale particulièrement délicate. Au mois de décembre 1894, je me suis trouvé aux prises avec ces difficultés chez une dame de 55 ans, auprès de laquelle je fus appelé alors que l'ictère était complet depuis 5 mois; la malade avait maigri de 30 kilogrammes, l'intolérance gastrique était complète, et depuis un mois environ s'était déclarée de la fièvre à accès irréguliers, avec frissons et 40° de température. Et lorsque j'arrivai à la maison de santé, le matin de l'opération, je trouvai la malade en proie à un paroxysme fébrile ayant débuté au milieu de la nuit.

Il fallait donc que l'acte chirurgical fût réduit au minimum, et lorsque, par l'incision latérale sur le bord externe du grand droit, j'eus abordé une vésicule très rétractée et adhérente, lorsque j'eus constaté qu'il m'aurait fallu peiner pour me sculpter dans les adhérences un chemin jusqu'au cholédoque, je ne songeai même pas à la cholécystentérostomie et je pratiquai une simple fistule biliaire, en entourant d'une collerette d'épiploon le drain qui allait de la paroi à la vésicule, car celle-ci était bien trop petite et trop friable pour être attirée au dehors.

Mon opérée a guéri; les accès de fièvre — pendant lesquels la bile devenait incolore et contenait des flocons purulents — se sont tout de suite atténués et espacés; depuis plus d'un an, il n'en est plus question; l'appétit aujourd'hui est parfait, l'état général est florissant, l'ictère est nul, les matières fécales sont colorées. Mais il persiste une fistule biliaire à écoulement abondant, et ma malade est certes en moins bonne posture que si, à défaut d'une cholédocotomie, je lui eusse pratiqué une cholécystentérostomie.

L'état anatomique de la vésicule eût-il permis cette opération? Peut-être pas; mais 5 mois auparavant était-il aussi défectueux? le contraire est probable. Et même si la vésicule avait été de volume notable, je me serais abstenu : il fallait soumettre à l'opération la plus simple possible cette femme à bout de forces et minée par la fièvre.

Voilà pourquoi, dans les opérations de ce genre, il importe de ne pas attendre pendant les semaines et les mois des délais encore classiques; voilà pourquoi je félicite M. Delbet, et avec lui M. Gingeot, qui lui a confié sans tarder la malade.

Dans ce cas particulier, certains chirurgiens, redoutant l'infection ascendante des voies biliaires par la fistule intestinale, auraient peut-être eu, de parti pris, recours à la cholécystostomie; il y a, sans contredit, d'assez nombreux malades dont la fistule biliaire s'est oblitérée tandis que la bile reprenait son cours, quoique le calcul n'eût pas été extrait du cholédoque. Mais mon observation prouve qu'il n'en est pas toujours ainsi, et, d'autre part, un fait antérieur a prouvé à M. Delbet qu'après la cholécystentérostomie l'infection des voies biliaires n'est pas constante. Les observations suivies pendant longtemps ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse porter un jugement définitif. Aussi, après avoir félicité M. Delbet de son beau succès immédiat, émettrai-je le vœu qu'il revoie son opé rée à longue échéance et qu'il nous en donne des nouvelles.

M. Terrier pense que la question de l'infection ascendante des voies biliaires après l'abouchement de la vésicule avec le tube digestif ne pourra être résolue, que lorsqu'on aura pris l'habitude d'examiner bactériologiquement la bile chaque fois qu'on intervient sur la vésicule. Il est deux cas où il a établi une fistule cutanée biliaire; la bile renferme des colibacilles virulents, et les malades n'en souffrent pas. Mais chaque fois que M. Terrier a voulu fermer la fistule, il survenait de la fièvre, des accidents d'hépatite septique, qui disparaissaient quand on rouvrait la fistule, c'est-à-dire quand la bile infectée pouvait s'écouler au dehors. Cet écoulement assuré de la bile infectée est une garantie contre les phénomènes d'infection.

M. Routier a eu l'occasion d'intervenir dans un cas d'obstruction du cholédoque dont la cause pouvait être aussi bien un calcul qu'un cancer. A l'ouverture de l'abdomen il trouva une vésicule distendue par un liquide stérile; comme l'exploration des voies bilaires ne montra pas la présence d'un obstacle à l'écoulement de la bile et que d'un autre coté la malade était très faible, M. Routier fit simplement une cholécystostomie. Deux mois plus tard, pour fermer la fistule, M. Routier rouvrit le ventre et, trouvant la vésicule atrophiée, l'aboucha avec le gros intestin. L'opération a été faite il y a deux jours. La malade va bien jusqu'à présent.

M. Terrier croit que dans ce cas il s'agissait d'un cancer, comme doit le faire croire la distension de la vésicule, la stérilité du liquide qu'elle contenait, et l'absence d'un calcul dans le cholédoque.

M. Michaux rapporte l'observation d'une femme qui au cours de ses suites de couches fut prise d'ictère avec température de 40°. A l'examen on trouva dans la région hépatique deux tumeurs : l'une latérale, au niveau de la vésicule, l'autre au niveau de la ligne médiane. M. Michaux fit d'abord une incision latérale, et trouva la vésicule distendue par un liquide purulent où l'examen bactériologique montra plus tard la présence du pneumocoque à l'état de culture pure. Il aboucha la vésicule avec la paroi abdominale et fit séance tenante une laparotomie médiane au niveau de la seconde tumeur. Cette tumeur était un kyste hydatique suppuré, mais à pus stérile

Ablation du ganglion de Gasser.

M. Poirier décrit en détail un procédé dont il s'est servi. pour extirper le ganglion de Gasser chez un malade chez lequel il trouva, chemin faisant, une tumeur du cerveau, et qui succomba le lendemain de l'opération. Le procédé suivi par M. Poirier est une modification de celui de Doyon.

M. Quénu présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie pour cancer de l'œsophage.

M. Nélaton présente une jeune femme à laquelle il a fait la laparotomie pour une péritonite non purulente en apparence d'origine appendiculaire. Au cours de l'intervention M. Nélaton trouva une salpingite purulente, et quelque temps après il refit une hystérectomie vaginale. M. Nélaton pense donc que la péritonite en question n'était qu'une ascite symptomatique séro-purulente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 Juillet 1896.

Hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique.

M. Hanot a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme mort accidentellement au cours d'une cirrhose alcoolique hypertrophique. A l'examen du foie, à côté des lésions de la cirrhose annulaire et péri-veineuse, on trouva un grand nombre de lobules composés de trabécules irréguliers à cellules hépatiques modifiées, devant être interprété comme un processus de régénération du tissu hépatique.

Le processus de régénération peut se présenter sous deux formes : la forme régulière, où la disposition et la composition des trabécules sont celles du tissu hépatique normal; la forme irrégulière, où, dans le tissu hépatique régénéré, les cellules hépatiques sont modifiées et les trabécules, au lieu de la direction radiée, présentent une disposition plus ou moins flexueuse.

La régénération du tissu hépatique ne présente pas la même intensité dans tous les cas. Il y a des différences très accusées d'un individu à l'autre et tout porte à croire que ces différences tiennent à la façon variable dont les cellules hépatiques réagissent dans chaque cas contre l'irritation.

Hépatite subaiguë avec hypothermie.

M. Claude rapporte l'observation d'un homme de 25 ans apporté à l'hôpital dans un état semi-comateux avec tous les signes du collapsus : pâleur générale, peau froide, extrémités cyanosées, pouls imperceptible, etc. La température prise à deux reprises dans le rectum était de 33°8. Dans la soirée, sous l'influence d'une médication énergique, la température remonta à 35°2, puis le lendemain matin à 37°.

L'examen du malade fait à ce moment montra l'existence d'une coloration sub-ictérique de la peau avec sensibilité et augmentation du volume du foie. L'urine diminuée de quantité renfermait de l'albumine, de l'urobiline; il existait en outre une hypoazoturie manifeste.

Dans la suite, le malade eut à plusieurs reprises des poussées fébriles; mais son état général s'améliora peu à peu, l'albuminurie, l'hypoazoturie et l'urobilinurie diminuèrent et finirent par disparaître, si bien qu'au bout de 3 semaines le malade entra en convalescence et finit par guérir.

Tous ces accidents semblent relever d'une intoxication hépatique : le malade a subi quelque temps auparavant un commencement d'intoxication par des vapeurs d'acides minéraux. Il abandonna son métier et vécut dès lors misérablement, se nourrissant mal et avec des aliments de mauvaise qualité. Il est donc probable que la première intoxication minérale a altéré le foie et créé ainsi une prédisposition à une nouvelle intoxication, celle-ci probablement d'origine gastro-intestinale.

Phlébite adhésive des sinus de la dure-mère chez un nourrisson.

M. Marfan rapporte l'observation d'un nourrisson qui, à l'âge de 2 mois, lorsque l'allaitement au sein a été remplacé chez lui par l'allaitement artificiel, fut pris de diarrhée tenace qui, au bout de quelques jours, se compliqua de convulsions avec rigidité des membres. Il y eut dans la suite augmentation du volume de la tête avec hydrocéphalie et atrophie de l'œil droit. L'enfant finit par succomber à l'âge de 13 mois à une broncho-pneumonie compliquée d'hydrocéphalie.

A l'autopsie on trouva une hydrocéphalie ventriculaire considérable avec phlébite fibro-adhésive oblitérant le pressoir d'Hérophile et le sinus caverneux.

M. Marfan n'a pas trouvé un autre cas de phlébite adhésive des sinus. Il admet que dans son cas la diarrhée s'est compliquée à un moment donné de thrombose des sinus et que l'enfant ayant survécu plus de 10 mois à cette thrombose, celle-ci a évolué comme une phlébite ordinaire, c'est-à-dire que le caillot obturateur a subi la transformation fibreuse.

M. Achard présente des photographies de Röntgen montrant les altérations du squelette des pieds chez un sujet atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique.

M. Robin envoie une note sur la pepsinurie normale et pathologique.

M. Catrin rapporte un cas d'intoxication par l'acide borique à la suite de l'administration d'un lavement avec 40 grammes de cette substance.

M. Florand relate une épidémie d'angines accompagnées d'éruptions scarlatiniformes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 Juillet 1896.

Épithélioma primitif tubulé du rein.

M. Weinberg montre un rein ayant deux ou trois fois son volume normal et une surface irrégulière, bosselée. Sur la coupe, on voit un placard fibro-muqueux central irrégulièrement rayonnant vers la périphérie, dont les travées fibreuses sont séparées par une matière jaunâtre néoplasique ayant passé dans l'uretère très dilaté à ce niveau.

L'examen histologique a montré que la tumeur est formée par des tubes de nouvelle formation enchevêtrés dans tous les sens et tapissés par des cellules irrégulièrement cylindroïdes, absolument claires, contenant souvent de la graisse et toujours du glycogène.

Béance du cholédoque dans le cancer du pancréas.

M. Griffon rapporte une observation de cancer de la tête du pancréas ayant évolué avec fièvre et ictère intense, où l'autopsie montra que le cholédoque, au lieu d'être rétréci dans son passage à travers la tumeur était largement béant du fait de la rigidité de ses parois intimement adhérentes à la tumeur.

Autopsie d'un cas d'idiotie.

M. Mettetal a trouvé dans un cas d'idiotie, une synostose des deux os pariétaux; la suture fronto-pariétale n'était pas ossifiée. Il y avait, en outre, une pachyméningite généralisée à toute la dure-mère encéphalique et de l'atrophie des circonvolutions cérébrales, surtout du côté de l'hémisphère droit.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 Juillet 1896.

Xérodermie pigmentaire avec hémoglobinurie.

MM. Grancher et **Feulard** montrent un garçon de 14 ans chez lequel l'affection cutanée a débuté il y a trois ans par des lésions bulleuses à la suite desquelles la peau a conservé une pigmentation anormale. Actuellement il présente une éruption strictement limitée aux parties découvertes des mains et face, qui sont le siège d'ulcérations sur lesquelles on voit encore des éléments bulleux; en outre, la peau des régions atteintes est le siège d'une atrophie qui entraîne une rétraction très accusée des doigts et de la main et représente assez bien l'aspect de la lèpre. Sur la face le système pileux présente un développement exagéré. Le malade est enfin atteint d'une hémoglobinurie permanente dont l'origine est difficile a établir.

Il s'agit probablement ici d'un cas de xérodermie pigmentaire.

M. Brocq a vu ce malade à l'hôpital et après l'avoir examiné pendant une demi-heure environ, il n'a pu arriver à un diagnostic ferme. Il y a bien des lésions de sclérodermie, mais par places les lésions ressemblent un peu à du xéroderma.

M. E. Besnier trouve le diagnostic très difficile à faire et pense qu'il faudrait aussi rechercher ici la syringomyélie, étudier l'état des nerfs, les antécédents du malade, l'histoire de sa famille, de son pays d'origine, etc.

Altérations dentaires dans la syphilis héréditaire.

M. Feulard montre une fillette de 12 ans dont la mère a perdu plusieurs enfants en bas âge et chez laquelle les deux incisives médianes supérieures présentent les malformations qui rappellent absolument celles de la dent d'Hutchinson.

M. A. Fournier fait observer que pour Hutchinson il n'y a de véritablement spécifiques que les altérations des deux incisives médianes supérieures et à la condition qu'elles présentent comme caractères : l'échancrure, la forme en tournevis et la direction convergente. Mais pour M. Fournier la dystrophie cuspidienne de la première molaire est caractéristique de la syphilis héréditaire.

M. E. Besnier a montré il y a quelques années à M. Hutchinson lui-même 12 enfants qui présentaient des lésions dentaires auxquelles on donne, sans hésiter, son nom. Il les a toutes récusées et a ajouté qu'il ne niait pas l'origine spécifique des malformations dentaires des malades qu'on lui présentait, mais que, pour lui, les malformations qu'il avait spécialement décrites des incisives moyennes supérieures étaient les seules qui révélassent toujours la syphilis.

Syphilis infantile.

M. Feulard montre une fillette de 5 ans chez laquelle on constate des stigmates non douteux de syphilis héréditaire : croûtes au nez recouvrant une ulcération étendue, lésions dentaires, perforation de la voûte palatine et de la cloison des fosses nasales, cicatrices cutanées disséminées dont quelques-unes pigmentées au pourtour de l'anus.

Quant à l'origine de cette syphilis le père semble n'avoir jamais eu la syphilis, mais il avoue que sa femme, morte depuis un an, avait une existence irrégulière pendant les dernières années de sa vie. Selon lui il ne serait pas le père de cette enfant. De plus, celle-ci aurait été mise en nourrice et en serait revenue malade, de telle sorte qu'on peut également soupçonner ici une syphilis héréditaire et une syphilis acquise.

Syphilis médullaire.

M. A. Fournier présente un malade chez lequel la syphilis médullaire est survenue si prématurément qu'elle s'est déclarée immédiatement à la suite de la roséole et après des plaques muqueuses secondaires, sous forme de paraplégie brusque. C'est en outre une paralysie spéciale, avec absence de réflexes, troubles viscéraux et atrophie musculaire immédiate et considérable de la cuisse droite.

M. Abadie rapporte l'observation d'un malade qu'il avait guéri d'une irido-choroïdite syphilitique fort grave et qui fut pris de syphilis médullaire chronique pour laquelle plusieurs syphiligraphes lui prescrivirent de l'iodure à haute dose et des frictions mercurielles. Malgré cette médication la maladie fit des progrès incessants. C'est alors que M. Abadie employa des injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre; les résultats furent meilleurs, mais néanmoins l'amélioration était si lente que M. Abadie se décida à faire des injections intra-veineuses. L'amélioration n'a fait dès lors que s'accentuer et aujourd'hui on peut dire que la guérison est presque accomplie progressivement.

M. du Castel montre un malade qui se rapproche beaucoup de celui de M. Fournier. On trouve chez ce malade des syphilides gommeuses exulcérées graves, et il a été atteint en outre de troubles médullaires spécifiques. Toutes ces manifestations sont survenues prématurément et furent traitées par l'iodure à hautes doses et les frictions mercurielles : le traitement a donné un excellent résultat, une guérison presque complète en trois semaines.

Néanmoins, M. du Castel est, comme M. Abadie, partisan des injections de sels mercuriels solubles, lorsqu'il s'agit de cas graves.

Laryngite tertiaire grave traitée par les injections de calomel.

M. Mendel. — Il s'agit d'un homme de 40 ans, syphilitique depuis 10 ans, qui fut pris en avril dernier d'une laryngite tertiaire dont l'évolution peut se diviser en 3 phases successives : 1° apparition d'un œdème aigu aryténo-épiglottique; 2° périchondrite de la lame droite du cartilage thyroïde; 3° périchondrite de la lame gauche du même cartilage.

L'évolution complète de cette affection dura 2 mois; elle fut marquée par du gonflement de la partie affectée, une forte dyspnée et de la dysphagie.

La première phase de l'affection guérit en quelques jours, au moyen de scarifications locales. On remarquait quelques jours après sur la partie latérale du cou, à droite ou à gauche suivant la lame thyroïdienne lésée, la présence d'une tumeur grosse comme un abricot, tumeur rénitente douloureuse, faisant corps avec le larynx Le miroir laryngoscopique montrait seulement un gonflement œdémateux considérable surmontant la lame correspondante du thyroïde et comprimant l'épiglotte.

L'affection se termina simplement par la résorption de cette vaste infiltration gommeuse; on ne constate aujourd'hui qu'un peu d'épaississement du squelette laryngien, le malade n'accuse plus aucune gêne.

Le traitement employé ici, comme dans deux autres cas, consista en injections de calomel de 5 centigrammes. Le malade en reçut sept dans l'espace de deux mois.

L'iodure de potassium qu'on administra au malade à la dose de 6 grammes par jour pendant deux jours, augmenta en quelques heures l'infiltration locale et mit le malade en danger d'asphyxie. D'où cette conclusion que l'iodure est dans la laryngite tertiaire au début un médicament dangereux, qu'on ne doit employer que rarement et avec circonspection.

Mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruption polymorphe et végétations axillaires et inguinales.

MM. Hallopeau et **C. Bureau.** — L'affection de ce malade a été pendant 3 ans limitée à la partie supéro-interne de la cuisse droite : ce fait donne l'idée, comme dans plusieurs cas publiés par l'un des auteurs, d'une porte d'entrée analogue à celle de la syphilis et de la lèpre; comme il est de règle, il n'a pas de prurigo, malgré un prurit intense et des grattages frénétiques.

L'éruption est remarquablement polymorphe; elle devient végétante dans les régions inguinales et axillaires; ces régions sont un lieu d'élection pour la plupart des dermatoses végétantes; c'est là qu'on les voit surtout se produire dans la dermatite herpétiforme et la maladie de Darier : sans doute le corps papillaire présente dans ces parties une prédisposition à réagir sous cette forme.

Cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique.

MM. Hallopeau et **Bureau.** — L'examen histologique dénote ici la présence de cellules géantes; une inoculation permettra de décider si cette dermatose est liée à une prolifération de bacilles dans les glandes sébacées de l'enfant ou à un mode de réaction tout particulier des organes sous l'influence de toxines de même origine. Cette dernière interprétation parait la plus vraisemblable en raison de la facilité avec laquelle guérit cette éruption sans laisser trace de destruction du tissu, des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille trouvé une fois par Jacobi, et de ce fait que Schweninger et Buzzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable; ce dernier fait a une signification décisive, il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose; ils viennent s'ajouter aux observations de l'un des auteurs pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse; les saillies des comédons rappellent celles de l'acné cornée; une grande plaque interscapulaire offre une remarquable ressemblance avec celles de l'eczéma séborrhéique; ce fait établit que des maladies de nature très différentes peuvent prendre l'aspect typique des manifestations interscapulaires de l'eczéma séborrhéique; on est conduit ainsi à démembrer la dermatose d'Unna et à y distinguer les manifestations glandulaires du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra pilaire, et du lichen scrofulosorum.

Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel.

M. Georges Brouardel présente un malade traité dès le début de sa syphilis par les injections de 0gr05 de calomel à raison d'une par semaine et chez lequel un mois après la dernière injection se développa une glossite dépapillante.

M. Barthélemy fait remarquer qu'il ne faut pas croire que l'on peut juguler la syphilis par les injections de calomel.

M. E. Besnier pense qu'il faut distinguer entre les divers cas de syphilis au point de vue de leur résistance au traitement. Certains syphilitiques, en effet, ne présentent plus aucune manifestation à la suite du premier traitement institué en temps opportun. D'autres, au contraire, dans les mêmes conditions, sont constamment affligés d'accidents spécifiques, en dépit du traitement. Ce sont des syphilis véritablement rebelles.

Contagion hospitalière de la syphilis.

M. Georges Brouardel montre un malade qui a été soigné dans le service de M. Fournier pour un eczéma des bras et qui revient deux mois plus tard avec deux chancres indurés sur la face externe du bras gauche et une roséole généralisée. La contagion a donc eu lieu pendant son séjour à l'hôpital. Une enquête minutieuse a été faite sans aboutir à un résultat précis. Le caoutchouc qu'on lui appliquait sur les bras ne peut être incriminé, car il ne servait qu'à lui. On ne peut faire que des hypothèses : la capote qu'on lui a donnée avait-elle été suffisamment désinfectée, ou doit-on penser qu'il a pris la syphilis de son voisin, alors en traitement, ou de son prédécesseur dans le lit qu'il occupait, par un frottement sur les barreaux du lit ou sur la table de nuit?

Sur la nature de la dermatite herpétiforme.

MM. E. Gaucher et **H. Claude.** — Une femme de 40 ans fut atteinte, à la suite de grands chagrins, d'une éruption papuleuse, puis bulleuse, qui bientôt prit tous les caractères d'un pemphigus prurigineux (dermatite de Duhring). La maladie resta plus de 2 mois limitée au corps en respectant la face, et subit pendant cette période deux recrudescences. Puis des bulles se montrèrent dans la bouche, sur les amygdales et le pharynx, aussi sur la face, et à l'angle des yeux. Cette poussée prit fin et la malade quitta l'hôpital vers la fin dn mai très améliorée; elle fut revue dans le mois de juin, et il n'existait plus que quelques éléments bulleux, rares et de très petite taille. A la fin de juin la dermatose était momentanément guérie. L'examen bactériologique du sang, l'examen du liquide des bulles, l'inoculation aux animaux, n'ont donné aucun résultat positif. Dans ces conditions on est autorisé à éliminer comme cause de la maladie les agents infectieux.

L'analyse des urines pratiquée à plusieurs reprises a montré que l'urée et les matières azotées étaient éliminées en quantité normale, mais il existait des traces d'albumine. L'excrétion urinaire à peu près physiologique, l'absence d'hypoazoturie, font écarter l'hypothèse d'auto-intoxication. On est alors conduit à admettre que l'origine de la maladie doit être recherchée dans une modification du système nerveux. Les commémoratifs, l'état névropathique très prononcé de la malade, viennent corroborer cette opinion, ainsi que les localisations de l'affection qui, d'abord limitée au corps, s'est étendue ensuite à la zone d'innervation muqueuse et cutanée du trijumeau.

Cas de lèpre mixte, autochtone chez un Breton.

MM. Long et **Valeney.** — Nous présentons un malade entré le 7 juin dernier dans le service de notre maître, M. Dreyfus-Brisac, à Lariboisière. C'est un homme originaire de Grâces, près de Guingamp (Côtes-du-Nord). Il n'a jamais quitté la Bre-

tagne. Il a successivement habité Pedarnec (canton de Guingamp) jusqu'à 21 ans, Rennes de 21 à 22 ans, Kouadont de 22 à 26 ans, Pont-l'Abbé (Finistère) de 26 à 28 ans, Belle-Isle en Terre de 28 à 29 ans, puis il vint à Paris qu'il habite depuis 2 ans. Il ne connaît pas dans sa famille ni dans son entourage de personne atteinte de la même affection que lui ou ayant habité les colonies.

A l'âge de 8 ans sont apparues sur son thorax des macules dont on voit encore les traces. Ces macules, d'abord rouges, sont devenues brunes et présentent un centre décoloré. Elles sont complètement anesthésiques. De 8 à 29 ans et demi le malade jouit d'une santé parfaite. Il fait un an de service dans l'artillerie de terre à Rennes sans que les médecins militaires aient rien remarqué d'anormal. La poussée actuelle a débuté il y a 18 mois. Du front, les lésions se sont étendues de haut en bas. Actuellement, outre l'apect léontiasique du visage, on trouve sur la face, le tronc et les membres, des tubercules lisses, rénitents, roses sur les bords, décolorés au centre, des nodules sous-cutanés, des tubercules ulcérés et excoriés, des macules plus ou moins larges. On constate une infiltration de la voûte palatne, du voile du palais avec rétraction de la luette, de la laryngite et de la rhinite avec hyperplasie des muqueuses.

On note les troubles trophoneurotiques suivants : la main gauche est en griffe cubitale par atrophie des muscles thénar, hypothénar et interosseux; les 3 derniers doigts de la main droite commencent à se rétracter; les troisièmes phalanges des doigts sont amincies. Aux orteils les ongles sont minces, lisses et cassants; l'épiderme est aminci et se recroqueville par places.

Les troubles de la sensibilité portent sur les trois modalités tactile, douloureuse et thermique, et, par leur distribution, présentent le type de névrite périphérique. L'examen bactériologique a été fait avec le produit de raclage d'un tubercule ulcéré et avec un nodule sous-cutané. La première préparation a donné très peu de bacilles de Hansen, la deuxième en a montré une quantité plus grande.

Nous pensons qu'il s'agit ici d'une lèpre mixte, *autochtone*, qui a évolué en deux temps séparés par une période d'accalmie de 22 ans.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 Juillet 1896.

L'oïdium albicans agent pathogène général.

MM. Charrin et **Ostrowsky**. — Depuis plusieurs années nous avons poursuivi des recherches sur les accidents que provoque le champignon du muguet introduit dans la circulation.

Ces recherches continuées ont permis de compléter, de préciser des faits, en partie signalés dès 1895.

Ce champignon, comme nous l'avons toujours dit, intervient par ses sécrétions, moins activement peut-être que des microbes virulents; avec ces sécrétions, nous avons fait varier la température, la composition des urines, amené la mort, preuves plus que suffisantes. A vrai dire, les changements relatifs à la glycémie, à l'isotonie, aux gaz du sang, etc., sont peu notables; néanmoins, vérifiées par Kaufman, Abelous, Langlois, etc., ces données échappent à la mise en doute.

Ce parasite intervient également par un processus d'auto-intoxication, attribuable aux détériorations viscérales, surtout rénales, intestinales, qui occasionnent une rétention relative des toxiques internes : les phénomènes observés (myosis, convulsions, etc.), examen des coupes histologiques, de la toxicité accrue du sérum, à l'inverse de celle de l'urine, établissent la réalité de ce processus.

Ce parasite agit, en outre directement, mécaniquement; les altérations sont surtout marquées au niveau des foyers de pullulation; ce sont là des faits positifs que rien ne peut détruire; il est ordinairement plus restreint (il y a là une question de mesure) que dans les infections bactériennes, du moins dans les conditions où nous nous sommes placés à égalité de la virulence, avec des milieux comparables; or, c'est là une particularité que nous avons eu soin de signaler, car, si on change ces conditions, on change, comme dans toute expérience, les résultats.

Il est clair, en effet, que ces résultats sont capables de varier avec ces milieux, avec cette virulence; on peut éduquer ce parasite, l'amener à fabriquer plus de poisons; de même on peut rendre très actives, aptes à agir à distance, des bactéries atténuées ou bornant leur fonctionnement à des altérations locales : ce sont là des notions vulgaires, sur lesquelles il est inutile d'insister.

Déjà, en 1895, nous avons observé l'état réfractaire, tout en reconnaissant que, pour obtenir une immunité valable, pour accroître la résistance, il fallait inoculer sous la peau des doses successives d'un virus vivant affaibli.

Il y a donc, si on compare ces processus aux processus bactériens, et des analogies et des différences. Du reste, en dehors de quelques critiques, cette manière de voir a été confirmée à propos de parasites analogues.

Cette conception théorique, ces données de pathogénie générale comportent des enseignemente intéressants dans la pratique.

Action anticoagulante des injections de peptone.

MM. Athanasiu et **J. Corvello** montrent que les modifications morphologiques du sang à la suite de l'injection de la peptone sont cause de l'incoagulabilité de ce liquide. Ils prouvent en outre que ces mêmes phénomènes se produisent dans la lymphe. L'*hypoleucocytose* que l'on constate serait produite par des phénomènes de diapédèse active, spécialement dans les viscères abdominaux.

Propriétés hémostatiques de la gélatine.

M. P. Carnot. — On sait par les travaux de MM. Dastre et Floresco que la gélatine augmente beaucoup la coagulabilité du sang. Il était donc naturel de songer à l'employer comme hémostatique, la coagulation du sang étant une défense de l'organisme pour assurer mécaniquement l'hémostase.

On se sert d'une solution de gélatine à 5 ou 10 p. 100, à 35°. On peut se servir simplement d'un tube de culture gélatinisé stérile. L'auteur a arrêté ainsi plusieurs épistaxis graves chez des hémophiles, une métrorrhagie par injection intra-utérine, une hémorrhagie consécutive à une plaie de la main, etc.

Le chlorure de calcium semble, quoique coagulant intense, réaliser moins bien l'hémostase.

La maladie pyocyanique chez l'homme.

M. Charrin. — On a cru, à un moment donné, que le virus pyocyanique, en dehors des accidents de la suppuration bleue, observés en chirurgie, était un virus connu exclusivement dans les laboratoires; actuellement, il est impossible de conserver cette donnée.

Cultivé, utilisé expérimentalement, à cause des certitudes, des garanties issues de la production d'une substance chimique définie, cristallisable, visible à l'œil nu, en raison de ses attributs chromogènes, ce virus a permis d'établir des notions fondamentales : vaccination par les produits solubles, réalisation des symptômes, des lésions, grâce à des toxines morbifiques, humeurs bactéricides, etc. Or l'application à la pathologie humaine de ces notions, bases de toutes les opérations générales de la bactériologie actuelle, permettait de pressentir les relations entre cette pathologie et ce virus.

Les faits ont justifié ces pressentiments, attendu que, soit à l'étranger, en Allemagne de préférence, soit en France, existent actuellement des thèses, des mémoires, des observations, etc., mettant en lumière les méfaits occasionnés chez nous par ce parasite.

On a vu ce bacille déterminer, chez le nouveau-né, une septicémie avec hémorrhagies, entérite; on a vu ce bacille provoquer des dysenteries, des broncho-pneumonies, des otites, des néphrites, des cystites, des adénites, etc.

Aujourd'hui, je présente une localisation nouvelle de la part du docteur Bardon, de Brives. Il s'agit d'une mastite chronique, avec écoulement d'un liquide verdâtre, renfermant un bacille pur, qui fournit un pigment vert, puis, à la longue, après une foule de passages, de cultures, de la pyocyanine.

Très souvent, dans l'économie animale, ce bacille perd ses propriétés chromogènes; on est dès lors en droit de penser que sa fréquence est chose plus considérable.

Influence exercée par la fièvre sur les actions chimiques intra-organiques et la thermogénèse.

M. Kaufmann. — 1° L'état fébrile est accompagné d'une augmentation de l'activité des échanges respiratoires, de l'excrétion azotée et de la thermogénèse.

2° Chez l'animal fébricitant en état d'abstinence les phénomènes chimiques intra-organiques sont simplement exagérés mais non modifiés dans leur nature. En effet le quotient respiratoire conserve à peu près sa valeur normale, et la chaleur produite en excès est sensiblement proportionnelle à l'excès de l'oxygène absorbé.

3° Conformément à la doctrine de M. Chauveau la totalité de la chaleur produite peut être rapportée à un simple processus d'oxydation faisant passer l'albumine et la graisse à l'état de sucre, et le sucre à l'état d'acide carbonique et d'eau.

4° Conformément aux résultats obtenus antérieurement par M. d'Arsonval la température rectale et la thermogénèse ne subissent pas les mêmes modifications. En conséquence la thermométrie ne peut fournir aucune indication précise sur la valeur des actions chimiques intra-organiques et celle de la production de la chaleur pendant la fièvre.

5° Pendant l'état fébrile la thermogénèse augmente plus dans le foie que partout ailleurs. Ce fait est en harmonie avec les résultats obtenus par MM. Charrin et d'Arsonval, sur des lapins fébricitants, avec la méthode de la thermométrie différentielle.

Changement de position de la rate sur le cadavre.

MM. Ramon et **Picou** ont trouvé dans leurs expériences que : 1° quand on restitue aux poumons d'un cadavre leur air de réserve, la rate devient horizontale; son extrémité antérieure s'élève, tandis que la postérieure s'abaisse beaucoup plus. — 2° Quand on insuffle l'estomac, le côlon étant vide, la rate tend à devenir verticale, en même temps qu'elle subit un transport en masse en bas et en avant. — 3° Quand on insuffle en même temps estomac et côlon, la rate ne se déplace plus en avant comme tout à l'heure; mais elle remonte légèrement en totalité, l'extrémité postérieure s'élevant plus que l'antérieure. — 4° Quand on insuffle le côlon seul, l'estomac étant vide, la rate remonte en totalité et devient presque horizontale, son extrémité antérieure s'élevant plus que la postérieure. — 5° Enfin, tous ces organes étant vides et les poumons privés de leur air de réserve, la rate se rapproche des directions, 2° et 3°; quoique parallèle aux côtes, elle est cependant moins oblique.

Les courants à haute fréquence et les maladies.

M. d'Arsonval. — J'ai signalé, avec M. Charrin, des faits concernant le diabète; je signale aujourd'hui des cas de rhumatisme aigu, et surtout des chancres mous, traités avec succès à la clinique du professeur Gailleton par M. Coiguet.

D'autre part, j'ai atténué l'invertine à 22° au-dessous de zéro. Grâce à des dispositifs tout spéciaux, on élimine l'élévation thermique; dans ces conditions Phisalix a réussi pour les venins; pour les toxines, on réussit et on échoue; cela dépend de la nature des toxines, de leur âge, d'une foule de conditions; les atténuations sont toujours faibles, de 1 à 2 en général; elles n'atteignent pas celles des expérimentateurs étrangers agissant par la toxines du streptocoque.

MM. Bosc et **Vedel** envoient une note sur la valeur des injections salines.

M. Gley dépose une note sur le rôle du foie sur l'action anticoagulante des injections de peptone.

MM. Thibierge et **Bezançon** concluent de leurs recherches que l'ecthyma est produit par le streptocoque et que la présence des staphylocoques relève d'une infection secondaire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Néphrectomie pour rein tuberculeux.

M. Rafin présente un rein qu'il a enlevé il y a dix jours. La malade, âgée de 20 ans, avait été atteinte, en 1885, d'une tumeur blanche suppurée du genou, actuellement guérie.

Son affection remonte à quatre ans; au début, mictions fréquentes et sensations de fatigue dans les reins. Ces malaises ont persisté avec des accalmies. Il y a un an, les troubles vésicaux s'accentuèrent; en même temps, la région rénale droite devint plus sensible. Un peu d'hématurie à la suite d'instillations.

Au moment de l'examen, urine purulente, mictions fréquentes et douloureuses; rein gauche perceptible, mais sans augmentation manifeste de volume; rein droit volumineux, descendant jusqu'à l'épine iliaque, non mobile, peu saillant, ne se distinguant pas du foie à sa partie supérieure. État général médiocre, poussées fébriles; rien aux poumons. L'examen bacillaire de l'urine a été négatif.

Néphrectomie lombaire sous-capulaire. A signaler une petite déchirure du péritoine due à des adhérences du péritoine avec l'atmosphère sclérosée et survenue au début de l'opération avant d'adopter la voie sous-capulaire.

Dès le deuxième jour, l'urine s'est clarifiée d'une façon sinon parfaite, au moins très satisfaisante; sa quantité s'est progressivement élevée de 300 grammes à un litre. Suites simples; l'état général se relève.

L'examen histologique, dû à M. Lacroix, conclut à la tuberculose. La pièce enlevée est constituée par un rein caverneux tuberculeux avec des lésions extrêmement avancées.

Cysticerque de l'œil.

M. Dor présente une jeune fille qui présente un cysticerque dans l'œil; à l'ophthalmoscope, on voit dans le corps vitré, une vésicule blanchâtre qui est le cysticerque.

Il présente ce cas à cause de sa rareté. C'est le deuxième qu'il voit. Il compte lui enlever ce cysticerque.

Lésions médullaires dans un cas de fracture de la colonne vertébrale.

M. Briau présente le moelle d'un malade atteint de fractures multiples portant sur la 7e vertèbre cervicale, la 5e dorsale et la 2e lombaires. L'arc postérieur était seul fracturé dans les autres points. La mœlle présente un aplatissement considérable au niveau de la 7e cervicale. Elle est en bouillie vers la 2e vertèbre lombaire. Cette observation est intéressante à cause de la multiplication des fractures et aussi à cause de l'aplatissement de la moelle, aplatissement qui n'est pas en rapport avec la diminution du calibre du canal rachidien, mais avec un épanchement sanguin. Une ouverture précoce aurait donc pu être utile.

Épithélioma secondaire du larynx.

M. Chapuis, interne des hôpitaux, présente le larynx d'un individu mort en quelques jours d'un épithélioma secondaire par métastase. Amputé pour un épithélioma consécutif à un ulcère de jambe, le malade présentait les premiers phénomènes du côté du larynx. En 8 à 9 jours il s'était produit une ulcération de 2 centimètres et demi ayant rongé la corde vocale supérieure.

Fibrome utérin; opération de Porro.

M. A. Pollosson présente une pièce résultant d'une opération de Porro, pour un fibrome du fond de l'utérus. Elle provient d'une primipare âgée, ayant eu une fausse couche quelques mois avant sa grossesse et n'ayant présenté aucun symptôme de fibrome.

Entrée à la Charité à sept mois et demi, le diagnostic fut celui de fibrome obstruant l'excavation. Des fibromes plus petits confirmaient le diagnostic. Au moment où le col commençait à

se dilater on fit l'opération de Porro : incision de dix à douze centimètres de la paroi, incision plus petite de l'utérus, puis agrandissement de l'incision avec des ciseaux glissés sur le doigt. Ce détail a son importance, parce qu'il évita les hémorrhagies. Extraction d'un enfant du poids de 3 kil. 200.

L'utérus, attiré au dehors, amène avec lui le fibrome par un mouvement de bascule. La ligature du pédicule acheva l'opération.

Ce fibrome est remarquable à cause de son implantation sur la face postérieure du fond de l'utérus, par son absence de symptômes due à ce qu'il était sous-péritonéal.

Infection streptococcique.

M. Alex présente le cœur d'une malade morte dans le service de M. Lyonnet.

La malade était entrée à l'hôpital avec du délire et une température élevée (39°6). On ne pouvait obtenir d'elle aucun renseignement et, comme elle portait des traces de révulsion au niveau des genoux, on crut d'abord à du rhumatisme cérébral. Dès le même soir la constation d'une diarrhée abondante et jaune, de l'albuminurie et du volume considérable de la rate fit penser à une dothiénentérie. Cependant la malade avait des frissons, de grandes oscillations de la température; on finit par admettre l'existence d'une septicémie dont on ignorait le point de départ. Le pouls était petit, rapide; on n'entendit jamais de souffles du cœur.

L'avant-veille de la mort, on constata l'existence d'une petite escharre sur la face externe de la jambe droite, escharre développée sans doute depuis peu de jours en un point qui, étant donné l'attitude de la malade, reposait constamment sur son lit.

A l'autopsie on ne trouva rien du côté de l'intestin. La rate était grosse et portait un énorme infarctus déjà passé à la coloration jaune. Un autre infarctus se trouvait dans le rein droit. Les deux reins étaient nettement atteints de néphrite parenchymateuse. Les poumons étaient congestionnés, mais ne contenaient pas d'infarctus. Il y avait un énorme œdème cérébral expliquant suffisamment le délire. Le cœur était de volume et de consistance normaux. Sur la valvule sigmoïde aortique étaient développées de nombreuses végétations toutes récentes; l'une d'elles, remarquable par son volume, occupait toute la valve externe et atteignait le volume d'un gros pois. La valvule mitrale, la tricuspide et l'orifice pulmonaire étaient sains.

Le sang du cœur, aspiré avec une pipette avant son ouverture, fut ensemencé. Il donna, au bout de trente-six heures, une culture abondante de streptocoques et un petit nombre de bacilles courts ressemblant beaucoup, comme aspect, au colibacille, mais qui n'ont pu être isolés.

Le diagnostic n'avait donc pas été fait. Le cas est néanmoins intéressant à cause de l'absence de signes d'auscultation au cœur, à cause de la présence constatée de streptocoques dans le sang, enfin à cause de l'impossibilité de retrouver la porte d'entrée, les amygdales, l'intestin, les organes génitaux étant sains et l'escharre s'étant développée tardivement.

Fibromes utérins dégénérés.

M. Bérard donne le résultat de l'examen histologique des deux fibromes utérins dégénérés dont l'observation clinique a été présentée avec les pièces macroscopiques dans la séance du 24 décembre 1895. Ainsi qu'on le prévoyait d'après l'aspect général des surfaces de section, on a affaire à deux processus différents. Dans l'une des tumeurs, parsemée de noyaux mous, blanchâtres, il s'agit d'une dégénérescence myxosarcomateuse, tandis que l'autre, composée, dans ses portions dégénérées, de tissus rougeâtres, mous, sillonnés de gros vaisseaux et comparables à une véritable éponge sanguine, répond à un *myome malin*, tel que ceux qui ont été décrits, il y a deux ans, par M. Condamin. Au microscope, entre les fibres conjonctives du stroma apparaissent des traînées de cellules jeunes, à éclats gras, fusiformes, colorées en rouge-brun par le picrocarmin, et présentant tous les caractères des fibres musculaires lisses à un stade peu avancé de leur développement. Ces cellules sont condensées en amas autour de nombreuses lacunes vasculaires réduites, pour la majorité, à leur endothélium, si bien qu'on aurait pu penser au premier abord à une de ces dégénérescences des éléments des vaisseaux dont Pilliet a établi la fréquence dans les fibromyomes devenus malins.

Les deux malades sont actuellement guéries. L'une, 65 ans (myome malin), a quitté la clinique vingt et un jours après l'opération, toute plaie cicatrisée et avec une fistule borgne au niveau du pédicule; — l'autre (57 ans), guérie au bout du même laps de temps, a été gardée en observation pendant un mois, tant qu'elle a conservé des quantités notables d'albumine dans ses urines. Dès le lendemain de l'opération la température était revenue chez toutes deux à 37°5 ; elle s'y maintint, avec quelques élévations vespérales à 38°. Des observations analogues ont été publiées, à d'autres séances de la Société par **MM. Tissier** et **Bérard**; la première a trait à un fibrome compliqué d'épithélioma.

Ostéomalacie.

M. Rafin présente un malade atteint d'ostéomalacie. — Le sujet, âgé de 38 ans, né à Lyon, garçon boucher, ne présente rien à signaler dans ses antécédents. A 20 ans, il mesurait 1m70 et fut versé dans l'artillerie. Trois ans après, il éprouva quelques douleurs dans les jambes; puis il perdit ses forces, et sa taille commença à diminuer. C'est par le tronc que les déformations ont commencé à se produire. Le malade ne tarda pas à être incapable de se mouvoir et de quitter son lit. Il y a 5 ans, fracture spontanée du fémur gauche qui paraît incomplètement consolidée, puis du fémur droit, et incurvation en arc-en-cercle de l'humérus gauche. De plus le thorax est globuleux, affaissé, les côtes sont au voisinage de la crête iliaque : le sternum est en carène, les clavicules ont leurs courbures très exagérés, les avant-bras et les tibias le sont aussi, mais moins complètement déformés, le tibia gauche est à peu près normal. Les mouvements sont douloureux, et il y a un peu de gêne de respiration. Rien à la tête.

La quantité d'urine émise est de 1 litre par jour. L'analyse pratiquée par M. Nicolle a donné : urée 20, 50; acide phosphorique 2,05; chlorures évalués en chlorure de sodium 4,33; chaux par litre 0,30. Pas d'hémialbumose. Dans une deuxième analyse on a trouvé : chlorure de sodium, 5,40; acide phosphorique 1,60. M. Rafin se demande, étant donnés les résultats encourgeants obtenus depuis Phéling par la castration chez la femme, s'il ne serait pas autorisé à proposer une opération analogue à ce malade dont la situation est évidemment grave?

Entérectomie.

M. Villard présente une malade âgée de 60 ans, chez laquelle il a pratiqué récemment, au moyen d'un bouton anastomatique, une résection intestinale pour des accidents d'étranglement d'une hernie crurale avec sphacèle de l'intestin. L'entérectomie fut pratiquée immédiatemment et suivie de l'application du bouton anastomotique de M. Villard. Les suites furent remarquablement simples. Emissions gazeuses par l'anus pendant la nuit qui suivit l'intervention. Selle au 4° jour. Rétablissement rapide de l'état général et des fonctions digestives.

Ce succès vient s'ajouter aux cas heureux déjà publiés par M. Villard. Actuellement cinq résections intestinales, pratiquées pour des accidents de gangrènes herniaires, lui ont donné cinq succès, malgré la gravité des cas opérés.

Pour assurer un résultat heureux, certaines précautions sont utiles, précautions de détail qui peuvent avoir une importance décisive.

1° Il faut toujours appliquer la première moitié du bouton anastomotique sur le bout inférieur, pour arrêter l'issue des matières intestinales dans la plaie, matières intestinales accumulées dans le bout supérieur.

2° Réduire avec le plus grand soin les hernies de la muqueuse qui tendent à se produire lors de l'articulation des deux branches, mâles et femelles.

3° Attacher la plus grande attention à la ligature du coin mésentérique répondant à l'anse sur laquelle doit porter la résection; de façon à éviter de compromettre par une ligature trop étendue la vitalité de l'intestin anastomosé.

4° Débrider très largement l'arcade de Fallope en avant pour avoir une réduction facile et exempte de pressions dangereuses.

M. Nové-Josserand a fait deux entérectomies pour hernies étranglées avec intestin gangrené en employant le bouton de Villard et a obtenu dans les deux cas un un excellent résultat. Dans les deux cas, il a fait des sutures complémentaires, à cause de la hernie de la muqueuse, au niveau du bouton. Il insiste sur la nécessité d'ouvrir très largement l'anneau pour n'avoir pas de peine à entrer le bouton et aussi pour arrêter l'hémorrhagie au niveau du mésentère.

Tumeur kystique sous-bulbaire.

M. Perret présente une tumeur kystique de la face antérieure du bulbe, développée au dépens des méninges, et grosse comme un œuf de poule. Elle s'étend du sillon bulbo-protubérantiel du côté droit à l'espace compris entre l'origine de la deuxième et de la troisième paire cervicale. Les parois du kyste sont épaisses et fortement vascularisées. Il refoule le cervelet à gauche, mais surtout à droite. Du même côté, la protubérance est amincie et aplatie dans le sens vertical. Mais la compression porte surtout sur la moitié droite du bulbe qui est aplatie, élargie et molle au toucher. Les racines des cinq dernières paires bulbaires sont fortement déplacées en dehors; les racines de l'hypoglosse sont étalées et englobées dans la paroi du kyste. Ceci explique pleinement les signes cliniques observés : céphalalgie nuquale, vomissements, vertiges, hémiparésie droite, incoordination, hémiatrophie linguale droite, paralysie de la corde vocale droite et aphonie, tachycardie. Le liquide du kyste ne renfermait pas de crochets. On ne peut se prononcer sur la nature de la tumeur avant d'avoir pratiqué l'examen microscopiqué de la paroi.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 29 Juin 1896.

Cancer de l'S iliaque.

M. Opper a rapporté l'observation d'un homme de 27 ans soigné à l'hôpital depuis plusieurs mois pour une dysenterie, et qui a succombé en 4 jours à une péritonite.

A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée fibrino-purulente. Sur l'S illiaque épaissie, se trouvait une tumeur cancéreuse en partie ulcérée ayant 5 centimètres de large; une autre tumeur du volume d'une noix siégeait dans le gros intestin, une troisième dans le rectum, à 5 centimètres environ au-dessus de l'anus, ces deux dernières n'étaient pas ulcérées. Dans le gros intestin, il existait en outre de nombreux replis garnis de végétations polypeuses (hyperplasie des cryptes avec dégénérescence cancéreuse).

Diagnostic d'un cancer du médiastin par les rayons de Rœntgen.

M. Strauss a rapporté l'observation d'un malade âgé de 53 ans, entré à l'hôpital pour des douleurs épigastriques avec anorexie, et amaigrissement.

L'examen du poumon, en dehors d'une bronchite légère, n'a rien fait découvrir d'anormal. L'abdomen était plat, flasque. Il n'existait pas d'insuffisance motrice de l'estomac où l'on ne trouvait ni acide lactique, ni résidus digestifs, ni bacilles, le contenu étant neutre. Il y avait donc insuffisance complète de sécrétion. L'examen laryngoscopique a montré l'existence d'une paralysie de la corde vocale gauche.

Le diagnostic étant assez hésitant entre une tumeur et une asthénie de l'estomac, on eut recours aux rayons de Rœntgen. Sur l'image obtenue on voit dans l'espace thoracique, à gauche de la ligne médiane, une ombre nettement limitée, du volume du poing, et dans l'abdomen, à côté de l'ombre hépatique, une autre tache à bords très nets. On a admis que celle-ci est due à un cancer tandis que la première indique une métastase dans le médiastin.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Leyden a observé plusieurs cas analogues à ceux de Heubner (voir *Gaz. hebdomad.*, n° 53).

Dans le premier cas il s'agit d'un homme qui, quelques jours auparavant, était tombé sur la tête et avait éprouvé de fortes douleurs. A son entrée, on trouva une fièvre de 37°8-38°, de la raideur de la nuque. On pouvait admettre ainsi une hémorrhagie cérébrale plongeant vers le canal spinal, une fracture ou une méningite exsudative comme il peut s'en produire après un traumatisme. On fit la ponction lombaire et on retira un liquide trouble, riche en cellules, contenant des diplocoques intracellulaires, ce qui assura le diagnostic. Une deuxième ponction faite à quelques jours de distance amena des diplocoques en petite quantité; en même temps l'état du malade s'était amélioré. La troisième ponction n'amena plus de microcoques. L'amélioration a donc été parallèle à la diminution des diplocoques.

Le deuxième cas est celui d'une femme qui mourut 24 heures après son entrée. La ponction lombaire donna issue à un liquide contenant également des diplocoques intra-cellulaires et l'autopsie les mêmes résultats que dans les cas de Heubner. Le troisième malade succomba quarante-huit heures après son entrée. On fit 2 ponctions avec les mêmes résultats.

D'après M. Leyden, dans la méningite cérébro-spinale, le diplocoque intracellulaire paraît jouer le rôle d'agent spécifique. Ce dernier a une grande ressemblance avec le gonocoque, mais il en diffère par les caractères suivants : les 2 microcoques se décolorent par la méthode de Gram, mais la décoloration est beaucoup plus difficile avec le microcoque intracellulaire. Celui-ci se présente sous forme de tétrades et offre un filament central clair dans la forme en série; on remarque aussi une petite capsule; on ne trouve pas ces particularités dans le gonocoque. Le diplocoque cultive facilement sur un terrain ordinaire, le gonocoque ne se développe que dans le sérum sanguin de l'homme et dans le liquide de l'ascite. Enfin le premier est pathogène pour quelques animaux, le second ne l'est pas.

M. Ruge a trouvé le diplocoque intracellulaire en grande abondance dans le liquide retiré par la ponction lombaire chez 3 malades.

M. A. Frænkel a cultivé le premier le diplocoque intracellulaire de Weichselbaum et trouvé ce micro-organisme dans 2 cas de méningite cérébro-spinale. Il ne pense pourtant pas que le diplocoque intracellulaire soit le germe pathogène de la méningite. On a trouvé le pneumocoque dans des cas observés à Carlsruhe.

M. Fürbringer a observé 4 cas de méningite cérébro-spinale épidémique dont le liquide cérébro-spinal renfermait le diplocoque intracellulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MUNCIH

Traitement de l'ulcère de l'estomac par le sous-nitrate de bismuth à hautes doses.

M. Cramer a eu recours, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, à la méthode de Fleiner modifiée.

D'après la méthode de Fleiner, le sous-nitrate de bismuth est introduit dans l'estomac par la sonde. Le matin à jeun on fait un lavage de l'estomac et on introduit par la sonde 100 à 200 grammes d'eau tenant en suspension 10 à 20 grammes de sous-nitrate de bismuth. On pince la sonde avec les doigts et le malade se couche dans une position en rapport avec le siège présumé de l'ulcère : sur le dos si l'ulcère occupe la paroi postérieure de l'estomac, sur le ventre si l'ulcère se trouve sur la paroi antérieure, c'est-à-dire de façon que le bismuth vienne se déposer sur l'ulcère. Au bout de 5 à 10 minutes, quand le bismuth est déposé, on fait sortir par la sonde l'eau, et le malade

reste au lit encore pendant une demi-heure, après quoi il prend son premier repas.

M. Cramer a cru inutile d'avoir recours à la sonde et au lavage de l'estomac, qui peuvent causer des accidents chez ces malades et ne sont pas facilement praticables en dehors de l'hôpital. Il se contente d'administrer le bismuth en suspension aux malades qui le prennent à jeun et qui prennent ensuite une position convenable en rapport avec le siège présumé de l'ulcère.

Ce traitement lui a toujours donné de très bons résultats au bout de 15 jours à 1 mois. Chez quelques malades on peut même parler d'une véritable guérison. On peut croire qu'en venant se déposer à la surface de l'ulcère, le bismusth forme une sorte de croûte protectrice et antiseptique qui favorise la cicatrisation et met les filets nerveux à l'abri de l'irritation, qui est la première cause des douleurs si vives dont se plaignent ces malades.

Toutefois le traitement par le bismuth à haute dose comporte quelques réserves, car des cas d'intoxication souvent mortelle ont été observés.

M. Tappeiner pense aussi que le sous-nitrate de bismuth demande a être employé avec réserve. Bien qu'on ne connaisse pas de cas d'intoxication par emploi interne, il est certain qu'en application externe le sous-nitrate de bismuth peut provoquer des accidents mortels comme cela est arrivé à Kocher (de Berne).

Les phénomènes d'intoxication par le bismuth rappellent beaucoup ceux par le mercure. Ce qui est particulièrement caractéristique c'est la coloration noire de la muqueuse buccale et de celle de l'intestin. On observe encore des phénomènes du côté du système nerveux.

Introduit sous la peau ou mis en contact avec une surface dénudée, le sous-nitrate de bismuth provoque des phénomènes d'intoxication. Mais on peut aussi supposer qu'en cas de lésions ulcéreuses de l'intestin, l'administration interne de sous-nitrate de bismuth produise le même résultat. Il est vrai que dans l'ulcère de l'estomac, le pouvoir d'absorption de la surface ulcérée est très diminué.

M. v. Ziemssen emploie depuis longtemps le sous-nitrate de bismuth combiné à l'opium, et les résultats qu'il obtient sont très satisfaisants. La disparition de la douleur s'obtient rapidement et M. Ziemssen ne pense pas qu'on puisse la mettre exclusivement sur le compte de l'opium.

Quant à la question de savoir si les hautes doses sont préférables aux doses moyennes, M. Ziemssen ne saurait le dire, n'ayant pas d'expérience personnelle sur ce point. En tous les cas il considère comme dangereuse l'introduction de la sonde dans l'estomac.

M. Goldschmidt n'a en général qu'à se louer de l'emploi du bismuth. Mais dans un cas le sous-nitrate de bismuth a paru augmenter la douleur.

M. Ziemssen demande comment M. Cramer combat la constipation opiniâtre qui existe constamment dans l'ulcère de l'estomac.

M. Cramer a recours aux lavements d'huile d'olive qu'on prend le soir. Si le lendemain matin il n'y a pas de selles, il suffit de prendre un lavement d'eau pour avoir une selle abondante.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

1er Semestre 1896.

Cystocèle crurale.

M. Verneuil a connaissance d'un cas semblable observé dans le service de M. Thiriar en 1895. L'histoire en a été relatée dans la *Clinique* par M. Pettens, la même année. Enfin un autre cas, appartenant à M. Schoenen, d'Anvers, a été publié dans la *Revue de chirurgie*, par Albin Lambotte, en 1893.

D'ailleurs, il est vraisemblable que la cystocèle crurale, malgré sa rareté, a été rencontrée par beaucoup d'opérateurs qui, pour une raison ou l'autre, n'ont pas jugé bon d'en parler. MM. Deschamps (Liège) et Dubois (Bruxelles) citent en effet chacun un cas de cystocèle crurale qui leur est personnel. Enfin, M. Gallet a trouvé dans la *Revue de chirurgie* (1893) un travail de Guépin où six cas de cystocèle crurale sont réunis.

M. Dubois rappelle le cas de cystocèle crurale dont il a parlé; le diagnostic de cystocèle n'avait pas été fait, et quoique la vessie eût été ouverte pendant l'opération, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Fistule uretérale consécutive à l'hystérectomie.

M. Crick rapporte l'histoire d'une jeune femme de 26 ans chez laquelle on avait dû pratiquer une hystérectomie pour pelvipéritonite purulente. L'opération fut laborieuse et l'on dut avoir recours à l'application de nombreuses pinces pour arrêter des hémorrhagies extrêmement abondantes.

Le lendemain de l'opération, pas d'urine par la sonde à demeure. Cette anurie persista jusqu'au moment où l'on enleva les pinces. Quelques jours après, il se produisit de la gangrène superficielle du vagin, laquelle fut rapidement améliorée par des injections alcalines.

Après l'opération, il se manifesta pendant deux mois et demi des alternatives d'écoulements vaginal et vésical. On pratiqua alors une cystotomie vaginale, puis un colpocleisis. Dans la suite, on intervint différentes fois et sans succès pour fermer une petite fistulette consécutive à la dernière opération. De temps à autre, poussées d'infection urineuse.

A neuf mois, l'examen cystoscopique permet de déceler le retour fonctionnel de l'uretère droit; mais après quelque temps il se produit des accidents de péritonite qui amènent la mort du sujet. Il a été impossible d'intervenir à cause de l'état précaire dans lequel se trouvait la malade.

A l'autopsie, on constate les lésions ordinaires de la péritonite purulente, qui paraît être due à l'irruption de l'urine provenant du rein droit à la suite d'une perforation siégeant au-dessus du rétrécissement cicatriciel de l'uretère. On note de l'atrophie rénale et de la pyélite purulente particulièrement accentuée du côté de la fistule uretéro-vaginale.

Tumeur téléangiectasique du bassin.

M. Gallet montre la photographie d'une malade qu'il a eu l'occasion d'opérer dernièrement et dont il rapporte l'observation. Il s'agit d'une femme qui s'est présenté dans son service à l'hôpital Saint-Jean. Elle était atteinte d'une tumeur volumineuse, venant de la région de l'hypochondre droit, envahissant les grandes lèvres et descendant jusqu'à mi-cuisse, cachant ainsi toute la région des organes génitaux. Cette tumeur présentait un étranglement qui la divisait en deux parties : l'une inférieure, située en avant de l'ischion, et l'autre en dessous de la branche descendante du pubis. Plusieurs chirurgiens chez lesquels la malade s'était présentée avaient posé le diagnostic de lipome. M. Gallet, après examen de la malade, se rangea à leur avis et décida l'opération.

Une incision elliptique de la peau au-devant de la tumeur lui fait découvrir un plan musculaire très aminci; sous ce plan musculaire, le bistouri rencontre un tissu fibreux laissant suinter une certaine quantité de sang. M. Gallet reconnaît tout de suite qu'il n'a pas affaire à un lipome, et dans le cours de l'opération il peut s'assurer que la tumeur a pris naissance dans le petit bassin et qu'elle est ensuite sortie par le trou obturateur, pour venir s'étendre à l'extérieur où elle a crû jusqu'à produire l'énorme masse dont on peut juger d'après la photographie. Ce qui permet à l'auteur d'avancer cette opinion, c'est qu'en introduisant le doigt dans le petit bassin par le trou obturateur, il a pu percevoir que la tumeur s'étend dans le tissu sous-péritonéal. L'opération a duré deux heures.

Le lendemain, la malade mourait presque subitement. A l'autopsie, on peut constater que les organes du bassin, trompes, ovaires, matrice, sont absolument sains; mais dans le tissu cellulaire sous-péritonéal on découvre une masse de tissu semblable à celui de tumeur enlevée, laquelle se termine au trou obturateur, à l'endroit où elle a été sectionnée pendant l'opération.

M. Gallet est de plus en plus convaincu que le néoplasme a bien pris naissance dans le bassin et que ce n'est que dans la suite qu'il est venu s'étaler à l'extérieur. Cela peut paraître assez étonnant, mais la nature de la tumeur, qui a été reconnue être un angiome simple, lui permet de croire qu'elle est congénitale et d'expliquer ainsi la voie qu'elle a suivie.

M. Gallet montre à la Société des coupes microscopiques pratiquées par M. Pechère, qui a joint à l'observation le protocole de l'analyse dont voici le résumé :

Pièce anatomique pesant 1 800 grammes environ, composée de deux morceaux dont l'un est recouvert par un fragment de peau très adhérente à un tissu sous-jacent composé d'un plan musculaire mince recouvrant la tumeur. Celle-ci a un aspect fibroïde. Sa substance est homogène et composée de lames qui s'intertriquent dans tous les sens pour former par places de véritables nodosités. A la section, il est résistant et présente sur la surface de coupe une infinité de petits vaisseaux béants, de calibre variable, qui laissent suinter du sang.

Examen microscopique. — Sur une coupe fine, on peut voir que la tumeur est constituée par de nombreux capillaires de néoformation, flexueux et parfois pelotonnés en véritables glomérules.

On note aussi la présence d'artères en grand nombre. On constate dans quelques-uns de ces vaisseaux que la tunique interne est épaissie et constituée par des cellules aplaties entre lesquelles on remarque quelques éléments embryonnaires jeunes ; par-ci, par-là, on peut voir l'endothélium se détacher des parois plus externes; la tunique musculaire est hypertrophiée ou bien a disparu pour faire place à du tissu conjonctif : les fibres élastiques sont fragmentées et tendent à disparaître. Dans la couche externe, les faisceaux conjonctifs sont hyperplasiés et les fibres élastiques séparées les unes des autres par des éléments embryonnaires.

Quelques canaux sanguins sont fortement dilatés et gorgés de globules rouges. Tous ces éléments vasculaires circulent dans un stroma conjonctif formé de cellules allongées, se transformant en tissu fibreux.

Diagnostic : Angiome; téléangiectasie.

M. Gallet insiste sur la rareté de cas analogues et sur la difficulté qu'ils présentent au diagnostic. Il croit pouvoir attribuer la mort de la malade à la quantité énorme de sang soustrait tant pendant l'opération, qui s'est fortement prolongée, que par l'extirpation d'un tissu gorgé de sang.

Application du bouton de Murphy. — Injection de sérum artificiel à haute dose dans le tissu cellulaire sous-cutané en cas de péritonite post-opératoire.

M. Depage (Bruxelles) rapporte un cas de résection intestinale pour cancer du cæcum, côlon ascendant et transverse, pratiquée chez un homme de 37 ans, fortement émacié. Après avoir ouvert le ventre en dehors du muscle droit, M. Depage fit la résection de l'intestin sur une éteddue de 38 centimètres et extirpa en même temps plusieurs ganglions sous-mésentériques. La réunion des deux bouts fut faite au moyen du bouton de Murphy.

Le soir apparurent des phénomènes du péritonite avec vomissements verdâtres continus, ballonnement du ventre, absence de pouls, refroidissement des extrémités qui peu à peu prirent une teente cyanosée. Température 36°8.

M. Depage eut recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel à 6 p. 100 de NaCl. Il se servit à cet effet d'un irrigateur d'Esmarch au tube duquel il avait adapté une aiguille de la seringue de Dieulafoy. A la suite de ces injections l'état général parut s'améliorer; toutefois l'amélioration ne persista pas; le surlendemain de l'opération, la péritonite devint tellement menaçante, que M. Depage n'hésita pas à rouvrir l'abdomen. Au niveau de la région opératoire, toutes les anses intestinales étaient réunies entre elles par des dépôts fibrino-purulents, et plus profondément le ventre renfermait une grande quantité de liquide à odeur fécaloïde. Le bouton du Murphy parut bien placé et on ne put constater de perforation. M. Depage fit le lavage complet de la cavité abdominale et laissa le ventre ouvert en ayant soin de tamponner la plaie avec de la gaze aseptique.

Les injections de sérum artificiel furent reprises immédiatement, et en deux jours, environ 12 litres de ce liquide furent injectés dans les voies lymphatiques.

A la suite de ce traitement, il y eut un mieux notable : le pouls devint perceptible, les muqueuses reprirent une coloration rosée, la teinte cyanosée disparut et la température se rétablit à la normale. Mais bientôt les vomissements reprirent, avec des symptômes d'obstruction intestinale. M. Depage enleva le tamponnement et refit un lavage de la cavité péritonéale, qui s'était remplie de nouveau de liquide purulent à l'odeur fécaloïde.

Plusieurs selles dans la soirée. Etat comateux avec température de 36°. Mort le sixième jour après l'opération.

Cette observation intéresse à plusieurs points de vue :

1° Il s'agissait d'un cancer du cæcum avec nodules cancéreux dans le côlon ascendant et transverse, indépendants de la tumeur principale. La muqueuse séparant ces différents nodules était saine, la néoplasie, limitée à la muqueuse, donnait l'impression d'un cancer primitif du cæcum dont des fragments s'étaient greffés le long du côlon.

2° L'autopsie a démontré que la cause de la mort doit être attribuée à une perforation de l'intestin produite par un rebord aigu du bouton de Murphy.

3° M. Depage insiste enfin sur la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées à hautes doses de sérum artificiel en cas de péritonite ou autres maladies infectieuses. Il s'agit là d'un véritable lavage du sang, plus facile à pratiquer que la méthode qui consiste à injecter directement dans les veines.

Luxation du cartilage semi-lunaire du genou.

M. Lambotte présente un malade chez lequel M. Sneyers, de Liège, a pratiqué avec succès, il y a plusieurs mois, l'extirpation du cartilage semi-lunaire du genou par luxation. M. Lambotte, à cette occasion, rapporte un cas personnel dans lequel, pour la même affection, il a pratiqué avec succès, il a un an, la suture du cartilage.

Epiplocèle crurale compliquée de cystocèle.

M. Verneuil. — Le côté intéressant de cette observation réside dans le fait qu'il s'agissait ici d'une hernie crurale. Si les cas où l'on constate la présence de la vessie dans l'anneau inguinal ne sont pas excessivement rares, ceux connus de hernie vésicale à travers l'anneau crural se comptent à peine. Dans l'observation citée par l'auteur, il est à remarquer également que la tumeur vésicale était adhérente au tissu cellulaire du voisinage, charnue et dépourvue absolument de toute espèce d'éléments graisseux, à l'encontre de ce qui se voit généralement. Le diagnostic fut impossible à faire et la cavité vésicale ouverte sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Elle fut restaurée par deux plans de sutures : une suture muqueuse en surjet faite au moyen de catgut et une suture musculaire à points séparés avec de la soie. Vu la longueur de cette suture et aussi la persistance d'une hémorrhagie en nappe impossible à tarir, la vessie ne fut point réduite. On la laissa en place et le champ opératoire fut simplement protégé par un pansement occlusif à la gaze iodoformée. Quatre jours après, le pansement fut levé. Toute hémorrhagie ayant cessé et la suture vésicale ayant rempli parfaitement son office, on détacha la tumeur de ses dernières adhérences à l'anneau et on la réduisit dans la cavité abdominale. L'opération fut alors terminée comme de coutume. Suites normales. L'auteur attire également l'attention sur la façon dont il a traité la vessie après la suture. Il estime que dans un cas semblable, mieux vaudrait exciser la tumeur après l'axoir pédiculisée dans une pince à pression et faire alors une suture soignée des tissus compris dans les mors de la pince. Mais si, pour une raison ou pour une autre, on ne pouvait agir de la sorte, il croit qu'il est préférable de s'en tenir au système qu'il a suivi, c'est-à-dire de terminer l'opération en deux fois, et qu'il vaut mieux laisser la tumeur à l'extérieur que de la réduire immédiatement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des angines scarlatineuses

Les angines de la scarlatine comportent diverses modalités cliniques. On peut les diviser en deux groupes : l'*angine érythémato-pultacée*, essentiellement bénigne, apparaissant dès le début de la scarlatine, et les *angines pseudo-membraneuses*, subdivisées en *précoces*, dues à l'infection streptococcique, et *tardives*, dues à l'infection diphthéritique. Nous laissons de côté ici l'angine gangréneuse, fréquente autrefois et qui ne se rencontre plus guère aujourd'hui.

Au point de vue thérapeutique, cette division clinique est également applicable et chaque variété d'angine réclame un traitement particulier. Ce traitement fait le sujet principal de la thèse de M. A. Dubois consacrée à l'étude générale des angines scarlatineuses et dont nous extrayons les éléments de cette revue (1).

En premier lieu, quelle que soit la forme clinique de l'angine, une même conduite doit être tenue sous le rapport de l'hygiène générale et de la prophylaxie. Nous en dirons donc quelques mots, avant de passer à l'étude des différents moyens thérapeutiques employés dans chaque variété.

HYGIÈNE. PROPHYLAXIE. — Avant tout il importe d'être fixé sur la nature microbiologique de l'angine, principalement s'il s'agit d'une angine pseudo-membraneuse.

Dans les hôpitaux surtout, cette question est des plus importantes pour la distribution des malades : un enfant atteint d'angine scarlatineuse précoce à fausses membranes, s'il est envoyé dans le pavillon de la diphthérie, contractera à coup sûr une nouvelle infection, mortelle peut-être. En retour, il peut contaminer toute la salle et l'on a vu encore en 1889 le pavillon de la diphthérie, à l'hôpital Trousseau, décimé par une épidémie de scarlatine apportée dans ces conditions. Il faut donc reconnaître la nature scarlatineuse ou plutôt streptococcique, et, celle-ci une fois reconnue, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle privée, isoler les divers malades le plus complètement qu'il sera possible.

1. ARMAND DUBOIS, *Les angines scarlatineuses et leur traitement par le sérum de Marmorek* (Thèse de Lille, 1896).

Le médecin pendant sa visite se recouvrira d'une blouse spéciale, les garde-malades seront choisis de préférence parmi les personnes immunisées par une atteinte antérieure et ils n'auront que le minimum de relations avec le dehors. Les mains des assistants seront désinfectées par un savonnage au sublimé ou une solution de sulfate de cuivre à 20 p. 100 ou au permanganate de potasse à 1 p. 100.

Durant et après la maladie, les linges et déjections seront plongés également dans une solution de sulfate de cuivre (50 p. 100). Les objets servant aux repas (fourchettes, couteaux, etc.), seront désinfectés à l'eau bouillante. Pour l'examen de la gorge, une cuiller spéciale sera réservée à chaque malade et on la plongera dans une solution antiseptique après s'en être servi.

La désinfection de la chambre et des meubles aura lieu par des pulvérisations au sublimé (1 p. 1000) ou à l'acide phénique (5 p. 100). Les rideaux, tentures, literies et tout ce qui peut être transporté sera passé à l'étuve à vapeur sous pression.

La quarantaine ne sera levée qu'après disparition de toutes les squames épidermiques, car le germe de la scarlatine est très résistant et persiste virulent un temps assez long. On note, en effet, des cas où la maladie a pu se transmettre par une lettre, par les livres d'un cabinet de lecture, un foulard qui avait servi 3 mois auparavant, un habit resté 10 mois dans une malle, etc., etc.

On prescrira le repos au lit absolu pendant toute la durée de l'élévation thermique.

Le régime lacté intégral sera maintenu pendant 3 ou 5 semaines au moins. On peut adjoindre (Lemoine) quelques jaunes d'œufs délayés dans le lait.

La chambre sera débarrassée des tentures inutiles et aérée très fréquemment pendant que le malade reste bien couvert et abrité par un paravent; la température de cette chambre sera de 16° à 18°. Il faudra éviter de céder au préjugé populaire qui consiste à amener la transpiration.

On donnera des boissons abondantes : limonades citrique et tartrique, eaux de Contrexéville et de Pougues.

La propreté de la peau sera entretenue par des bains tièdes fréquemment répétés.

Enfin, alors même que l'angine est très peu manifeste et réduite à son minimum d'intensité, on fera, en prévision de complications pharyngées, l'antisepsie de la bouche, de la gorge et du nez par les procédés qui seront indiqués ci-dessous.

ANGINE ÉRYTHÉMATO-PULTACÉE. — Par elle-même, cette angine n'est rien, mais elle favorise l'introduction des germes pathogènes; la désinfection rigoureuse du pharynx et des fosses nasales est donc le meilleur moyen d'éviter les principales complications qui résultent de ces infections secondaires et d'empêcher le développement de l'angine pseudo-membraneuse.

A tous les scarlatineux, dès le début de la maladie, il est indiqué de faire des irrigations pharyngiennes (nous en verrons plus loin le manuel opératoire). Le liquide employé sera soit l'eau boriquée à 2 p. 100 pour les plus jeunes enfants ou une solution d'acide salicylique à 2 p. 100. L'eau phéniquée à 1 p. 100, malgré sa toxicité, nous semble devoir être préférée si l'on a soin d'examiner chaque fois les urines du malade.

On pourra employer la solution suivante complexe :

Teinture d'eucalyptus	4 gr.
Acide borique	4 gr.
Acide phénique }	ãã 1 gr.
Acide salicylique }	
Glycérine	30 gr.
Alcool à 90°	50 gr.
Eau distillée q. s. pour 1 litre.	

Ces irrigations seront pratiquées 3 ou 4 fois par jour, et si l'enfant est indocile, on pourra les remplacer par de simples pulvérisations de 5 minutes, pratiquées toutes les 2 heures.

Les attouchements avec les différents antiseptiques en solution concentrée nous paraissent plus nuisibles qu'utiles; on peut toutefois badigeonner la gorge plusieurs fois par jour avec un tampon de ouate imbibée de glycérine phéniquée à 2 p. 100 ou de la solution :

Créosote	1 gr.
Alcool	90 gr.
Glycérine	20 gr.

Dans les narines on insufflera de l'acide borique porphyrisé ou l'on placera des tampons imbibés de vaseline boriquée ou salolée, d'huile boriquée.

Chaque repas de lait sera suivi d'un lavage de la bouche, d'un gargarisme dès que l'âge le permettra.

CAS GRAVES : ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES PRÉCOCES (forme angineuse de la scarlatine) ET ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE TARDIVE. — Le nombre des moyens mis en usage dans le traitement des angines pseudo-membraneuses est si considérable qu'il y a lieu de les classer en plusieurs groupes que nous étudierons successivement, à savoir : les caustiques, les dissolvants, les médicaments s'éliminant par le pharynx et amenant une modification de la muqueuse, les antiseptiques, les moyens mécaniques ayant pour but l'enlèvement des pseudo-membranes et le nettoyage de la gorge.

A. *Les caustiques.* — Les caustiques ont pendant longtemps joui d'une grande vogue; on employait autrefois les acides les plus violents, ainsi Trousseau se servait d'acide nitrique pur ou coupé de moitié d'eau et d'acide chlorhydrique fumant pur ou mélangé à du miel rosat. Il recommandait alors de cautériser la muqueuse *avec une énergie sauvage!* On a même été dans cette voie jusqu'aux inhalations d'acide fluorhydrique. Les solutions alcalines concentrées de soude et de potasse étaient aussi utilisées, mais, ce qui était d'un usage courant, c'était le nitrate d'argent en crayons ou en solution.

Aujourd'hui, on est bien revenu de tous ces prétendus moyens curatifs et on ne saurait trop s'élever contre cette pratique barbare, à la fois inutile, douloureuse et dangereuse. *Inutile*, car cela n'empêche pas la reproduction de la fausse membrane; *douloureuse*, car il est très difficile de limiter exactement l'action du caustique surtout si on l'emploie à l'état liquide, il fuse alors aux environs, amenant une douleur telle que les malades se refusent ensuite à tout examen de la gorge; *dangereuse*, car il en résulte une inflammation intense, nécrotique, empêchant par la dysphagie l'alimentation dont l'importance est si grande, et une fois l'eschare tombée, il reste alors une plaie où viennent se greffer en même temps que des infections secondaires les premiers microorganismes que le caustique n'a pas atteints (1).

B. *Les dissolvants.* — Ils ont pour but de faire disparaître la fausse membrane au fur et à mesure de sa production. Les *acides faibles* (acide lactique, acide citrique) jouiraient de cette propriété. Le *jus de citron* particulièrement a obtenu et possède encore une grande vogue : préconisé par Révilliod, on doit l'employer en badigeonnages toutes les 10 minutes. Les applications en sont quelquefois un peu douloureuses, mais elles donnent de bons résultats.

Les *alcalins* ont été également employés dans ce but, la chaux en particulier est recommandée par Barthez et Sanné en gargarismes et en irrigations, soit pure, soit coupée avec du lait.

Le *saccharate de chaux* ou sirop de chaux a été aussi préconisé.

La *pepsine* et la *papaïne* sont indiquées par Bouchut dans un but de digestion locale. Selon lui, si l'on emploie ces badigeonnages toutes les 2 heures, on voit bientôt les pseudo-membranes s'amincir, se désagréger et disparaître même définitivement au bout de 4 ou 5 jours.

Les résultats ne sont cependant pas venus depuis confirmer son opinion; d'ailleurs, M. Cadet de Gassicourt montre que c'est là une vue théorique, car il y a trop peu de dissolvant ou de digestif employé et leur action est de trop courte durée. Donc, en admettant même que *in vitro* on obtienne des résultats, on ne peut espérer avoir les mêmes réactions sur le vivant : J'ai eu, dit-il, « des séries heureuses et malheureuses, mais jamais l'acide lactique, l'eau de chaux ni la papaïne n'ont été pour rien dans les résultats. »

C. *Médicaments qui s'éliminent par le pharynx et amènent ainsi une modification de la muqueuse.* — Ici nous agissons par la voie interne (1).

En première ligne le *chlorate de potasse*. Certes, ce médicament a une action des plus heureuses sur la muqueuse pharyngo-laryngée, c'est un excellent modificateur local; comme tel il est encore très employé, mais il ne faut pas en faire comme certains un spécifique héroïque de l'angine pseudo-membraneuse.

Le *copahu* et le *cubèbe* ont été préconisés par Trideau qui donne toutes les 2 heures une cuillerée à soupe de sirop de copahu alternant avec la même dose de sirop de cubèbe. Jules Simon, chez les jeunes enfants, emploie l'extrait oléo-résineux de cubèbe à la dose de 4 à 8 grammes. Cadet de Gassicourt, moins enthousiaste pour le cubèbe, prétend qu'il fatigue l'estomac et empêche la médication tonique si importante dans les angines.

La *pilocarpine*, vantée par Guttman en injections hypodermiques, n'a pas justifié les espérances que l'on fondait sur elle. Aujourd'hui même on la considère comme plus dangereuse qu'utile.

La *créosote* et les injections sous-cutanées d'huile créosotée, préconisées par Legroux, diminuent les chances d'extension des pseudo-membranes et empêcheraient les broncho-pneumonies grâce à l'élimination pulmonaire.

Le *perchlorure de fer*. Légèrement antiseptique, il empêcherait les hémorrhagies, mais il faut employer des solutions très diluées, car concentré il devient caustique. Il agit à la fois comme topique et par élimination.

1. Rappelons à l'appui une expérience très concluante d'ACHALME : un streptocoque atténué ne produit sur le lapin qu'une simple rougeur érythémateuse. Si alors on injecte en même temps des produits capables de tuer les cellules, sa virulence s'exalte à tel point qu'il peut produire l'infection purulente. Les caustiques ont donc sur le pharynx une influence plutôt néfaste.

1. Une autre classe de médicaments s'administrait de même mais dans un autre but : c'étaient *les altérants*, aujourd'hui abandonnés, que l'on donnait dans l'espoir de diminuer la fibrine du sang et par suite retarder la production des pseudo-membranes, tels : le mercure à l'intérieur sous forme de calomel, à l'extérieur en frictions, le bicarbonate de soude et le tartre stibié.

M. Guelpa l'emploie en irrigations avec la solution à 1 p. 100.

M. Comby l'associe à l'acide lactique dans un collutoire :

Perchlorure de fer	10 gr.
Acide lactique.	10 gr.

Pour badigeonnages.

Jules Simon pense qu'il peut donner de bons résultats, car il se décompose et s'élimine à l'état de sulfure qui produit avec la fibrine des combinaisons chimisque. Les pseudo-membranes deviennent alors brunâtres, se soulèvent, flottent, et finalement se détachent en laissant au-dessous d'elles d'autres productions, cette fois très faciles à enlever avec le pinceau.

D. *Moyens mécaniques ayant pour but l'ablation des pseudo-membranes et le nettoyage de la gorge.* — La toilette du pharynx est des plus importantes, elle comprend plusieurs moyens que nous allone passer en revue :

Les éponges sont conseillées par Dujardin-Beaumetz, il les coupe en petits morceaux préalablement stérilisés et les fixe solidement à une baleine, laquelle, par son élasticité, empêche un traumatisme trop violent de l'arrière-gorge. De plus, l'éponge ne laisse pas comme les pinceaux des poils qui, par irritation locale, provoquent la toux.

Les tampons. De petits tampons de coton hydrophile fixés entre les mors d'une pince à forcipressure sont préférables. Il faut agir avec la plus grande douceur possible, promener seulement avec tous les ménagements le tampon de ouate sur les parties malades. Si l'enfant est indocile, il faut même y renoncer, et, d'une facon générale, dans l'ablation il faut se borner à celles que l'on peut enlever facilement, sans faire saigner, de peur de créer ainsi une porte d'entrée nouvelle aux microorganismes. On fait suivre cette ablation d'un badigeonnage antiseptique ou simplement au jus de citron. Trois ou quatre fois par jour on recommence cette opération, mais il ne faut pas oublier la nuit de respecter le sommeil de l'enfant, à moins que ce sommeil ne soit qu'apparent et très agité.

Le pinceau. M. Gaucher emploie un pinceau de blaireau dur et taillé en brosse avec lequel il enlève tout ce qu'il peut amener à lui. Pour éviter les infections consécutives, il fait aussitôt avec sa mixture antiseptique (voir plus loin) un badigeonnage recouvrant l'ulcération créée. Beaucoup d'auteurs n'adoptent pas cette méthode et M. Bourges particulièrement repousse ce procédé, même le simple badigeonnage à la mixture, prétendant que l'on ne fait ainsi que prolonger la maladie.

La glace est recommandée par Lebert, Bleynie (de Limoges), Meyer. On l'administre par petits fragments toutes les 10 minutes. Même dans le sommeil, elle est acceptée volontiers par les jeunes enfants. Elle diminue en effet la douleur, la congestion et la dysphagie. Toutefois elle n'a aucune prise sur les pseudo-membranes. On peut adjoindre un sachet ou une vessie de glace placée autour du cou. Enfin, si l'on ne peut s'en procurer, on la remplace à la rigueur, chez les adultes, par des gargarismes d'eau froide.

Les pulvérisations avec l'appareil de Richardson ou de Lucas-Championnière sont employées concurremment avec les autres moyens, elles remplacent les irrigations chez les enfants indociles mais ne les valent pas. Les solutions sont les mêmes que pour les irrigations.

Les gargarismes ne sont praticables que chez l'adulte ou l'enfant déjà un peu âgé. On se sert à cet effet de solutions antiseptiques variées que nous énumérerons plus loin.

Les irrigations. C'est à elles qu'il faut recourir dans tous les cas, elles ont l'avantage d'agir non seulement par la substance antiseptique qu'elles contiennent, mais surtout par la force du courant d'eau qui, malgré son action brutale apparente, n'occasionne jamais de traumatisme de l'arrière-gorge. Divers moyens ont été employés : rappelons seulement le siphon d'eau de seltz et la seringue ordinaire qui est trop petite et peu commode pour cet usage.

Aujourd'hui on se sert soit d'un irrigateur, soit d'un bock à irrigations muni d'un tube en caoutchouc de 1m50 environ et d'une canule spéciale.

On place l'enfant enveloppé de couvertures sur les genoux d'une infirmière et en regard d'une fenêtre donnant un bon éclairage. Un aide placé derrière soulève le bock et tient une cuvette sous le menton de l'enfant.

L'opérateur se tient en avant et sur le côté, il fait ouvrir la bouche du malade, lui commande de montrer les dents et de rentrer la langue qu'on abaisse fortement à l'aide d'une cuiller.

Tenant alors cette cuiller de la main gauche et de la droite la canule, on dirige le jet vers les fausses membranes. De préférence on le dirige obliquement de bas en haut pour frapper la paroi postérieure du pharynx.

Le jet doit être assez fort pour déterminer d'une façon réflexe l'obturation presque complète des voies aériennes supérieures : plus le jet sera puissant, moins le liquide sera exposé à tomber dans la trachée et la quantité absorbée sera très minime. D'ailleurs, pour plus de précautions. on fera incliner en avant la tête de l'enfant et on suspendra l'irrigation chaque fois qu'il paraîtra incommodé; on le laissera ainsi respirer et cracher. Un litre de liquide chaud, plus ou moins antiseptique, est nécessaire à chaque opération et l'on s'y reprendra 7 à 8 fois pour faire passer cette quantité.

Quant aux liquides employés, ils sont des plus variés. A l'hôpital Trousseau, on se sert pour la scarlatine pseudo-membraneuse de la même solution que pour la diphthérie, c'est-à-dire l'eau phéniquée au centième. Les irrigations sont ainsi répétées 3 fois par jour et jamais on n'eut à constater d'intoxication.

On peut aussi se servir de l'eau boriquée de 1 à 4 p. 100, de l'eau naphtolée à 0,20 p. 1 000, etc.; nous verrons plus loin parmi les antiseptiques toutes les solutions dont on peut se servir. Peu importe d'ailleurs le liquide employé, l'essentiel est de répéter les irrigations. Ce jet qui tournoie dans l'arrière-gorge, détache mieux que n'importe quel pinceau ou écouvillon les pseudo-membranes qui adhèrent, il entraîne celles qui sont à moitié détachées, il débarrasse enfin la bouche des mucosités et produits putrides qui s'y sont accumulés. Les 2 ou 3 premières opérations sont, il est vrai, assez pénibles, mais les malades ne tardent pas à en éprouver un tel soulagement qu'ils acceptent et même réclament bientôt leurs irrigations.

Comme traitement complémentaire, M. Boulloche recommande, dès que les fausses membranes sont étendues à tout le pharynx, même s'il n'y a pas de jetage, de faire de même une irrigation des fosses nasales. C'est le seul procédé qui permettrait d'atteindre les fausses membranes développées sur la face supérieure du voile du palais. On se sert pour cela d'une solution phéniquée à 1/200 ou d'eau boriquée, ou d'eau pure additionnée d'une petite qantité d'eau de chaux. On injecte le liquide successivement par les deux narines, il doit ressortir clair par la narine opposée. On aura soin, en opérant, de diriger la canule et le jet directement d'avant en arrière et horizontalement et non pas de bas en haut, ce qui provoquerait chez l'enfant des douleurs assez vives.

E. *Les antiseptiques.* — Les récentes découvertes de la

bactériologie ont, dans la thérapeutique des angines pseudo-membraneuses, tant de nature diphthérique que streptococcique, dirigé les recherches vers l'étude des diverses préparations antiseptiques. Depuis, les topiques locaux parasiticides ont tenu, à côté et en même temps que les irrigations, la plus grande place dans le traitement de ces angines. Cependant, M. Jacobi, dans une communication au *Congrès de médecine de New-York*, conseillait de s'abstenir dans les affections pseudo-membraneuses des applications locales antiseptiques qui peuvent toutes faciliter plus ou moins la destruction de l'épithélium et ouvrir les portes à une nouvelle infection. Il se contente alors dans les angines scarlatineuses à fausses membranes d'irrigations pharyngées et d'injections nasales avec une solution faible d'acide borique. Toutefois, si l'abus des antiseptiques serait préjudiciable, il serait, selon nous, plus funeste encore de s'en abstenir totalement.

Les antiseptiques s'emploient non seulement comme topiques, — c'est à ce point de vue que nous allons surtout les étudier, — mais encore en solutions pour gargarismes et irrigations pharyngées, comme nous venons de le voir ci-dessus.

Nous examinerons successivement ceux dont l'emploi est aujourd'hui courant :

L'acide salicylique est le médicament préféré par Jules Simon, d'Espine et Marignac :

Glycérine	25 gr.
Acide salicylique	0 gr. 50

Pour un collutoire.

(D'Espine et Marignac.)

Acide salicylique . . . 0 gr. 50 à	1 gr.
Infusion d'eucalyptus	60 gr.
Glycérine	40 gr.
Alcool	15 gr.

Imbiber un tampon de cette solution pour badigeonner la muqueuse plusieurs fois par jour.

(Jules Simon.)

Fait qui a son importance : l'acide salicylique a l'avantage de ne pas contrarier l'action du sérum.

Pour les irrigations, on se sert de la solution à 2 p. 100.

Acide salicylique	2 gr.
Alcool à 90°	10 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

L'acide phénique est considéré comme donnant de bons résultats. Moussous emploie le badigeonnage suivant :

Glycérine	33 gr.
Acide phénique	1 gr.

Pour onctions sur les fausses membranes 3 ou 4 fois par jour.

Löffler et Strübing l'unissent à l'alcool et à la térébenthine :

Acide phénique	3 à 5 gr.
Essence de térébenthine	40 gr.
Alcool absolu	60 gr.

Hutinel et Chantemesse au camphre et à la glycérine :

Acide phénique	5 gr.
Alcool à 90°	10 gr.
Camphre	20 gr.
Glycérine	25 gr.

M. Gaucher emploie la mixture suivante :

Camphre	20 gr.
Huile de ricin	15 gr.
Alcool	10 gr.
Acide phénique	5 gr.
Acide tartrique	1 gr.

On l'applique avec la pince à forcipressure et le coton, que l'on exprime auparavant pour ne pas laisser tomber une seule goutte du liquide dans les voies aériennes. Quoique irritante et assez douloureuse, cette préparation a pour avantage d'adhérer fortement à la muqueuse qu'elle recouvre comme d'un vernis. Dix minutes après son application, M. Gaucher fait une irrigation pharyngée à l'eau phéniquée à 1 p. 100.

Mais d'autres auteurs pensent et avec raison, que l'action des toxiques concentrées à l'acide phénique et au sublimé contrarient l'action des divers sérums thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, il faudra toujours surveiller attentivement les urines qui deviennent noires de par l'intoxication phéniquée.

Le traitement par l'acide phénique et le sublimé sera d'ailleurs très réservé, dès que l'on constatera de l'albumine dans les urines.

Le stérésol. Depuis 1893, à l'hôpital Trousseau, dans le pavillon de la scarlatine comme dans celui de la diphthérie, on emploie un collutoire phéniqué dû à M. Berlioz (de Grenoble) et qui, d'autre part, a déjà donné en dermatologie les meilleurs résultats; en voici la composition :

Gomme laque purifiée, entièrement soluble dans l'alcool	270 gr.
Benjoin purifié	10 gr.
Baume de tolu	10 gr.
Essence de cannelle de Chine	6 gr.
Acide phénique cristallisé	100 gr.
Saccharine	6 gr.
Alcool à 90°	q. s. p. 1 litre.

C'est en résumé une solution à 10 p. 100 d'acide phénique dans la gomme-laque.

Cette mixture forme un vernis qui a la propriété de persister longtemps sur les muqueuses : sur l'amygdale, en particulier, il forme une couche jaunâtre que l'on voit persister plus d'une heure. Son application enfin ne cause aucune douleur et M. Legroux a pu en constater les excellents résultats.

Sublimé	1 gr.
Glycérine	20 à 30 gr.

Pour un collutoire.

(Goubeau et Moizard.)

Ce dernier topique de Moizard donne de beaux résultats, mais il a besoin d'être manié d'une façon prudente. On ne doit faire que deux ou trois attouchements par jour et les faire suivre presque aussitôt de grandes irrigations.

L'iodoforme. Les applications locales en ont été vantées par Zannellis, beaucoup d'auteurs le rejettent à cause des accidents d'intoxication.

Le chlorure de zinc. Le Dr Wilhelmy se sert d'une solution de chlorure de zinc à 20 p. 100 : au bout d'un instant d'application du caustique, la pseudo-membrane se détacherait, mais ce procédé offre l'inconvénient d'être assez douloureux, aussi fait-il immédiatement après ingérer de la glace.

L'emploi du chlorure de zinc exige beaucoup de dextérité et de prudence, c'est un retour aux procédés caustiques un peu barbares d'une autre époque qui, presque partout, a été accueilli avec une juste défiance.

Le pétrole était autrefois employé par Trousseau, il a

été remis en honneur ces dernières années dans les hôpitaux de Rouen. Flahaut, avec des badigeonnages au pétrole faits toutes les 2 heures, aurait obtenu 40 guérisons sur 40 cas (*Normandie méd.*, 1893). Il agit comme antiseptique, mais son action est relativement faible, aussi ne peut-il conserver le renom qu'on voulait tout d'abord lui attribuer.

Produits sulforicinés. Ruault et Josias ont préconisé le phénol sulforiciné dont l'application est indolore :

Sulforicinate de soude.	80 gr.
Acide phénique.	20 gr.

M. Grancher l'emploie couramment d'une façon avantageuse à l'Hôpital des Enfants.

On peut le remplacer par le naphtol sulforiciné :

Naphtol β	10 gr.
Sulforicinate de soude	90 gr.

(Comby.)

ou :

Naphtol β	10 gr.
Camphre.	20 gr.
Glycérine.	30 gr.
Sulforicinate de soude. . qs. pour	90 gr.

Produits colorants. En Allemagne, on a préconisé le *violet de méthyle* ou *pyoctanine;* on en imbibe un écouvillon avec lequel on frotte les fausses membranes, qui prennent une coloration bleu foncé. Quand la coloration disparaît, on répète les badigeonnages.

M. Lemoine (de Lille) conseille de même le *bleu composé*, servant à colorer le bacille de Löffler, qui n'a aucune propriété toxique et qui possède la même action que le violet de méthyle.

Enfin on a employé les divers corps suivants :

La résorcine à 10 p. 100 en badigeonnages et pulvérisations fréquemment répétées.

La créoline de 1 à 2 p. 100.

Le chloral en badigeonnages :

Hydrate de chloral.	15 à 20 gr.
Glycérine.	100 gr.

Pour irrigations :

Chloral	10 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

La teinture d'iode en badigeonnages :

Teinture d'iode.	ãã 15 gr.
Glycérine	

(Piogey.)

Le permanganate de potasse à 1/50 pour badigeonnages 1 ou 2 fois par jour (Pirker).

Le menthol :

Menthol.	1 gr.
Sucre.	10 gr.

(Wolf)

Menthol.	ãã 10 gr.
Camphre	

(Roux.)

L'aseptol :

Aseptol.	1 gr. 50
Glycérine.	30 gr.

pour badigeonnages, 3 fois par jour après ablation des pseudomembranes.

Le bromol :

Bromol.	1 gr.
Glycérine.	25 gr.

Nous nous arrêtons à cette énumération, car la place nous manque pour reproduire ici toutes les formules et toutes les médications tentées jusqu'à ce jour contre les angines pseudo-membraneuses diverses. Le nombre si considérable des traitements montre, d'autre part, que si certains auteurs ont pu adopter une méthode préférée, cette même méthode dans d'autres mains n'a pas donné de bons résultats.

Quoiqu'il en soit, il ne faut pas négliger pour cela le traitement médical : la sérothérapie n'est pas infaillible, et le fût-elle, qu'elle trouverait encore dans les moyens passés plus haut en revue des auxillaires précieux. Aussi, pour terminer ce chapitre, allons-nous tracer brièvement la ligne de conduite que nous pensons devoir suivre dans les cas graves d'angines à fausses membranes, précoces ou tardives dans le cours de la scarlatine.

Mise en œuvre des procédés de choix. — M. Dubois résume ainsi le traitement en usage depuis longtemps à l'hôpital Trousseau, dans les pavillons de la scarlatine et de la diphthérie.

Traitement local. — 1° L'on commence par une irrigation, pratiquée comme nous l'avons indiqué plus haut, qui détache les pseudo-membranes et nettoie la bouche des produits fermentescibles qu'elle contient.

2° Avec le tampon de coton hydrophile, on enlève, en s'y reprenant à plusieurs fois si cela est nécessaire et sans faire saigner, le plus possible de fausses membranes restées flottantes après la première irrigation.

3° Seconde irrigation avec une solution phéniquée à 1/150 ou 1/200; on surveillera toujours avec soin les urines, et, si elles deviennent noires, on remplacera les irrigations phéniquées par une solution de thymol ou d'acide salicylique.

4° Badigeonnage au *stérésol* porté sur un tampon. En frotter les pseudo-membranes non détachées et la place occupée par celles qui sont parties. En dehors de ce topique, nous pensons qu'il faut proscrire les cautérisations plus actives de la gorge avec les solutions concentrées de sublimé et d'acide phénique.

Ces diverses opérations seront répétées toutes les 2 heures le jour, toutes les 3 ou 4 heures la nuit. On devra néanmoins respecter le sommeil de l'enfant. Souvent le petit malade résiste, mais il ne faut pas oublier que, devant la gravité de l'affection, on est en droit d'employer la force pour vaincre son indocilité.

Traitement général et régime. — Si le malade est affaibli, mettre en œuvre les toniques : alcool, potion de Todd, vin de Champagne, thé au rhum, quinquina, etc. Lait en grande abondance, de préférence glacé, boissons diurétiques abondantes pour faciliter l'élimination des toxines : œufs, bouillons, gelées et conserves de viande, mais surveiller attentivement les reins, et pour peu qu'il y ait de l'albumine : ventouses sèches répétées, régime lacté absolu. Si le cœur faiblit : injection de caféine.

Tel est dans son ensemble le traitement de choix que nous devrons appliquer dans les angines pseudo-membraneuses; mais dans l'énumératien que nous avons faite, nous avons omis à dessein, pour lui consacrer en dernier lieu une mention spéciale, une solution que M. Roux a préconisée au dernier Congrès international de médecine de Buda-Pesth (1894) : c'est l'emploi de la liqueur de Labarraque (1) : 50 grammes pour un litre d'eau.

M. Roux a obtenu, à l'aide de cet antiseptique, d'ex-

1. La liqueur de Labarraque est utilisée par M. le Dr Calmette en injections sous-cutanées dans les morsures de serpents venimeux.

cellents résultats. Il a constaté que son action n'empêchait pas les effets curatifs de l'antitoxine diphthérique, alors que les solutions concentrées de sublimé et d'acide phénique avaient une action plutôt retardante et même contraire.

A la liqueur de Labarraque, M. Roux adjoint comme topique le mélange :

Camphre . . . . } ãã 10 gr.
Menthol. . . . . }

déjà mentionné plus haut, qui se liquéfie et se prête fort bien aux badigeonnages.

Dans 5 cas d'angines scarlatineuses, M. Combemale a utilisé ce moyen avec avantage.

SÉROTHÉRAPIE. — *Sérum antidiphthérique.* — Dans les cas d'angine pseudo-membraneuse diphthéritique, il est naturellement indiqué toujours d'injecter le sérum antidiphthérique. Mais ces cas sont nécessairement plus graves que lorsqu'il s'agit de diphthérie pure, puisqu'il y a toujours association du streptocoque au bacille de Löffler. Aussi observera-t-on surtout à la suite de l'injection de sérum les divers accidents, et notamment les éruptions morbilliformes, que M. Sevestre (1) attribue à l'infection streptococcique. D'ailleurs, les observations récentes de MM. Marfan et Apert (2) nous apprennent que chez les scarlatineux atteints d'angine pseudo-membraneuse non diphthéritique et soumis aux injections de sérum antidiphthérique de Roux, la fréquence de ces éruptions post-sérothérapiques est bien plus grande que chez les diphthéritiques (28 p. 100 au lieu 10 à 15 p. 100).

Sérum antistreptococcique. — Les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine étant toujours produites par le streptocoque associé ou non au bacille de Löffler, il était tout indiqué d'essayer de les traiter par le sérum antistreptococcique en combinant son emploi, en cas de diphthérie associée, avec celui du sérum de Roux.

M. Marmorek a publié tout d'abord une série de cas favorables à l'emploi de son sérum dans la scarlatine et M. A. Dubois, qui consacre à ce sérum de longs développements et fait un véritable plaidoyer en sa faveur, rapporte 4 observations dans lesquelles il aurait produit des résultats avantageux.

Mais tous les auteurs sont loin de partager cet enthousiasme. Baginski n'a pas tiré de ses tentatives de résultats concluants. M. Josias estime que le sérum est sans influence marquée sur l'évolution de la scarlatine (3).

Les faits observés par MM. Marfan et Apert, Comby, ne sont nullement encourageants (4). D'ailleurs, l'efficacité même du sérum de Marmorek dans les diverses manifestations de l'infection streptococcique est encore un sujet de discussion. On sait que certains streptocoques, et en particulier un échantillon retiré par M. Méry (5) de la gorge d'un enfant scarlatineux, même dans les conditions expérimentales, ne sont nullement influencées par ce sérum. La question est donc encore à l'étude et l'on ne saurait actuellement faire de cette sérothérapie antistreptococcique une thérapeutique générale des angines scarlatineuses.

1. SEVESTRE, *Bull. médical*, févr. 1896.
2. *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai 1896.
3. *Soc. de thérapeutique*, 13 mai 1896.
4. *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai 1896.
5. MÉRY, *Soc. de biologie*, 18 avril 1896.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mai et juin 1896.

M. HUGENSCHMIDT (Arthur). *Étude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes.* N° 344. (G. Steinheil.)

M. BEAULAVON (André-Marie-Paul). *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria.* N° 353. (L. Battaille et Cie.)

M. DELBÈS (Oscar). *De la résorption spontanée intra-capsulaire de la cataracte sénile.* N° 356. (G. Steinheil.)

M. LINDEGGER (Gaspard). *Contribution à l'étude du gros rein polykystique et son opération.* N° 357. (Ollier-Henry.)

Des expériences que M. HUGENSCHMIDT a entreprises, il résulte que, si les propriétés bactéricides de la salive ne sont pas démontrées par l'expérimentation et si l'on peut même douter de leur rôle dans l'atténuation de la virulence des microbes pathogènes qui sont les commensaux habituels de la cavité bucco-pharyngée, il n'en est pas de même des propriétés chimiotactiques positives de cette même salive non filtrée, telle qu'elle se rencontre dans la cavité buccale. Par ses propriétés mêmes, et surtout par l'intermédiaire des produits solubles des microbes qui y végètent, la salive possède des propriétés chimiotactiques positives qui expliquent la diapédèse importante se faisant dans la bouche normale pour détruire les bactéries. Cette diapédèse est intense surtout à la surface des plaies baignées par la salive dans les cas pathologiques. Cette propriété chimiotactique de la salive n'est pas seule en cause pour expliquer le peu de virulence des germes de la bouche et le peu de dangers d'infection auxquels nous exposent les plaies de la muqueuse buccale. L'intervention du mucus buccal, lorsqu'il y a suspension de la sécrétion salivaire, la desquamation épithéliale incessante et la concurrence vitale qui élimine les bactéries non acclimatées doivent, pour leur part, entrer en ligne de compte.

M. BEAULAVON constate que les sanatoria sont construits dans tous les climats, l'altitude ne constituant qu'un auxiliaire du traitement hygiénique-diététique. Comme emplacement, on cherche surtout un sol perméable, une protection contre les vents du nord, de l'ouest et de l'est, obtenue par des hauteurs boisées ou simplement le voisinage d'une forêt. Les sanatoria sont dans un isolement relatif, loin des grands centres, des routes fréquentées, pour jouir d'un air aussi pur que possible. On les construit avec tout le confort possible et suivant les règles de l'hygiène hospitalière moderne. Ils possèdent des installations spéciales pour la cure couchée à l'air libre. Les bâtiments sont entourés de terrains assez étendus pour les isoler et d'un parc assez grand pour qu'on y puisse prendre les dispositions nécessitées par la cure d'air et la cure de terrain. Un sanatorium bien tenu ne présente aucun danger d'infection ni pour ses habitants sains, ni pour les populations environnantes.

Les sanatoria sont non seulement des établissements où l'on isole, soigne et guérit les tuberculeux, mais aussi des écoles où les malades apprennent à rester guéris et à prendre les précautions nécessaires pour n'être point un danger permanent pour ceux qui les approchent.

Le traitement de la tuberculose dans les sanatoria a pour but de relever les forces de l'organisme pour lui permettre de combattre et de vaincre le bacille tuberculeux. Ce résultat est obtenu au moyen d'un régime dit hygiénique-diététique. Les malades s'alimentent au maximum, vivent toute la journée à l'air libre, dorment la nuit la fenêtre ouverte et ne prennent que des exercices mesurés, soigneusement dosés par les médecins. A ces grands principes s'ajoutent des pratiques hygiéniques, ayant pour but d'endurcir le malade. Ce traitement, qui convient particulièrement aux malades peu avancés, offre encore de réels avantages lorsqu'il s'adresse aux cas désespérés, en leur

procurant une amélioration et un soulagement immédiats. Il ne peut être suivi et exécuté exactement dans tous ses détails que dans un établissement fermé où le malade ne peut échapper à la surveillance du médecin. Les statistiques publiées par les sanatoria indiquent une forte proportion d'améliorations et de guérisons. Des recherches faites pour savoir ce qu'étaient devenus les malades renvoyés guéris montrent que la plupart d'entre eux voient leur guérison résister à l'épreuve du temps. Ces résultats font émettre le vœu de voir la France suivre l'exemple des nations voisines et élever de nombreux sanatoria sur son territoire.

M. O. Delbès pense que la résorption spontanée intra-capsulaire est une terminaison rare de la cataracte sénile, mais qui paraît être plus fréquemment constatée depuis que cette question a attiré l'attention des spécialistes. Elle se produit par ramollissement des couches corticales qui se résorberont ensuite en même temps que la totalité ou une partie du noyau. La pathogénie de la résorption spontanée est encore très mal connue. Les cataractes séniles qui se résorbent sont souvent des cataractes compliquées. La complication le plus souvent signalée est le glaucome. Le retour de la vision est souvent compromis par l'existence de ces complications.

L'anatomie pathologique ne nous apprend encore aujourd'hui rien de nouveau sur la dégénérescence polykystique des reins. Rayer, déjà en 1837, a nettement établi la base fondamentale anatomo-pathologique. La pathogénie du gros rein polykystique est à ce jour encore assujettie à une foule de divergences d'opinions. Ni la théorie intra-utérine, ni la théorie inflammatoire, pas plus que l'idée d'une néoformation *sui generis*, ne sont suffisamment établies. M. G. Lindegger admet cependant avec Virchow, Klebs, Birch-Hirchfeld, etc., que la plupart des cas de dégénérescence polykystique, sont une affection congénitale qui se développe souvent pendant la vie ultérieure, à un âge déjà avancé. Il est probable, mais non prouvé, qu'il y a des cas, qu'on peut ramener à une néoformation vraie.

Il n'existe pas de symptôme pathognomonique du gros rein polykystique, car les symptômes cliniques sont très analogues à ceux de toutes les tumeurs solides du rein. Une légère polyurie, l'urine albumineuse, et de faible densité, paraissent seules être constantes. Le diagnostic du gros rein polykystique présente de réelles difficultés. Seulement, quand on peut, par exclusion, éliminer les tumeurs malignes du rein, on est, en quelque sorte, justifié d'établir le diagnostic de la dégénérescence polykystique de l'appareil urinaire.

Le pronostic est toujours grave. Cette affection conduit fatalement à la mort, qui survient ordinairement dans le coma urémique.

Il n'y a pas de traitement médical; il se borne à un ensemble de précautions destinées à prévenir les accidents que la dégénérescence peut occasionner, et spécialement les accidents urémiques. Le traitement chirurgical par la néphrectomie est seulement indiqué, quand, à côté d'un rein sain ou reconnu comme tel, la transformation polykystique de l'autre rein compromet la vie des malades. La ponction du gros rein polykystique paraît influencer heureusement la marche de l'affection.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Lévy (Achille). *La démence sénile.* N° 12.

M. Fourel (Georges). *De la méningite tuberculeuse de la première enfance.* N° 13.

M. Dubois (L.-A.). *De la pathogénie et du traitement de la maladie d'Addison.* N° 14.

M. Guyon (Adolphe). *Indications de la cystostomie sus-pubienne dans l'infection de la vessie et la pyélo-néphrite ascendante.* N° 15.

M. A. Lévy considère la démence sénile comme un phénomène pathologique. Parmi les diverses variétés de délire qu'on peut observer au cours de la démence, il en est un qui est la conséquence logique de cette maladie. L'attitude particulière, la vue de certains objets, en réveillant chez les malades des souvenirs anciens, les fait penser et agir conformément à ces idées anciennes. L'amnésie des faits récents ou rapprochés, qui constitue le fond même de la démence à son début, est la cause de cette suggestion spontanée ou provoquée, à laquelle le malade est prédisposé par la diminution de ses facultés supérieures. L'exactitude de cette reproduction de faits anciens est en raison inverse des progrès de la déchéance des facultés psychiques. Les seules suggestions possibles concernent soit le métier du futur dément, soit des actes habituellement accomplis par lui ou qui, mêmes uniques, ont fortement impressionné son cerveau. Elles peuvent avoir des conséquences graves et amener des poursuites judiciaires; elles doivent être recherchées quand le dément, au commencement de sa maladie, est amené à prendre des dispositions testamentaires ou autres. Ne se peut-il que ces dispositions, qui paraissent valables puisqu'à ce moment le dément présente des intervalles lucides, aient été prises, en dehors de tout libre arbitre, suivant des idées anciennes du malade? Les urines présentent, la veille du délire maniaque, une hypotoxicité qui permet de prévoir ce dernier et tend dans le cours de l'agitation à s'élever vers la normale. On peut en conclure qu'il est dû à la rétention et à l'accumulation de substances toxiques dans l'organisme.

M. Fourel pense que la méningite tuberculeuse du premier âge est moins rare qu'on ne l'a cru longtemps. Elle est alors, comme d'ailleurs ordinairement dans la seconde enfance, symptomatique de la granulie. Cette granulie elle-même survient toujours, d'après les observations de l'auteur, comme conséquence d'une tuberculose locale antérieure. Dans toutes ses observations, cette tuberculose locale antérieure siège dans les ganglions trachéo-bronchiques volumineux et caséeux, ou quelquefois dans les ganglions mésentériques. Cette localisation indique bien que, même dans les cas où les petits malades étaient issus de souche tuberculeuse, l'origine de la tuberculose est la contagion, soit atmosphérique, soit alimentaire.

La symptomatologie de la méningite du premier âge diffère par bien des points de celle de la seconde enfance. Les prodromes peuvent manquer; le début, souvent brusque, est parfois masqué par les symptômes d'une bronchite, d'une grippe, d'une gastro-entérite, etc. La céphalalgie manque ou ne peut être décelée. Habituellement il y a absence de constipation. Les vomissements peuvent manquer ou manquent de signification à cet âge. Les convulsions généralisées sont le symptôme dominant, avec les convulsions oculaires et la raideur de la nuque. L'état général peut demeurer bon dans les formes à marche très rapide. La marche est ordinairement rapide. Le diagnostic différentiel avec la méningite suppurée, la méningite syphilitique ou le méningisme est bien souvent très difficile, quelquefois même impossible.

Pour M. L.-A. Dubois, la maladie d'Addison est une affection essentiellement endogène, caractérisée par une auto-intoxication continue, résultant du défaut d'élimination par les capsules altérées, des substances curarisantes résultant du travail musculaire et peut-être aussi du fonctionnement de nos éléments nerveux. L'action nocive de ces musculo-toxines se porte surtout sur les terminaisons nerveuses : plaques motrices et terminaisons intra-organiques. L'altération qu'elles y déterminent, d'abord fonctionnelle, puis histologique, est susceptible d'envahir les troncs, les ganglions et la moelle par un véritable processus de névrite ascendante. L'origine endogène de ces toxines organiques, est prouvée par l'identité des réactions chimiques et physiologiques, des extraits capsulaires, des extraits des muscles et de sang, et des extraits de sang d'addisonien. L'acapsulisation des animaux fait toujours monter rapidement et progressivement le taux de ces substances toxiques en circulation.

L'emploi thérapeutique des extraits capsulaires en injections a toujours produit des phénomènes toxiques et hâté la mort des malades. L'action curative ne pourra être obtenue d'une façon sûre et ne devra être cherchée que lorsqu'on sera parvenu à isoler d'une manière certaine et complète, l'élément toxique de l'élément thérapeutique (?) coexistant tous deux dans ces organes,

En étudiant la question d'après des opérations pratiqués par MM. Gross, Heydenreich, Vautrin, Frölich, M. A. GUYON conclut que la cystostomie sus-pubienne est une opération précieuse dans la thérapeutique chirurgicale, lorsque son indication est bien nettement établie, dans certains cas de néoplasmes de la prostate (hypertrophie simple, tuberculose ou cancer), de rétrécissements compliqués de l'urèthre. Elle donne de bons résultats dans les cas où il existe, soit isolément, soit comme complication des lésions précédentes, de l'infection uretérale ou rénale, le drainage permanent de la vessie qu'elle constitue réagissant favorablement sur les lésions du rein et des uretères. C'est ce point spécial que l'auteur a surtout voulu mettre en lumière. Lorsque les lésions rénales sont trop avancées, il est souvent préférable de s'abstenir de cette intervention, mais ceci est un précepte théorique, dont l'application pratique se heurte à de grandes difficultés; car il est impossible de se rendre compte cliniquement de l'étendue des lésions anatomiques, et, de malades dont les symptômes morbides sont identiques, les uns bénéficient d'une façon remarquable de l'opération, tandis que, chez les autres, l'échéance fatale n'est pas retardée.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Influence de l'extrait de viande putréfiée sur la marche des maladies infectieuses (Ueber den Einfluss der Faulnissextractes auf den Verlauf mancher Infectionskrankheiten), par CHELMORESKI (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1896, vol. LVII, p. 37). — Le liquide dont s'est servi l'auteur provenait de la viande mélangée avec son volume d'eau et mise pendant 8 jours dans un vase. Le liquide qui se trouvait au fond du vase était stérilisé, filtré et évaporé de façon à obtenir un extrait. Cet extrait dissous dans l'eau était tout d'abord injecté dans les muscles de lapins. Ces expériences ayant montré l'innocuité du liquide qui provoquait seulement une élévation passagère de la température, l'auteur contrôla l'effet de ces injections intra-musculaires sur lui-même puis sur des individus bien portants : le résultat a été le même, à savoir qu'à part une élévation moyenne et passagère de la température accompagnée d'un malaise insignifiant, le liquide de putréfaction n'exerçait aucun effet nocif proprement dit.

Ceci étant établi, l'auteur fit ces injections de liquide de putréfaction dans un certain nombre de cas de maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, les fièvres éruptives, l'érysipèle, etc. Des observations qu'il rapporte, il ressort que dans certains cas de fièvre typhoïde et de typhus les injections abaissaient la température, diminuaient la durée de la maladie et exerçaient une influence favorable sur l'état général. L'effet des injections était nul dans les fièvres éruptives.

Action de la digitaline vraie dans les troubles de la circulation (Ueber die Wirkung der Digitalin verum bei Circulations-Störungen), par DEUCHER (*Deut. Arch f. klin. Med.*, 1896, vol. LVII, p. 1). — Les recherches faites par l'auteur à la clinique du professeur Sahli (de Berne) sur une série de cardiaques avec de la digitaline vraie ont montré :

1° Qu'administrée par la voie stomacale son action était bien inférieure à celle des autres diurétiques;

2° Qu'en injection sous-cutanée elle agissait d'une façon plus énergique, mais que ses effets restaient inférieurs à ceux de l'infusion de feuilles de digitale;

3° Que l'action moindre de la digitaline vraie administrée par la voie stomacale devait être attribuée à la décomposition de cette substance dans l'estomac;

4° Que les injections sous-cutanées de digitaline provoquaient une inflammation et une irritation locale, quelquefois de la fièvre.

Présence d'acide urique dans le sang des néphrétiques (Beitrag zur Kenntniss der Uricacidämie der Nephritiker), par V. JAKSCH (*Centralb. f. innere. Med.*, 1896, n° 21, p. 545). — L'auteur rapporte 8 nouveaux cas de néphrite avec des symptômes rénaux et urémiques graves où l'examen du sang a permis de constater la présence dans le liquide d'acide urique en nature qui chez trois malades qui ont été saignés se présentait dans le sang décanté sous forme de cristaux typiques. Chez les 5 autres la présence d'acide urique a été constatée par la réaction de murexide.

Sécrétion de mucus par l'estomac (Ueber die Schleimabsonderung im Magen), par SCHMIDT (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1896, vol. LVII, p. 65). — A l'état normal, la sécrétion de mucus par l'estomac n'est pas abondante, ne dépasse pas la valeur d'une cuillerée à café. Contrairement à l'opinion généralement acceptée, le mucus, comme l'auteur a pu s'en convaincre, est parfaitement digéré par le suc gastrique, c'est ce qui explique qu'on en trouve si peu chez les individus bien portants. L'opinion d'après laquelle le mucus n'est pas attaqué par le suc gastrique, tient à ce que les expériences ont été faites à la température ordinaire; mais si on se place dans des conditions physiologiques, c'est-à-dire si l'on fait une digestion artificielle à 37°, on voit que le suc gastrique digère fort bien le mucus.

En cas d'état pathologique, l'estomac contient en règle générale d'autant moins de mucus que son suc gastrique est plus riche en HCl. Cette proposition est surtout vraie pour les cas d'hyperchlorhydrie moyenne où l'on trouve très peu de mucus, et pour les cas avec absence presque absolue de HCl, où l'on trouve des quantités notables de mucus.

CHIRURGIE

Choc réflexe d'origine nerveuse, consécutivement aux interventions chirurgicales (Kasuistischen Beitrag zur reflektorischen Wirkung der Operationstrauma, u. s. w.), par RUHL (*Centralb f. Gynäkol.*, 1896, n° 19, p. 501). — L'auteur publie deux observations dans lesquelles une intervention sur l'utérus (hystéropexie) a été suivie, au réveil, de phénomènes de choc traumatique excessivement graves. Devant l'échec de la médication excitante (injections d'éther, de caféine, de camphre, de musc, lavements chauds, etc.) l'auteur eut recours aux injections de morphine qui dissipèrent très rapidement les phénomènes alarmants.

L'auteur admet donc que dans ce cas les phénomènes de dépression du côté du cœur et des centres respiratoires étaient d'origine réflexe, provoqués par l'excitation des nerfs périphériques mise en jeu par l'intervention.

De l'incision péritonéale d'emblée dans la cure radicale de l'anus contre nature, par GANGOLPHE (*Rev. de chir.*, 1896, n° 4, p. 295). — L'incision péritonéale d'emblée consiste à sectionner d'emblée jusqu'au péritoine inclusivement, les divers plans de la paroi abdominale, et cela dans les tissus sains et par conséquent plus ou moins loin de l'anus artificiel. Cette méthode présente les avantages suivants : 1° elle est rapide; le chirurgien ne craint pas de blesser aucun organe et va d'emblée jusque dans la cavité abdominale; 2° elle est sûre; le doigt introduit dans le péritoine explore les plans profonds au voisinage immédiat de l'anus; il guide les ciseaux qui libèrent circulairement et à distance les bouts intestinaux; 3° elle permet d'attirer au dehors, d'isoler sur des compresses stérilisées qui la cernent à sa base, la région où va se passer l'acte opératoire principal; les chances d'infection sont diminuées, en même temps que les manœuvres sont facilitées par cette mise au jour des extrémités intestinales; 4° elle peut être employée dans tous les cas et permet de réussir où l'on eût échoué en procédant différemment.

Trois cas, opérés par l'auteur et étudiés en détail, viennent à l'appui de l'excellence de cette méthode.

De la constitution anatomique des néarthroses du coude après les résections sous-périostées, par M. LOISON (*Rev. de chir.*, 1896, n° 5, p. 349). — La résection sous-périostée du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse donne, dans des conditions déterminées, des guérisons parfaites au double point de vue de la guérison de la tuberculose et de la fonction de l'articulation nouvelle.

Lorsque chez de tels opérés la tuberculose récidive, la néar-

throse est le plus souvent respectée par l'invasion bacillaire, alors que la plupart des autres régions sont prises.

La conservation du périoste des extrémités réséquées donne une reproduction osseuse qui, chez les adultes, se traduit plutôt par de l'épaississement suivant le diamètre tranversal que par de l'allongement des os. Il se reforme des appendices ou des tubérosités qui redonnent au coude sa forme primitive. En même temps la conservation de l'appareil ligamenteux et capsulaire assure la solidité latérale de la néarthrose en lui laissant tous les mouvements normaux.

Il se reconstitue alors un ginglyme parfait, sans mobilité latérale, avec des mouvements complets de flexion et d'extension. La pronation et la supination se rétablissent quand les os de l'avant-bras n'ont pas été préalablement soudés.

Chirurgie du foie (Die Lebergeschwulste und ihre Behandlung), par Ahlenstiel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 902). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 30 ans entrée à l'hôpital pour une une tuméfaction du foie. L'examen très détaillé de la malade laissa en suspens le diagnostic qui pouvait être aussi bien celui de syphilome que celui de carcinome. Comme la malade niait la syphilis et que rien dans ses antécédents ne contredisait son affirmation, on fit une laparotomie dans l'idée d'un carcinome localisé du foie.

A l'ouverture de l'abdomen on trouva sur les deux faces du lobe gauche du foie une série de nodules qui avaient toutes les apparences de gommes. Dans ces conditions on ferma le ventre et on mit la malade à l'iodure de potassium. Le traitement spécifique eut un succès complet et au bout de quelque temps la malade quittait l'hôpital complètement guérie et débarrassée de ses troubles. La guérison ne s'est pas démentie depuis 2 mois.

Tout porte donc à croire que la malade était syphilitique sans le savoir et qu'elle a guéri par le traitement spécifique et non par le fait de la laparotomie exploratrice.

L'auteur considère que les tumeurs du foie peuvent se diviser en trois groupes : le premier comprenant les hypertrophies proprement dites (cirrhose hypertrophique, dégénérescence amyloïde, graisseuse, etc). passibles du traitement médical, le second embrassant les anomalies de forme et de position du foie (foie ficelé, foie flottant) où l'opération peut être quelquefois indiquée, le troisième réunissant les tumeurs proprement dites qui doivent presque toujours, du moins en principe, être opérées. Le diagnostic est ordinairement difficile, aussi d'après l'auteur il ne faut jamais hésiter à faire la laparotomie exploratrice qui, dans certains cas, restera exploratrice et dans d'autres sera le premier temps de l'intervention proprement dite.

Paralysie intestinale consécutive à l'étranglement de l'intestin (Ueber Darmlähmung nach Darmeinklemmung), par Heidenhain (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII p. 201). — Ce travail a été fait à l'occasion de deux malades qui ont présenté des phénomènes de paralysie intestinale, après laparotomie pratiquée pour étranglement de l'intestin. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 66 ans, opéré pour un volvulus de l'S iliaque. Après l'opération, qui a consisté à détordre l'anse prise et à la vider par une incision, fermée séance tenante par une série de sutures, le malade eut une selle peu abondante et émit quelques gaz par l'anus; mais, quelques heures plus tard, il survint une tuméfaction et une distension considérable de l'S iliaque et de tout le gros intestin, si bien qu'on aurait pu penser à une reproduction du volvulus si, pour plus de sûreté, la convexité de l'S iliaque n'avait été fixée par quelques points de suture à la paroi abdominale. Un lavement ayant produit peu d'effet, on administra, à plusieurs reprises, de l'huile de ricin, de façon à provoquer une selle abondante, ce qui mit fin aux accidents.

Instruit par ce fait, l'auteur administra, immédiatement après l'opération, de l'huile de ricin à son second malade, un homme de 51 ans, opéré pour des accidents d'obstruction intestinale survenue après la réduction, par taxis, d'une hernie inguinale étranglée. La laparotomie montra que les accidents étaient provoqués par un volvulus de l'anse réduite. Cet opéré eut une selle abondante quelques heures après l'intervention et ne présenta pas de phénomènes de paralysie intestinale.

L'auteur se demande si cette paralysie tient toujours à une péritonite septique ou si, dans certains cas, on ne devrait pas incriminer une paralysie par troubles circulatoires, par inhibition. Dans les cas où, à l'autopsie, ou au cours de l'intervention, on trouve de la péritonite, c'est à celle-ci qu'il faut attribuer la paralysie. Mais, pour les cas où l'on ne découvre pas de péritonite, l'auteur n'accepte pas l'hypothèse de septicémie péritonéale sans lésions de péritonite, par passage, dans le péritoine, des bactéries extrêmement virulentes de l'intestin, et admet la théorie de paralysie réflexe, d'origine nerveuse. Il en conclut que dans les cas de ce genre les opérés peuvent être sauvés par un purgatif administré bien à propos. Il pense du reste que dans toutes les interventions sur l'abdomen, qu'il s'agisse de l'intestin ou d'un autre organe, le purgatif doit remplacer l'opium qu'on donne ordinairement après l'opération, l'opium n'ayant dans ces cas d'autre effet que d'immobiliser les anses distendues, d'y accumuler les matières fécales, de congestionner encore davantage la muqueuse et de créer un ensemble des conditions favorables au passage dans le péritoine, des bactéries de l'intestin.

Bactériologie du liquide herniaire (Die Ergebnisse bacteriologischer Bruchwasseruntersuchugen), par Brentano. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII, p. 288). — L'auteur a fait l'examen bactériologique du liquide herniaire dans 31 cas de hernies étranglées.

Sur les 31 cas, le liquide herniaire renfermait des bactéries 21 fois, soit dans 67,7 p. 100 des cas. Dans les cas où le liquide ne renfermait pas de bactéries, l'étranglement datait toujours de moins de 24 heures, et, dans 7 cas où l'étranglement avait duré moins de 24 heures, le liquide herniaire renfermait néanmoins des bactéries. Il semble donc que, si le temps qui s'est écoulé depuis l'étranglement joue un rôle certain dans l'infection du liquide herniaire, il existe encore d'autres conditions qui favorisent le passage des bactéries dans le sac, comme, par exemple la forte constriction par l'anneau, la longueur de l'anse étranglée, bref, l'ensemble de conditions qui affaiblissent la vitalité de l'anse étranglée.

Dans les cas qu'il a examinés, il s'agissait soit de hernies épiploïques, soit de hernies de l'intestin grêle. Il ne saurait donc dire si l'infection du liquide herniaire dépend de la variété anatomique (intestin grêle, cæcum, gros intestin, etc.) de la hernie. Ce qui est certain, c'est que l'infection du liquide herniaire est plus fréquente dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales. Ainsi, sur 10 cas avec liquide herniaire stérile, il trouva 8 hernies inguinales et 2 crurales, tandis que, sur 21 cas avec liquide herniaire infecté, il trouva seulement 3 hernies inguinales et 18 hernies crurales. L'âge du malade ne joue, sous ce rapport, aucun rôle.

D'une façon générale, le liqüide herniaire est en petite quantité et de couleur sanguinolente, sale, dans l'étranglement grave. Le liquide cultive difficilement, et ce fait tiendrait, d'après l'auteur aux propriétés bactéricides du liquide herniaire, qui affaiblirait la virulence des microbes, ou même les détruirait.

Parmi les microorganismes trouvés par l'auteur, viennent, en premier lieu, les microcoques (10 fois sur 21 cas); en second lieu, les coli-bacilles seuls, à l'état de culture pure, ont été trouvés dans les cas où l'intestin était gangréné ou gravement compromis. Parmi les autres microorganismes, l'auteur cite encore la sarcine (1 fois), et l'oïdium (1 fois). Les inoculations faites à des animaux ont donné, dans l'énorme majorité des cas, des résultats négatifs.

MÉDECINE PRATIQUE

Rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite.

Dès l'instant que, dans le cours du rhumatisme aigu, le cœur vient à être atteint (tonalité des bruits moindre, bruits voilés, prolongés), la plus grande surveillance et le traitement le plus énergique seront nécessaires pour

éviter que les inflammations endocarditiques ne donnent naissance à des lésions valvulaires persistantes.

Dès le début on insistera donc sur le traitement local qui devra consister en révulsifs. Le vésicatoire est contre-indiqué de la manière la plus absolue dans la période aiguë fébrile. Il convient, au contraire, dans la période de déclin.

On appliquera dès lors à la région précordiale des ventouses scarifiées au nombre de 12 à 15 tous les 3 ou 5 jours. Si le malade est trop pusillanime pour supporter ces applications réitérées de ventouses scarifiées on pourra essayer l'application d'une vessie de glace qui sera maintenue jour et nuit sur la région précordiale, séparée de la peau par une feuille d'ouate.

La révulsion précordiale peut être aussi obtenue par des applications fréquemment renouvelées de compresses trempées dans du chloroforme, ou dans de l'alcool à 90° ou encore par des pulvérisations de chlorure d'éthyle.

L'essentiel est de maintenir une révulsion persistante jusqu'à ce que toute trace d'endocardite ait disparu.

En même temps on ordonnera le repos absolu au lit, sans excitation physique ou morale d'aucune espèce. Le régime sera le lait pur s'il est bien supporté ou, dans le cas contraire, le régime végétarien (laitages, œufs, légumes en purée, compotes de fruits); on ne fera boire que du lait coupé d'eau ou de l'eau pure.

Pour favoriser la diurèse on fera prendre de la lactose en abondance pour sucrer les boissons ou le lait. Les boissons seront prises chaudes (tisane de reine des prés, de queues de cerises, de fleurs de genêts, etc.).

Dès ce moment on pourra prescrire deux des médicaments les plus utiles en vue d'agir sur le cœur : l'infusion de feuilles de digitale et le salicylate de quinine.

Tout en continuant la médication salicylée, aussi longtemps du moins que persisteront les fluxions articulaires et les altérations des bruits du cœur, on fera prendre tous les 3 ou 4 jours et pendant 24 heures seulement la potion suivante :

Poudre de feuilles de digitale récemment préparée à l'aide de feuilles fraîches et bien dépourvues de nervures	0 gr. 50
Faire infuser pendant un quart d'heure dans Eau à + 80°	120 gr.

Filtrer, laver le filtre, et ajouter :

Sirop d'aconit	} àà 20 gr.
Sirop des cinq racines	

Faire prendre par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Les jours où l'on ne prescrira pas cette potion, on fera prendre 3 fois par jour un des cachets suivants :

Salicylate de quinine . . . . 0 gr. 20
dans un cachet.

S'il arrivait qu'une lésion d'orifice caractérisée par un souffle râpeux localisé se manifestât nettement, il ne faudrait pas hésiter à appliquer à la région précordiale un large vésicatoire bien camphré et recouvert d'une feuille de papier huilé. Ce vésicatoire serait entretenu à l'aide de papier d'Albespeyres pendant plusieurs semaines.

On ferait prendre immédiatement aussi, à la place du salicylate de soude, de l'iodure de potassium d'après la formule suivante :

Iodure de potassium	8 gr.
Arséniate de soude	0 gr. 03
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 005
Eau distillée	150 gr.

Une cuillerée à café à prendre à chacun des deux principaux repas pendant 15 jours consécutifs. Interrompre pendant 8 jours et recommencer ensuite.

Plus tard, si la lésion ne cède pas, on pourra remplacer l'iodure de potassium par les sirops ou les vins iodotanniques ou encore par la teinture d'iode prise à doses progressivement croissantes et jusqu'à dix gouttes par jour (cinq à chaque repas dans un peu de vin du Midi.)

Le régime le plus sévère aussi bien au point de vue moral qu'au point de vue alimentaire sera imposé à ces rhumatisants cardiaques. L. L.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Créosote.

Définition. — Les créosotes sont des mélanges complexes extraits des goudrons de bois. Les meilleurs proviennent de la distillation du goudron de hêtre.

Leur composition est assez variable. On y trouve, en proportions diverses, des phénols (acide phénique, crésol, phlorol) et aussi le créosol, le gaïacol, qui sont des éthers méthyliques de diphénols (Béhal et Choay).

Au point de vue pratique, on obtient pour l'usage hypodermique une créosote correcte, c'est-à-dire un mélange *neutre* de gaïacol (18 à 20 p. 100) et de crésylols, avec peu d'acide phénique et simplement des traces de créosol et de phlorol, en redistillant la créosote du commerce entre 200° et 210°, dans un appareil muni d'une colonne de rectification.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, la créosote est soluble en toutes proportions dans l'alcool, les huiles grasses et fixes, la glycérine.

Le véhicule de choix est l'huile d'olives stérilisée à 120° et débarrassée au préalable par un lavage à l'alcool des traces d'acide oléique qu'elle peut contenir.

Propriétés thérapeutiques. — La créosote est l'un des meilleurs médicaments employés contre la tuberculose pulmonaire. Elle a une action remarquable sur les sécrétions bronchiques et jouit probablement de propriétés antibacillaires. C'est en outre, lorsqu'elle est tolérée, un excellent stimulant.

De tous les modes d'administration de la créosote, la voie sous-cutanée est, sous la réserve d'un petit nombre de contre-indications, celle qui assure au malade le bénéfice *maximum* du médicament (Burlureaux). On peut atteindre par cette voie, et sans dommage pour le patient, des doses considérablement plus élevées que par la voie gastrique ou la voie rectale, fait qui a son importance si on admet avec Burlureaux que la créosote agit d'autant mieux qu'elle est donnée et tolérée à plus fortes doses. Ce principe a été contesté par G. Daremberg, qui condamne les doses élevées comme dangereuses, n'admettant en aucune façon la spécificité de l'action de la créosote sur le bacille de Koch. Il est vrai que G. Daremberg, semble plus particulièrement viser l'administration de la créosote à hautes doses par la voie stomacale.

Burlureaux, qui a étudié avec soin les conditions de la tolérance de la créosote, arrive à cette conclusion que l'intolérance est le témoin de la dépréciation *actuelle* de l'organisme des tuberculeux. En d'autres termes la créosote serait un précieux agent révélateur de la valeur biologique du sujet. Et il résume en trois aphorismes les indications fournies par le traitement créosoté :

1° Tout malade qui ne tolère pas la créosote à petites doses est presque irrémédiablement perdu;

2° Tout malade qui supporte la créosote à hautes doses a des chances sérieuses de guérison;

3° Tout malade qui, après avoir supporté de hautes doses, devient progressivement intolérant est un malade dont le pronostic s'assombrit de la façon la plus inquiétante.

Le traitement de la tuberculose par la créosote appliqué selon

ces principes dans 262 cas « a rendu aux malades des services inappréciables dans 14 cas, des services signalés dans 86 cas, des services encore notables dans 123 cas, et des services presque nuls ou absolument nuls dans 39 cas. » (Burlureaux.) C'est donc une méthode qu'on doit tenir en sérieuse considération.

Manuel opératoire. — Les injections d'huile créosotée peuvent être *intra-musculaires* ou *sous-cutanées*. Les injections seront intra-musculaires lorsqu'elles ne dépasseront pas le volume de 20 centim. cubes; elles seront sous-cutanées lorsqu'on atteindra 30, 40, 50, 100 et même 160 centim. cubes, comme dans la méthode de M. Burlureaux.

On les pratique dans le premier cas, avec les seringues habituellement en usage : dans le second on a recours à l'un des

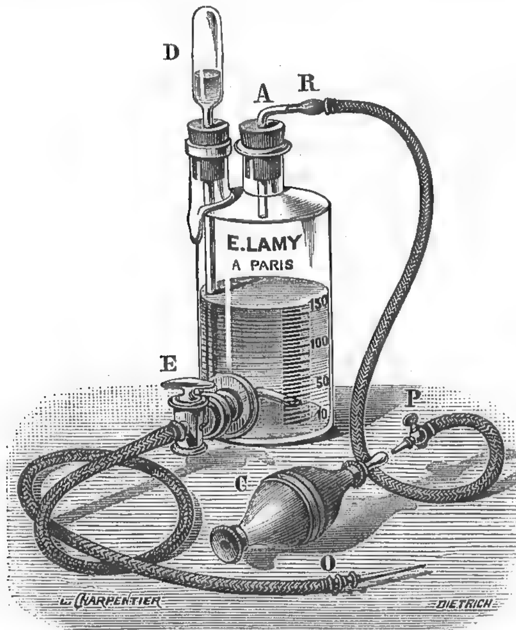


Fig. 1.

Appareil n° 1 de Burlureaux et Guerder pour les grandes injections huileuses.

A. Arrivée de l'air filtré en *R* sur ouate ; *D*. Manomètre ; *C*. Poire destinée à comprimer l'air ; *E*. Robinet de réglage de l'écoulement ; *O*. Aiguille hypodermique.

appareils spéciaux imaginés par MM. Burlureaux et Guerder. Ces appareils sont au nombre de deux (1).

Le n° 1 (fig. 1) est composé d'un flacon à deux tubulures et à ouverture inférieure. L'une des tubulures A, sert à amener dans la partie supérieure du flacon l'air comprimé par la poire C et filtré par un passage en R sur ouate stérilisée. L'autre tubulure est surmontée d'une ampoule en verre D terminée par un tube plongeant jusqu'au fond du récipient, et destinée à servir de manomètre. Enfin, de l'ouverture inférieure E, part un long ajutage en caoutchouc dont l'extrémité O est munie d'une aiguille qui est le tube vecteur de l'huile.

Lorsqu'on donne de la pression, l'huile monte dans le manomètre; et la différence de niveau qu'elle présente avec celle contenue dans le flacon permet à l'opérateur de régler l'écoulement, et le renseigne sur le bon fonctionnement de l'appareil.

Le n° 2 (fig. 2), basé sur le même principe, est d'un maniement plus facile. C'est une simple éprouvette graduée comprise entre deux plaques d'acier, rendues solidaires par un système de quatre fortes vis. La plaque supérieure, séparée du bord libre de l'éprouvette par une rondelle de caoutchouc qui assure l'herméticité de l'occlusion, est percée de deux ouvertures, dont l'une donne passage au manomètre et dont l'autre est surmontée d'une petite pompe à air. Il suffit de donner deux ou trois coups de piston pour assurer l'écoulement du liquide, qui se fait,

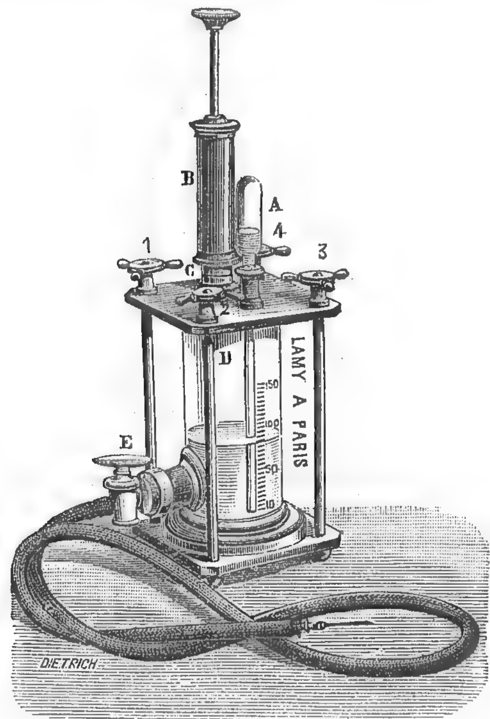


Fig. 2.

Appareil n° 2 de Burlureaux et Guerder.

Il ne diffère du précédent que par la pompe à air *B* traversant en *C* la plaque supérieure de l'appareil.

comme dans le n° 1, par l'ouverture inférieure de l'éprouvette, à laquelle est adapté l'ajutage déjà décrit.

On réalise un appareil très pratique (1), avec un simple flacon en verre uni ou gradué, muni d'un bouchon de caoutchouc traversé d'un double tube en verre dont l'un plonge au fond du flacon et dont l'autre affleure la surface interne du bouchon (fig. 3). L'extrémité externe de la branche plongeante

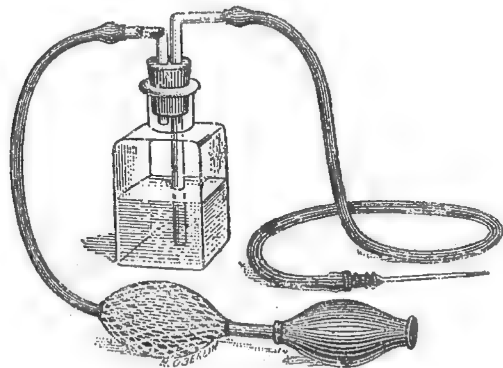


Fig. 3.

Modèle d'un appareil pouvant être réalisé extemporanément et permettant de pratiquer des injections très étendues.

1. Burlureaux, Traitement de la tuberculose par la créosote, Paris, Rueff, éditeur, 1894.

1. G. Maurange, La pratique hypodermique (*Presse médicale*, janvier 1896). — *Formulaire pratique de l'hypodermie*, 2e édition, Paris, Rueff, éditeur.

est en communication avec un tube de caoutchouc qui se termine par l'aiguille hypodermique, tandis que l'autre branche que l'on a remplie d'ouate stérilisée, est mise en relation avec la soufflerie du thermocautère. Il est facile de faire bouillir chacune des pièces de cet appareil dont tout praticien possède les éléments, pour réaliser une asepsie rigoureuse. Pour la mise en œuvre, il suffit, l'aiguille introduite, de comprimer légèrement l'air de la partie supérieure du flacon où il arrive filtré, et l'injection se fait automatiquement, pour ainsi dire, et avec toute la lenteur désirable.

DOSE USUELLE. — *Chez l'enfant :* de 1 à 5 ans, 5 à 50 centigrammes; de 5 à 10 ans, 20 centigrammes à 1 gramme; de 10 à 20 ans jusqu'à 4 et 5 grammes. — *Chez l'adulte :* de 1 à 5 grammes et dans quelques cas jusqu'à 15 grammes par 24 heures.

EFFETS DE L'INJECTION

a) *Immédiats.* Généralement bien tolérée, peu douloureuse, surtout si elle est poussée avec une grande lenteur. L'injection créosotée peut dans quelques cas (1 fois sur 100 chez les hommes, 1 fois sur 10, chez les femmes) s'accompagner d'une douleur assez vive pour constituer une contre-indication au traitement. On doit se méfier des embolies graisseuses, toujours possibles avec les injections huileuses. Ces embolies, dans quelques cas malheureux, ont pu être mortelles, mais, le plus souvent, elles se traduisent par des vertiges, de la syncope et l'évolution ultérieure de phénomènes pulmonaires.

Voici comment on peut éviter cet accident :

Après avoir introduit l'aiguille profondément, on la retire à moitié, avant de pousser l'injection. Si l'on ne trouve pas dans ce procédé une suffisante sécurité, on peut encore séparer la seringue de l'aiguille, en laissant celle-ci plantée dans le muscle, et voir s'il s'écoule du sang. Dans ce cas, on en est quitte pour recommencer la piqûre un peu plus loin.

b) *Éloignés.* La *douleur* peut se manifester de nouveau soit immédiatement après la fin de l'injection, surtout dans le cas, où la piqûre a donné issue a quelques gouttes de sang (BURLUREAUX) et croître pendant 2 ou 3 heures, — soit 4 et 5 heures plus tard et, dans ce cas, elle est tolérable.

La créosote s'élimine rapidement par le poumon en donnant à l'haleine des malades une odeur caractéristique. Cette odeur est perçue par le sujet lui-même qui *sent* dans la bouche *le goût* de la créosote 10, 15 et 30 minutes après le début de l'injection. Elle s'élimine également par les reins. Les urines prennent dans certains cas une coloration noirâtre, à un degré plus atténué ressemblent à une infusion de thé vert. Cette coloration est due en partie à la présence de l'acide phénique dans la créosote, en partie à la créosote elle-même. Elle peut même constituer, lorsqu'elle se produit, un élément de pronostic.

Lorsque la créosote provoque *toujours* des urines noires, même à petites doses, le pronostic est mauvais : il est au contraire favorable dans les cas où de hautes doses n'amènent aucun changement de coloration dans les urines.

La transpiration peut survenir abondante au moment de la piqûre. C'est toujours un mauvais pronostic, surtout lorsque le phénomène est persistant pendant plusieurs heures.

On peut encore observer des vertiges, de la courbature, de la fièvre. Ce sont des signes d'intolérance, d'importance variable, qui doivent être appréciés par le praticien. Mais le symptôme capital de l'intoxication créosotée est l'hypothermie, la sensation de refroidissement que le malade éprouve environ 7 heures après l'injection. Cette hypothermie peut atteindre 34° et dure 3/4 d'heure à 1 heure. Elle est accompagnée de sueurs abondantes et suivie d'une période fébrile. C'est une contre-indication absolue à la continuation du traitement ou tout au moins aux doses élevées.

FORMULES

Créosote . . . . 25 à 30 gr.
Huile d'amandes douces. . . . . . . 100 gr.
1 à 5 centim. cubes.
(BOUCHARD.)

Créosote. . . . . 1 gr.
Huile d'olive ou huile de faîne stérilisée et dépourvue de tout principe acide. . 14 gr.

Jusqu'à 160 grammes par jour, à raison de 20 grammes par heure, contre la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire.
(GIMBERT, BURLUREAUX.)

Créosote. . . . . 5 gr.
Huile d'amandes douces. . . . . . . 10 gr.
Vaseline. . . Q. s. pour faire 25 centim. cubes.
1 à 10 centim. cubes.
(Injection douloureuse.)
(LANNOIS.)

Créosote pure de hêtre. . . . . 10 gr.
Huile de pied de bœuf stérilisée. . . . 140 gr.
10 à 30 grammes par jour.
(PERRON.)

Créosote de hêtre. . . . . } àà 4 gr.
Huile d'amandes douces. . . . . }
Vaseline liquide. . . . . 2 gr.
3 centim. cubes.
(Injection douloureuse.)
(CASSIN, LÉPINE.)

Huile de faîne ou d'olive stérilisée. . 300 gr.
Créosote de hêtre distillée à 207°. . . 15 gr.
20 centim. cubes tous les 2 jours.
(LUDWIG, FREY, BURLUREAUX.)

Associations. — La créosote a été injectée en nature, associée à la morphine, contre la sciatique : cette injection peut produire des escharres.

Morphine. . . . . 0 gr. 64
Créosote. . . . . 3 gr. 60
VI gouttes en une fois.
(Formule dangereuse.)
(RYND.)

A été ensuite employée combinée à la peptone (préparation dangereuse).

Peptone sèche. . . . . 10 gr.
Créosote de hêtre. . . . . 3 gr.
Glycérine neutre. . . . . 70 gr.
Alcool. . . . . 10 gr.
Eau. . . . . 20 gr.
5 à 6 injections par jour.
(DU CASTEL, MAIGRET.)

L'addition d'oléate de cocaïne rendrait l'injection absolument indolore.

Créosote pure de hêtre. . . . . . 10 gr.
Cocaïne dissoute dans q. s. d'acide oléique. . . . . 0 gr. 10
Huile d'olive pure stérilisée. . . . Q. s. p. 80 centim. cubes.
1 à 10 centim. cubes.
(JOSIAS.)

Enfin l'aristol augmenterait les propriétés antibacillaires de la créosote.

Huile d'amandes douces. . 100 centim. cubes.
Créosote. . . . . 5 gr.
Aristol. . . . . 1 gr.
1 à 10 centim. cubes par jour.
(NADAUD.)

G. MAURANGE.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Paraplégie flasque avec anesthésie coexistant avec de l'exagération des réflexes rotuliens, de la trépidation épileptoïde et du tonisme de la vessie et du rectum,

Par le Dr Tournier,

Chef de clinique médicale.

Le titre de cette note résume l'observation d'un malade du service de M. le professeur Lépine. La rareté de la réalisation du syndrome paraplégie flasque avec trépidation épileptoïde et surtout son importance pathogénique m'ont engagé, avec les conseils de mon excellent maître, à donner dès maintenant les traits principaux de ce syndrome et à en dégager quelques considérations.

Le malade, âgé de 34 ans, ajusteur, entré salle Sainte-Elisabeth, n° 16, le 18 mai 1896, est encore en traitement.

Pour aller, dès l'abord, à l'encontre d'une objection, à savoir, que l'exagération des réflexes était l'annonce de la transformation de la paraplégie flasque en paraplégie avec contractures, je dois dire que la flaccidité persiste absolue, que l'exagération des réflexes a seule subi une petite atténuation.

Dans les antécédents du malade je relève seulement les particularités suivantes offrant un intérêt dans l'espèce : adénite maxillaire suppurée pendant le service militaire aboutissant à un congé de réforme avec le diagnostic : scrofule.

L'année dernière, séjour de deux mois, salle Sainte-Jeanne, pour une affection diagnostiquée péritonite tuberculeuse.

Début en mars de cette année de la maladie actuelle par une douleur lombaire médiane, puis des douleurs irradiées en ceinture, puis établissement progressif d'une paraplégie qui s'est accentuée rapidement au commencement de mai et depuis détermine une impotence absolue. Concomitamment troubles vésico-rectaux.

A l'entrée on constate une douleur vive à la pression au niveau de la 2e ou 3e vertèbre lombaire;

Une *paraplégie flasque avec impotence absolue des deux membres inférieurs,* — une *anesthésie complète* pour tous les modes de la sensibilité, — de ces mêmes membres avec une zone d'hyperesthésie au-dessus de la racine des cuisses;

Un léger œdème des pieds, le signe de Lasègue pour les deux sciatiques, — de l'exagération des réflexes rotuliens, de la *trépidation épileptoïde des pieds et des rotules très accentuée,* — de l'exagération moins accentuée des réflexes cutanés (plantaire, crémastérien), — besoins de miction fréquents, mais nécessitant pour être satisfaits le cathétérisme; celui-ci, pour éviter des douleurs vives, doit être pratiqué au moins toutes les deux heures, jour et nuit; l'introduction d'une sonde confirme l'existence de spasme du col, et l'introduction de moins de 200 grammes de liquide dans la vessie fait naître un besoin très douloureux; — constipation douloureuse par spasme ano-rectal; souvent pour faciliter la défécation le malade est obligé d'introduire un doigt dans son anus.

La recherche d'autres signes, ainsi que l'examen des organes, sont négatifs.

Le diagnostic porté par le professeur Lépine a été : mal de Pott lombaire, compression du cône terminal et de la dernière portion de la moelle lombaire.

Je ne rapporterai pas les éléments de ce diagnostic, ni ne discuterai le mécanisme (compression, pachyméningite, méningo-myélite, altération vasculaire, etc.), d'action de la lésion oseuse sur la moelle, voulant seulement faire ressortir la contradiction de mon observation avec les données classiques.

Il est enseigné un peu partout que le réflexe tendineux est (je cite textuellement Blocq et Onanoff, *Maladies nerveuses,* 1892) « *intimement lié à l'état de la tonicité musculaire et en suit toutes les variations* tant à l'état normal qu'à l'état pathologique ». Cette relation du réflexe avec le tonus musculaire est acceptée par Ferrier tout récemment, — je relève seulement une prostestation nette de Luciani dans un travail communiqué au Congrès international de Rome : « De l'influence qu'exercent les mutilations cérébelleuses sur l'excitabilité de l'écorce et sur les réflexes spinaux. »

Le fait que j'ai observé est une démonstration importante, presque formelle, *de la non-subordination des réflexes tendineux à l'état du tonus musculaire.*

Acceptant la théorie du centre de production médullaire des réflexes tendineux, malgré les attaques nombreuses dirigées contre cette théorie, attaques anciennes, mais surtout attaques récentes, qu'on trouvera dans la thèse de K. Pandi (Paris, 1895, intitulée : *Du mécanisme cortical des phénomènes réflexes*), il me semble qu'on peut en interpréter ainsi les phénomènes :

La lésion osseuse vertébrale n'a pas déterminé dans la moelle lombaire de lésions étendues, mais ces lésions sont assez intenses pour être annihilatrices, inhibitrices ou destructives en un point limité (partie supérieure du cône terminal et portion sus-jacente de la moelle) et assez peu intenses pour n'être qu'excitantes plus haut, peut-être aussi plus bas.

Le centre du réflexe rotulien est généralement localisé à l'union de la moelle dorsale avec la moelle lombaire; la localisation du réflexe du tendon d'Achille est différente, mais mal déterminée, je crois. Le réflexe cutané plantaire a été localisé par M. Starr dans l'extrémité du cône terminal.

Ces centres réflexes peuvent être considérés comme distincts, bien qu'en connexion grande avec le ou les centres médullaires des mouvements des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum.

Si, malgré l'anesthésie complète de la peau et la paralysie complète, la percussion du tendon rotulien provoque une projection brusque et considérable du pied en avant, c'est probablement parce que le nerf crural a des fibres spéciales de sensibilité, transmettant l'excitation, par le faisceau de fibres collatérales décrites par Ramon y Cajal, à un *groupe particulier de cellules des cornes antérieures*, et ce sont ces cellules qui deviennent motrices dans le cas de mouvements réflexes.

Le même raisonnement s'applique pour les autres variétés de mouvements réflexes, la trépidation épileptoïde du pied par exemple.

La flaccidité complète des muscles et l'exagération de leur motilité réflexe me paraissent inexplicables par l'hypothèse d'une lésion de myélite transverse avec suppression de la voie pyramidale. Si le tonus, le mouvement ordinaire et les mouvements d'ordre réflexe se passent dans le même neurone spinal antérieur, ces trois ordres de phénomènes doivent subir des oscillations dans le même sens. Le plus habituellement il en est ainsi en raison des rapports de voisinage; mais un exemple authentique de dissociation m'autorise, je pense, à supposer des groupes distincts, au moins comme localisation, de neurones moteurs dans les cornes antérieures, les uns servant aux mouvements réflexes, les autres plus spécialement à la motricité volontaire et au tonus, les uns et les autres d'ailleurs reliés par le faisceau pyramidal au cortex.

L'hypothèse d'un neurone périphérique dans le ganglion spinal servant plus spécialement à la transmission de l'excitation périphérique au neurone moteur réflexe n'a rien d'illégitime, et servirait peut-être à comprendre les pseudo-tabès périphériques. Le fait que j'ai discuté (1) n'autorise aucune conclusion sur ce point (2).

1. Pendant la correction des épreuves, j'ai sous les yeux une leçon de M. Bosc : Paralysie spinale infantile avec exagération des réflexes (*Montpellier Médical*, 2 et 9 mai 1896), où est soutenue l'hypothèse suivante : Les lésions des cellules des cornes peuvent « diffuser à travers les cordons et le cordon pyramidal est dans ce cas le plus atteint ». Pour le cas qu'il cite, M. Bosc commente : « C'est ce qui a eu lieu certainement pour une moitié du renflement lombaire de la petite Rachel : une partie des cellules des cornes antérieures est revenue à la normale, d'où amélioration de la paralysie; une autre partie s'est sclérosée incomplètement, et cette sclérose est devenue le point de départ d'une dégénérescence pyramidale légère. L'exagération des réflexes patellaires du côté droit trouve ainsi une explication toute naturelle : elle est due à un retentissement de la lésion sur les parties blanches voisines. »

Mon observation réfute cette interprétation, puisque la paralysie était absolue et flasque avec les réflexes très exagérés, et que la paralysie s'amendant très légèrement, actuellement (17 juin), les réflexes, au lieu d'augmenter, s'atténuent.

Je considère le cas de M. Bosc comme confirmatif de mon interprétation.

2. *Lyon médical*, t. XXXII, p. 279.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses,

D'après M. le Dr P. Chéron

Le traitement de la pneumonie par la digitale à hause dose a été introduit par M. Petresco (de Bucarest). Il administrait par jour à ses malades de 4 à 8 grammes de feuilles de digitale en infusion et il continuait pendant deux à quatre jours. Bien que cette digitale soit absolument semblable, au point de vue botanique aussi bien qu'au point de vue chimique, à celle des hôpitaux de Paris, M. Petresco n'a jamais observé d'accidents gastriques sérieux, ni de phénomènes d'intoxication graves, et, en 1893, le nombre des cas traités par lui s'élevait à 1061. Il a aussi employé la digitaline à la dose journalière de 5 à 7 milligrammes.

Schaffer (1891), Filk (Vienne, 1891), Hoepfel (Barnau) ont obtenu les meilleurs résultats du traitement par la digitale à hautes doses. Lowenthal, au contraire, qui n'a pas dépassé les doses de 3 à 4 grammes de poudre, accuse le médicament d'augmenter la faiblesse du malade, de n'influencer le processus, et même la fièvre, que d'une manière peu notable. Lépine a cependant eu des « résultats étonnants » avec la digitaline cristallisée de Nativelle; il en donne 3 milligrammes dans la matinée et souvent encore 1 à 2 miligrammes le soir et a noté une action des plus favorables sur le cœur. Or, comme l'a dit Jurgensen, les pneumoniques meurent souvent par le cœur.

La mortalité dans les statistiques de Petresco varie de 1,2 à 2,6 p. 100.

Pour J. A. Zoubkowsky, la digitale à haute dose abrège la durée de la pneumonie, quand elle est donnée dès le but. L'auteur s'est servi de la potion suivante :

Infusion de digitale. . . . . 4 grammes pour 200 grammes d'eau
Sirop simple. . . . . 40 grammes

A prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures, suivant l'intensité des cas, pendant deux jours consécutifs, et avec des interruptions, pendant un temps plus long.

D'après Zoubkowsky l'abaissement de la température survient dès le deuxième jour et présente une marche progressive ; avec cet abaissement coïncide le plus souvent l'amélioration de l'état général et l'atténuation des signes. Dans 8 cas graves, les signes locaux locaux ne se modifièrent pas pendant les deux à trois jours qui suivirent la disparition de la fièvre.

Bloch a employé la méthode de Petresco dans un certain nombre de cas d'affections pulmonaires diverses parmi lesquelles se trouvaient des pneumonies. L'auteur a soigné 23 cas de pneumonie chez les enfants et leur a prescrit la digitale aux doses suivantes :

A neuf mois, 0 gr. 25; à un an, 0 gr. 3; à deux ans, 0 gr. 4 à 0 gr. 6; à trois, quatre ans, 0 gr. 6 à 0 gr. 75; à cinq, dix ans, 0 gr. 75 à 1 gr. 25, chaque dose macérée dans 60 grammes d'eau.

Souvent les troubles digestifs empêchent de prolonger longtemps l'administration de la digitale chez les enfants.

Donnée à la dose habituelle, la digitale, pour Bloch, n'a pas d'influence sur la marche des affections pulmonaires aiguës et l'influence pas le pouls. Contrairement à Petresco, Bloch a vu la digitale à haute dose augmenter le nombre des mouvements respiratoires. Il regarde le médicament comme contre-indiqué chez les petits enfants au-dessus d'un an et chez les vieillards.

Les infusions de feuilles sont beaucoup moins toxiques que les feuilles elles-mêmes, ce qui tient à ce que le principe le plus dangereux que renferment ces dernières, la digitaline chloroformique, ne se dissout pas dans l'eau.

P.-A. Lop a employé la médication digitalique chez 15 malades; il a eu deux morts par pneumonie suppurée. En même temps que la digitale on n'a donné que l'alcool et l'acétate d'ammoniaque. La dose maxima a été de 10 grammes par vingt-quatre heures ; le plus habituellement elle a oscillé entre 5 et 8

grammes. Dès que la médication est commencée, il y a détente dans l'ensemble des phénomènes cardio-pulmonaires, ralentissement du pouls, disparition de l'état dyspnéique. Toujours le ralentissement du pouls précède la chute de la température qui se produit quelquefois le deuxième jour, généralement le troisième. L'amélioration des signes physiques se produit, en général, du deuxième au troisième jour, et la résolution se fait avec une extrême rapidité.

Les petites doses, comme l'on dit Petresco, Penzoldt, Bloch, n'ont pas d'effet sur la pneumonie et n'agissent que sur le cœur.

Lop n'admet pas que la digitale jugule la pneumonie; pour lui, elle abrège seulement la durée de la maladie de deux à quatre jours, favorise la liquéfaction de l'exsudat et l'expectoration, active l'élimination des toxines par une diurèse abondante. Enfin la digitale est un antithermique puissant.

Lop n'a observé comme accidents imputables à la médication, et encore exceptionnellement, que quelques vomissements et un peu de diarrhée. Comme Bloch, il conseille d'interrompre la digitale lorsqu'après quarante-huit heures il n'y a pas de modification du pouls ou de la température. On attende alors un jour ou deux pour reprendre aux mêmes doses.

Lomikowsky (de Kharkoff) a traité par la digitale des pneumonies lobaires consécutives à la rougeole. Il prescrivait ce médicament de la manière suivante :

Feuilles de digitale . . . . . . 0 gr. 60 à 1 gr. 50
Faire une infusion
avec eau distillée . . . . . . 200 gr.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures.

Dans aucun cas il n'y a eu d'effet dépressif sur le cœur. Lomikowsky, lorsque le pouls ne diminue pas de fréquence après un emploi relativement prolongé du médicament, donne en même temps un peu de camphre à la dose de 2 à 5 centigrammes, trois à quatre fois par jour.

Au Congrès de Bordeaux (1895) Franc a conseillé d'administrer la digitatine cristatallisée en solution au 1/100 à la dose de 1 à 2 milligrame de principe actif, le premier jour; le lendemain et, si besoin, les jours suivants, il continue par 1 milligramme. L'amélioration est considérable dès le deuxième ou le troisième jour et parfois même il y aurait jugulation de la pneumonie. Dans les pneumonies infectieuses il y a un véritable changement à vue dès le deuxième ou le troisième jour, bien que les symptômes locaux persistent.

Les frères Gorin ont recommandé la digitoxine, qui peut se prescrire de la façon suivante ;

Digitoxine Merck. . . . . 3 milligr.
Chloroforme } quantité strictement nécessaire pour
Alcool . . . } dissoudre.
Eau. . . . . 200 gr.

A prendre en trois fois dans les vingt-quatre heures, de six en six heures ou de huit en huit heures.

Lorque la digitoxine est employée dès le début, la pneumonie serait coupée en 24-36 heures. Donnée plus tardivement, elle arrête l'extension du processus.

Nous conseillerons plutôt d'employer l'infusion de feuilles de digitale. Si l'on suit les indications de Petresco, la température s'abaissera de 1° à 3° après la première dose, elle pourra tomber à 34° après deux à trois doses; en même temps le pouls oscille entre 40 et 60. En même temps que se produit cette dépréssion thermique et circulatoire les signes locaux de la pneumonie disparaissent rapidement.

Maintenant ce traitement est-il utilisable dans tous les cas? Pour le Dr H. Barth il ne convient qu'aux sujets jeunes et non alcooliques, à cœur et système nerveux sains, et l'appliquer à la population hospitalière des grandes villes serait s'exposer aux plus graves mécomptes (1).

1. *Bulletin médical* 1896 n° 46.

REVUE DES CONGRÈS

VIe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Kieff.

Cure radicale des hernies inguinales.

M. Kozlovski a fait 22 fois la cure radicale des hernies inguinales d'après le procédé de Kocher. Sur le nombre d'opérés, il y a eu 1 mort et 1 récidive chez un homme de 75 ans.

Les avantages du procédé de Kocher sont sa simplicité d'exécution, la conservation de l'intégrité de la paroi abdominale, le petit nombre de sutures à faire, la possibilité de ne pas ouvrir le sac. — M. Kozlovski ne fait pas la suture de la plaie, mais place dans l'angle inférieur un drainage à la gaze iodoformée. La plaie n'a suppuré que dans cinq cas.

M. Bobroff a fait une cinquantaine de cures radicales et pense que le succès dépend moins de la méthode employée que de la réunion exacte des bords du canal. Il opère d'après un procédé qui se rapproche beaucoup de celui de Lucas-Championnière. Quant à la récidive elle tient souvent aux conditions purement anatomiques, minceur de l'aponévrose, atrophie des muscles, distension de la paroi abdominale, etc.

M. Salomka fait remarquer que les statistiques de Kocher n'accusent la récidive que dans 5 p. 100 des cas opérés, résultat supérieur à celui obtenu par d'autres chirurgiens.

Kystes hydatiques.

M. Jirmounski a observé à la clinique du prof. Bobroff huit cas de kystes hydatiques qui siégeaient cinq fois dans le foie, une fois dans le poumon, une fois dans la région lombaire, une fois dans le fémur.

Les kystes hydatiques du foie ont été opérés d'après le procédé de Lindemann-Landau, consistant à énucléer le kyste après ponction. Dans deux cas la cavité résultant de l'ablation du kyste a été remplie, suivant le procédé de Billroth, d'une émulsion d'iodoforme à 6 p. 100 (p. 150 à 180 grammes); dans les deux cas il y a eu de l'hématurie pendant deux jours et un mouvement fébrile qui a persisté pendant deux mois. Aussi, dans les autres cas, l'iodoforme a été remplacé par une solution physiologique de chlorure de sodium.

M. Bogaievski a observé 41 cas de kystes hydatiques, dont 33 ont été opérés. Chez ces opérés il s'agissait 27 fois de kystes hydatiques du foie, 4 fois de kystes hydatiques de la cavité abdominale, 2 fois de kystes hydatiques des reins, 1 fois d'un kyste hydatique du tissu cellulaire sous-cutané; sur les 33 opérés, 7 ont succombé.

M. Rodzevitch a observé un cas de kyste hydatique du foie qui a évolué avec les symptômes d'un abcès sous-diaphragmatique. Après la résection de la 7e côte et des plèvres adhérentes au diaphragme, on vit apparaître dans la plaie du pus et le sac. Le malade est guéri.

M. Kroneberg cite un cas où au cours de l'opération on trouva, sous le foie augmenté de volume, une tumeur volumineuse dont la ponction donna issue à plusieurs litres d'un liquide trouble contenant des hydatides. La malade ayant succombé à la péritonite, on trouva à l'autopsie que le kyste hydatique opéré communiquait avec un autre qui se trouvait dans le lobe droit du foie.

Dans un autre cas où le malade a succombé quelques heures après son entrée à l'hôpital, on trouva, à l'autopsie, le poumon droit transformé en un sac renfermant un liquide visqueux et des hydatides. Le sac était en communication avec les bronches et le duodénum, avec ce dernier à l'aide d'un trajet large comme une plume d'oie. Trois kystes se trouvaient dans le foie.

Traitement chirurgical du goitre.

M. Kisseleff a opéré 13 cas de goitre kystique, toujours sous le chloroforme d'après la méthode de Socin. Il a fait l'énucléation de la tumeur en liant les vaisseaux qui se présentaient, sans jamais avoir eu à compter avec une hémorrhagie abondante.

M. Bobroff a constaté que, dans les goitres qu'on observe en Russie, le traitement thyroïdien ne semble pas agir. Dans un cas où il a pu constater l'efficacité de ce traitement, le malade venait d'avoir la grippe.

M. Ebermann a également observé un malade dont le goitre a notablement diminué de volume après une attaque de grippe.

Chirurgie du cerveau et du crâne.

M. Falkenberg est intervenu trois fois par la trépanation ou la résection du crâne.

Dans un cas où il s'agissait de lésions multiples des os du crâne et des sinus, consécutives à un érysipèle de la face; le malade a succombé. Les deux autres opérés ont guéri. Chez l'un il s'agissait d'une ostéite gommeuse du pariétal ayant mis à nu la dure-mère. Chez le second, également syphilitique, l'intervention pour un abcès de la région pariétale montre l'existence d'une nécrose d'une partie du pariétal et du frontal.

M. Falkenberg a en outre observé cinq cas de mort par abcès méconnus du cerveau d'origine otique. Dans un cas il intervint par la trépanation, trouva un abcès sous la dure-mère et une thrombose du sinus transverse. Le malade guérit malgré la formation d'un abcès sous le sterno-mastoïdien, qui communiquait avec l'abcès intra-crânien.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 Juillet 1896.

Actinomycose.

M. Duguet a présenté, le 31 décembre dernier, un malade atteint d'actinomycose bucco-faciale et soumis depuis quelques jours seulement au traitement ioduré (voir *Gazette*, 1896, p. 30). L'amélioration était déjà nette. Aujourd'hui, M. Duguet présente le malade guéri à partir du mois de février, M. Duguet a prescrit des applications de glycérine phéniquée à 1/4; puis il a fait des injections interstitielles de teinture d'iode. Depuis avril, les fistules sont fermées et depuis juin la guérison est complète.

Sarcome en Algérie.

M. Reclus lit un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie) sur les sarcomes en Algérie. M. Legrain constate d'abord que les indigènes sont tout à fait exempts d'épithélioma, ce qui serait dû à la sobriété de ces peuplades, qui en outre ne mangent pas de viande de porc. Cela va bien avec des recherches que M. Reclus a entreprises il y a quelques années avec M. Verneuil en montrant que la fréquence du cancer augmente avec la consommation de la viande. Et M. Reclus pense que si l'alimentation très azotée n'est pas un facteur unique, au moins elle est un facteur important.

M. Legrain insiste surtout sur la guérison de ces sarcomes par les empiriques indigènes. Il relate à cet égard 3 observations. L'une d'elles concerne un homme auquel M. Legrain avait enlevé à la paupière inférieure un sarcome vite récidivé, et guéri ensuite par un sorcier qui fit des applications d'un goudron spécial, à base de genevrier surtout. Dans un autre cas, après biopsie d'une tumeur, M. Legrain appliqua lui même de ce goudron indigène et obtint la guérison d'un sarcome globocellulaire du cuir chevelu. Enfin le 3e cas concerne une femme atteinte d'un sarcome deux fois récidivé de la région mastoïdienne : un sorcier la guérit avec du goudron.

Ces faits sont importants, car il y a eu examen histologique, mais on sait combien il est aléatoire de diagnostiquer un sarcome au microscope et M. Reclus rappelle, par exemple, que bien souvent une tumeur globo-cellulaire est de la tuberculose et non du sarcome, si bien que le cobaye seul devient la pierre de touche. Donc, surtout pour des ulcérations cutanés que le goudron a modifiées, il est possible que M. Legrain se soit trompé, et M. Reclus désire un supplément d'information.

Les paralysies en général et la paralysie arsénicale en particulier. Dangers de la médication par l'arsenic.

M. Lancereaux. — On sait que les paralysies périphériques d'origine toxique ont une physionomie particulière, elles se distinguent : 1° par une localisation spéciale aux cordons nerveux des extrémités des membres de préférence à ceux qui animent les muscles extenseurs; 2° par l'atrophie des muscles affectés, dont la contractilité électrique est diminuée ou même abolie, et par l'attitude semi-fléchie des membres; 3° par une symétrie à peu près parfaite en dehors des cas d'intoxication locale; 4° par une marche ascendante qui, des extrémités, gagne la racine des membres et le tronc; 5° par la concomitance de désordres subjectifs de la sensibilité générale précédant d'ordinaire le trouble moteur et, comme lui, parfaitement symétriques et localisés de préférence aux extrémités des membres; 6° par des désordres objectifs et symétriques de la sensibilité générale également localisés aux membres avec intégrité presque constante de la sensibilité spéciale; 7° par des troubles vaso-moteurs ou trophiques également symétriques et dont le maximum d'intensité est au niveau des extrémités des membres inférieurs.

Cet ensemble de caractères suffit amplement à différencier les paralysies toxiques. C'est en s'appuyant sur eux que M. Lancereaux a pu diagnostiquer récemment une paralysie d'origine arsénicale chez une jeune fille qui présentait l'aspect d'une typhique. Cette jeune fille avait été soumise à un traitement arsénical pour un psoriasis généralisé : elle prit jusqu'à douze gouttes de liqueur de Fowler matin et soir, puis pendant 3 semaines une solution de 0,05 d'arséniate de soude pour 125 grammes d'eau dont la malade prit d'abord une demi-cuillerée à café, puis une et même deux cuillerées.

Le point le plus intéressant de cette observation n'est pas la paralysie, mais la fièvre, qui avait revêtu l'aspect d'une fièvre typhoïde.

M. Lancereaux a observé un autre exemple d'intoxication arsénicale chez une femme âgée de 38 ans et qui prenait chaque jour dix gouttes de liqueur de Fowler pour une affection ganglionnaire du cou et de l'aisselle gauche.

Ces faits montrent combien il faut être prudent dans l'emploi de l'arsenic. Les effets toxiques de cette médication ne simulent pas seulement les affections de la moelle épinière ou des cordons nerveux mais encore des maladies fébriles comme la fièvre typhoïde, l'influenza, etc.

Il est donc important de ne prescrire l'arsenic qu'à faibles doses, surtout chez les jeunes gens, et de ne pas prolonger trop longtemps son usage.

M. François Frank lit un travail intitulé : *Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle.*

M. Clozier (de Beauvais) fait une communication sur la toxemie des gastro-entéropathes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 Juillet 1896.

Fibro-myome utérin.

M. Mermet présente un fibrome utérin sous-péritonéal, pesant 8 kil. 700 enlevé par M. Schwartz, à une femme de 50 ans. La tumeur unique, bilobée, se dirigeait obliquement dans l'abdomen, en haut, en avant et à gauche et était reliée à l'utérus par un large pédicule des dimensions d'une paume de main et inséré au niveau de la paroi postérieure.

Cette tumeur est encapsulée, molle, brun-rougeâtre, criblée à la coupe d'orifices vasculaires du volume d'une tête d'épingle à celui du petit doigt, remplis de sang, séparés par des bandes

de tissu blanc grisâtre. La cavité utérine a 25 centimètres de longueur.

Les trompes, distendues par un liquide séreux, mesurent 20 centimètres; leurs orifices sont oblitérés. Les ovaires, longs chacun de 10 centimètres, sont durs et scléreux. L'hypertrophie porte également sur les ligaments ronds et larges.

Hématome du médiastin.

M. Kuss communique l'observation d'un individu chez lequel on avait diagnostiqué une myocardite scléreuse hypertrophique, et qui est mort brusquement.

A l'autopsie, on trouva un double anévrysme de l'aorte thoracique. Une des poches était rompue et le sang s'était accumulé dans le médiastin postérieur. La lésion artérielle était localisée à la portion thoracique de l'aorte, et, à l'examen microscopique d'une portion de l'aorte, on trouva un foyer gommeux, pouvant faire songer à la syphilis.

Fibrome utérin.

M. Pilliet montre un gros fibromyome utérin enlevé par laparotomie par M. Tillaux. L'examen histologique fit découvrir en différents points de la dégénérescence colloïde. En examinant le ligament rond, M. Pilliet le trouva très épaissi; cet épaississement était dû à des gros faisceaux de fibres musculaires lisses. On y trouva, en outre, des tubes à épithélium cylindrique qui sont des vestiges de l'organe de Rosenmüller. Enfin la trompe présentait à sa surface externe un très grand nombre de petits kystes à épithélium pavimenteux lamellaire.

Kyste hydatique du cerveau.

M. Faitout rapporte l'observation d'un homme de 56 ans, entré à l'hôpital pour des phénomènes de ramollissement cérébral, datant de quelques jours et qui succomba au bout de quelques jours après avoir présenté un ictus avec convulsions suivi d'hémiplégie.

A l'autopsie, on trouva un gros kyste hydatique du cerveau, entouré d'un foyer de ramollissement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 Juillet 1896.

Le principe coagulant du sperme de lapin.

MM. Gley et Camus ont étudié le sperme de lapin, qui comme on sait, est éjaculé à l'état solide sous forme d'un corps ressemblant à de la bougie. Ils ont constaté que la coagulation se produit lorsque le contenu des vésicules séminales, qui a la consistance de colle, se met en contact avec le liquide prostatique. Le phénomène est facile à reproduire *in vitro* : il suffit d'ajouter une goutte de liquide prostatique au contenu des vésicules séminales pour voir le tout se prendre en une masse solide.

Le liquide prostatique renferme donc une substance coagulante. Les oxalates, la peptone n'empêchent pas cette action coagulante qui est par contre détruite quand le liquide prostatique a été chauffé à une certaine température.

Le liquide prostatique ne coagule pas le sang; d'un autre côté, les extraits organiques ne coagulent pas le liquide des vésicules séminales.

Chez le rat et la souris les choses se passent exactement de la même façon que chez le lapin.

Intoxication et désintoxication chimiques.

M. Heymans (de Gand) fait devant la Société les trois expériences suivantes :

Un lapin reçoit dans la veine de l'oreille une injection d'hyposulfite de soude et immédiatement après une injection de dinitrile malonique, dérivé de cyanure de potassium et ayant à peu de choses près la toxicité de ce dernier.

Deux autres lapins reçoivent une injection intra-veineuse de dinitrile malonique, et lorsqu'au bout de 5 à 10 minutes les animaux sont près de succomber, on injecte dans la veine de l'oreille de l'hyposulfite de soude : les deux lapins reviennent à la vie.

L'hyposulfite de soude a donc agi dans ce cas comme un antidote, comme un désintoxiquant au moment où le poison a déjà touché les cellules.

Pour expliquer cette action de l'hyposulfite, M. Heymans fait observer que chez les animaux intoxiqués on trouve dans l'urine du sulfocyanure, c'est-à-dire qu'il y a eu défense de l'organisme par la transformation du cyanogène en sulfocyanogène. On vient donc en aide à l'organisme en injectant de l'hyposulfite de soude.

M. Gley fait observer que c'est le premier cas de véritable antidotisme chimique.

Présence du bacille d'Eberth dans l'eau, le sol et les matières fécales d'individus sains.

MM. Remlinger et **Schneider** ont appliqué le procédé d'Elsner à la recherche du bacille d'Eberth dans l'eau de différentes villes de garnison. Ce bacille a été rencontré 8 fois sur 36 analyses : 2 fois la fièvre typhoïde régnait dans la ville qui avait fourni l'eau; 5 fois la maladie était terminée depuis plusieurs mois. Dans l'eau de Seine, le bacille d'Eberth a été trouvé 1 fois.

Le bacille d'Eberth a été rencontré 6 fois sur 10 analyses dans de la terre de jardins prélevée à des profondeurs diverses. La signification étiologique de ces bacilles trouvés dans la terre et l'eau en dehors d'une épidémie de fièvre typhoïde est assez difficile à préciser, plusieurs cependant se sont montrés pathogènes pour les animaux auxquels ils étaient inoculés.

MM. Remlinger et Schneider ont recherché également le bacille d'Eberth chez des malades soignés au Val-de-Grâce pour des affections diverses et qui n'avaient jamais été atteints de fièvre typhoïde. Ils l'ont rencontré chez un leucémique, un brightique, un paludéen, etc. Ces faits, s'ils se généralisaient, seraient de nature à faire jouer à l'auto-infection un rôle considérable dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Le diagnostic du bacille d'Eberth a été entouré chaque fois de toutes les garanties possibles. Laissant de côté un grand nombre de bacilles pseudo-typhiques, les auteurs n'ont retenu comme bacilles d'Eberth que les bacilles qui, outre les caractères classiques de ce microbe (particulièrement l'absence de fermentation de la lactose et la non-formation d'indol) présentaient d'une façon très nette, après addition à la culture de deux gouttes de sérum antityphique, le phénomène décrit par Grüber et Kolle sous le nom de « glabrification » et qui est regardé comme tout à fait caractéristique du bacille d'Eberth.

Action des solutions minéralisées sur l'organisme.

MM. Charrin et **Desgrez**. — Depuis quelque temps, l'usage des solutions minéralisées, en injections sous-cutanées, s'est répandu d'une manière considérable. Dans une série d'affections médicales, en dehors des grandes injections intra-veineuses, on conseille d'introduire sous la peau, chaque jour, des volumes variables d'une solution contenant ordinairement, pour 100 d'eau, 8 de sulfate de soude, 4 de phosphate et 2 de chlorure de sodium.

Dès lors, il y a un intérêt pratique à étudier l'influence de ces injections sur l'animal; il importe de réglementer, dans la mesure du possible, l'emploi de ce médicament.

Une série de faits, relatifs surtout à la toxicité, sont déjà connus; nous avons repris, néanmoins, ce qui a trait aux urines, d'autant plus que dans la majorité des cas, la ration alimentaire n'ayant pas été fixée, les analyses sont frappées de nullité; dans quelques essais, on déclare que la nourriture ne change pas, sans autres détails, formule totalement insuffisante.

Si on injecte sous la peau des doses de 0,5 à 1 c.c. par kilogramme d'animal, à des lapins soumis depuis une semaine au régime lacté, recevant et prenant toujours le même volume de

lait, on constate que l'urée s'élève très légèrement ou se maintient à une moyenne assez forte.

Si on porte ces doses à 8, 10, 12 c.c. par kilogramme d'animal, on reconnaît, au contraire, que l'urée fléchit dans les 2 ou 4 journées qui suivent ces injections, puis les différences s'atténuent, la courbe de l'urée se relève.

Toutefois, ces résultats immédiats sont importants puisque chez l'homme on répète ces injections presque quotidiennement.

Dans les conditions où nous nous sommes placés, contrairement à notre attente, si on se sert de la voie intraveineuse, on obtient des résultats de même sens mais, en général, moins accentués.

Il semble donc qu'il convient de s'en tenir aux quantités modérées.

D'ailleurs, chez l'homme, avec ces quantités faibles, 1/3, 1/4, ou même 1/5, 1/6 de centim. cube par kilogramme, on réalise une diurèse raisonnable, une proportion d'urée faiblement supérieure à la moyenne.

Autant qu'on peut en juger à l'aide du sphygmo-manomètre de Basch-Potain, ces injections, assez fréquemment, tendent à élever la pression de 1/2 à 1 degré environ, ou la température rectale de quelques dixièmes, 1, 2, 3, 5, bien que ces modifications ne soient pas constantes.

Tous les sérums, sérums de vaccinés, de sujets sains, ont ces propriétés; tous contiennent les principes minéraux de nos solutions; il est donc possible que ces effets communs soient dus à ces principes communs; il est possible également que des améliorations signalées dans les affections les plus disparates soient attribuables à ce que ces composés influencent non ces affections qui varient mais l'organisme qui se retrouve partout. Pour les sérums d'immunisés, les travaux du professeur Bouchard établissent nettement ces actions portant sur l'économie.

Sur les fonctions du thymus.

MM. Abelous et Billard. — Malgré les recherches de Restelli, Friedleben, Tarulle, etc., les fonctions du thymus sont encore très obscures. Pour les études nous avons choisi un animal, la grenouille, chez lequel cet organe persiste toute la vie. Voici les conclusions de nos premières recherches :

L'ablation des 2 thymus entraîne fatalement la mort dans un délai que varie de 4 à 14 jours.

La mort est précédée de troubles particuliers qu'on peut classer de la façon suivante :

a. Troubles dynamiques (affaiblissement musculaire faible, résistance à la fatigue parésie paralysie).

b. Troubles trophiques : 1° décoloration rapide de la peau; 2° ulcérations et sphacèles localisés.

c. Altérations du sang. Gonflement des hématies diminution de leur nombre, augmentation du nombre des globules blancs; hydrémie, infiltration séreuse, hémophylie.

L'ablation d'un seul thymus est quelquefois mortelle mais souvent les animaux résistent. Dans ce cas on constate une hypertrophie du thymus restant. L'ablation de ce thymus entraîne une mort rapide.

Le sang ou la sérosité d'une grenouille mourante injecté à une grenouille récemment opérée abrège énormément la survie et détermine une parésie rapide.

L'insertion sous la peau des thymus enlevés ne prolonge pas sensiblement la survie mais retarde beaucoup la décoloration et peut même faire reparaître la couleur normale sur une grenouille décolorée.

La seule conclusion que nous voulons tirer de ces premières recherches, c'est que le thymus de la grenouille est un organe nécessaire à la vie. Les troubles produits par son ablation paraissent ressortir d'une intoxication par des substances inconnues que le thymus serait normalement chargé de neutraliser ou de détruire.

Leucocytose et grandes injections d'eau salée.

M. André Claisse. — On sait quels rapports existent entre les infections et la leucocytose, celle-ci augmentant chez les sujets infectés, diminuant au contraire, parfois très rapidement avec la guérison. Il nous a paru intéressant de rechercher si cette leucocytose était transformée par les injections massives : nous avons constaté qu'elle subissait une chute rapide, brusque à la suite de ce traitement.

Dans 2 cas nous avons trouvé, 1 ou 2 heures après l'injection, une diminution d'environ moitié dans le nombre des leucocytes, cette diminution étant encore considérable, de plus de 1/3, chez une 3° malade. Ces observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises; il est toutefois intéressant de constater que cette méthode thérapeutique, dans les cas où elle produit une amélioration de l'état général, a pour conséquence une diminution brusque du nombre des leucocytes. Ce fait a peut-être même une valeur pronostique, puisque le retour des accidents infectieux, dans une de nos observations, a été précédé d'une nouvelle leucocytose.

M. Gley a constaté que lorsque chez le chien on dépasse en injection intraveineuse la dose de 0gr 50 de peptone par kilogramme d'animal, la mort survient ordinairement au bout de 12 heures à 3 jours. A l'autopsie on trouve ordinairement des coagulations intra-cardiaques et intra-pulmonaires.

M. Mislawski fait une communication sur la présence dans le nerf optique, des fibres centrifuges venant du grand sympathique.

M. Féré fait une communication sur le développement de l'instinct chez les jeunes poussins.

M. Charles Henry fait une communication sur la relation entre l'énergie musculaire et la sensibilité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 Juillet 1896.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. G. Marchant a opéré deux malades atteints de névralgie faciale rebelle par le procédé de M. Quénu, suivi de l'ablation du ganglion de Gasser. Un opéré a parfaitement guéri et reste guéri depuis 2 ans. Chez le second le succès fut incomplet. Ce malade a présenté en outre plusieurs accidents. Ainsi, après l'opération, lors du premier pansement, quand la gaze iodoformée fut enlevée, le malade tomba brusquement dans le coma dont il ne sortit qu'au bout de vingt-six heures. Quelque temps après, il survint des troubles trophiques du côté de l'œil : la cornée s'ulcéra. Cependant tout rentra dans l'ordre, et le malade est guéri du côté de son œil. Quant à sa névralgie faciale, quoiqu'elle ait été améliorée, elle n'a pas disparu complètement. En tout cas, il persiste actuellement de la contracture des mâchoires.

En terminant, M. G. Marchant se demande ce qu'il faut penser de l'extirpation du ganglion de Gasser. Personnellement, il croit qu'on n'enlève jamais complètement ce ganglion, car la sensibilité ne disparaît pas complètement à la face après la prétendue ablation du ganglion. On ne devrait se fier qu'à l'examen histologique de la pièce. Or, dans un cas où il croyait avoir enlevé le ganglion complet, il a fait faire l'examen histologique par M. Gombault, et M. Gombault a répondu que ce qui lui a été envoyé comme ganglion de Gasser ne contenait pas trace de tissu nerveux. C'était tout simplement un amas de tissu conjonctif. Aussi M. Marchant pense que souvent on a ainsi enlevé tout autre chose que le ganglion de Gasser.

M. Quénu a aussi observé la contracture des muscles masticateurs, et elle lui semble tenir à la section du nerf maxillaire entraînant des trophiques dans le muscle. Evidemment la contracture des muscles est gênante, mais les malades la préfèrent à la névralgie. Ils aiment mieux s'alimenter difficilement que de souffrir.

Ostéotomie du péroné pour fracture de jambe vicieusement consolidée.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation de **M. Rochard** relative à un cas d'ostéotomie du péroné après fracture mal consolidée et cal anguleux des os de la jambe.

Il s'agit d'un homme de 50 ans entré à l'hôpital pour une déformation considérable de la jambe, consécutive à une fracture mal et vicieusement consolidée des os de la jambe. Le cal formait un angle ouvert en arrière, le fragment supérieur surplombant les fragments inférieurs. De plus le pied était en rotation en dehors; la marche était presque impossible. La fracture remontait à six ans.

M. Rochard mit à nu le foyer, réséqua le cal, et, pour réduire fut obligé de pratiquer l'ostéotomie du péroné, après quoi la réduction s'opéra facilement. Deux mois après l'opération, la consolidation était assez avancée, mais elle ne fut complète qu'au bout de sept mois.

M. Rochard conseille de faire toujours et d'emblée l'ostéotomie du péroné, avant de faire celle du tibia. La réduction ainsi est facilitée.

En analysant cette observation, M. Schwartz insiste sur certaines particularités, sur l'aggravation des douleurs survenant six ans après la fracture, sur l'existence dans le cal d'une ostéite avec un foyer fongueux.

Quant à l'ostéotomie du péroné préconisée par M. Rochard, M. Schwartz la fait toujours en même temps que celle du tibia.

Nouveau procédé d'entéro-anastomose.

M. Picqué expose au nom de **M. Souligoux** un nouveau procédé d'entéro-anastomose.

Le procédé de M. Souligoux consiste essentiellement à aboucher deux cavités de l'intestin sans les ouvrir. A cet effet, M. Souligoux aplatit une anse intestinale avec une forte pince, suivant son bord libre et dans sa direction longitudinale, et procède de la même façon avec une seconde anse, ou l'estomac, ou la vésicule biliaire. Puis, par un surget, on réunit les bords postérieurs des deux portions comprimées, en touchant au préalable avec un peu de potasse caustique, et on serre les fils, enterrant ainsi les portions sphacélées. Celles-ci s'élimineront, tomberont dans l'intestin, et l'entéro-anastomose sera faite. La communication se fait chez les animaux au bout de 48 heures.

M. Souligoux a fait par son procédé trois entéro-anastomoses, pour trois cancers, chez des malades du service de M. Picqué. Deux opérés ont guéri; le troisième a succombé avec des phénomènes d'obstruction intestinale sans accidents viscéraux du côté de l'abouchement.

M. Reclus rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du pylore ne se nourrissant plus que par des lavements alimentaires, et à laquelle M. Souligoux fait par son procédé une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires furent bonnes, et au bout de 48 heures la malade eut une selle. Mais, six jours après, la température s'éleva et la malade mourut rapidement avec des phénomènes de parotidite suppurée.

On trouva à l'autopsie, une plaie intestinale parfaite; les sutures intestinales avaient bien tenu. La communication entre l'estomac et l'intestin était libre, mais le lambeau sphacélé tenait encore par un pédicule de quelques millimètres d'épaisseur.

On ne peut rendre la méthode responsable de la mort de la malade qui était extrêment cachectique et ne se nourrissait plus. Dans l'opération de M. Souligoux, M. Reclus apprécie surtout la rapidité très grande.

M. Chaput a fait aussi, mais après M. Souligoux, des opérations sans ouverture de la muqueuse: il a supprimé l'écrasement de cet auteur et il l'a remplacé par la cautérisation au fer rouge et par l'ablation de la tunique musculaire de l'estomac dans les opérations sur cet organe.

D'après M. Chaput, les procédés sans ouverture de la muqueuse, comme celui de M. Souligoux et le sien, sont indiqués toutes les fois qu'il n'y a pas de rétention stercorale. En cas contraire, on aura recours aux procédés des sutures, ou aux boutons anastomotiques bien connus.

M. Routier se demande si, chez l'opérée de M. Reclus, la parotidite infectieuse ne pouvait être attribuée à la rétention du sphacèle. En outre le procédé de M. Souligoux ne semble pas applicable à tous les cas. Quelquefois, en effet, l'estomac est excessivement dilaté et il faut le vider avant de l'anastomoser.

M. G. Marchant présente une malade chez laquelle il a fait l'ablation de la vésicule biliaire pour lithiase biliaire.

M. Delorme présente un malade qu'il a guéri pour des accidents névritiques à distance par la compression localisée et forcée. Ces accidents névritiques siégeaient dans un moignon d'amputation de l'avant-bras.

M. Legueu lit une observation de torsion du cordon spermatique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 Juillet 1896.

A propos de la dilatation de la glotte et de l'écouvillonnage du larynx.

M. Sevestre. — La communication faite à la dernière séance par M. Variot me paraît soulever quelques objections qui se rapportent à deux points: 1° moyen de diminuer le spasme laryngé; 2° modifications du tubage désignées sous le nom de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage du larynx.

Sur le premier point je suis complètement d'accord avec M. Variot pour admettre l'utilité des moyens propres à faire cesser le spasme, mais j'avoue que je serais beaucoup plus réservé que lui relativement à l'emploi de la codéine. Je n'oserais affirmer que la codéine sera toujours aussi bien supportée qu'il l'a dit, et je crois que dans une maladie aussi déprimante que la diphthérie il faut éviter avant tout les préparations opiacées, même la codéine, qui est, cependant, de toutes, la meilleure à employer dans l'enfance. Pour mon compte je préfère l'antipyrine en pareil cas et surtout je recommande les enveloppements froids.

Quant aux procédés que préconise M. Variot sous le nom de *dilatation de la glotte* et d'*écouvillonnage du larynx*, je ne puis partager l'enthousiasme que notre collègue professe à leur égard, et surtout je crois qu'il faut protester contre l'emploi systématique de ces procédés.

Lorsqu'on fait un tubage chez un enfant atteint d'un spasme prononcé, on éprouve parfois une grande difficulté à faire pénétrer le tube, et, quand le tube est dans le larynx, on n'a plus qu'une crainte, c'est de voir l'enfant expulser le tube. Il faut véritablement une grande force d'âme pour se décider à retirer le tube au bout de quelques minutes. D'ailleurs, en pareil cas, on est obligé généralement de le replacer au bout de très peu de temps. Pourquoi donc ne pas laisser le tube en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures?

Des réflexions analogues me paraissent applicables à l'écouvillonnage du larynx au moins en tant que méthode systématique. Assurément, lorsque l'introduction du tube refoule les fausses membranes et rend la respiration plus gênée, il faut s'empresser de retirer le tube et souvent alors on observe à la suite une expulsion de fausse membrane et l'on constate que l'enfant reste assez soulagé pour pouvoir se passer de tube. C'est un fait qu'ont observé tous ceux qui ont pratiqué le tubage, mais dire d'avance que systématiquement on va introduire un tube pour écouvillonner le larynx et retirer le tube pour ne pas le remettre me paraît une pratique hasardée. Quand les circonstances permettent de retirer le tube il ne faut pas hésiter à le faire, mais cela n'arrive qu'occasionnellement.

M. Variot a proposé la dilatation temporaire et l'écouvillonnage afin d'éviter les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx (obstruction du tube par des mucosités; troubles de déglutition; altérations de la région antérieure du cricoïde). Ces accidents n'ont pas la fréquence que M. Variot a bien voulu leur attribuer.

Inversement je me demande si les tubages et détubages successifs n'auraient pas quelques inconvénients. Je remarque, en effet, en lisant le travail de M. Variot, que plusieurs enfants qui avaient subi ces manœuvres ont présenté, quelques jours après, des broncho-pneumonies qui n'existaient pas à l'entrée. Ne pourrait-on pas dire que les infections secondaires ont été favorisées par les interventions répétées sur le larynx? C'est un point sur lequel l'attention doit être éveillée.

M. Variot pense qu'en administrant la codéine à doses fractionnées, on n'a pas à craindre les accidents que suppose M. Sevestre, et on peut par contre espérer vaincre le spasme

phréno-glottique et arriver ainsi à éviter une intervention sur le larynx.

Quant à la dilatation de la glotte, il ne voit pas l'inconvénient qu'elle peut avoir, quand on la pratique avec le tube d'O'Dwyer modifié sur un enfant vigoureux non fatigué, d'autant plus que M. Variot n'a jamais conseillé, la dilatation brusque mais la dilatation lente.

Enfin, en ce qui concerne l'écouvillonnage il faut distinguer entre l'écouvillonnage, de nécessité et l'écouvillonnage systématique. Le premier s'impose, quant au second, M. Variot n'a pas conseillé d'écouvillonner systématiquement, mais dans certains cas seulement, par exemple quand on a diagnostiqué l'existence d'une membrane flottante dans le larynx.

Note sur deux cas d'abcès du foie tropicaux.

M. Rendu rapporte deux cas d'abcès du foie tropicaux chez deux malades qui avaient vécu autrefois dans les pays chauds.

Anatomiquement ce sont deux exemples typiques de cette variétés d'abcès du foie qu'on a décrit sous le nom d'abcès tropical : une poche unique, volumineuse et anfractueuse, renfermant une énorme collection de pus, laissant intact le parenchyme hépatique circonvoisin.

Cliniquement ces deux abcès se sont comportés d'une façon similaire. Tout deux se sont développés lentement, insidieusement sans jamais éveiller aucune réaction fébrile violente.

Il est permis de se demander si ces formes apyrétiques ne répondent pas aux cas où le pus est stérile, comme cela existait chez les deux malades. Mais ce raisonnement n'est peut-être pas juste, car si le pus est stérile, cela ne veut pas dire qu'il ait été primitivement amicrobien, mais qu'il est devenu infertile par la mort des micro-organismes.

Il faut du reste savoir que l'apyrexie peut exister avec une suppuration intra-hépatique très étendue. L'absence de fièvre, en conséquence, ne doit pas être considérée comme un symptôme décisif pour éliminer l'hypothèse d'un abcès tropical.

Les abcès tropicaux se développent, généralement, à la suite d'une dysenterie. Le premier malade l'a eue ; mais chez le second malade, on n'a relevé aucune affection ancienne du côté de l'intestin. Il existe, il est vrai des cas d'abcès tropicaux typiques chez des sujets indemnes de dysenterie et n'ayant présenté aucun trouble intestinal antérieur ; on est donc amené à penser que, chez le second malade, il s'est agi d'un fait analogue.

Un point qu'il est encore important de mettre en relief c'est que, chez les deux malades, l'abcès du foie a évolué avec une singulière lenteur et bien longtemps après le dépôt des germes pathogènes au sein du parenchyme hépatique, puisque les malades avaient quitté les colonies depuis six ans au moins quand s'est manifestée la suppuration du foie.

M. L. Gailliard. — Un homme de cinquante-huit ans, qui n'est pas syphilitique et dont les antécédents n'offrent rien de spécial, souffre depuis quatre mois de dysphagie ; il ne peut avaler que des liquides ; il a des régurgitations et son repas est fréquemment interrompu par des quintes de toux suivies d'*expectoration alimentaire*. Il crache du lait finement aéré. Ce symptôme permet d'établir l'existence d'une fistule qui conduit les liquides de l'œsophage dans les petites ramifications bronchiques. Après six semaines de séjour à l'hôpital Tenon, le malade, qui a refusé la gastrostomie proposée, a une syncope mortelle. Je trouve l'estomac rempli par un énorme caillot sanguin ; cancer de la petite courbure et du cardia ; cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Au fond d'une petite cavité creusée dans la paroi antérieure de l'œsophage, on découvre l'entrée d'un trajet fistuleux aboutissant à la portion postéro-inférieure du poumon droit, qui présente une série de petits abcès, mais pas d'infiltration cancéreuse.

Angine à streptocoques avec éruption scarlatiniforme.

M. Beclère revient sur la communication de M. Florand où, après avoir rapporté plusieurs observations d'érythème scarlatiniforme consentit à l'angine à streptocoque, il a soutenu que l'absence de la desquamation lui a permis d'éliminer l'idée d'une scarlatine. Or M. Béclère a observé deux cas de scarlatine chez deux sourds (le diagnostic était certain) et dans un cas la desquamation ne s'est pas montrée. L'absence de la desquamation ne suffit donc pas pour éliminer l'idée d'une scarlatine.

M. Gouguenheim relate l'observation d'un malade qui succomba à une septicémie développée à la suite d'un abcès de la gorge à streptocoque.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Parasite de la malaria.

M. Gabriel Roux met sous les yeux des membres de la Société, selon la promesse qu'il en avait faite à la dernière séance, une série de figures mi-schématiques destinées à bien mettre en évidence la nature de parasite animal des organismes de Laveran et les étroites analogies qui les relient aux différents autres types de *Sporozoaires*.

Pour M. G. Roux, les preuves qui militent en faveur de la nature parasitaire et animale des diverses formes qu'affecte, dans le sang des paludéens, *Plasmodium Malariæ*, et doivent faire rejeter l'hypothèse de simples altérations globulaires soutenue à la dernière séance de la Société par M. Bard et admise seulement aujourd'hui par un très petit nombre d'auteurs, peuvent se grouper sous trois chefs principaux :

1° Preuves d'ordre histo-morpholohique;
2° — d'ordre biologique;
3° — d'ordre zoologique.

1° *Preuves histo-morphologiques.* — Elles sont fournies tout d'abord par ce fait qu'il existe sûrement, dans chaque *corps sphérique* ou *amœboïde* un *noyau* pourvu d'un ou plusieurs *nucléoles*, lequel, il est vrai, n'a pu être décelé par Laveran, mais a été mis hors conteste par les observations de Grassi et Feletti, Celli et Guarnieri, Romanowsky, Mannaberg; il serait parfois même, d'après Romanowsky, muni d'un peloton chromatique. Le noyau existerait de même dans les *corps en croissant*, d'après Sacharoff, Grassi, Mannaberg, et dans chacun des segments ou *sporozoïtes* des *corps en rosace* d'après la plupart des auteurs.

En second lieu, les divers corps inclus dans les globules ou libres dans le plasma, bien loin de présenter, dans leur structure intime, des signes de dégénérescence cellulaire ou d'altération plus ou moins avancée, se comportent, au contraire, comme des éléments cellulaires normaux avec exoplasme, endoplasme, noyau et nucléoles; seuls les *flagella* des *corps flagellés* sont regardés, par la grande majorité des auteurs (Celli, Labbé, R. Blanchard, etc.), et contrairement à l'opinion de Laveran, comme des formes de dégénérescence.

2° *Preuves biologiques.* — Ces preuves, tirées du mode même d'existence et des manifestations de vitalité de l'organisme de Laveran, comprennent en premier lieu l'habitat des *corps sphériques* pris comme types, lesquels sont assez souvent endoglobulaires (Celli), mais peuvent aussi ou bien être simplement accolés à la surface des hématies (Laveran), ou devenir même complètement libres dans le plasma sanguin; de plus, ces corps, improprement nommés *sphériques*, car leurs formes sont extrêmement variées, bien loin d'être absolument fixes et immobiles, sont doués de mouvements amœboïdes extrêmement nets, qui ont été constatés par tous les auteurs, médecins et zoologistes qui se sont occupés du sang malarique, et, dans leur intérieur, les grains de pigment sont eux-mêmes animés d'un mouvement de translation tout spécial qui n'est pas le mouvement brownien.

3° *Preuves zoologiques.* — Ce sont assurément les plus importantes et les plus saisissantes, tant les analogies morphologiques qu'elles mettent en évidence sont intimes et frappantes; elles ressortent de l'examen morphologique comparatif des formes affectées par les corps de Laveran et de celles observées par les zoologistes les plus sérieux et les plus compétents chez des êtres dont la nature animale ne saurait être contestée et qui appartiennent au même groupe zoologique que l'hématozoaire du paludisme : la classe des *sporozoaires* dans laquelle le

Plasmodium Malariæ est aujourd'hui placé dans un ordre particulier, celui des *Gymnosporidies* de Labbé.

C'est afin de bien faire saisir à tous les membres de la Société les analogies morphologiques dont il vient d'être question que M. G. Roux place sous leurs yeux deux planches représentant, au moyen de figures mi-schématiques, mais parfaitement exactes, empruntées aux travaux de Balbiani, Schneider, Labbé, Laveran, les phases successives d'évolution de plusieurs *sporozoaires* plus ou moins élevés en organisation.

Dans la première planche sont figurées deux espèces d'hématozoaires du sang des oiseaux appartenant précisément, comme le parasite de Laveran, à l'ordre des *Gymnosporidies* : l'*Halteridium* du sang de l'alouette et le *Proteosoma* du sang du pinson. Ici, comme on peut aisément le constater par un simple coup d'œil à la planche, les ressemblances sont si nettes et si absolues que certains auteurs ont cru, à tort du reste, qu'il s'agissait d'une espèce unique, identique elle-même à celle du sang malarique.

Aussi, comme les partisans de la théorie des altérations globulaires pourraient arguer de cette trop grande ressemblance en faveur de leur opinion, M. G. Roux fait circuler une seconde planche dans laquelle ont été dessinées, les unes au-dessus des autres, les phases successives et correspondantes de l'évolution de trois *sporozoaires* très nettement distincts et assez éloignés relativement les uns des autres au point de vue zoomorphologique; ce sont : l'*Hématozoaire de Laveran* de l'ordre des *Gymnosporidies*, *Elmeria falciformis*, espèce monosporée (comme *Plasmodium*) de l'ordre des *Coccidies*, qui se trouve à l'état parasitaire dans l'intérieur des cellules épithéliales de l'intestin de la souris, et enfin *Monocystis agilis*, espèce *polysporée* de l'ordre des *Grégarines*, le plus élevé de la classe des *Sporozoaires*, qui habite, d'abord fixé aux cellules, puis libre, le testicule du lombric terrestre.

Il est bien difficile, en examinant même superficiellement ces diverses figures, de ne pas être convaincu des très étroites analogies qui les relient les unes aux autres et légitiment la place que les zoologistes assignent aux trois espèces précédemment nommées dans un même groupe, celui des *Sporozoaires*.

On peut évidemment différer d'avis sur l'interprétation à fournir des relations morphologiques de quelques-unes de ces formes — et, à ce propos, M. G. Roux passe sommairement en revue les diverses hypothèses émises, — mais on ne saurait nier les ressemblances frappantes et parfaitement concordantes non pas seulement des divers aspects des corps pris isolément, mais encore des phases successives d'évolution des trois espèces considérées. M. G. Roux termine en disant que, pour lui, la nature animale et parasitaire des organismes de Laveran ne saurait faire doute.

Neuro-fibromatose généralisée.

M. X. Delore présente un homme âgé de 33 ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet, le 26 février dernier, et présentant le syndrome clinique décrit dernièrement sous le nom de neuro-fibromatose généralisée. On sait que cette maladie est caractérisée par des tumeurs multiples, le plus souvent congénitales, dont la plupart sont cutanées ou sous-cutanées, mais dont quelques-unes peuvent être plus profondes, sous-aponévrotiques; au point de vue histologique, on peut rencontrer chez le même individu, et côte à côte, des productions néoplasiques diverses, telles que des fibromes, des neurofibromes, des névromes plexiformes, des nævi vasculaires, pigmentaires ou pilaires.

Cet individu n'a jamais eu dans sa famille de parents présentant des tumeurs analogues aux siennes. Depuis sa naissance, son corps est couvert de tumeurs sessiles ou pédiculées, siégeant surtout sur la poitrine et l'abdomen, mais également en moindre quantité sur la face et les membres supérieurs. Quant aux membres inférieurs, ils sont absolument indemnes. Certaines de ces tumeurs rappellent absolument le *molluscum pendulum*; d'autres, au contraire, ressemblent à des verrues; enfin, quelques-unes sont réductibles et très probablement constituées par des vaisseaux. Leur consistance varie considérablement : tandis que les unes sont molles et flasques comme des lipomes, les autres sont dures et rappellent la sensation de la corne. Interrogé sur leur développement, le malade répond que le nombre et le volume des néoplasies lui semble stationnaire; mais nous devons ajouter qu'il s'est fort peu observé à ce sujet.

Il y a 3 ans, il reçut un coup assez violent sur le bras droit : l'incapacité de travail ne dura que 2 ou 3 jours, sans que rien d'anormal ne fût remarqué dans le bras traumatisé. Un an après, une grosseur se développa à la partie inférieure du bras droit; c'est cette nouvelle tumeur qui s'est développée progressivement depuis son début, c'est-à-dire depuis 2 ans, qui engage cet homme à réclamer les secours de la clinique.

Cette tumeur, grosse comme deux poings, située à la face antérieure du bras, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'épicondyle et au dehors de l'axe du bras, est recouverte d'une peau saine qui est nettement mobile sur la tumeur. Celle-ci glisse facilement sur les plans profonds; mais elle s'immobilise quand on fait contracter les muscles du bras; au centre de la grosseur, on perçoit nettement de la fluctuation.

Le diagnostic porté fut abcès froid; nous ferons remarquer qu'on ne chercha nullement à établir un rapport entre cette tumeur profonde du bras et les autres néoplasies nettement congénitales de la peau.

Personne n'y avait songé.

Le 28 février, l'opération montra que le centre de cette néoplasie était occupé par un liquide visqueux, jaunâtre; la périphérie était formée par une coque épaisse de 3 à 4 centimètres. La décortication fut pratiquée facilement et l'on constata que la tumeur était exactement située entre le brachial antérieur en arrière, le biceps en dedans et l'origine des muscles épicondyliens en dehors. Aujourd'hui, la plaie opératoire est cicatrisée complètement depuis 8 jours.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dor, chef du laboratoire de M. le professeur Poncet, conclut à une néoplasie du genre des xanthomes.

Deux autres tumeurs cutanées furent également enlevées et on constata qu'elles étaient formées par du tissu fibreux, sans aucun élément nerveux.

Notre cas présente un intérêt tout particulier pour le diagnostic de la tumeur principale du bras droit. Une erreur a été commise, faute de connaître le rapport existant entre les tumeurs cutanées congénitales et le néoplasme plus volumineux du bras, et il est intéressant de ne pas la commettre à nouveau. Or, si nous consultons les auteurs qui ont étudié ce syndrome clinique appelé peut-être un peu à tort neuro-fibromatose généralisée, nous apprenons que, chez un sujet porteur de tumeurs multiples congénitales de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, souvent il se développe dans les tissus profonds une tumeur plus grosse dite majeure qui a la même origine que les tumeurs superficielles, c'est-à-dire une origine congénitale. Donc, dans un autre cas analogue, on pourrait éliminer toutes les autres variétés de néoplasies, ranger cette tumeur principale dans la catégorie des tumeurs congénitales, au même titre que les autres néoplasies plus superficielles.

Pourrait-on établir la variété histologique de cette tumeur majeure, en se basant sur l'examen histologique d'une tumeur superficielle enlevée au préalable? Les auteurs autorisés répondent que non, en se basant sur ce fait qu'un même individu est porteur de variétés microscopiques différentes : xanthome, lipome, fibrome, neuro-fibrome, névrome plexiforme, nævi pilaires, vasculaires ou pigmentaires. Notre cas vient encore à l'appui de cette opinion, puisque deux tumeurs superficielles examinées étaient des fibromes, alors que la tumeur majeure du bras pouvait être rangée dans la classe des xanthomes.

Kyste dermoïde du ligament large.

M. le Dr Rendu. — Le kyste que je présente provient d'une personne âgée de 42 ans que j'ai opérée, il y a 9 jours, et qui est actuellement en voie de guérison.

Ce kyste, du volume d'une grosse tête d'adulte, renfermait un liquide couleur café au lait, de la matière sébacée, des cheveux blonds en paquets agglutinés et enfin, inclus dans sa paroi, un os de la grosseur d'une noix, ne ressemblant à aucun os de l'économie, et rappelant vaguement la forme d'une énorme molaire.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont pas d'une grande

rareté. Olshausen, dans une statistique portant sur 2 275 cas d'ovariotomie pratiquée par Spencer Wells, Keith, Martin, Schroder, Billroth, etc., a trouvé une fréquence de 3,5 p. 100. Moi-même j'en ai déjà observé 4 cas. Mais ici, il s'agit d'un kyste dermoïde du *ligament large*, ce qui est bien différent.

N'en ayant jamais observé, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques desquelles il ressort que c'est là un siège exceptionnel. Spencer Wells, par exemple, à côté de 12 cas de kystes dermoïdes des ovaires cités dans son ouvrage, n'en relate aucun appartenant aux ligaments larges. Lawson Tait rapporte l'histoire d'une femme de 37 ans dont le kyste intra-péritonéal, renfermant des cheveux dans l'épaisseur de sa paroi, était entièrement soudé au péritoine pariétal et tout à fait indépendant de l'ovaire, mais indépendant aussi des ligaments larges. Pozzi signale simplement la possibilité de ce siège et indique une observation de Sanger au 3e Congrès des gynécologues allemands, en 1883. Enfin, la *Revue* de Hayem ne mentionne que 2 cas, l'un d'Abel (*Berlin. klin. Wochen.*, 9 janvier 1893) et l'autre de Ferrand (*Bulletin soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1894).

Cet aperçu suffit pour établir que nous sommes bien ici en présence d'un siège tout à fait insolite des kystes dermoïdes.

Un second point à relever est celui de l'âge de ma malade. Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer la formation de ces kystes : que l'on admette avec Verneuil la théorie de l'enclavement, durant la vie intra-utérine, d'une partie d'un feuillet du blastoderme, laquelle donnerait ultérieurement lieu à une production désordonnée de ses produits naturels, ou bien qu'avec Lawson Tait, on voie là un simple fait de parthénogénèse, toujours est-il que ces tumeurs se développant et devenant, en général, apparentes après la puberté, semblent manifestement être en rapport avec le travail de la menstruation.

Aussi est-ce, le plus ordinairement, autour de 20 ans que le chirurgien est appelé à intervenir. Sur les 12 cas de Sp. Wells, la malade la plus âgée avait 39 ans. La malade la plus vieille dont on ait, je crois, relaté l'histoire, est une femme opérée, à 45 ans, par Lawson Tait. Mon opérée sort également, à ce point de vue, de la règle générale, puisqu'elle est âgée de 42 ans.

Au point de vue clinique et opératoire, rien de bien particulier à noter. J'avais fait le diagnostic de kyste *dermoïde*, grâce à la présence d'un petit os que l'on sentait vers l'ombilic, mais l'idée ne m'était pas venue que ce pût être un kyste du ligament large; je croyais franchement à un kyste dermoïde de l'ovaire. Cela ne fait que confirmer, du reste, ce que j'ai eu déjà l'occasion de répéter plusieurs fois, c'est que nous n'avons jusqu'ici absolument aucun signe certain permettant le diagnostic du kyste du ligament large.

L'opération a eu lieu le 17 mars, avec l'aide du Dr Piante et de MM. Démiaz et Augros. La malade, célibataire, est affligée d'un mal de Pott cervical et, de plus, elle ne mesure que 1m38 de hauteur de taille.

Les suites opératoires ont été des plus simples et l'opérée est en parfait état. Sa température rectale, qui était montée à 38°3 le lendemain de l'opération, s'est toujours maintenue, depuis, entre 37° et 37°5.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 Juillet 1896.

Sarcome du médiastin.

M. Kaiserling a rapporté l'observation d'un homme qui en décembre 1893 fut pris assez brusquement de violentes douleurs dans la poitrine et la partie supérieure de la colonne dorsale. Il entra à l'hôpital vers la fin de février où on vit se développer deux jours après son entrée une myélite avec tous les troubles du côté du rectum et de la vessie. L'examen du cœur montra une légère augmentation de la matité cardiaque, et l'on sentait une légère pulsation systolique à gauche à côté du choc de la pointe et de la base du cœur; à la pointe on entendait un fort souffle systolique et un léger bruit diastolique. On diagnostiqua en conséquence un anévrysme de l'aorte.

L'autopsie montra une dilatation considérable du péricarde qui était rempli de liquide et avait refoulé les poumons en arrière. Quant au cœur, la paroi postérieure des deux oreillettes était occupée par une tumeur irrégulière. Une autre tumeur, qui devait être considérée comme primitive, siégeait dans les ganglions lymphatiques des bronches au voisinage de la bronche gauche. Le corps de la deuxième vertèbre dorsale était ramolli par une métastase et réduit au tiers de son volume et, à ce niveau, il existait une compression de la moelle. Le corps de la huitième vertèbre dorsale commençait à être atteint d'une deuxième métastase. L'examen microscopique des tumeurs montra qu'il s'agissait de lymphosarcomes. D'après M. Kaiserling, le choc de la pointe résultait de la fixation du cœur par la tumeur de la base; la pulsation pouvait être attribuée à la propagation des mouvements cardiaques au liquide du péricarde et les bruits à la rigidité des parois auriculaires. La myélite par compression résultait du développement des métastases dans le corps de la vertèbre. A part une cystite purulente et une néphrite au début, les organes ne présentaient rien d'anormal.

M. Leyden, dans le service duquel le malade a été observé, fait remarquer que si le diagnostic d'anévrysme de l'aorte était inexact, l'erreur n'était cependant pas très grande. Le malade se plaignait de douleurs dans la poitrine et dans le bras gauche, avait maigri de 20 livres dans les derniers mois. L'examen avait indiqué un bruit systolique du cœur, qui était augmenté de volume surtout à gauche. En outre le malade avait eu un rhumatisme articulaire, de sorte qu'on pouvait rattacher les lésions cardiaques à l'artériosclérose. La paraplégie survenue assez subitement, a été attribuée à l'usure de la colonne vertébrale et à la compression de la moelle par l'anévrysme. On songea bien à un cancer de la colonne vertébrale, mais l'âge du patient fit écarter cette hypothèse. L'autopsie seule donna l'explication des phénomènes cliniques.

Étude du sang dans la diphthérie.

M. Engel a examiné le sang chez 32 enfants âgés de 4 mois à 13 ans et atteints de diphthérie. Dans ces cas le bacille de Lœffler existait sans exception. Sur ces 32 enfants 15 sont morts, et chez 7 de ces derniers le sang a pu être examiné avant et après la mort; dans tous les cas les myélocytes étaient nombreux. Dans aucun cas on n'a constaté une action du sérum antidiphthérique sur le sang; seules les cellules polynucléaires étaient peut-être légèrement modifiées. Le nombre de ces dernières a varié entre 67 et 87 p. 100, tandis que leur chiffre normal est de 75 p. 100; chez plusieurs enfants guéris la proportion est descendue à 30 p. 100. Chez les enfants qui ont guéri on ne trouva des myélocytes que rarement et seulement au plus fort de la maladie, tandis que chez les enfants morts leur nombre oscillait pendant la vie entre 3,6 et 16,8 p. 100. Aussi M. Engel croit-il pouvoir attribuer à la présence des myélocytes une valeur pronostique importante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 Juillet 1896.

Inoculation du gonocoque aux animaux.

M. Heller, partant de ce fait que chez les adultes l'ophthalmie blennorrhagique est rarement observée alors qu'elle est si fréquente chez les nouveau-nés, et que cette fréquence indique une prédisposition particulière de l'œil de l'enfant à l'infection gonococcique, a inoculé du pus blennorrhagique dans le sac conjonctival de 45 lapins nouveau-nés. Dans tous les cas l'inoculation a eu un résultat positif. Vingt-quatre heures après l'ino-

culation, il survenait de la rougeur et du gonflement de la conjonctive accompagnés d'une sécrétion abondante; l'inflammation cessait ordinairement au bout de 15 jours dans la plupart des cas, mais dans quelques cas elle a duré plus de 4 semaines. Dans 3 cas il s'est produit des ulcères profonds de la cornée. Au point de vue des résultats, il n'y avait aucune différence suivant qu'on inoculait du pus blennorrhagique ou une culture pure de gonocoques.

Les expériences analogues faites avec d'autres micro-organismes ont donné au contraire des résultats négatifs.

Les gonocoques contenus dans les sécrétions se distinguaient des gonocoques chez l'homme par leur siège le plus souvent extra-cellulaire. On a essayé aussi d'obtenir de ce pus le gonocoque en culture pure. On y est parvenu dans deux cas où l'on isola des gonocoques un peu petits. Dans le pus des ulcères de la cornée on a trouvé d'autres microorganismes, de sorte qu'il existait ici une infection mixte. Dans quelques cas il s'était produit une infection nasale, et dans le liquide qui s'écoulait par le nez on a retrouvé des gonocoques.

Atrophie jaune aiguë du foie.

M. Heinbach a rapporté l'observation d'un homme de 22 ans entré à l'hôpital avec les symptômes d'un ictère catarrhal, simple avec légère augmentation du volume du foie et qui, 4 jours plus tard, fut pris de nausées et de vomissements, en même temps que le foie diminua manifestement de volume. Au 7e jour survinrent des troubles psychiques, et 2 jours après le malade tomba dans le coma et mourut avec une fièvre de 41°.

La quantité totale de l'azote dans 1 500 cent. cubes d'urine, provenant des 24 dernières heures, s'élevait à 3 grammes; en outre, l'urine contenait des cylindres et des éléments du rein, mais pas de leucine ni de tyrosine.

A l'autopsie, le foie a présenté les lésions classiques de l'atrophie jaune et rouge; les cellules hépatiques étaient détruites en grande partie.

A noter que le malade n'était pas syphilitique.

M. G. Lewin fait remarquer que la marche de la maladie rappelle tout à fait l'empoisonnement par le phosphore, hypothèse qui ne peut être exclue qu'après examen du sang.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

1er Semestre 1896.

Cure radicale de la hernie.

M. Depage. — Contrairement à l'opinion de MM. Lavisé et Thiriar, M. Depage estime qu'on a beaucoup exagéré l'importance de la dissection du sac dans la cure radicale. A la lecture des différents travaux qui ont paru sur la question, il semble généralement admis que le péritoine joue un rôle important dans la production de la hernie, que le sac se forme en quelque sorte de lui-même, sans participation des viscères et avant que ceux-ci n'y pénètrent; que la présence des fossettes est due uniquement à la disposition de la séreuse et non pas aux irrégularités des plans sous-jacents; que les hernies se produisent de préférence au niveau de ces infundibula et que la suppression de ces derniers constitue un point essentiel de la cure radicale.

M. Depage combat cette manière de voir. Le péritoine, d'après lui, incapable de brider la masse intestinale, recouvre toute la surface interne de la paroi abdominale et se laisse distendre au gré des viscères. Il est donc inutile d'éloigner de l'anneau le moignon ligaturé du sac, puisque la séreuse ne tardera pas à venir se réappliquer contre l'orifice. De même il est inutile de supprimer les infundibula, puisque ceux-ci sont dus uniquement aux irrégularités de la paroi. Les hernies se produisent à leur niveau, parce que les plans sous-jacents ne sont pas assez résistants. C'est donc la reconstitution de ces derniers que le chirurgien doit surtout avoir en vue.

Dans la plupart des procédés imaginés dans le but de fermer le plus efficacement possible le canal herniaire, on cherche simplement à oblitérer le trou formé par la hernie. A l'endroit où le cordon traverse la cicatrice, il persistera donc un point faible, soumis directement à l'effort de la pression abdominale et prédisposant à la récidive.

Le procédé de Bassini, en reconstituant un canal inguinal, cherche à rétablir les fonctions physiologiques de la paroi. M. Depage estime que c'est là un avantage qui rend cette méthode supérieure à toutes les autres. Il admet toutefois avec M. Thiriar qu'il serait utile de renforcer la paroi postérieure du canal inguinal, laquelle n'est normalement constituée que par le fascia transversalis, doublé de quelques fibres conjonctives venant du petit oblique et du transverse. Il propose, à cet effet, le transplant musculaire du petit oblique, plutôt que l'interposition d'un os décalcifié, préconisée par M. Thiriar.

M. Verneuil partage l'avis de M. Depage au sujet de la dissection du sac dans la cure radicale de la hernie. Peu importe que la ligature du sac soit faite plus ou moins haut. Ce qu'il faut chercher, c'est à reconstituer un plan aponévrotique solide; à cette condition seulement, le résultat de la cure radicale sera efficace. Quant au procédé à choisir, il considère celui de Bassini comme le meilleur; mais dans cette méthode, comme d'ailleurs dans la plupart des autres, on aura toujours à suturer des plans aponévrotiques musculaires, dont la cicatrice est faible. D'autre part, le Bassini n'est pas applicable dans tous les cas; il est parfois impossible de reconstituer un canal. M. Verneuil n'a jamais employé le transplant osseux; il croit cependant que c'est dans cette voie qu'il faut chercher une méthode définitive. Il rappelle une opération de cure radicale qu'il a pratiquée il y a un an et demi chez une femme et qui s'est terminée par suppuration. Ayant dû rouvrir la plaie, il a bourré celle-ci de gaze iodoformée et a obtenu une cicatrice par seconde intention, extrêmement solide. M. Verneuil se demande si ce n'est pas un procédé à suivre dans tous les cas de hernie. Il faudrait plus longtemps pour obtenir la guérison, mais la cicatrice serait plus résistante.

M. Lavisé. — Il y a des faits exacts dans ce que vient de dire M. Verneuil, mais on doit aussi compter avec l'opinion des autres chirurgiens. Lucas-Championnière a eu des résultats indiscutables et il attache une grande importance à la dissection du sac. Il ne voit pas pourquoi on traiterait si légèrement le péritoine, alors que les hernies se forment surtout aux endroits où la séreuse forme un infundibulum.

M. Lavisé estime que, par le procédé de Bassini, on ne reconstitue pas seulement le canal inguinal, mais qu'on renforce la paroi postérieure en suturant le ligament de Poupart.

M. Depage croit, comme M. Lavisé, que la méthode de Lucas-Championnière a donné de bons résultats, mais il ne pense pas que les succès soient dus à la façon de disséquer le sac. M. Lucas-Championnière exagère la valeur du péritoine dans la formation de la hernie; il caractérise celle-ci par *l'issue des viscères abdominaux dans un sac séreux à travers un orifice anormal ou agrandi.* Cette définition, d'après M. Depage, laisserait supposer que le sac est préformé, ce qui n'est pas.

M. Lavisé se demande si, dans la plupart des cas, le sac n'est pas préformé, puisque généralement la hernie est congénitale.

M. Crikx, à l'appui de cette opinion, constate que le canal vagino-péritonéal persiste dans bon nombre de cas chez l'enfant.

M. Tournay compare l'importance du péritoine dans la production de la hernie à celle de la poche des eaux dans les accouchements.

M. Dandois, à propos de la cicatrisation par seconde intention, dont M. Verneuil veut faire une méthode, ne trouve pas l'idée heureuse, parce que l'expérience démontre que la cicatrice obtenue par seconde intention n'est pas aussi solide que celle obtenue par première intention.

Arthrectomie.

M. Hendrix présente un enfant chez lequel, pour une tumeur blanche du genou avec fistule, il a pratiqué l'arthrectomie. Après l'enlèvement de la synoviale, il a enduit toute la surface articulaire d'une émulsion iodoformée et a fermé la cavité sans établir de drainage. Réunion par première inten-

tion. Il persiste actuellement une légère déviation due à un genu valgum. M. Hendrix insiste sur cette guérison de l'arthrectomie qui est un fait constant à la suite du procédé qu'il préconise.

M. Verneuil rapproche le procédé recommandé par M. Hendrix de celui de Félix, qui, après raclage et flambage du tissu tuberculeux, tapisse la plaie d'iodoforme qu'il volatilise ensuite au moyen du thermocautère. L'iode naissant a une action favorable sur le tissu tuberculeux.

M. Dandois constate le résultat brillant obtenu par M. Hendrix, mais il ne croit cependant pas que la tumeur blanche de son malade soit guérie d'une façon définitive. D'après lui, il persiste des foyers tuberculeux dans l'os, car, chez les jeunes enfants, la tuberculose primitive de la synoviale est extrêmement rare.

M. Hendrix considère au contraire la guérison comme définitive, et il se base sur les résultats obtenus antérieurement. Depuis 2 ans, il se borne dans tous les cas d'abcès par congestion à injecter dans la cavité une émulsion iodoformée, et la guérison est la règle. Il ne pratique pour ainsi dire plus de résection osseuse.

M. Dandois estime que les interventions radicales doivent être tardives et que le traitement conservateur doit être préféré dans les tuberculoses osseuses et articulaires au début.

M. Charon ne partage pas cet avis.

Présence de corps métalliques dans les tissus.

M. Hendrix présente une jeune fille qui s'était introduit une aiguille dans la main. L'aiguille avait pénétré par la face palmaire et était venue se loger au niveau du 4e extenseur. Un médecin avait cherché à l'extraire par une incision, mais il n'avait pas trouvé trace du corps étranger. La malade fut alors amenée chez M. Gérard, à l'Institut Solvay. Au moyen de sa balance d'induction, M. Gérard détermina d'abord la présence et le siège de l'aiguille. Il aimanta ensuite celle-ci, puis il mit la main au contact d'un électro-aimant d'une force de 85 kilogrammes. L'aiguille fit immédiatement saillie sous la peau et on put l'extraire avec la plus grande facilité. C'est le 16e cas où M. Gérard a pu, à l'aide de ses appareils, déterminer la présence de corps métalliques dans les tissus.

Cancer du rectum.

M. Depage présente une femme chez laquelle il a pratiqué l'extirpation du rectum par la voie vaginale pour cancer. L'opération a été faite il y a six mois et actuellement il n'y a pas encore de récidive. Il n'y a pas de rétrécissement et la défécation s'exécute d'une façon normale.

Résection intestinale. — Emploi du bouton de Murphy.

M. Desguin fait une communication à propos d'une résection intestinale qu'il a pratiquée avec emploi du bouton de Murphy. Il s'agissait d'une femme atteinte d'une hernie crurale. Après des séances réitérées de taxis, la malade fut envoyée à M. Desguin, qui intervint immédiatement et trouva l'intestin gangrené. Il fit une résection de 10 centimètres et réunit les deux bouts au moyen du bouton de Murphy. La guérison fut rapide.

Ce cas suggère plusieurs considérations relatives au mode de suture intestinale et aux indications et contre-indications de la résection.

M. Desguin estime que le bouton de Murphy a tenu ses promesses et qu'il constitue une excellente méthode pour réunir les deux bouts de l'intestin. Il a personnellement employé cet appareil 5 fois (2 fois pour l'intestin, 3 fois pour l'estomac) avec succès constant. Si la valeur du procédé a été compromise, c'est qu'une masse de chirurgiens n'ont pas appliqué le véritable bouton de Murphy.

M. Desguin considère la résection comme la méthode de choix en cas de gangrène intestinale; cependant elle ne doit pas être pratiquée dans tous les cas.

a) Il faut faire la résection s'il existe un point de gangrène limité au collet ou si l'on a le moindre doute sur l'intégrité de l'intestin;

b) Par contre, il ne faut pas faire la résection quand il y a collapsus profond ou que l'intestin fortement gangrené adhère au niveau de l'anneau. Dans ces cas, il vaut mieux faire l'anus contre nature.

Traitement des kystes inclus dans le ligament large.

M. Depage fait une communication relative au traitement des kystes inclus dans le ligament large. Quand un chirurgien ouvre un ventre et qu'il se trouve en présence d'un kyste de cette nature, dans certains cas, il peut pédiculiser la tumeur et terminer son opération comme s'il s'agissait d'un simple kyste de l'ovaire. Dans d'autres cas, il aura recours à l'énucléation; mais cette opération n'est pas toujours possible, à cause de la ténacité des adhérences. Classiquement, on devrait faire alors la marsupialisation avec drainage par la paroi abdominale ou par le vagin. Cette méthode donne généralement de mauvais résultats : la tumeur a une tendance à la récidive, la fistule abdominale persiste indéfiniment et la suppuration interminable expose à la septicémie et à l'affaiblissement. M. Depage rapporte 2 cas où il a observé ces suites fâcheuses. Dans une 3e observation, il a pratiqué, pour un kyste double des ligaments larges, l'hystérectomie abdomino-vaginale. Il estime que c'est le procédé de choix pour des tumeurs de ce genre.

Gastro-entérostomie.

M. Albin Lambotte rapporte un cas de gastro-entérostomie pratiquée avec succès pour ulcère du pylore.

M. Lambotte estime que la gastro-entérostomie est l'opération de choix dans la plupart des affections du pylore. S'il s'agit d'un ulcère, comme dans le cas qu'il rapporte, l'anastomose gastro-jéjunale amène la cicatrisation en assurant la vacuité de l'estomac et en mettant l'ulcère à l'abri de l'action corrosive du suc gastrique.

Dans la plupart des cas de cancer du pylore, il pense également que la gastro-entérostomie doit être pratiquée :

1° Si la tumeur est inextirpable, c'est la seule intervention rationnelle;

2° Si la tumeur pylorique est mobile et peut être extirpée, dans la plupart des cas il y a avantage à faire d'abord la gastro-entérostomie; puis, huit à quinze jours plus tard, à procéder à l'extirpation de la tumeur.

Pour la technique de la gastro-entérostomie, M. Lambotte préfère les sutures à l'anastomose au moyen du bouton de Murphy et il s'appuye sur les considérations suivantes :

1° La durée de l'opération n'est pas beaucoup plus longue;

2° La solidité de la réunion est plus forte;

3° On est assuré du fonctionnement immédiat de l'orifice et on est à l'abri du rétrécissement ultérieur;

4° On n'a pas l'inquiétude de laisser dans l'abdomen un corps étranger.

M. de Baisieux, au nom de **M. Dandois** rapporte également un cas de gastro-entérostomie que ce dernier a pratiqué avec succès.

M. de Baisieux montre ensuite la pièce anatomo-pathologique provenant d'une gastro-entérostomie pratiquée au moyen du bouton de Murphy.

La muqueuse de l'estomac se continue avec celle de l'intestin sans ligne de démarcation, et, à la face péritonéale, la ligne de réunion est marquée par un simple sillon. L'ouverture anastomotique n'a pas subi de rétrécissement; elle est large et laisse passer avec la plus grande facilité le bouton dont on s'est servi pour l'opération. Ce bouton, lors de l'autopsie, a été retrouvé dans l'estomac.

M. Dubois rapporte également un cas de gastro-entérostomie pratiquée avec succès au moyen du bouton de Murphy. Ici aussi, deux mois après l'opération le bouton n'a pas été éliminé et selon toute apparence il se trouve dans le cæcum.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

MALADIES VÉNÉRIENNES

Sur le bubon et son traitement. De l'extirpation des adénites suppurées de l'aine,

Par MM. les D^rs Ch. Audry et Victor Durand.

Tout le monde sait que le chancre simple de la verge s'accompagne fréquemment d'adénopathies inguino-crurales; que, parmi ces adénopathies, quelques-unes se résolvent et que beaucoup arrivent à la suppuration (1).

La présente note a pour but de montrer que les adénopathies abcédées ou non, que les bubons satellites du chancre simple ne doivent pas être séparés des autres variétés. Dans quelques cas (1/10 à 1/8 environ), il arrive que la présence du bacille de Ducrey peut lui communiquer des allures particulières; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Les données anatomo-pathologiques que lui attribuent les ouvrages classiques sont généralement erronées : la conception ordinaire est fausse, et le traitement qu'on lui oppose est mal déterminé, tout cela parce que l'on considère l'adéno-phlegmon d'origine chancreuse comme une maladie à part et différente des autres espèces, septiques ou même tuberculeuse.

Or, en pratique, il n'en va pas ainsi; cette distinction n'a aucune raison d'être et le traitement reste le même; il n'y a que des différences de second ordre; ces différences portent, d'une part, sur la nature même de la lésion, et aussi, dans une certaine mesure, sur l'évolution possible de cette lésion.

Nous résumerons donc ici brièvement ce que nous savons pour le moment de la virulence du bubon; — nous reprendrons l'étude macroscopique des pièces d'adénopathie inguinale chancreuse ou non; — nous montrerons les résultats fournis par les différents modes de traitement, et la nécessité de procéder en chirurgien.

1. Nous ne nous occupons que des adénites inguino-crurales, parce que réellement le chancre simple extra-génital est une rareté; mais il est vraisemblable qu'on d'autres régions ce que nous dirons ici se trouvera également vrai.

I

Actuellement, il faut considérer comme hors de contestation le fait que le pus du bubon peut être inoculable dès l'ouverture de ce dernier.

Les cas de Krefting, de l'un de nous, de Dubreuilh et Lasnet ont montré que le bacille de Ducrey-Unna se retrouvait alors sans difficulté. L'un de nous a même pu le découvrir sur les coupes d'un ganglion qui avait été extirpé avant la réalisation de l'abcès : la chancrellisation ultérieure de la plaie d'extirpation vint apporter à l'examen histologique une confirmation complète. Cet examen, d'ailleurs, fut le premier où le bacille spécifique a été retrouvé dans le tissu ganglionnaire même; Krefting avait antérieurement montré qu'il existait dans le rebord cutané qui limitait un bubon chancrellisé.

Sur 36 cas qu'il a examinés, Buschke a retrouvé 9 fois ce bacille spécifique dès l'ouverture. Il a également rencontré des faits où la virulence du bubon n'apparut que quelques jours plus tard; il explique cette anomalie en disant que les microbes contenus dans le pus étaient morts; ceux-là seuls qui proviennent des couches profondes du tissu ganglionnaire infecté, mais non détruit, sont encore vivants, fournissent du pus virulent et chancrellisent la plaie.

Un élève de M. Jadassohn, Raff confirme les résultats de M. Buschke; mais la proportion de bubons virulents est moins élevée : elle ne dépasse pas 8 p. 100; c'est la proportion indiquée aussi par Rille. Nous ne pouvons pas donner une opinion bien motivée, parce que nous n'avons pas examiné le pus de tous nos bubons; cependant nous pensons qu'une moyenne intermédiaire entre ces chiffres a le plus de chances d'être exacte.

En ce qui touche les bubons non bacillaires, nous pensons que leur pus n'a rien de particulier, qu'il n'est nullement aseptique. Trois fois au moins, avec le bleu polychrome, nous avons pu colorer des microbes, des diplocoques en particulier, sur des coupes d'adénite d'origine chancreuse. On ne voit pas pourquoi cette variété de suppuration ferait exception et mériterait d'être rangée parmi les suppurations aseptiques. Nous ne pensons pas qu'on puisse accepter l'ancienne hypothèse de Ducrey, reprise par Eliasberg, et d'après laquelle les lymphatiques résorberaient à la surface du chancre des toxines pyogènes sans intervention des microbes. L'explication de Buschke serait encore préférable. Nous rappelons les constatations faites par Dubreuilh et Lasnet à ce sujet. En tous cas, cette question mérite d'être reprise d'une manière réglée.

II

Tout le monde sait que, suivant la description classique, l'adénopathie satellite du chancre simple est une mono-adénite. Absolument parlant, cette assertion est toujours inexacte : jamais un seul ganglion n'est pris. Toutefois, en clinique, il est fréquent qu'un ganglion soit plus volumineux que les autres; il est fréquent aussi qu'un seul vienne à suppurer. Cependant cela encore ne peut être considéré comme la règle. Presque toujours, sinon toujours, le bubon suppuré est accompagné d'autres ganglions qui sont simplement le siège d'une tuméfaction plus ou moins considérable. Enfin l'étude des échecs opératoires observés après des interventions incomplètes, celle des pièces qui nous ont été fournies par nos extirpations nous

ont montré bien souvent que 2 ou 3 glandes présentaient soit du pus, soit des dégénérescences centrales irrémédiables qui n'auraient pu se résoudre que par l'élimination, c'est-à-dire la suppuration.

En fait, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer du pus en dehors des masses lymphatiques elles-mêmes, et cela même dans les cas où il ne s'agissait pas d'adénite chancreuse. Les lésions macroscopiques de ces dernières sont un peu spéciales. Les ganglions sont mous et tendus, d'un rouge violacé. Le pus débute toujours au centre, et il succède à une sorte de dégénérescence jaunâtre. Sur les pièces où l'abcès n'est pas collecté, il existe de petits foyers multiples mal limités.

La masse centrale est d'un blanc jaunâtre ; l'écorce d'un bleu violacé. La capsule est très mince ; cette capsule adhère étroitement à la peau, et, si le bubon est converti en sac purulent, il n'est guère possible de l'isoler du tégument sans ouvrir la poche.

Au contraire, il arrive souvent que dans les adénites d'origine infectieuse, la suppuration apparaît sous forme de petits abcès miliaires, corticaires, bien limités, tandis que le centre du ganglion est encore solide. Du reste, l'adhérence à la peau est encore plus étroite que dans le cas précédent.

En général, toute la masse ganglionnaire peut être prise, et il est rare qu'on ne retrouve pas des lésions au-dessous de l'arcade crurale. Nous avons dû, exceptionnellement, aller chercher des ganglions en plein petit bassin, le long des gros vaisseaux. D'autre part, on verra que l'extirpation conduit presque toujours sur le premier adducteur, au-dessous et en arrière du paquet vasculo-nerveux de la cuisse.

Au point de vue pratique, l'examen histologique et bactériologique ne fournit pas des données d'une utilité immédiate. Nous avons vu guérir par la simple incision avec drainage large des bubons où le microscope nous avait montré de nombreux streptobacilles, et qui, d'autre part, étaient inoculables d'emblée : ainsi, dans un cas de bubon prépubien, autrefois rapporté par M. Molinié; par contre, d'autres, non virulents, exigèrent des extirpations ultérieures. Cependant nous avons l'intention de reprendre un jour l'étude histologique de ces adénopathies à marche aiguë, parce que les renseignements que les auteurs nous fournissent au point de vue du développement et de la provenance des éléments cellulaires nouveaux sont tout à fait insuffisants. Mais ce n'est pas là le moment d'aborder cette question, sur laquelle nous sommes encore insuffisamment éclairés. Notre intention est de nous occuper ici des adénopathies inguinales au point de vue de leur traitement.

III

Le présent travail repose sur l'étude d'un peu plus de 45 cas. Quelques-uns ont été publiés pour des motifs spéciaux. Nous avons sous les yeux le texte de 20 observations inédites; nous ne possédons pas le texte détaillé des autres. Tous ont été observés pendant un laps de temps de 4 années et à la Clinique de dermatologie. Les 3/4 sont des bubons d'origine chancreuse; les autres représentent soit des adénites secondaires à des infections ano-génitales de nature variée (furonculose, syphilis, etc.), soit, plus rarement, des tuberculoses ganglionnaires. Nous n'hésiterons pas à dire que l'expérience nous a amené à modifier complètement notre manière de faire du début.

L'extirpation, qui était autrefois l'exception dans notre pratique, tend de plus en plus à devenir l'intervention la plus habituelle.

Il nous a paru inutile d'accumuler ici des textes d'observations, et nous donnons simplement l'exposé de notre manière actuelle de voir et de faire.

α. *Traitement du bubon avant la suppuration.* — Il a dès longtemps été proposé un grand nombre de méthodes destinées à empêcher le bubon de suppurer. Actuellement, les deux agents les plus recommandés sont le nitrate d'argent et le benzoate de mercure. M. Welander a été l'apôtre des injections de benzoate de mercure. A la vérité, les statistiques publiées de différents côtés (*Montpellier*, et par M. Spietschka, de Prague) n'ont rien de particulièrement encourageant; celle de MM. Brousse et Bothezat est franchement défavorable. Nous ne pouvons pas nous résigner à admettre que le nitrate d'argent, non plus que le benzoate de mercure, puisse empêcher la suppuration du bubon. Nous ne voyons pas, du reste, d'inconvénient à ce que l'on considère en particulier le nitrate d'argent comme un antiseptique qu'on peut utilement combiner à l'évacuation du pus. Mais nous croyons que les injections intra-ganglionnaires sont une pratique infidèle en dehors des séries heureuses. Il est impossible de savoir si un bubon suppurera tant qu'on n'en a pas vu le pus. Il nous est arrivé jadis de voir un bubon saillant, globuleux, douloureux, rouge et fluctuant, disparaître en 6 jours spontanément et sans nous faire honneur, car nous avions affirmé la nécessité de l'ouvrir. D'autre part, comme il faut bien faire quelque chose, nous avons l'habitude de suivre l'ancienne pratique recommandée de Diday, et nous mettons nos malades au repos en leur appliquant des vésicatoires successifs, pansés aussi antiseptiquement que possible. Nous avons obtenu ainsi des résultats tout à fait étonnants pendant des séries de plusieurs cas consécutifs, et nous ne manquerions point d'en faire honneur à la méthode, si, d'autre part, nous n'avions essuyé de plus nombreux échecs et observé des récidives tardives.

Actuellement donc, en dehors du repos, en dehors surtout du traitement iodoformé du chancre initial, nous ne voyons aucun moyen rationnel et sérieux de combattre l'apparition du pus dans le bubon. Ajoutons que dans un cas publié par l'un de nous nous vîmes le fait extraordinaire que voici : un homme nous demanda de le guérir très rapidement d'un bubon qui n'avait pas encore suppuré, mais évoluait cliniquement vers l'abcès. On l'extirpa complètement, ainsi que 3 ou 4 petites masses qui l'accompagnaient. Aucune glande n'offrait de trace de pus. L'examen histologique nous montra des bacilles de Ducrey-Unna dans les tissus enlevés, et, 8 jours plus tard, une partie de la plaie qui avoisinait le drain et n'avait pas été réunie *per primam* présentait des signes de chancrellisation manifeste confirmés par l'inoculation des produits de la plaie et leur examen microscopique. Ainsi se trouve condamnée l'extirpation du bubon avant sa suppuration, telle que l'a recommandée M. Garland-Sherill.

L'antique compression qui satisfaisait récemment M. Kollmann et M. Neebe n'est guère capable de modifier de processus aussi profonds et aussi impérieux. Cependant elle n'offre aucun inconvénient, et on fera bien de la combiner au repos et à la révulsion, telle que nous l'avons indiquée.

Les mêmes remarques s'appliquent aux autres adénopathies, et on nous permettra de résumer la question d'un mot : elles suppurent quand elles veulent. Le simple bon sens indique d'ailleurs qu'il faut toujours, et le plus tôt possible, désinfecter le point de départ de la lymphangite avec une grande énergie.

Quand la suppuration est certaine, tout traitement a pour base l'évacuation du pus, et l'objectif unique devient la réduction au minimum du temps de la cure. Nous demandons la permission de passer sous silence les procédés qui recommandent l'emploi de la ponction avec ou sans aspiration, avec ou sans injections modificatrices; nous avouons n'en avoir aucune expérience, et nous sommes très décidés à ne pas nous en faire une : il ne peut pas venir à l'idée de traiter un adénophlegmon avec une seringue de Pravaz, ou même avec une aspirateur de Potain, surtout quand l'on sait que le drainage est bien souvent insuffisant, si largement qu'il soit employé.

β. *Incision et curettage.* — Anciennement, on se contentait d'inciser les bubons : les uns faisaient des incisions aussi petites que possible; d'autres n'avaient pas d'opinions bien nettes à ce sujet. Presque toujours, on incisait parallèlement à l'arcade; on lavait, on drainait; on pansait à l'iodoforme. Ce fut même autrefois et parfois notre conduite, et nous avons vite été contraints de l'abandonner.

L'incision seule avec drainage n'a presque plus aucune indication. On peut à peine encore s'en contenter quand l'on rencontre une de ces petites adénites suppurées superficielles isolées, complètement réduites par la fonte, et réduites à un abcès sans parois.

En général, il faut y joindre de toute nécessité le curettage de la cavité.

Pick a insisté sur cette manière de faire qui était et qui est d'ailleurs familière à tous les chirurgiens.

M. Lang fait des injections de nitrate d'argent à la faveur d'une petite incision. Cette technique a de grandes parentés avec l'ancienne pratique de Broca, et MM. Cordier et Désir de Fartunet en ont également retiré à Lyon de bons résultats.

M. Fontan (th. d'Yvince) et M. Otis ont conseillé de faire une incision précoce du bubon et d'en remplir la cavité avec un corps gras (vaseline ou autre) chargé d'iodoforme. M. Fontan possède un grand nombre d'observations à l'appui de sa méthode et déclare que la durée a été bien moindre qu'après les autres traitements; le tout est de savoir à quels cas a été appliquée la méthode. Les cas simples guérissent très vite par l'incision et le grattage; c'est vraisemblablement à eux qu'il s'est adressé. M. Otis est très satisfait aussi; mais peut-être peut-on lui faire les mêmes objections. M. Jullien cite d'Otis une statistique plus ancienne de 15 cas sur 18 guéris par l'administration interne du sulfure de calcium!

On pourra, le cas échéant, essayer ces diverses méthodes en les substituant à l'incision large avec curettage; cependant nous gardons toutes nos préférences pour cette dernière, et il est juste de reconnaître qu'elle conserve d'assez nombreuses indications.

Nous avons pu nous en contenter dans un peu moins de la moitié des cas. Mais nous prévenons qu'il ne faut y recourir qu'à bon escient; sinon on s'exposerait à des récidives. L'incision avec curettage suffit toutes les fois qu'un seul ganglion est abcédé, que le bubon est saillant, superficiel, limité. C'est seulement après son ouverture qu'on peut s'assurer qu'il n'est pas accompagné de masses sous-jacentes volumineuses constituées par d'autres ganglions qui exigent une intervention plus radicale. Elle suffit également dans les cas légers, par exemple dans les suppurations d'ailleurs rares qui se produisent dans les ganglions syphilitiques et dont nous avons opéré 2 cas. En revanche, l'incision avec curettage est à peu près constamment insuffisante quand il s'agit de tuberculose ou d'adénopathies infectieuses d'origine anale ou périnéale.

Il faut toujours faire une incision égale à tout le diamètre de l'abcès. Faut-il la faire parallèle à l'arcade ou perpendiculaire à l'arcade? Nous ne voyons pas de raison suffisante de recourir à une méthode plutôt qu'à l'autre; même nous préférons recourir à la vieille incision dans le pli et suivant le pli, toutes les fois que nous comptons nous dispenser de l'extirpation des masses ganglionnaires. La cicatrisation ne se fait ni mieux, ni plus mal, et la cicatrice même est plutôt moins apparente.

On nous dispensera de décrire le curettage. Il est seulement bon de ne jamais chercher la réunion *per primam* et de recourir à la gaze iodoformée pour tamponner la plaie; les premiers pansements sont des pansements humides.

On peut se trouver appelé à curetter non seulement un abcès ouvert dans l'instant, mais encore une vieille plaie sanieuse ou chancrellisée, c'est-à-dire à pratiquer un *curettage secondaire*.

Deux cas sont à distinguer : ou bien il reste des masses ganglionnaires, et alors le curettage sera insuffisant, et il faut recourir à l'extirpation; ou bien c'est la plaie même qui est répréhensible. Dans ce dernier cas, il suffit de faire un raclage exact et soigné combiné à l'excision des bords décollés; s'il existe de la chancrellisation, on touchera légèrement la surface cruentée avec le thermo-cautère. M. Mendel a conseillé de curetter exactement et de bien désinfecter ces plaies anfractueuses et d'en tenter ensuite la réunion par des sutures. Il a réussi; mais ses faits ne sont pas bien nombreux, et nous ne sommes pas certains que sa conduite soit d'un bon exemple. Nous préférons, pour notre compte, panser à découvert les tissus encore bien suspects; quand ces plaies sont en bon train, elles bourgeonnent et s'oblitèrent avec une rapidité telle que la réunion par les sutures n'offre pas un avantage bien considérable, tandis qu'elle peut exposer à des accidents.

En général, il ne faut pas retarder trop longtemps le curettage des plaies inguinales atones ou virulentes. C'est ainsi qu'on voit la durée des cures atteindre 100 jours (Ulmann). Si, après 10 jours, la lésion ne s'achemine pas très vivement vers la guérison, nous endormons le malade, et nous voyons si le raclage et l'excision des bords a des chances de suffire. Nous avons fait plusieurs fois des tentatives de greffer d'Ollier Thiersch; mais nous avouons que nos résultats n'ont pas été bien brillants, même quand les greffes ont pris. Il faut avant tout bien se souvenir que le plus grand obstacle à la guérison réside d'ordinaire dans les foyers sous-jacents représentés par les ganglions malades qui sont développés au voisinage et dans des plans plus profonds.

γ. *Extirpation.* — Il y a assez longtemps qu'on extirpe (et quelques chirurgiens le font systématiquement) les adénopathies tuberculeuses pour que nous n'insistions pas sur ce sujet; 2 observations, exceptionnelles d'ailleurs sur la sphère où nous opérons, confirment encore cette manière d'agir.

D'une manière générale, en 1891, Mosetig-Moorhof a recommandé l'extirpation des ganglions suppurés (*Wiener Med. Presse*, 1891) dans une courte note : « Zur Technik der Exstirpation vereiterter Lymphadrüsenpaquete ».

Spietschka, dans le travail que nous avons cité, donne quelques renseignements à ce sujet, et en particulier à propos d'une statistique d'Ulmann que nous n'avons pu consulter directement. Ajoutons qu'une note de M. Lassar, publiée en 1894, semble indiquer que les conseils de Mosetig-Moorhof sont très souvent suivis en Allemagne.

L'incision que nous employions pour l'extirpation des

glandes est toujours l'incision perpendiculaire à l'arcade. Il y a à cela des raisons nombreuses. La première est que les masses ganglionnaires sont orientées dans ce sens, et qu'il faut les découvrir suivant leur grand axe pour se donner le jour nécessaire. En second lieu, ces incisions sont longues; or la cicatrisation les réduit d'une manière extraordinaire, et les traces qu'elles laissent sont beaucoup moins considérables qu'on est tenté de le croire; enfin, si l'on veut coudre une partie de l'incision, les sutures sont bien plus satisfaisantes. D'ordinaire, nous incisons au niveau de l'union du tiers interne aux 2 tiers externes de l'arcade, à 1 travers de doigt en dedans du paquet vasculo-nerveux. S'il est possible, on essaie de ne pas ouvrir le ganglion suppuré, mais de l'aborder latéralement ou même par la profondeur, afin de l'énucléer en entier. Je dois prévenir que l'on n'y réussit à peu près jamais.

Quand la région est largement découverte, on procède en énucléant avec les doigts toutes les masses les unes après les autres; on les tord au fur et à mesure qu'on les a isolées. On ne se sert plus d'aucun instrument tranchant aussitôt qu'on est au-dessous du derme; en effet, il est le plus souvent impossible de reconnaître les gaines vasculaires avant d'avoir à peu près achevé l'extirpation des ganglions et leur gangue inflammatoire. Les petits ganglions profonds sont très difficile à saisir et leur pédicule est très court; on peut très bien les éventrer d'un coup de curette, et on les enlève successivement par morceaux. Avec un peu de patience et d'habitude, on arrive ainsi d'une manière assez inélégante à faire une plaie très belle, très nette, dont le fond présente la face antérieure du premier adducteur et dont la paroi utérine est constituée par la gaine vasculaire. Il faut apporter le plus grand soin à rechercher les plus petits débris en arrière de l'arcade, jusqu'à l'entrée du bassin, et aussi en dedans, du côté du pubis.

Très généralement, nous pouvons nous dispenser de toute espèce de ligature.

En ce qui touche la suture et le drainage de la plaie, on agit suivant les indications déterminées par l'état antérieur de la région malade. Nous tendons de plus en plus à supprimer toutes les sutures, sauf 2 ou 3 points au sommet, surtout si l'incision empiète sur le ventre.

Au point de vue immédiat, nous n'avons jamais eu le moindre accident. Les plaies ont constamment évolué ensuite avec la plus grande régularité; la durée moyenne de la cicatrisation varie entre 3 et 6 semaines, ce qui est peu si on considère qu'en général il s'agit de cas graves: 5 fois au moins, nous nous trouvions en présence de malades antérieurement opérés par l'incision et le grattage dont la guérison se faisait attendre depuis un temps considérable. Au reste, il faut dire que l'extirpation n'abrite pas contre la chancrellisation possible de la plaie; nous l'avons rencontrée 2 fois; on se rappelle le fait cité où cette chancrellisation avait suivi une ablation de ganglions non encore suppurés.

Actuellement nous avons recours de plus en plus souvent à l'extirpation totale des masses ganglionnaires; nous pouvons même dire que nous les enlevons toujours quand elles existent, et il nous paraît que les résultats que nous obtenons sont bien supérieurs à ceux que nous avions lorsque l'extirpation n'était pour nous que la méthode d'exception.

Au total, 50 p. 100 des adénopathies chancreuses, et la presque totalité des autres relèvent de cette méthode.

On doit se demander quelles sont les suites éloignées de ces extirpations ganglionnaires. Nous avons revu un certain nombre de malades quelques mois après leur guérison: l'état local était excellent, les cicatrices de plus en plus petites, de plus en plus blanches, de moins en moins visibles. Cependant nous devons faire connaître des faits tout différents et qui ont été signalés par d'autres observateurs. On les trouvera réunis dans un travail de Fr. Koch (*Arch. für Dermat. und Syph.*, XXXVI, 1896) et dans une note qui y est annexée par Jadassohn.

Riedel avait décrit un cas d'œdème et d'éléphantiasis des grandes lèvres survenues après l'extirpation des ganglions inguinaux. M. Mermet a rapporté d'autre part l'observation d'un éléphantiasis de la jambe gauche avec œdème du scrotum consécutif à un bubon blennorrhagique. Jadassohn a observé un homme de 42 ans chez lequel l'extirpation de masses ganglionnaires du pli de l'aine fut suivi d'œdème scrotal. Schreiber a parlé de l'éléphantiasis vulvaire postérieur du bubon. Fr. Koch, chez plusieurs femmes, signale l'existence d'œdème chronique des grandes lèvres, accompagnées d'ulcérations, et note que les sujets porteurs de ces altérations ont eu des suppurations ganglionnaires. M. G. Brouardel rapportait très récemment un fait du même ordre.

Jusqu'à présent, bien que notre attention ait été attirée de ce côté par les lectures que nous venons d'indiquer, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer des faits de ce genre. Néanmoins, en ce qui concerne la pratique de l'extirpation des adénopathies, nous pouvons faire remarquer que rien ne doit être conclu de l'existence de ces accidents de stase lymphatique; en effet, ces troubles se sont produits non pas seulement après l'extirpation des ganglions, mais aussi tout simplement après l'évolution d'une adénopathie qui a parfaitement suffi, à elle seule, pour oblitérer les voies afférentes de la lymphe. Nous ne partageons donc pas la manière de voir de M. Lassar, qui, ayant observé, lui aussi, les accidents d'œdème chronique du scrotum après des extirpations ganglionnaires, conclut à l'exclusion de ces opérations.

Quel enseignement pouvons-nous tirer de ce qui précède?

En premier lieu, il faut éviter de considérer à part les adénopathies suppurées satellites du chancre simple. Au point de vue nosologique, sans doute, une certaine proportion de bubons est virulente et spécifiquement virulente à l'ouverture; mais ces cas sont en minorité (15 p. 100 environ), et, au point de vue pratique, il n'y a aucune bonne raison de les soigner d'après des principes particuliers; ils rentrent simplement dans le cadre des adéno-phlegmons et doivent être traités comme tels.

En second lieu, le traitement des adénites suppurées du pli de l'aine varie suivant les cas. Les méthodes qui ont la prétention d'arrêter la production du pus par action directe (injections intraganglionnaires) ne doivent pas être considérées comme donnant des résultats supérieurs à ceux fournis par le repos et une innocente révulsion. Il est à craindre qu'ils ne soient moins bons. L'extirpation même de masses ganglionnaires avant toute suppuration n'a pas empêché la chancrellisation de la plaie.

Une fois la suppuration établie et certaine, on se trouvera en présence de deux manières de faire précisées par les indications: incision large et curettage de la poche si l'abcès est bien limité, si un seul ganglion est sensiblement altéré, si l'exploration même de la plaie jointe à l'examen clinique ne révèlent pas la présence d'autres masses notables développées au voisinage de celle qui est déjà frappée par le pus. Dans le cas contraire, longue incision perpendiculaire, dissection et extirpation de tout le paquet glandulaire.

Nous répétons que ces règles s'appliquent à toutes les adénopathies suppurées, tuberculeuses, staphylococciques, chancreuses, sans distinction d'espèces nosologiques, et que les indications ne doivent être tirées que de l'état clinique des lésions jugées à un point de vue chirurgical très général.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en mai et juin 1896.

M. Dufrèche. *Essai sur les appareils mammaire et de la gestation dans leurs relations.* N° 291. (H. Jouve.)

M. Vénassier (Henri). *Contribution à l'étude du traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires.* N° 294. (H. Jouve.)

M. Moutrier (Michel). *Chancre tuberculeux de la verge.* N° 306.

M. Combret (Joseph-Auguste). *De l'épilepsie larvée. Symptômes et diagnostic.* N° 311. (G. Steinheil.)

M. Graille (Jean-Baptiste-Aimé). *Étude sur les calculs salivaires du canal de Wharton.* N° 312. (G. Steinheil.)

De même que l'allaitement, et dans des proportions très voisines de celui-ci, la grossesse prédispose aux affections inflammatoires des mamelles. Mais, en dehors de ces deux états, M. Dufrèche pense que la mastite vraie ne s'observe presque jamais. Si le rôle étiologique de la conception est moins bien établi en ce qui concerne les néoplasies du sein, pour quelques-uns cependant, il paraît indéniable. Les affections traumatiques, inflammatoires ou néoplasiques des mamelles survenant chez la femme enceinte, sont des plus propres à amener l'accouchement prématuré. La grossesse exerce sur ces affections une influence fâcheuse : elle entretient les suppurations et donne à la marche des tumeurs malignes une rapidité qu'il n'est pas habituel d'observer en dehors de l'état puerpéral.

Avec son maître Albarran, M. Vénassier admet que les kystes radiculo-dentaires se développent aux dépens de débris épithéliaux adamantins situés au voisinage des dents, à l'état normal, chez l'adulte. Leur évolution est en général bénigne; néanmoins ils peuvent suppurer, se transformer en kystes multiloculaires, ou même être le point de départ de tumeurs malignes. L'extraction de la dent malade, l'incision du kyste, même suivie de drainage, la résection d'une de ses parois, avec cautérisation de sa cavité, sont des procédés insuffisants et incertains. L'extirpation totale du kyste suivie de tamponnement de la cavité nous semble être le procédé de choix; il est en effet simple, n'expose à aucun accident, amène une guérison rapide, et permet d'éviter les récidives.

Le chancre tuberculeux de la verge est très rare chez l'adulte, plus fréquent chez les enfants à la suite de la circoncision. M. Moutrier pense que chez l'adulte il faut distinguer le chancre tuberculeux de la verge qui n'est accompagné d'aucune autre lésion tuberculeuse des organes génitaux-urinaires, et le chancre tuberculeux secondaire, qui se montre à la suite d'une tuberculose génito-urinaire avancée et qui très souvent est accompagné d'ulcérations tuberculeuses de l'urèthre. Pour expliquer l'étiologie du chancre tuberculeux primitif, il y a deux théories : l'une mettant cet accident sur le compte d'un coït avec une femme atteinte de tuberculose des organes sexuels, l'autre lui attribuant une origine hématogène. Dans ce cas, le bacille qui élit séjour sur la verge proviendrait d'un foyer ignoré de l'organisme où le bacille, une fois introduit, viendrait se fixer sur la verge comme en un lieu de moindre résistance. Tout en acceptant la possibilité de l'infection par relation sexuelle suspecte, M. Moutrier pense, en s'appuyant sur les observations qu'il a pu recueillir, que, dans la grande majorité des cas, le chancre tuberculeux de la verge naît par voie hématique.

Chez les enfants circoncis, l'infection directe par le rabbin tuberculeux a été démontrée avec une netteté indiscutable. Si le chancre tuberculeux se montre chez un tuberculeux avec des bords violacés, soulevés, irréguliers, avec un fond recouvert de détritus caséeux, laissant voir par place un semis de grains jaunâtres et des ganglions ramollis, le diagnostic se fait facilement, si on pense à cette affection; mais, très souvent, il se présente avec des caractères simulant, à s'y méprendre, le caractère syphilitique; il n'y a que le microscope qui puisse permettre de faire le diagnostic sûr.

Le pronostic varie suivant que le chancre tuberculeux est secondaire ou primitif. Dans le premier cas, le pronostic est grave; il nous montre que l'organisme est profondément intoxiqué et la fin est prochaine par suite de la généralisation de la tuberculose. Dans le second cas, à en juger par les observations, le pronostic est bénin pour le moment tout en faisant des réserves pour l'avenir.

Dans le chancre tuberculeux secondaire, le traitement ne saurait être évidemment que palliatif. Dans le second cas, la destruction rapide de l'ulcère s'impose en même temps qu'il faudra instituer un traitement fortifiant et hygiénique.

L'épilepsie larvée peut se manifester, d'après M. Combret : 1° par des troubles moteurs non convulsifs; 2° par des troubles exclusivement sensitifs; 3° par des troubles exclusivement sensoriels; 4° par des troubles exclusivement psychiques.

Les motifs pour lesquels on doit rattacher ces états morbides au mal comitial paraissent être les suivants : 1° on les observe avec des caractères identiques chez des individus manifestement épileptiques; 2° leur transformation tardive en accès convulsifs est fréquente; 3° la convulsion apparue, ils la précèdent ou alternent avec elle comme manifestation de la névrose; 4° le bromure de potassium, médicament spécifique de l'épilepsie, a parfois sur eux une heureuse influence; 5° leurs caractères spéciaux ne permettent de les rattacher à aucune autre affection.

La lithiase salivaire est une maladie rare se montrant de préférence chez l'homme à l'âge adulte, et prenant naissance par des causes bien diverses, dont les principales sont les corps étrangers, la stagnation de la salive, l'inflammation du canal de Wharton, le tartre dentaire, l'obstruction du conduit de Wharton. Mais pas une seule de ces théories invoquées précédemment par les auteurs n'a trouvé grâce aux yeux de la critique qu'on leur oppose. Pour M. Graille la lithogénèse résulte de la combinaison des sels minéraux à la matière organique, mortifiée à l'intérieur du canal de Wharton par une cause quelconque.

Les calculs salivaires sont ordinairement uniques, présentent des volumes, des poids, des formes, des couleurs, des structures, des compositions très variables; ils siègent dans le conduit de Wharton. Leur présence est caractérisée par le doigt ou le stylet qui les touche, par le regard quand ils viennent faire saillie à l'ostium umbilicale, par la présence d'une tumeur à la région sus-hyoïdienne. Le malade atteint de lithiase salivaire éprouve les phénomènes suivants : de la gêne de la mastication, de la parole, de la déglutition, des douleurs lancinantes appelées coliques salivaires, et peut présenter des abcès, des phlegmons de la cavité buccale comme complications dues à la septicité de la tumeur. Cette maladie a un pronostic bénin.

Quant au traitement, il consiste à se servir d'une pince pour extraire le calcul; et si ce calcul est caché dans les tissus, le débrider et le mettre en liberté avec l'aide du bistouri.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Haulin (Paul). *Contribution à l'étude clinique des effets du gaïacol appliqué sur la peau.* N° 6.

M. Rosenthal (Armand). *Des altérations secondaires de l'appareil dentaire.* N° 16.

M. Bohn (Albert). *Contribution à l'étude de l'insomnie chez les aliénés; son traitement par les disulfones.* N° 17.

M. Rosenthal (René). *Des hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents.* N° 18.

M. Masson (Paul). *Contribution à l'tude du traitement des synovites tendineuses du poignet d'origine tuberculeuse.* N° 19.

M. Santenoise (A.). *Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques. Examen critique d'une hypothèse (les auto-intoxications dans les maladies mentales).*

Plusieurs observations personnelles et les recherches nombreuses faites pat divers auteurs sur les applications externes du gaïacol inspirent à M. Haulin la conclusion suivante : Le gaïacol est un bon antithermique lorsqu'on a soin de l'appliquer avant l'ascension de la température et au moment de l'acmé. Il agit particulièrement bien contre la fièvre tuberculeuse, surtout contre la granulie limitée, mais produit parfois des accidents chez les tuberculeux avancés. Il donne de bons résultats dans l'érysipèle, l'orchite blennorrhagique, les névralgies, le rhumatisme, l'amygdalite aiguë. Dans la fièvre typhoïde il convient de ne l'employer qu'avec réserve, en raison des phénomènes de collapsus qu'il peut déterminer. M. Haulin emploie de préférence les compresses gaïacolées. Les doses varient de 0gr50 à 3 grammes par chaque application; il est bon de commencer par de petites doses. Si la peau est délicate, on se servira d'un mélange de gaïacol et de glycérine.

M. Armand Rosenthal montre dans ce travail qu'en dehors de l'influence que l'état général de santé de l'individu peut exercer sur sa dentition, il existe un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques, congénitales ou acquises, pouvant directement provoquer un trouble ou une altération de l'appareil dentaire, qu'il existe par conséquent des altérations secondaires de cet appareil. Bien qu'aucune modification dentaire ne puisse être considérée comme ayant à elle seule une valeur pathognomonique, il existe cependant différents états morbides des dents pouvant et devant, dans certains cas, attirer l'attention de l'observateur et du clinicien sur un état pathologique primitif dont cet état morbide n'est qu'un des effets. La connaissance de cet état pathologique permettra, dans quelques cas, d'instituer, au lieu et en outre d'un traitement local, forcément symptomatique et souvent inefficace, une modification appropriée à l'affection primitive cause de l'altération dentaire.

De ses recherches sur l'emploi du trional et du tétronal chez les aliénés, M. A. Bohn conclut que ces deux médicaments sont des hypnotiques puissants. Avec des doses variant avec le degré d'agitation des malades, ils rendent de grands services pour combattre l'insomnie et parfois l'excitation diurne. Ils sont surtout efficaces dans la manie aiguë ou chronique, la lypémanie, la démence, la folie sénile, la paralysie générale progressive, la folie épileptique. Leur action somnifère est incontestable dans la manie hystérique, la manie puerpérale, la dégénérescence mentale, la débilité mentale; mais elle est plus variable quant aux doses à employer et la rapidité de leur effet. Les résultats obtenus dans la folie alcoolique sont à peu près insignifiants. Le trional et le tétronal ont sensiblement une action identique. Les effets secondaires fâcheux qui surviennent parfois après l'administration de ces médicaments sont très passagers et peu dangereux. Ils ont une action hypnotique beaucoup plus rapide que le sulfonal dont ils dérivent. Ces deux agents thérapeutiques doivent être préférés au chloralose dont l'auteur a étudié les effets chez beaucoup de ses malades. Ce médicament est à rejeter complètement en raison des accidents qu'il peut occasionner et du tâtonnement nécessaire pour trouver la dose qui convient à tel ou tel malade.

Les hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents dépendent, d'après M. René Rosenthal : d'un état général de l'individu : hémophilie, scorbut, infection purpurique, paludisme, ou d'un état viscéral (affections du foie, du rein, du cœur, etc.); des lésions produites par l'avulsion même de la dent : plaies gingivales, fractures alvéolaires, déchirure de l'artère dentaire; celle de l'artère dentaire inférieure résulte souvent d'une conformation vicieuse du canal dentaire. La cocaïne appliquée localement dans un but anesthésique paraît favoriser l'écoulement du sang. Le traitement ne sera appliquée d'une façon efficace que quand on connaîtra la cause ou la source de l'hémorrhagie. Si elle est due à un état général, la modification de cet état s'impose en même temps que la compression, qui évitera une trop grande perte de sang. Si, au contraire, l'hémorrhagie est due à une cause locale, on la combattra avantageusement par le tamponnement, la compression, l'application d'agents hémostatiques, surtout l'antipyrine en poudre ou en solution. La révulsion sur la région hépatique, le sulfate de quinine donneront dans certains cas de bons résultats. Enfin l'antisepsie la plus rigoureuse doit présider pendant tout le traitement, car elle seule, en modifiant l'état local, suffit dans quelques cas pour produire l'hémostase.

Le traitement des synovites tendineuses (fongueuses ou à grains riziformes) est, en somme, d'après M. Gross et son élève P. Masson, celui de toutes les tuberculoses locales. L'extirpation de la gaine est la méthode de choix. Elle doit être pratiquée toutes les fois que les conditions locales le permettent. Facile pour les gaines dorsales, l'extirpation mérite toujours la préférence pour le traitement des synovites de cette région. Les difficultés d'exécution, qu'elle présente pour les gaines palmaires, la feront souvent rejeter pour cette région où l'on pratiquera de préférence l'incision et le curettage. En cas de synovite suppurée avec envahissement des tissus périsynoviaux, l'incision antiseptique sera souvent le seul mode de traitement applicable. Si l'on a affaire à une synovite fongueuse au début, on pourra peut-être espérer la modifier par les injections modificatrices ou sclérosantes. En résumé, le traitement local doit être éclectique et basé sur les conditions locales et générales de chaque cas particulier. Le traitement général de la tuberculose, toujours indispensable, sera indiqué dans tous les cas.

Après avoir discuté l'hypothèse de l'auto-intoxication, appliquée à la pathogénie des affections mentales, et dont l'exposé a été fait au Congrès des aliénistes en 1893, M. Santenoise conclut que ce n'est encore qu'une hypothèse qui n'est pas susceptible de démonstration rigoureuse. Dans les cas même où son rôle est vraisemblable, l'auto-intoxication n'est qu'un des facteurs de la psychose.

Les cas où l'auto-intoxication semble jouer un rôle sont par ordre de probabilité décroissante : les psychoses des maladies infectieuses et viscérales, l'épilepsie, la manie et la lypémanie aiguë, les troubles épisodiques survenant sans cause extérieure appréciable au cours des psychoses chroniques. Ce rôle semble nul dans le délire systématisé chronique et les délires des dégénérés.

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Blaire (Charles). *Contribution à l'étude de la phosphaturie, sa valeur diagnostique et pronostique.*

L'analyse des urines s'impose en clinique. La quantité et la qualité des différents sels phosphatés rendus dans les urines et les causes qui les font varier doivent être connues de tous les médecins. De même les moyens de les reconnaître et de les doser. Dans ces analyses M. Blaire met le médecin en garde contre diverses causes d'erreur. Des fausses phosphaturies seront reconnues facilement. Le diagnostic de l'hystérie sera posé lorsque l'on rencontrera après l'attaque : *inversion dans la formule des phosphates avec poids de l'acide phosphorique total légèrement diminué ou égal à la normale* (Gilles de la Tourette). Dans l'accès d'épilepsie au contraire, on trouvera toujours : *augmentation des phosphates terreux, augmentation des phosphates alcalins, augmentation de l'acide phosphorique total.* Il est donc facile de différencier l'attaque d'hystérie de l'accès d'épilepsie; il en sera de même des accès et des attaques simulées. Des analyses successives feront reconnaître qu'un malade est à la fois épileptique et hystérique. La constatation de la phosphaturie permettra de différencier la tuberculose au début d'avec la chlorose. Chez les phosphaturiques le chirurgien devra toujours réserver son pronostic, — soit dans les cas de plaies ou de fractures, soit lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De la sclérose en plaques à début apoplectiforme, par P. Boulogne (*Rev. de médecine*, mai 1896, p. 404). — Observation d'un homme de 43 ans, chez qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme se sont développés les symptômes d'une sclérose en plaques à localisation surtout médullaire. Ce fait s'ajoute aux cas analogues de Charcot et Pitres.

Un cas de paralysie pseudo-bulbaire aiguë, par M. Pauly (*Province médicale*, 22 février 1896, p. 85). — Chez une femme de 54 ans, hémiplégie gauche complète et flasque, avec parésie du bras droit et syndrome labio-glosso-laryngé. A l'autopsie : lésion de ramollissement du segment externe du noyau lenticulaire dans l'hémisphère gauche, lésion intéressant aussi la capsule interne et la partie antérieure de la couche optique. Dans l'hémisphère droit, petite lésion dans le centre ovale; ramollissement dans la partie droite de la protubérance. Intégrité du bulbe et des noyaux du plancher du 4e ventricule.

Un cas de grande hystérie avec phénomènes pseudo-méningitiques, par A. Jacqueau (*Lyon médical*, 9 février 1896, p. 182). — Cette observation est surtout intéressante par les phénomènes de méningisme : coma, raideur de la nuque, cris brefs et inarticulés, irrégularités de la respiration, accompagnées de fièvre. Ces accidents furent suivis d'une détente subite, puis après 3 semaines d'une série d'attaques hystériques.

L'examen de l'urine pendant et après l'accès de méningisme hystérique a montré une inversion partielle de la formule des phosphates, mais en proportions moindres que ne l'indiquent Gilles de la Tourette et Cathelineau : après la disparition de l'accès, le rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins était de 1/5,5 au lieu de 1/3, et pendant l'accès de 1/3,1 au lieu de 1/2 à 2/1. De plus, le malade avait maigri pendant la crise.

MÉDECINE

Atrophie de l'intestin (Kritische Bemerkungen zur gegenwartigen Lehre von der Darmatrophie), par W. Gerlach. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1896, vol. LVII, p. 83). — En s'appuyant sur 3 observations personnelles et sur l'étude critique des faits publiés jusqu'à présent, l'auteur soutient que l'atrophie de l'intestin n'a pas d'existence réelle, car les caractères de cette atrophie, c'est-à-dire l'amincissement de la paroi, la raréfaction des villosités, la disparition et la pseudo-hypertrophie des glandes, peuvent être reproduites par l'insufflation de l'intestin suffisamment putréfié et se retrouvent du reste sur l'intestin des enfants mort-nés.

Des varices lymphatiques de la langue, par Albert Robin et Leredde (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 459). — Deux cas de cette affection, décrite récemment par MM. Tenneson et Darier. Ces varices étaient survenues dans le premier cas à la suite d'un érysipèle, dans le second probablement aussi à la suite d'une infection streptococcique.

Recherche de quelques éléments urologiques dans un cas particulier d'ostéo-arthropathie hypertrophiante, par G. Guérin et G. Etienne (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 468). — Observation d'un malade présentant, outre des déformations caractéristiques de rhumatisme chronique, des lésions d'ostéo-arthropathie hypertrophiante et aussi des déviations rachidiennes semblables à celles de l'acromégalie : ce serait donc une forme de passage entre les arthropathies rhumatismales chroniques et les ostéo-arthropathies systématisées.

Les auteurs ont noté une élimination exagérée de la chaux par l'urine pendant une première période, puis une diminution au-dessous de la normale dans une deuxième période. Ils pensent qu'il y a d'abord décalcification des os, puis ossification secondaire et calcification produisant les gonflements articulaires.

Toxicité de l'alcool méthylique (Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie, symptômes de l'intoxication aiguë et chronique par l'alcool méthylique), par A. Joffroy et Serveaux (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 473). — Poursuivant leurs recherches sur la toxicité de l'alcool et de ses impuretés, les auteurs étudient dans ce nouveau mémoire l'alcool méthylique. Son coefficient de toxicité expérimental est très élevé et varie pour le chien et le lapin de 16 à 26; son coefficient de toxicité vraie est bien plus faible : 10 chez le lapin, 9 chez le chien. Les accidents de l'intoxication aiguë sont tardifs et prolongés, ce qui paraît tenir à la lenteur de l'élimination. Ils consistent surtout dans un arrêt de la calorification, dans des troubles respiratoires et cardiaques (accélération suivie de ralentissement), de la diarrhée sanglante, des convulsions et des paralysies. L'intoxication chronique produit des troubles très accusés.

L'alcool méthylique est un peu plus nocif en injections intra-musculaires qu'en injections intra-veineuses. sans doute parce que l'injection intra-veineuse augmente la pression sanguine et favorise l'élimination. Ces résultats montrent bien que la technique employée par les auteurs pour les injections intra-veineuses est bonne, puisqu'elle n'exagère pas la toxicité par l'intervention des troubles mécaniques ou chimiques.

Contribution à l'étude de la stomatite diphthéroïde infantile, par L. Béco (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 433). — La stomatite diphthéroïde infantile, distincte de la stomatite aphteuse, avec laquelle elle a été souvent confondue, est une affection assez fréquente. D'après l'examen de 13 cas, l'auteur conclut qu'elle consiste en une infiltration fibrineuse, en plaques, de la muqueuse buccale; elle est produite par des microbes, dont les plus fréquents paraissent être le staphylocoque doré et le streptocoque. Elle n'offre aucune gravité, mais se termine fréquemment par des cicatrices persistantes. Elle est susceptible de se transmettre par contagion.

Essais de sérothérapie expérimentale antituberculeuse à l'aide du sang de poules traitées, par J. Auclair (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 445). — L'auteur a institué deux séries d'expériences. Dans la première, il a injecté à des poules des bacilles de tuberculose humaine virulente, a recueilli leur sérum et l'a injecté à des cobayes infectés de tuberculose : ceux-ci sont morts dans le même laps de temps que des cobayes témoins. Dans la seconde série, il a injecté ensuite le sérum de ces poules à des cobayes tuberculisés : même résultat négatif. On ne peut donc développer dans le sang des poules de substances antitoxiques.

Les poules des deux séries finissaient, après des injections répétées, par mourir avec quelques lésions congestives, sans lésions tuberculeuses. L'injection de bacilles provoquait de la fièvre; celle des produits solubles quelquefois de l'hypothermie, une fois une paraplégie sans lésions nerveuses.

Sur la numération des différentes variétés de globules blancs du sang, par J. Jolly (*Arch. de médecine expérim.*, juillet 1896, p. 510). — Ces numérations doivent être faites sur des préparations sèches, fixées. Lorsqu'on voudra déterminer la proportion relative des leucocytes mononucléaires grands et petits et polynucléaires, il faudra passer en revue au moins 400 globules pour réduire les erreurs.

De l'influence des exercices physiques sur l'excrétion de l'acide urique, par Ed. Laval (*Rev. de médecine*, mai 1896, p. 384). — D'après des expériences faites sur des soldats, l'auteur conclut qu'un exercice ordinaire sans transpiration, ne modifie pas sensiblement l'excrétion de l'acide urique. Dans le traitement de la goutte et des affections similaires, l'exercice physique n'aurait donc qu'une influence secondaire.

Toxine et antitoxine cholérique, par El. Metchnikoff, E. Roux et Taurelli-Salimbeni (*Ann. de l'Institut Pasteur*,

mai 1896, p. 257). — Deux opinions sont en présence au sujet de l'origine du poison cholérique : Pfeiffer soutient qu'il réside dans le corps même des vibrions et n'en sort qu'après leur mort; Behring et Ransom admettent qu'il est sécrété par les vibrions vivants et se trouve en dissolution dans les milieux de culture. Les auteurs de ce mémoire apportent à cette dernière opinion une confirmation très probante et très élégante. Ils insèrent dans le péritoine de cobayes de petits sacs de collodion hermétiquement clos, permettant le passage des liquides et des produits solubles, mais non celui des microbes. Si le sac renferme une culture vivante de vibrions, l'animal meurt avec tous les signes de l'intoxication cholérique, bien que les organes ne renferment aucun vibrion. Si le sac renferme une culture morte, l'animal survit après n'avoir éprouvé que de très légers symptômes.

Cette origine de la toxine cholérique est importante à déterminer afin d'obtenir l'antitoxine. En accoutument graduellement des animaux à la toxine on recueille un sérum antitoxique, curatif et préventif. Si l'on immunise des animaux par injection non de toxine, mais de vibrions tués, puis de vibrions vivants, le sérum qu'on obtient est inefficace contre le poison chlorérique, mais donne l'immunité contre le microbe vivant (sérum anti-microbien), sans doute en excitant la fonction phagocytaire.

Enfin les auteurs ont expérimenté ces deux sortes de sérum sur des lapins nouveau-nés auxquels on avait donné le choléra par ingestion de cultures, suivant le procédé de M. Metchnikoff qui réalise de très près le mécanisme de l'infection humaine. Or le sérum anti-microbien de Pfeiffer s'est montré impuissrnt, tandis que le sérum antitoxique était efficace.

La fièvre paludéenne bilieuse hémoglobinurique, par Boisson (*Rev. de médecine*, mai 1896, p. 360). — Dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, les globules rouges sont détruits par le parasite de Laveran. L'hémoglobinurie résulte de l'hémoglobinhémie et l'ictère est un ictère hématique. La destruction massive des globules rouges paraît due à une insuffisance fonctionnelle de la rate : une autopsie a montré à l'auteur que les sinus veineux de la rate étaient bourrés de pigment ocre.

Sur la valeur des pulvérisations de sublimé, par M. P. Chavigny (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1896, p. 351). — D'après les expériences de l'auteur (faites en pratiquant un lavage au sulfhydrate d'ammoniaque pour faire disparaître la couche superficielle formée avec le protoplasma des microbes par le sublimé), les pulvérisations de sublimé à 1 p. 1000, prolongées pendant un temps supérieur à celui qu'on peut leur donner dans la pratique, sont incapables de détruire les germes microbiens et de diminuer même leur virulence. La protection qu'elles confèrent est temporaire et devient caduque lorsque la couche protectrice d'antiseptique a disparu par un moyen quelconque, et que les communications du protoplasme avec le milieu ambiant sont rétablies.

Essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde, par MM. G. Roux et A. Trillat (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mai 1896, p. 283). — Ces expériences montrent que les vapeurs de formol peuvent, lorsqu'elles sont produites en abondance, stériliser totalement les poussières fines provenant du balayage d'une maison habitée, aussi bien les poussières de l'air que celle des parois des locaux.

Ces expériences ont été faites avec les vapeurs d'aldéhyde formique dégagées par l'appareil à oxydation ou par l'autoclave formogène.

Essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde au moyen des procédés de M. Trillat, par M. F.-J. Bosc (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mai 1896, p. 299). — Expériences de désinfection d'une salle d'hôpital dans laquelle on avait disposé, dans diverses conditions, des cultures de microbes pathogènes, des poussières, de la terre, des crachats de tuberculeux. Les vapeurs sèches de formaldéhyde à saturation détruisent au bout de 5 heures d'action les germes pathogènes secs et même humides, mais à la condition qu'ils soient bien exposés aux vapeurs. Le résultat est plus précaire si le contact de vapeur avec le germe est difficile, par exemple dans la poche d'un habit, dans le centre d'un matelas. Les crachats tuberculeux, même humides et récents, ont été stérilisés.

Examen bactériologique d'anciennes déjections cholériques, par Zia-Bey (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1896, p. 335). — Les selles de sujets cholériques, conservées dans des ampoules scellées pendant 3 à 22 mois contiennent en général des microbes, surtout le coli-bacille; le streptocoque est moins fréquent, le *B. subtilis* et d'autres saprophytes sont plus rares encore. Après plus de 22 mois, le coli-bacille et le streptocoque peuvent avoir conservé non seulement leur vitalité mais aussi un degré marqué de virulence.

CHIRURGIE

Traitement chirurgical du goître exophthalmique (Zur chirurgischen Behandlung des Basedow' schen Krankheit), par Berndt (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 709). — L'auteur rapporte dans son travail deux cas d'hémithyroïdectomie pour maladie de Basedow grave chez une femme de 58 ans et chez une autre de 62 ans. Dans le premier cas où les deux lobes étaient dégénérés, l'opération a donné une amélioration considérable de tous les symptômes; dans le second cas, où un lobe était intact, l'extirpation du lobe dégénéré a donné une véritable guérison qui ne s'est pas démentie dans la suite.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Créosotal.

Définition. — Le créosotal est un *carbonate* de créosote. Ce terme est impropre. Il désigne plutôt un mode de préparation qu'un composé chimique défini. Ce que nous avons dit dans un précédent article, sur la composition de la créosote, nous dispense de plus amples développements.

Quoiqu'il en soit, en faisant passer dans une solution de créosote sodée un courant d'acide chlorocarbonique, on voit se séparer de la solution un corps neutre, d'une saveur douce et huileuse, qu'il est très facile d'isoler par un lavage à l'eau froide et l'évaporation de l'excès d'eau, sous l'action d'une chaleur modérée. C'est à ce corps, découvert par Heyden, que Brissonnet a donné le nom de *créosotal*. Contient 92 p. 100 de créosote.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau. Soluble dans l'alcool et les huiles grasses.

Propriétés thérapeutiques. — Les mêmes que la créosote. Est surtout employé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Comme la créosote, s'élimine par le poumon et les reins.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : s'injecte à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, pur ou en solution huileuse.

Dans le cas où il est employé en nature, il faut l'injecter à 38° : sa viscosité est telle à 10° qu'il ne pourrait pénétrer sous la peau; à 30° il devient déjà assez fluide pour l'usage hypodermique. Mais il faut en outre pour plus de commodité, chauffer également seringue et aiguille.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* L'injection est le plus souvent très douloureuse, quelquefois elle est facilement tolérée.

b) *Éloignés.* Ceux de la créosote.

FORMULES

Créosotal . . . . } ââ.
Huile d'olive vierge stérilisée. . . . }

10 à 40 centim. cubes.

G. Maurange.

Pour la cocaïne.

Réponse a quelques objections faites a la méthode de Reclus.

Voilà bientôt 10 ans que M. Reclus s'emploie par la parole, par la plume et surtout par l'exemple, à défendre cette méthode d'anesthésie locale par la cocaïne dont il est le plus ardent propagateur, et à laquelle il a donné son nom. Il appuie ses affirmations sur des milliers d'observations probantes, la technique qu'il enseigne est d'une grande simplicité, les résultats en sont d'une évidence criante et cependant cette méthode ne gagne du terrain qu'avec une extrême lenteur, elle ne s'étend qu'avec une inconcevable difficulté.

Quelle que soit l'explication qu'on puisse donner de cette défaveur imméritée, il est certain que la plupart des chirurgiens n'accordent pas à la méthode de Reclus l'attention qu'elle mérite. Il semble même, malgré les publications et les opérations quotidiennes du chirurgien de la Pitié, que cette méthode soit mal comprise. On lui décrit avec complaisance des inconvénients qu'elle ne présente pas, on la charge de péchés qu'elle n'a jamais commis, on la juge et on la condamne à coups d'arguments qui semblent d'ailleurs démontrer qu'on la connaît fort mal.

M. G. Maurange vient tout dernièrement (1) de lui consacrer, comme il était juste de le faire, la plus grande partie d'un article au cours duquel il passe en revue les divers modes d'administration de la cocaïne en injections hypodermiques. Cet article tend à légitimer cette sorte d'ostracisme dont la méthode est aujourd'hui frappée : « *Il faut donc en arriver*, dit-il en manière de conclusion, *à restreindre singulièrement les applications de l'analgésie par la cocaïne en chirurgie. Elles seront limitées aux interventions pour lesquelles* une seule *injection de 1 à 5 cent. cubes au plus de la solution au centième suffira à réaliser l'insensibilisation nécessaire. De là les succès de la cocaïne en chirurgie dentaire...* »

Cette conclusion me paraît extraordinaire. J'ai vu la cocaïne donner entre les mains de M. Reclus de trop beaux résultats, je m'en suis moi-même si bien trouvé dans un grand nombre d'interventions diverses, qu'il m'est impossible de ne pas m'élever contre cette légende qui tend à s'établir et qui veut faire de l'anesthésie locale par la cocaïne une méthode infidèle, inefficace, dangereuse et qui ne peut guère avoir quelque utilité que pour les arracheurs de dents.

A l'appui de ses conclusions rigoureuses, M. Maurange fournit un certain nombre d'arguments qui me paraissent, je dois le dire, d'une excessive fragilité, mais que je tiens à discuter de très près, parce qu'ils me semblent résumer les erreurs qui ont généralement cours, et parce que c'est là une occasion excellente de rétablir la vérité.

« *La cocaïne*, dit-il en premier lieu, *ne donne pas au chirurgien une sécurité plus grande que les méthodes d'anesthésie générale.* »

Cette phrase est incomplète. C'est la cocaïne *mal appliquée* qu'il faudrait dire. Je ne veux point recommencer ici la démonstration si complète de Reclus qui a discuté avec une rigueur extrême la statistique nécrologique de l'alcaloïde. Je me contente d'y renvoyer les incrédules (2).

Tous les cas de mort qui ont été relevés et qui peuvent être attribués à la cocaïne sont dus à l'application de doses excessives. Il ne faut jamais dépasser 20 centigrammes, quantité qu'on n'atteindra d'ailleurs qu'exceptionnellement et dans des plaies ouvertes, où une grande partie de la solution s'échappe sans être absorbée. Il ne faut pas employer de solutions à plus de 1 p. 100 de crainte d'absorption trop massive. Il faut enfin et toujours opérer le malade dans la *position horizontale*. C'est là une règle absolue. Pour la cocaïne, comme pour l'éther ou le chloroforme, le malade doit être couché.

M. Maurange s'est lui-même mal trouvé d'avoir contrevenu à cette loi, puisque, dans les trois cas d'accidents qu'il accuse, ses malades étaient assis. Ce n'est pas là une faute de technique, comme il le dit, c'est une faute de principe. S'il avait chloroformé des malades assis, accuserait-il le chloroforme seul, ou bien l'opérateur, des syncopes qui auraient pu se produire? Il est vrai que, dans ces conditions, ce ne sont sans doute pas des syncopes passagères qu'il eut observées, mais peut-être bien des syncopes définitives.

Je nie donc que les dangers soient les mêmes, et les trois cas qui ont tant effrayé M. Maurange ne font que m'ancrer plus encore dans cette conviction.

Quant aux autres accidents — ou plutôt incidents — qui accompagnent parfois l'emploi de la cocaïne, loquacité, attendrissement, fourmillements des extrémités, pâleur de la face, sueur froide, etc., ils se dissipent presque toujours au bout de quelques minutes, lorsque le malade conserve la position horizontale. En tout cas, ils ne résistent guère au premier déjeuner qui suit, en général, l'opération de près. On me permettra de ne pas les comparer aux accidents post-opératoires qui suivent si souvent le chloroforme, vomissements incessants, douloureux pour le malade, qui secouent l'abdomen entier et sont évidemment mauvais lorsqu'il s'agit d'une gastrostomie, d'un anus iliaque ou d'une cure radicale de hernie. Après l'éther, la bronchorrée, la bronchite et même des broncho-pneumonies ne sont pas exceptionnelles, et l'on s'habitue peut-être à négliger un peu trop toutes ces complications parce qu'elles n'ont pas la brutalité terrifiante des accidents subits.

Je reste donc convaincu qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre les accidents immédiats ou tardifs qui peuvent accompagner l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther, et ceux qui viennent quelquefois compliquer l'analgésie cocaïnique.

M. Maurange a d'ailleurs parfaitement raison lorsqu'il laisse entendre qu'il ne faut pas trop se laisser aller, pour expliquer les accidents de la cocaïne, à incriminer les « réactions idiosyncrasiques », — argument en vérité bien commode pour trouver une raison d'être aux insuccès que rien n'explique. Mais il me semble que c'est là un point sur lequel il est, avec M. Reclus, complètement d'accord. Celui-ci, en effet, dit expressément dans son livre (1) que « ces idiosyncrasies, qui existent, ne sont pas le fait de la seule cocaïne », qu'on les a notées pour tous les autres alcaloïdes, à commencer par la morphine, pour toutes les substances actives, que la cocaïne rentre, en un mot, dans la loi commune, et il en conclut qu'elle doit être étudiée, dosée, avec soin, maniée avec prudence, comme tant d'autres substances que personne ne songe à proscrire et non pas injectée à tout hasard et à dose quelconque. Les susceptibilités individuelles, les idiosyncrasies ne peuvent donc, tout le monde est d'accord sur ce point, que nous commander la prudence dans l'application du médicament. Elles ne sauraient nous conduire à le supprimer.

« *La suppression du choc n'est pas un meilleur argument* ». Telle est la deuxième raison invoquée par M. Maurange contre la cocaïne. Je crois, pour ma part, à l'existence du choc en dehors de toute infection, et je suis convaincu que ce choc, que cette dépression post-opératoire, est infiniment plus prononcé après le chloroforme qu'après la cocaïne.

Il faut ici comparer des choses comparables et choisir pour les opposer l'une à l'autre deux opérations identiques, deux cures radicales de hernies, par exemple, qui sont parmi les plus minutieuses et les plus importantes des opérations que Reclus pratique communément à la cocaïne et qui sont au contraire parmi les plus bénignes de celles pour lesquelles on a recours à l'anesthésie générale.

Quel est le tableau auquel on assiste d'ordinaire?

Après l'anesthésie générale, le malade reste souvent plusieurs heures pâle, déprimé, avec des vomissements fréquents, qui peuvent parfois se prolonger pendant 24 et 48 heures, dans l'impossibilité de prendre aucun aliment, etc. Après la même opération faite à la cocaïne, on l'emporte dans son lit, parfois un peu pâle, presque toujours souriant et, une demi-heure après, quelquefois moins, il se met d'ordinaire en devoir de déjeuner en racontant à ses voisins de lit les péripéties de son opération. Il cause, rit, plaisante, et la différence est grande entre lui et le malade chloroformé qui pendant l'après-midi tout entière reste la plupart du temps étendu dans son lit, le cœur soulevé par d'incessantes nausées, et souvent dans un état de dépression voisin de l'hébétude.

1. *Gaz. hebdomadaire*, 28 juin 1896, p. 622.
2. Reclus, La cocaïne en chirurgie, p. 33.

1. *Loc. cit.*, p. 35.

Je dis donc et je maintiens qu'avec la cocaïne la dépression post-opératoire est l'exception tandis qu'avec l'éther ou le chloroforme elle est la règle, et c'est là un fait qui suffit à faire préférer la cocaïne lorsqu'on a à pratiquer chez un vieillard, chez un déprimé, chez un débile, chez un cardiaque, chez un emphysémateux une opération réglée comme l'anus iliaque, ou qui paraît devoir être simple, comme la plupart des hernies étranglées.

« *La cocaïne*, ajoute M. Maurange, *prolonge les temps opératoires et augmente les chances d'infection.* » Cet argument ne manquerait pas de valeur s'il correspondait à la réalité des faits, mais son auteur a certainement mal compris la technique de M. Reclus, lorsqu'il dit que, dans une opération un peu compliquée, « *pour peu que 4 nouvelles injections soient nécessaires en cours de route, on allonge de 4 fois 5 minutes le temps nécessaire à l'opération.* » Ces attentes successives ne se produisent pas. Lorsqu'on injecte, au cours de l'opération une seringue de cocaïne dans un plan non anesthésié, on peut continuer immédiatement, sans attendre ni 5 minutes, ni 1 minute, ni même 1/2 minute. L'anesthésie de ces plans profonds est instantanée; le temps de faire l'injection, qui demande quelques secondes, et le bistouri est immédiatement repris. Ces 4 fois 5 minutes, se réduisent donc, en l'espèce, à 4 fois le temps de prendre la seringue, de l'injecter et de reprendre le bistouri ou les ciseaux, soit 1 ou 2 minutes en tout, au maximum.

« *Au surplus*, écrit plus loin M. Maurange, *le chirurgien, obligé à chaque plan de lâcher le bistouri pour la seringue, est exposé à perdre en précision ce qu'il gagne en sécurité, au seul point de vue de l'anesthésie.* » Sans m'arrêter à cet aveu implicite de la plus grande innocuité de la cocaïne, je cherche en vain comment le fait de quitter le bistouri de temps en temps peut jeter une assez grande perturbation dans les connaissances anatomiques du chirurgien. Je ne pense pas que ce soit le fait seul de prendre une « seringue » qui jouisse de ce malencontreux privilège. Prendre une pince hémostatique doit avoir un effet à peu près analogue, et rares sont les chirurgiens qui se privent, au cours d'une opération quelconque, du secours incessant de ce merveilleux instrument.

J'irai plus loin et je prétends que l'injection de cocaïne, loin de nuire à la précision opératoire, lui est, au contraire, favorable. Elle oblige le chirurgien, qui doit se renfermer strictement dans la zone injectée, à se rendre un compte exact du point où il doit enfoncer son aiguille et à explorer minutieusement toute la région sur laquelle il opère, toutes manœuvres qui, avec l'anesthésie générale, se font presque toujours le bistouri en main.

« *En outre*, poursuit, M. Maurange, *si le chirurgien peut compter sur l'insensibilité de son malade* », aveu qu'il ne me déplaît pas d'enregistrer en passant, « *il ne peut compter d'une façon absolue sur son immobilité.* » D'une façon absolue, non, ce qui d'ailleurs est le fait de l'anesthésie générale elle-même, au cours de laquelle il est fréquent de voir les malades, mal endormis, se livrer à des mouvements violents et désordonnés, souvent bien plus gênants que les mouvements du malade cocaïné que sa volonté maîtrise toujours dans une certaine mesure. Un chirurgien doit d'ailleurs avoir la main assez légère pour qu'un mouvement de son opéré ne vienne rien mettre en péril. C'est donc là une objection qui ne me paraît pas bien sérieuse. Je prétends même qu'il est des cas où il faut se féliciter de ce que le malade ait conservé la liberté de ses mouvements. Rien n'est plus utile par exemple que de faire tousser le malade au cours de la recherche laborieuse du sac d'une hernie. Rien n'est plus commode que la façon dont le malade se prête aux pansements compliqués, aux spicas si pénibles à bien faire quand le malade n'est qu'une masse inerte étendue sur la table d'opération.

Et d'ailleurs les cas sont nombreux où c'est le chloroforme qui provoque des mouvements intempestifs, alors que la cocaïne permet une immobilité complète et nécessaire. Croit-on, par exemple, que les vomissements soient chose agréable et utile au cours d'une gastrostomie, d'une hernie, d'un anus iliaque, d'une laparotomie exploratrice! Le chloroforme les provoque; avec la cocaïne on n'a pas à les redouter.

Il est certain, comme le dit M. Maurange, que les mouvements constituent « *un danger possible dans les interventions au cours desquelles on côtoie des vaisseaux et des nerfs importants : telles les extirpations de ganglions tuberculeux du cou et de tumeurs parotidiennes, la cure des anévrysmes même superficiels des membres, la trépanation de l'apophyse mastoïde, les arthrectomies et bon nombre d'autres opérations comprises par M. Reclus dans la liste de celles pouvant être faites à la faveur de l'analgésie cocaïnique.* » Ces exemples sont, en vérité, mal choisis, car si je me reporte au livre de Reclus, page 111, j'y vois en toutes lettres : « La cocaïne est indiquée pour l'extirpation des tumeurs ganglionnaires des régions parotidienne, sous-maxillaire, sus et sous-hyoïdienne (je ne vois point qu'il soit ici question de tumeurs parotidiennes proprement dites). Mais toutes ces adénites ne sont pas accessibles et lorsqu'il s'agit d'une masse formée par la fusion de plusieurs ganglions dégénérés, lorsque cette pléiade n'est pas superficielle et mobile dans le tissu cellulaire, l'analgésie locale est insuffisante, on doit avoir recours au chloroforme. La cocaïne n'est indiquée que lorsqu'il existe un ou deux ganglions hypertrophiés, sous la peau et sous l'aponévrose, et sans adhérence avec les tissus voisins. » Les anévrysmes dont parle Reclus sont des tumeurs à la fois superficielles et petites, « rentrant dans la catégorie de ces tumeurs sous-cutanées toutes justiciables, lorsqu'elles ne sont pas exceptionnellement volumineuses, de l'analgésie par la cocaïne (page 110). »

Quant à l'arthrectomie, l'exemple n'est pas non plus des plus heureux puisque Reclus (page 162), bien qu'ayant réussi dans quelques opérations de ce genre, déclare que ce mode d'intervention lui paraît trop peu réglé, et conseille le chloroforme « en thèse générale ».

Enfin, dernière et suprême objection, qui me semble, je dois le dire, bien moins sérieuse encore que les autres : « *A un autre point de vue, le chirurgien dont l'éducation aseptique est parfaite cherche à simplifier chaque jour sa technique, en supprimant les temps opératoires inutiles et en réduisant au minimum son instrumentation. Comment s'étonner qu'il ne soit pas séduit par la nécessité de s'encombrer d'une seringue stérilisable, d'une aiguille flambée, d'une solution aseptique contenue dans un flacon qu'il faut déboucher ou faire déboucher et dans lequel il faut puiser au fur et à mesure des besoins? Ne craindrait-il pas, avec quelque raison, dans ces manœuvres, autant de sources possibles d'infection?* »

Il n'y a évidemment rien de séduisant à s' « encombrer » d'une seringue et d'un petit flacon. Mais je ne vois pas qu'il soit beaucoup plus attrayant de se pourvoir d'un aide supplémentaire, souvent fort difficile à trouver, surtout à la campagne, aide qui, pour donner le chloroforme, doit être très expérimenté, et qui comme tel serait souvent mieux employé ailleurs : il pourrait peut-être, en aidant le chirurgien, lui permettre précisément d'éviter ces sources possibles d'infection que M. Maurange redoute avec raison.

Je ne sache pas d'ailleurs qu'un masque énorme et un demi litre d'éther, pour ceux, et ils sont nombreux, qui préfèrent cet anesthésique, soit moins encombrant qu'une seringue de Pravaz. Au reste l'encombrement produit par la dite seringue n'est pas si grand que les chloroformisateurs les plus convaincus eux-mêmes n'aient soin de s'en munir au cas où ils auraient à pratiquer quelque injection d'éther ou de caféine pour relever le malade de ce choc opératoire qui existe si bien qu'on s'arme toujours contre lui.

Je crois donc que M. Maurange a été trop sévère envers la cocaïne. Mais tous les raisonnements ne valent pas une bonne expérience, et puisqu'il s'intéresse à la cocaïne, comme son article, qui contient d'ailleurs d'excellentes choses, en fait foi, quel conseil meilleur pourrais-je lui donner que d'aller la voir appliquer quelquefois à l'hôpital de la Pitié. Il est certain que ses préventions disparaîtront alors et que cette méthode qu'il se plaît à noircir de dangers problématiques et de difficultés imaginaires, lui apparaîtra ce qu'elle est : une méthode d'une grande simplicité, d'une innocuité incomparable et d'une efficacité souveraine.

J.-L. Faure.

Je dois d'abord des remercîments à M. Faure pour avoir bien voulu réimprimer presque entièrement, au cours de son plaidoyer, les 70 lignes de mon article qui, sans cette heureuse fortune, aurait peut-être passé inaperçu.

J'aurais mauvaise grâce à ne pas reconnaître que, puisqu'il s'agit d'un « principe », je dois passer condamnation sur les trois cas d'accidents chez les malades assis dont j'ai été témoin, victime même, et non auteur. Je concluerai donc, si M. Faure le désire, que « la cocaïne, très pure, bien administrée, ne tue jamais », mais Sédillot n'a-t-il pas dit que « le chloroforme, très pur, bien administré, ne tue jamais »? Cet aphorisme est le mien, et j'ai publié une série de 350 chloroformisations sans la moindre alerte, avec une dose d'anesthésique ne dépassant pas 30 grammes à l'heure. M. Faure semble avoir eu la malechance de n'avoir vu sous le chloroforme que des malades « mal endormis, inondant de leurs vomissements le champ opératoire », se livrant à des « mouvements désordonnés »; je puis lui assurer que sur un malade *bien* endormi, je n'ai jamais rien vu de semblable.

Ai-je eu tort de citer l'extirpation des ganglions tuberculeux et des tumeurs parotidiennes, la trépanation de l'apophyse mastoïde parmi les opérations où, malgré M. Reclus, je déconseille la cocaïne? De l'apophyse, M. Faure ne parle pas, donc je passe. Mais, ne lui en déplaise, M. Reclus admet la cocaïne pour les tumeurs de la parotide (voir. p. 101 et 102); avec des restrictions immédiates, il est vrai, mais il en fait également pour toutes les opérations sérieuses dont il parle; et ici je pourrais joindre l'appendicite. Quant aux ganglions tuberculeux, je ne crois pas qu'il faille enlever, en général, ceux qui sont mobiles et isolés, mais seulement ceux qui sont suppurés, adhérents, et ceux-là tiennent aux paquets vasculo-nerveux.

M. Faure, en terminant, veut bien me conseiller d'aller voir son oncle, M. Reclus, opérer à la cocaïne; or il m'a été donné, il y a quelques mois, d'assister, chez le chirurgien de la Pitié, à une cure radicale de hernie faite avec ce procédé d'analgésie locale. Etais-je sous l'influence de ma rancune personnelle contre la cocaïne? Cela est vraisemblable, car le patient m'était apparu pâle, anxieux, gémissant lors de la dissection du sac — ce plan profond pour lequel on n'attend pas — et, de ce spectacle, j'avais conclu que si jamais j'avais une hernie à me faire opérer, ce ne serait pas à la cocaïne. J'ai failli changer d'avis quand M. Faure m'a appris combien était laborieuse la recherche du sac, chez un sujet hors d'état de tousser à volonté. Mais après un instant de trouble, mon âme s'est rasséréné, en pensant qu'il existe encore de par le monde quelques chirurgiens à qui je puisse confier, avec chloroforme et sécurité, une si « délicate » opération.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins, prenez garde à vous!

Depuis quelques années, les procédés mis en usage pour exploiter le corps médical se multiplient d'une manière assez curieuse. Je ne parle pas ici des Sociétés de secours mutuels ou des compagnies financières qui cherchent à abaisser le taux des honoraires. Je ne veux pas signaler non plus — ils sont trop fréquents — les abus commis par les municipalités qui révoquent les médecins d'hospice ou les médecins des bureaux de bienfaisance par dissentiment politique ou par rancune électorale. *Paulo minora canamus!* Je voudrais mettre en garde mes confrères des villes et surtout mes confrères parisiens contre les escroqueries qui se présentent sous les formes les plus habiles.

Première manière. Un homme d'âge respectable, à cheveux et à barbe grise, relativement bien mis, se présente à l'heure de votre consultation. Il demande un tour de faveur — sans faire passer sa carte — vous aborde avec une gracieuse désinvolture : « Je suis désolé, cher confrère, de vous déranger ainsi; mais il m'arrive la chose la plus désagréable qu'on puisse imaginer. Je suis le Dr X..., de Z... J'étais venu à Paris pour faire une communication à la Société de... (ici celle que vous connaissez le mieux et des détails à l'appui) et voici qu'on vient de me voler mon porte-monnaie. Je suis entré chez votre voisin M. Y..., pharmacien; j'ai vu sur l'annuaire que vous demeuriez à deux pas et je n'ai pas hésité à venir vous demander de me permettre de rentrer chez moi... » Suit une demande de 20 francs ou de 10 francs suivant votre tête. On tire son porte-monnaie, et tout aussitôt — signe caractéristique — le taux augmente : « Au fait, je reviendrai très certainement dans 8 jours, soyez donc assez aimable pour me prêter 40 francs. J'ai à acheter le livre de... qui traite la question sur laquelle j'ai écrit le petit mémoire que je venais lire. »

Dans ce cas — j'y ai été pris et je puis l'affirmer — si l'on offre 5 francs « prix approximatif du billet de retour, peut-on dire par manière d'explication », le quémandeur vous remercie. Il est revenu chez moi. Je l'ai définitivement éconduit. Mais il continue à parcourir les divers quartiers de Paris. Avis à mes confrères.

Deuxième manière. Ce n'est point à vous, c'est à votre concierge ou à votre domestique que l'on s'adresse. On a guetté votre sortie, votre voiture vient de disparaître : « M. le docteur est-il chez lui? dit un beau monsieur qui descend d'un fiacre. — Il sort à l'instant, répond le concierge ou le domestique. — Oh! que c'est désagréable! Je suis le Dr X... J'ai oublié mon porte-monnaie. Je vais prendre le train et je n'ai pas de quoi payer mon cocher. Avancez-moi donc 10 francs, je les rapporterai dès demain à votre maître. » Et, comme avec le porte-monnaie, le porte-cartes a été oublié, le beau monsieur écrit sur votre block-note, le nom du très estimable confrère auquel parfois — il y a un démon pour les malandrins! — il ressemble un peu et le tour est joué! Moralité : Donnez à vos domestiques et à vos concierges l'ordre formel de ne prêter qu'à bon escient!

Troisième manière. On sait mieux qui vous êtes. On se présente donc comme ancien membre d'une association médicale ou d'un syndicat. On se trouve dans la détresse, etc. etc. Quelquefois au lieu d'un confrère, ancien médecin des hôpitaux, de l'armée ou de la marine, c'est la veuve du sus-dénommé qui vient vous solliciter.

Il est très aisé de vérifier immédiatement la valeur morale de ces déshérités du sort. Il suffit, dans ce but, d'être membre d'une association médicale — ce m'est une occasion de faire de la propagande en faveur de l'Association générale. — « Cher confrère ou chère madame, dit-on suivant le sexe, j'ai fait serment de ne jamais rien donner *chez moi* aux membres du corps médical qui se recommandent de l'Association; mais je m'engage à vous faire remettre par notre trésorier à qui je la rembourserai une somme de 50 francs ou de 100 francs si vous fournissez à l'appui de votre demande une pièce authentique établissant vos droits. » Le quémandeur à ces mots hésite un instant, puis invoque l'urgence : « Il lui faut le jour même payer son loyer... Il n'a pas de quoi dîner... » Si l'on a le cœur sensible, une aumône terminera la conversation mais on n'entendra plus parler des titres pompeusement énumérés au début par celui qui venait vous demander une allocation et non un secours.

Quatrième manière. Ici c'est à la vanité du médecin que l'on s'adresse : « Cher maître, vous dit un jeune homme fort beau parleur, je viens au nom de M. X... éditeur. Nous voulons faire paraître un annuaire nouveau contenant le portrait et la biographie des médecins qui font partie des académies, des facultés, des sociétés médi-

cales, etc. etc. MM. X, Y, Z, nous ont donné leur adhésion et ont souscrit un nombre d'exemplaires variant entre 10 et 25. » — Ici on vous exhibe des imprimés portant la signature, fort bien imitée ma foi, de confrères éminents. — Vous avez la bonne pensée de refuser provisoirement votre signature. Vous demandez à MM. X, Y, Z. Il affirment n'avoir jamais rien signé. — Et vous ne revoyez plus le courtier en question.

Cinquième manière. Ah! celle-là est la meilleure de toutes. Un journaliste, cette très poli, très loquace, ayant rempli des fonctions administratives assez élevées, se dit collaborateur de plusieurs journaux. Il a déjà écrit la biographie de MM. X, Y, Z, toujours des noms connus. Il tient à y joindre la vôtre. Vous êtes pressé; vous lui déclarez que vous n'avez ni le goût ni le temps de l'interview. « Mais, cher maître, — toujours! — je ne doute pas que votre biographie n'ait déja paru quelque part. Donnez-moi une indication bibliographique et 2 ou 3 notes. Je vous ai vu, cela suffit » Vous donnez l'indication du recueil où déjà votre biographie a été insérée, et quelques jours plus tard le même personnage revient. Cette fois il a son manuscrit en mains. Il vient vous demander si vous en autorisez la publication. Cette biographie est ma foi! très bien tournée; elle est tout à la fois spirituelle et élogieuse sans excès. C'est fort bien. « J'aurai l'honneur, cher maître, de vous envoyer quelques exemplaires du journal qui contiendra votre portrait en même temps que celui de MM. A, B, C. » On se dit : « Bast! J'en serai pour 20 francs, mais cela les vaut. Il m'a bien croqué! » Huit jours se passent on ne reçoit rien. Mais le soir, tard, alors que l'on n'est pas disposé à donner audience, le personnage en question force votre porte en disant qu'il est attendu. Il vous accoste avec un gracieux sourire : « Vous me reconnaissez, cher maître, vous avez reçu le journal?... Vous y avez vu votre biographie, celle dont je vous avais lu le manuscrit? — Mais non, je n'ai rien reçu! — Ah! comme c'est désagréable! Ils sont tous les mêmes, ces éditeurs. Je vous en avais fait adresser 10 exemplaires — Un silence — C'est que je pars ce soir. Je pensais que ce travail valait bien 5 louis. Voici ma carte; voici ma carte de presse. » Et l'on vous montre un portefeuille avec des cartes munies d'une photographie. Faites comme moi, mes chers confrères. Demandez très poliment mais très nettement à votre confrère en journalisme d'aller chercher son journal. Il ne reviendra plus. Si vous lui faites une avance, ce sera rémunérer largement sa composition... écrite mais non imprimée.

Sixième manière. Celle-là, on y est pris toujours, mais on ne doit point s'y refuser. C'est lorsqu'au lieu de chercher à exploiter votre situation ou votre vanité professionnelle, un fils ou une veuve de médecin viennent vous dire nettement, franchement, vous prouver leur détresse. Le fait est moins rare qu'on ne le pense. Dans ces cas il faut donner d'abord ce que l'on croit pouvoir donner et puis agir pour assurer à ces malheureux sinon le travail ou l'aisance, du moins une pension qui les mette à l'abri de l'indigence. Ceux qui ont fait partie de la commission administrative de l'*Association des médecins de la Seine* connaissent ces effroyables misères auxquelles se refuseraient à croire les médecins qui ont connu le chef de famille alors qu'il exerçait honnêtement et parfois brillamment à Paris.

Et c'est pourquoi je termine cette causerie en disant à tous mes confrères — car c'est partout, en province aussi bien qu'à Paris, que l'on retrouve les mêmes exploitations et les mêmes misères : « Si vous voulez avoir le droit et le courage de refuser à ceux qui viennent quémander chez vous un subside qui très fréquemment sera immérité mais qui parfois pourra être dû à une infortune réelle, inscrivez-vous à toutes les associations, à toutes les œuvres qui ont pour but de secourir les déshérités de notre profession. Adressez dès lors à vos trésoriers, sauf à leur rembourser leurs avances, ceux qui viendront frapper à votre porte, et fermez-la impitoyablement à ces aimables farceurs qui voudraient vous faire chanter après avoir chanté vos louanges. »

L. Lereboullet.

P.-S.— Je me contente pour aujourd'hui de reproduire la circulaire que Monsieur le Ministre de l'Instruction publique vient d'envoyer aux Recteurs. Elle résume et rend immédiatement applicables les idées développées par MM. Lannelongue, Pédebidou, etc., dans l'interpellation dont nous avons parlé (p. 575). Elle répond donc aux vœux exprimés par la majorité des médecins français. J'aurai cependant à revenir sur plusieurs points qu'elle laisse douteux et controversables.

Paris, le 21 juillet 1896,

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre les études médicales il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nous étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

A. Rambaud.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de l'empoisonnement par l'acide phénique.

Par M. Beunat.

L'action toxique de l'acide phénique est connue depuis l'année même de la découverte de ce corps par Runge (1834). Mais elle n'a guère été étudiée que depuis les travaux de Lemaire (1863) et surtout de P. Bert et Jolyet (1869), qui ont décrit les effets de l'intoxication aiguë et chronique et les lésions qui en sont la conséquence. Comme les auteurs précédents, Kuster et Markwald (1878) conclurent que l'acide phénique est un poison du système nerveux.

Dans ces dernières années, à mesure que l'emploi de l'acide phénique se généralisait en thérapeutique, les cas d'intoxication se sont multipliés et de nombreux faits ont été publiés à ce sujet. Tout récemment M. Beunat, dans sa thèse inaugurale (1), a rapporté à l'étude de cette question une importante contribution dont nous reproduisons ici les points essentiels.

Si on laisse de côté l'empoisonnement chronique qui n'amène pas la mort, mais qui produit des désordres analogues à ceux des intoxications professionnelles, on doit distinguer deux variétés d'empoisonnement : l'empoisonnement *suraigu* et l'empoisonnement *subaigu.*

Tout d'abord ces deux variétés d'empoisonnement semblent pouvoir être produites par des doses variables. La toxicité de l'acide phénique est en effet mal déterminée et les recherches entreprises en vue de la préciser ont fourni des résultats discordants. L'âge, le sexe, les idiosyncrasies individuelles, l'état pathologique du sujet exercent une influence sur la toxicité. Les enfants, les femmes, paraissent plus sensibles à l'intoxication; la puerpéralité (Napier), la fièvre typhoïde (Valude), les pertes de sang (Kuster) paraissent aussi la faciliter.

Dans l'empoisonnement suraigu, ce qui domine, c'est l'état de prostration subite, de stupeur dans lequel tombent les victimes, parfois d'une façon vraiment foudroyante. La respiration est lente, bruyante et stercoreuse. La température est abaissée constamment, la peau pâle, couverte de sueurs froides; souvent il y a du trismus et du spasme œsophagien; assez fréquemment du myosis, plus rarement de la mydriase. Le pouls est fréquent et petit. Quelquefois cette dépression profonde est précédée de quelques phénomènes d'excitation (délire, convulsions). A l'autopsie, l'on ne trouve pas de lésions des organes, mais le sang présente des altérations profondes (1). Le sang reste liquide fort longtemps et ne se coagule parfois qu'après 3 ou 5 jours; d'après M. Beunat, on observe de l'hémoglobinhémie, puis une des agrégations des globules rouges. La mort, dans ces cas, ne peut être et n'est évidemment que le résultat d'un choc nerveux ; la nature des symptômes observés avant la mort semble le démontrer, quand l'absence de lésions organiques interdit toute interprétation contraire.

Dans l'empoisonnement subaigu, on observe des lésions irritatives des poumons et des reins; le foie est généralement indemne, et ce n'est que dans les cas chroniques que l'on a observé sa dégénérescence granulo-graisseuse. La coloration noire des urines n'est pas due à la matière colorante du sang mais à l'élimination d'une combinaison mal définie, comparable à l'hydroquinone pour certains auteurs. La mort résulte dans ces cas des lésions pulmonaires et rénales et aussi des altérations sanguines.

La thérapeutique doit viser trois indications principales dans l'intoxication par l'acide phénique :

1° Il faut éliminer le poison aussi vite et aussi complètement que possible; pour cela on peut utiliser deux moyens : l'action des émétiques et le lavage de l'estomac. Les vomitifs ordinaires ne sont guère recommandables, car bien souvent ils sont inefficaces, soit à cause de l'absence de réaction stomacale, soit à cause des difficultés de leur ingestion (trismus, œsophagisme); ainsi, Delahouste raconte que, voulant introduire une sonde œsophagienne dans l'estomac, l'instrument se brisa au niveau de l'œil inférieur, soit qu'il fût défectueux, soit constriction du pharynx ou de l'œsophage (2). Fribourg et Wissemans échouèrent avec l'ipéca qui ne produisit aucun effet chez leur malade ; aussi, dans ces derniers temps a-t-on conseillé les injections sous-cutanées d'apomorphine à la dose de 5 à 10 milligrammes. Mieux vaut recourir à l'évacuation artificielle de l'estomac; il faudra dans ce but employer l'appareil de Debove qui contient un mandrin rigide destiné à permettre à l'appareil de vaincre la résistance provenant du spasme œsophagien ; le tube une fois introduit, l'opérateur l'amorce en y versant de l'eau contenant du sulfate de soude ; un bon moyen pour aug-

1. Beunat, Étude sur l'empoisonnement par l'acide phénique (thèse de Paris, juin 1896, n° 332).

1. *Arch. de méd. mil.*, 1884, p. 272.
2. *Ibid.* p. 308.

menter la rapidité du lavage consiste à se servir d'une poire en caoutchouc qu'on adaptera au tube et qui remplira l'office d'une pompe à la fois aspirante et foulante.

Quand l'intoxication a eu lieu à la suite d'injections faites avec des solutions phéniquées dans une cavité naturelle ou accidentelle, il faut remplir cette première indication en lavant la cavité avec de l'eau alcaline tiède; ou avec de l'eau stérilisée, de façon à éliminer le plus rapidement possible, tout le poison non encore absorbé. De même pour les intoxications à la suite de lavements; à l'aide d'un irrigateur ou d'un tube de caoutchouc muni d'une longue canule, on pourra éliminer la plus grande partie du poison, en faisant passer 1 à 2 litres de liquide jusqu'à regorgement; c'est ainsi que M. Bouchard (1) a réussi à sauver deux malades; Prœtorius (2), Kothmeier (3), Pinckham (4), citent des faits analogues.

Mais tous ces moyens ne sont efficaces qu'à la condition que le poison ne soit pas encore absorbé par le sang; pour prévenir l'intoxication et la limiter, il faut agir sur les émonctoires (poumons, reins, peau) et favoriser l'élimination par ces trois voies, auxquelles correspondent trois sortes de moyens :

a). La respiration artificielle; Lemaire (5) en 1863 a en effet démontré que, chez les animaux empoisonnés par l'acide phénique, le toxique se dégage par la surface pulmonaire en telle proportion que l'air expiré, passant à travers une solution d'albumine, en produit la coagulation; d'autre part, les expériences faites par M. Beunat sur les chiens montrent que les poumons sont lésés en premier lieu et que la paralysie des centres respiratoires est un symptôme commun à toutes les formes d'intoxication. Küster indique ce moyen thérapeutique comme très efficace.

b). Les diurétiques (boissons chaudes, lait) sont recommandés par Falkson (6); leur action ne peut qu'être favorable, puisque c'est aussi bien par les reins que par le poumon que s'élimine le poison à l'état physiologique.

c). Les sudorifiques constituent, enfin, le 3e moyen d'élimination : leur emploi est basé sur les expériences de Labbé (7) qui a montré, en intoxiquant des grenouilles par la voie hypodermique, que le poison s'élimine par la peau, en produisant des bulles de pemphigus.

2° La deuxième indication a pour but la neutralisation chimique du poison; elle ne pourra être remplie que si le toxique se trouve encore dans l'estomac; on administrera alors des solutions alcalines, telles que du sulfate de soude ou de magnésie à 5 p. 100 (Bauman), ou du sucrate de chaux dissous dans une grande quantité d'eau (Husemann); elles auront pour effet, si elles sont pratiquées à temps, de diluer le poison et de former des combinaisons inoffensives. Ce mode de traitement, qui a réussi à Sonnenbourg (8) dans un cas d'intoxication chirurgicale, soulève une critique : la réaction que les sels alcalins doivent provoquer au contact de l'acide phénique est trop lente pour entraver la marche de l'empoisonnement; ce moyen nous paraît donc illusoire, en dépit des assertions de Kamil (9) qui conclut de ses expériences sur des chiens et sur des cobayes, que le sulfate de soude administré un peu avant, en même temps, ou peu de temps après l'ingestion du phénol, enraye les accidents toxiques et prévient la terminaison fatale.

3° La troisième indication est de combattre par des moyens appropriés les troubles que l'acide phénique produit dans le fonctionnement des organes. La parésie des centres respiratoires demande l'emploi des ablutions froides sur la nuque et la pratique de la respiration artificielle; l'asthénie cardiaque sera combattue par les stimulants, en particulier les lavements ammoniacaux (30 gouttes d'ammoniaque pour 2 verres d'eau), les frictions générales sèches, les frictions alcooliques ou térébenthinées; les injections d'éther sont particulièrement recommandables (Langlais, *Concours médicale* 1885); le résultat obtenu avec ces injections est si rapide qu'on peut dire qu'elles constituent la médication la plus utile de l'intoxication phéniquée De Santi). Langlais y eut recours dans des cas désespérés et en vante les résultats. Shaw (1) a pu enrayer une intoxication chez une femme en état de mort imminente en lui injectant quelques gouttes d'ammoniaque dans une veine; ce remède paraît plus dangereux que l'éther.

M. Ferrand préconise l'emploi de l'électricité.

Pour désintoxiquer le sang, on devra recourir aux inhalations d'oxygène : ce remède a réussi dans un cas extrême (De la Bate, *Bull. génér. de thérapeutique*, 1883); d'après ce que nous savons de l'état du sang dans l'empoisonnement aigu, ce résultat n'a rien de surprenant.

Enfin, en dernier lieu, les accidents aigus étant conjurés, il faut favoriser l'élimination du poison par les diurétiques, sans irriter le rein, et combattre les inflammations locales et les accidents secondaires.

Donc, en résumé :

Evacuation du toxique par le lavage stomacal, de préférence avec une solution légère de sulfate de soude;

Traitement du collapsus et de l'hypothermie par les stimulants de tout ordre, notamment par les injections éthérées;

Régénération du sang par les inhalations d'oxygène.

1. Thérapeutique des maladies infectieuses, p. 324
2. Prœtorius (*Berl. klin. Woch.*, 1879, t. XVI).
3. Kothmeier (*Berl. klin. Woch.*, 1879, t. XV).
4. Pinckham (*Philadelphia med. and surg. Reporter*, 1868).
5. De l'acide phénique, 1863.
6. Falkson (*Archiv fur klin. Chirurgie*, t. XXVI, p. 204).
7. Labbé (Gubler), Commentaires, p. 448.
8. Sonnenbourg (*Deutsche Zeitschr. fur Chirurgie*, t. IX, p. 336).
9. Kamil (thèse 1880).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 Juillet 1896.

Aïnhum et lèpre.

M. Zambaco Pacha lit un mémoire pour démontrer que l'aïnhum des nègres est une lèpre légère, monosymptomatique, dactylienne, podique, c'est-à-dire mutilante des pieds. Et si on met à part certaines lésions très distinctes, comme les amputations congénitales, M. Zambaco pense que les faits qualifiés d'aïnhum chez les Européens — mais, en réalité, très différents de l'aïnhum des nègres — doivent être envisagés de même. Quelquefois cette lèpre mutilante podique est polydactylienne; il y a, en outre, des troubles vasculaires, nerveux et trophiques, que les médecins qui ont décrit l'aïnhum n'ont pas décrit, probablement parce qu'ils ne les ont pas recherchés. On arrive par gradations successives aux mutilations portant à la fois sur les mains et les pieds, aux panaris analgésiques. D'autre part, des lépreux incontestables ont pu perdre des doigts par anneau constricteur. M. Zambaco termine en affirmant que bien des cas de syringomyélie, de sclérodactylie, de trophonévrose, de morphée, sont, en réalité, des cas de léprose.

1. Shaw (*the Lancet*, 1875, t. II).

Élongation nerveuse.

M. Périer fait un rapport sur des observations de M. Mouchet (de Sens) (voir *Gazette*, p. 581). Il conclut, avec l'auteur, en faveur d'une élongation modérée dans les cas de ce genre.

M. Reclus à ce propos dit que dans les cas de M. Mouchet, l'anesthésie ayant été faite à la cocaïne, le malade a cependant senti. C'est que seules les parties où l'on a pratiqué une injection deviennent insensibles; M. Reclus a pratiqué l'élongation nerveuse sans que le malade sentit rien, mais il avait eu soin d'anesthésier directement le nerf lui-même. Cette pratique est indispensable si l'on veut porter un jugement exact.

M. Ch. Monod ne croit pas que les faits de M. Mouchet soient très probants en faveur de l'élongation, car il est à remarquer que, dans le premier surtout, il y a eu libération du nerf enclavé dans une gangue fibreuse.

M. Périer fait remarquer que les opérés de M. Mouchet, n'étant pas endormis, ont précisément pu rendre compte de ce qui s'est passé au moment même où a été pratiquée l'élongation, et à ce propos il y a lieu de se féliciter que, en raison de la légère erreur signalée par M. Reclus dans la technique de la cocaïnisation, ces sensations aient pu être perçues.

Ankylose du genou.

M. Terrier présente de la part de **M. Forgue** (de Montpellier) une application des rayons de Röntgen à la chirurgie. Il s'agit d'un cas d'ankylose du genou dans lequel la photographie du squelette permit de mesurer exactement l'angle de la déviation et de pratiquer une résection cunéiforme où le fragment eût mathématiquement les dimensions de l'angle complémentaire.

Maladie de Fauchard.

M. Moty lit une note sur la pathologie de la maladie de Fauchard; d'après ses recherches, cette affection qui entraîne la chute prématurée de dents saines en apparence, est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine.

La compression de la pulpe amène son atrophie et secondairement celle de l'alvéole.

La maladie de Fauchard serait ainsi la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l'économie, on doit donc la classer dans les scléroses et abandonner l'hypothèse de la pathogénie microbienne.

La trépanation de la cavité pulpaire proposée par M. Poinsot au congrès dentaire de Chicago (1893) est parfaitement rationnelle, mais se trouve ordinairement contre-indiquée par l'état trop avancé des lésions au moment où les malades viennent consulter.

Présentation d'un pseudo-hermaphrodite (androgyne) prétendu femme ayant de chaque côté un testicule, un épidydime kystique et une corne utérine rudimentaire herniés dans le canal inguinal. Examen microscopique.

M. Pozzi présente à l'Académie une malade qu'il a opérée en mai pour une hernie inguino-labiale gauche récidivante. Elle avait en effet été opérée un an auparavant à Lariboisière d'une hernie inguino-labiale double qu'on avait supposée être une hernie des annexes. A gauche on avait enlevé une poche kystique supposée, un hydrosalpinx, et on avait réduit un organe glandulaire et un autre musculaire qui paraissaient bien n'être qu'un ovaire et un utérus rudimentaires. A droite, deux organes supposés, l'ovaire et une trompe également kystique étaient compris dans un sac extrapéritonéal et avaient été réséqués.

La hernie inguinale gauche ayant récidivé, M. Pozzi pensa tout naturellement qu'elle était formée par l'utérus et l'ovaire respecté lors de la première intervention. Comme d'autre part elle était très douloureuse, il en fit la cure radicale après résection des deux organes. Mais l'examen histologique montra que l'organe glandulaire n'était autre qu'un testicule et que ce testicule est lui-même arrêté dans son développement, ainsi qu'en témoignent la quantité considérable des « cellules interstitielles » vers la périphérie. L'autre organe enlevé était constitué par des fibres lisses entre-croisées et qu'on doit supposer être une corne d'utérus bipartitus rudimentaire quoiqu'il n'y eût pas de cavité ni de muqueuse utérine.

L'examen histologique de l'organe glandulaire enlevé lors de la première opération montra également qu'il s'agissait du testicule.

On ne trouva ni spermatozoïde ni épididyme. Ce fait de l'absence de l'épididyme n'a point lieu de surprendre, car c'est assurément aux dépens de ces épididymes qui s'étaient développées les deux poches kystiques précédemment extirpées et prises pour des hydrosalpinx.

Quant à la malade, à part un développement un peu rudimentaire des organes génitaux externes (y compris le clitoris), et une respiration à type abdominal, elle présente l'aspect extérieur d'une femme bien constituée. Elle a été déflorée à 8 ans. Depuis elle n'a jamais eu aucun rapport sexuel. Elle n'a jamais eu de règles, mais tous les mois, depuis l'âge de 12 ans, elle éprouve pendant deux jours tous les phénomènes sympathiques habituels de la menstruation. En outre, pendant 10 ans elle a eu des épistaxis mensuelles supplémentaires. Elle n'avait jamais eu aucun désir sexuel avant sa première opération. Elle en a eu de très violents depuis et s'est sentie attirée très fortement vers le sexe masculin.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 Juillet 1896.

Tuberculose du sacrum et coxalgie secondaire.

M. Ardouin présente le bassin d'un enfant de neuf ans ayant succombé à une méningite tuberculeuse. Ce bassin présente des lésions tuberculeuses du sacrum, propagées à l'os iliaque, avec perforation du cotyle et destruction complète de la tête et du col du fémur. L'enfant avait en outre une tumeur abdominale, qui n'était qu'un abcès froid d'origine sacrée. L'enfant succomba à la méningite tuberculeuse, quatre mois après l'omission de l'abcès.

Exostose des fémurs dans un cas de syphilis héréditaire.

M. Labbé montre les fémurs d'un hérédo-syphilitique, qui pendant la vie a présenté des signes de pseudo-paralysie des membres inférieurs et une saillie exagérée de la région trochantérienne.

L'autopsie a montré l'existence, au-dessous des trochanters, d'exostoses assez volumineuses et symétriques, avec épaississement de la ligne ostéochondrale, coloration jaunâtre de la moelle et ostéophyte entourant la diaphyse fémorale.

Carcinome kystique des deux ovaires.

M. Lavillauroy présente deux volumineux carcinomes kystiques des ovaires, développés chez une femme de cinquante-cinq ans et ayant évolué rapidement, avec ascite et cachexie.

Les tumeurs, qui étaient pédiculées et non adhérentes, renfermaient de nombreux kystes, tapissés par un épithélium cylindrique et contenant une substance muqueuse et des cellules vésiculaires desquamées. A côté de ces kystes il existe une infiltration de cellules nettement cancéreuses. Il s'agit donc d'une forme rare de carcinome kystique.

Epithélioma kystique de l'ovaire.

M. Vanverts présente un épithélioma kystique bilatéral de l'ovaire. L'une des tumeurs était développée dans l'abdomen; l'autre était restée dans la cavité pelvienne, avait distendu le cul-de-sac de Douglas, dédoublé la cloison recto-vaginale et

s'avançait ainsi jusqu'à 2 centimètres de l'orifice vaginal, en faisant une forte saillie dans le vagin et dans le rectum. L'utérus, repoussé fortement en avant par cette tumeur, comprimait l'urèthre.

Pleurésie purulente médiastine à pneumocoques.

MM. Thoinot et **Griffon** ont trouvé à l'autopsie d'une femme qui a succombé au 7e jour de sa pneumonie une pleurésie enkystée siégeant entre la face interne du poumon gauche et la plèvre médiastine correspondante. Le pus épais, peu abondante, fusait vers le sinus costo-diaphragmatique au niveau de la zone de Traube, tandis que sa limite supérieure était marquée par un plan qui passerait par le hile du poumon.

L'examen bactériologique du pus pulmonaire et pleural a montré la présence du pneumocoque seul très virulent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 Juillet 1896.

Actions toxiques des alcools.

M. Viala. — J'ai entrepris, avec M. Charrin, des expériences qui pour le moment portent sur 50 lapins et concernent la toxicité des alcools.

Comme on le sait, par voie intra-veineuse, la toxicité immédiate est plus forte pour les alcools supérieurs, réputés les meilleurs.

Si on use de la voie digestive, à doses progressives, durant des semaines, les mauvais alcools, sans qu'il y ait d'énormes différences, paraissent faire maigrir davantage, amener des dégénérescences plus marquées du foie, sans cirrhose, etc.

Nous nous sommes servi des boissons usuelles.

Recherches sur le premier stade de l'infection dans l'aspergillose expérimentale.

M. Rénon. — Pour essayer d'élucider le mécanisme de l'infection dans le premier stade de l'aspergillose expérimentale, nous avons fait des recherches comparatives sur un aspergillus pathogène, l'aspergillus fumigatus, et sur un aspergillus non pathogène, l'aspergillus niger.

Des expériences sur des grenouilles nous firent voir que la différence de température d'évolution des deux champignons n'était pas la cause de cette différence de pouvoir nocif, puisque ces animaux, placés à 20° et 25°, et à 36° et 38°, résistèrent aussi bien à l'aspergillus fumigatus qu'à l'aspergillus niger : par les cultures il fut possible de retrouver les deux parasites dans leurs organes, même au bout de 35 jours, et l'examen microscopique de l'exsudat de leur sac lymphatique fit nettement constater la présence des spores dans les leucocytes.

Chez le lapin il est facile de voir que les spores de l'aspergillus fumigatus ne produisent de réactions leucocytaires, dans le tissu rénal, qu'au bout d'un certain temps, 3 heures au minimum : à ce moment l'immense majorité des spores est encore libre, et la réaction phagocytaire ne s'exerce réellement que vers la douzième heure, quand le parasite suit son développement normal : elle tend à limiter la marche envahissante du mycélium. Si l'on emploie la méthode de Bordet, on voit qu'il en est de même *in vitro*, et qu'au bout de 3 heures c'est la minorité des spores de ce champignon qui est incluse dans les leucocytes, alors que la presque totalité est parfaitement libre. *In vitro*, il en est tout autrement pour les spores de l'aspergillus niger, qui, bien que plus grosses, sont englobées en plus grand nombre, et beaucoup plus rapidement par les globules blancs : ces spores conservent leur vitalité dans l'organisme du lapin.

Ces recherches mettent hors de doute l'action de la leucocytose au début de l'infection aspergillaire. Les réactions des globules blancs, intenses pour les deux parasites chez la grenouille, intenses pour le champignon non pathogène, médiocres et presque nulles pour le champignon pathogène chez le lapin sont peut-être la raison directe de leur pouvoir virulent, sans qu'il soit possible d'expliquer la cause intime du phénomène.

Recherches expérimentales sur l'anthracose pulmonaire.

MM. Paul Claisse et **Otto Josué.** — Nous nous sommes proposé d'étudier expérimentalement les relations des pneumokonioses avec les états morbides, pour préciser d'une part l'influence de ces derniers sur la production de l'anthracose, d'autre part celle de l'anthracose sur l'évolution des états morbides.

30 animaux, soumis à l'inhalation de fumées, furent sacrifiés à des dates différentes, les uns sans autre intervention, les autres après production d'une tare locale ou générale.

Dans le premier groupe, on constate qu'il s'établit pendant longtemps une sorte d'équilibre, l'élimination des poussières étant assurée par les voies lymphatiques. Les doses de charbon nécessaires pour rompre cet équilibre sont considérables, et c'est seulement dans les conditions hygiéniques les plus défectueuses de la vie industrielle que l'homme se trouve exposé à des inhalations comparables à celles de nos expériences. Nous pouvons donc conclure que la présence d'anthrose chez un sujet qui, par sa profession, n'est pas particulièrement exposé aux poussières de charbon, n'est pas un fait physiologique, comme on le pense d'ordinaire, mais bien l'indice d'un état pathologique.

Dans le 2e groupe, on constate que les diverses modifications de l'état local ou général (intoxication par la morphine, tuberculose, corps étrangers, section d'un pneumogastrique) favorisent le développement de l'anthracose pulmonaire.

Par contre, l'anthracose favorise-t-elle la production des états morbides? Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à ce jour montrent que, chez un sujet exempt d'autre tare pathologique l'anthracose a peu d'influence sur le développement des états morbides.

Dosage de l'alcool dans le sang après l'injection intra-veineuse d'une certaine dose d'alcool éthylique.

M. Gréhant. — Après avoir injecté dans le sang veineux d'un chien un poids d'alcool égal à 1/25 du poids du sang, on a trouvé :

1 heure	après l'injection	0 c.c. 72	alcool absolu
2 —	—	0 c.c. 54	—
3 —	—	0 c.c. 45	—
18 —	—	0 c.c. 15	—
21 h. 20	—	0 c.c. 05	—
23 h. 20	—	0 c.c.	—

dans 100 cent. cubes de sang; ainsi la proportion de l'alcool dans le sang va en décroissant avec lenteur, puisqu'il faut 23 heures pour qu'il y ait élimination complète.

Le dosage de l'alcool dans le sang a été fait à l'aide du bichromate de potasse et de l'acide sulfurique, par un procédé qui a été rendu quantitatif par M. Nieloux, préparateur au muséum.

Paralysie et atrophie musculaire consécutives à des injections de cultures stérilisées du pneumocoque.

M. Remlinger présente un lapin auquel M. le professeur Vaillard a inoculé à deux reprises 10 cent. cubes d'une culture de pneumocoque stérilisée. 12 jours après la dernière injection, l'animal a présenté une atrophie symétrique de tous les muscles des membres antérieurs. En 8 jours les muscles des membres antérieurs ont complètement disparu. Actuellement, les pattes de devant sont inertes, rétractées contre la paroi thoracique. Les saillies des muscles scapulaires sont remplacées par des méplats et la palpation permet de sentir tous les détails du squelette.

Il s'agit très probablement d'une myélite, comparable à celles qui ont été obtenues à l'aide des toxines pyocyanique, diphthéritique, tétanique. L'autopsie de l'animal permettra bientôt d'être fixé sur ce point.

De l'abolition du réflexe crémastérien et bulbo-caverneux dans la neurasthénie.

M. Critzmann. — Le contrôle objectif des misères accusées par le neurasthénique est actuellement pour ainsi dire impossible. Le diagnostic de cette affection se fait parce qu'un examen attentif du malade a démontré l'absence de toute lésion viscérale et l'intégrité absolue du système nerveux cérébro-spinal.

Or, le Dr Critzmann, pour pallier à cet inconvénient, a cherché de quelle manière se comportent les réflexes cutanés dans la neurasthénie et il est arrivé dans 9 cas de neurasthénie héréditaire les résultats suivants :

D'abord, en ce qui concerne le réflexe crémastérien, il ne manque presque jamais chez les individus normaux. Pour le provoquer il faut frotter avec l'ongle de l'index droit ou avec un pinceau métallique à faradiser sur la peau de la partie interne d'une des cuisses. La direction de cette excitation sera toujours de haut en bas. La contraction réflexe du crémaster peut encore être déterminée en exerçant avec le pouce une forte pression au niveau de l'anneau du 3e adducteur ou au niveau du condyle interne du fémur :

1° Le réflexe crémastérien manque chez les neurasthéniques héréditaires.

2° Cette abolition est bilatérale.

3° Le réflexe est également aboli :

a) Chez les individus atteints de varicocèle du cordon avec relâchement notable du scrotum ;

b) Chez les individus ayant souffert, à un moment donné de leur existence, d'une orchite bilatérale.

4° Il faut donc s'assurer avant de se prononcer sur la valeur de ce signe lorsqu'il existe, si l'individu n'est pas porteur d'une distension variqueuse des veines du cordon avec relâchement accusé des bourses, ou s'il n'a pas été atteint d'une orchite bilatérale simultanée.

5° Dans trois cas de neurasthénie acquise, le réflexe a été trouvé absolument normal.

6° Il ne semble pas qu'il y ait dans la neurasthénie connexion quelconque entre l'abolition du réflexe crémastérien et l'impuissance génitale.

7° Le réflexe bulbo-caverneux est dans la neurasthénie soit difficile à provoquer, soit complètement aboli, soit diminué dans son intensité. Il y a en outre un certain retard entre le moment où l'on pince la muqueuse du gland et la secousse que reçoit l'index placé sur le bulbe de l'urèthre. Ce réflexe est donc profondément modifié dans la neurasthénie héréditaire.

Action des toxines sur la lymphe.

M. Charrin. — J'ai pu étudier avec MM. Athanassiu et Carvallo l'influence des produits microbiens sur la quantité comme sur la qualité de la lymphe.

On place une canule dans le canal thoracique d'un chien à jeun ; on recueille, en 5 minutes, environ 4 cent. cubes d'une lymphe claire, coagulant immédiatement.

A ce moment, on injecte dans les veines des toxines pyocyaniques stérilisées par une série de chauffages à 60°-64° ; on introduit de 3 à 6 cent. cubes par kilo d'animal.

Au bout de quelques minutes, 5, 10, 15, 20, on voit l'écoulement de la lymphe augmenter notablement ; on recueille en 5 minutes des volumes oscillant entre 12 et 40 au lieu de 4 ; pour obtenir ces augmentations considérables, il faut introduire 6 p. 1000.

Parallèlement, cette lymphe perd sa coagulabilité ; elle demeure fluide pendant des heures. D'autre part, sa coloration change, elle devient louche, lactescente ; parfois même, si on a usé de grosses doses, une teinte rosée devient manifeste ; cette lactescence, qui rappelle la lymphe de la digestion est due, en partie, à de la graisse ; il se produit une sorte de balayage des ganglions, des vaisseaux mésentériques ; cette teinte rosée est attribuable à des hématies ; la paroi des capillaires subit donc une modification, comme le veut Heidenhain, mais ces résultats semblent indiquer aussi qu'il se fait une véritable formation, conformément à la conception de Starling : les deux théories ont leur part de vérité.

Si, à ce moment, on examine la pression, on la voit varier. Si on recueille du sang artériel, on constate que sa coagulabilité est retardée, qu'il renferme, pour un volume donné, plus de globules rouges.

Ces expériences mettent en évidence des propriétés lymphagogues considérables, il y a peu de principes qui les possèdent à ce degré, d'autant plus que ces attributs visent aussi les qualités du produit.

Il est à peine besoin de faire remarquer l'importance de ces données au point de vue de la physiologie pathologique, des troubles morbides, surtout quand on sait le rôle prédominant de la lymphe à ces données expliquent les œdèmes, les diffusions par voie lymphatique, les modifications humorales, etc.

Depuis une série d'années, je me suis attaché à mettre en lumière l'action de ces toxines sur la chaleur animale, sur les vaso-moteurs, sur le cœur, sur la moelle, sur les muscles, sur la composition du sang, sur la bile, sur les sens digestifs, sur les gaz de la respiration, sur la constitution de l'urine, sur les échanges, sur le glycogène, etc., etc. ; je crois que les résultats de ces expériences complètent la série de ces attributs fonctionnels, ajoutent un fait intéressant à l'histoire physiologique des toxines.

Séro-diagnostic.

M. Charrin. — J'ai l'honneur de présenter une note de P. Courmont montrant que la réaction du sérum des typhiques s'étend au bacille du côlon, non à d'autres.

Je saisis cette occasion, comme celle de la note de Nicolas, pour rappeler que, dès 1889, nous avons soutenu que les germes, en évoluant, modifiaient les sérums ; nous avons été vivement combattus par les partisans des phagocytes.

Aujourd'hui, les ingénieuses applications réalisées, attestent la vérité de nos conceptions. Il y a déjà longtemps que la doctrine chimique humorale de l'immunité, que nous avons toujours défendue, même à un moment où nous étions les seuls, n'est plus discutée.

Influence des injections intravasculaires de chlorure de sodium sur la constitution moléculaire de l'urine.

MM. Carrion et Hallion. — Les recherches de M. Winter sur la constitution moléculaire des humeurs ont établi, entre autres faits, l'existence de certaines lois régissant cette constitution et en limitant les variations. D'après cet auteur, le chlorure de sodium jouerait, à ce point de vue, le rôle régulateur principal. Nos expériences confirment les vues de M. Winter en ce qui concerne la sécrétion urinaire. Quel que soit le titre de la solution de NaCl injectée dans le sang d'un animal, on constate que la concentration moléculaire de l'urine et sa teneur en chlorure de sodium tend vers un rapport fixe.

Nous avons, opérant ainsi sur une solution de constitution simple, observé les troubles produits suivant la concentration moléculaire du liquide injecté. Nous nous proposons d'appliquer les données fournies par ces expériences à l'étude de la toxicité urinaire : l'urine ayant une concentration moléculaire toujours plus élevée que celle du sérum sanguin (Winter), cette différence de concentration ne peut manquer de produire des troubles par elle-même en dehors de ceux qui peuvent être dus aux substances dissoutes.

Présence du seul pneumocoque dans la pneumonie lobaire suppurée.

M. Vincent Griffon. — Nous avons soumis à une analyse bactériologique rigoureuse les 5 cas de suppuration du foyer de pneumonie lobaire franche aiguë qu'il nous a été donné d'observer.

Nos résultats sont en contradiction avec l'opinion que l'on se fait actuellement de la microbiologie de ce processus.

Dans les 5 cas (infiltration purulente ou abcès) nous avons isolé le pneumocoque à l'état de pureté. Aucun autre germe n'a pu être décelé sur les lamelles préparées avec le pus bavant sur la surface de section.

Souvent les ensemencements sont demeurés stériles.

Celles des souris inoculées qui ont succombé n'ont présenté dans le sang, soit à l'examen, soit par les cultures, que le seul pneumocoque.

On sait que les auteurs qui ont écrit en ces dernières années sur la pneumonie et le pneumocoque font de la suppuration compliquant l'hépatisation un processus d'infection secondaire. On incrimine les pyogènes vulgaires, le streptocoque et les staphylocoques. Presque tous sont unanimes sur ce point (Netter, Landouzy, Sallard, etc.).

Seul, Zenker admet que l'hépatisation grise et même les abcès pneumoniques peuvent relever du pneumocoque seul. Il possèderait alors une virulence exaltée.

Nous penchons plutôt personnellement pour une diminution de la vitalité et de la virulence du pneumocoque lorsque dans le poumon il devient pyogène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 Juillet 1896.

Traitement du cancer du rectum.

M. Quénu pense contrairement à M. Chaput que l'opération de Kraske est grave. Ses statistiques, qui portent sur 13 cas, lui donnent 5 morts opératoires, soit une mortalité de 38 p. 100. Une fois la mort est survenue par gangrène du bout supérieur. Dans les autres cas, la mort est survenue par septicémie sans péritonite. On peut espérer que cette mortalité ira en diminuant grâce au perfectionnement du procédé opératoire, grâce aussi au choix plus judicieux des cas à opérer.

Mais, à l'heure actuelle, la mortalité opératoire chez M. Chaput, comme chez les autres chirurgiens français ou allemands, oscille entre 20 et 25 p. 100.

L'opération du cancer du rectum est donc une opération grave. Quant aux résultats définitifs au sujet desquels M. Chaput annonce 50 p. 100 de guérisons, ce chiffre paraît aussi exagéré à M. Quénu qui, sur les 8 opérés qui ont survécu a observé 6 récidives au bout de 6 mois à un an, 2 cas sans récidive depuis 18 mois et 5 ans.

Ce qui peut modifier les résultats c'est le diagnostic précoce. Mais en France du moins on semble avoir une répugnance pour le toucher rectal qui seul, pourtant, permet de diagnostiquer le cancer au début.

Ce qui aggrave le pronostic chez les cancéreux c'est que quelquefois, après l'opération, ces malades succombent à des accidents de choc, à des phénomènes d'infection, sans réaction inflammatoire. Tout récemment M. Quénu a perdu deux malades où après une extirpation d'un petit cancer de la langue dans un cas, d'un cancer pédiculé du rectum dans un autre, il est survenu une sorte d'affaiblissement général, d'apathie. Chez les deux la mort est survenue par une sorte d'extinction progressive de l'énergie vitale, sans complication d'aucun genre.

Au point de vue opératoire, il faut, d'après M. Quénu, enlever le segment rectal malade sans l'ouvrir; il faut l'enlever comme une tumeur. Il faut établir au préalable un anus iliaque; envelopper, après résection du segment malade, les deux bouts supérieur et inférieur avec de la gaze iodoformée; laisser la plaie opératoire ouverte.

L'établissement d'un anus iliaque est absolument indispensable; il faut le pratiquer 10 ou 12 jours avant l'opération radicale. Cet anus iliaque nous semble présenter un avantage sur lequel on n'a jamais appelé l'attention et qui consiste en ce qui par l'anus iliaque on peut examiner l'intestin ainsi que les ganglions pelviens. Quand ces ganglions sont indurés, on les sent très facilement; ils indiquent l'envahissement profond du rectum. On peut explorer aussi les parois du petit bassin.

M. Chaput aime mieux faire l'anus iliaque 2 jours avant l'opération; ces 2 jours suffisent à vider et à nettoyer l'intestin. L'anus iliaque fait 12 jours avant l'opération affaiblit trop les malades.

M. Bazy cite un cas où, à travers l'incision de l'anus, il a pu, chez un malade atteint d'un cancer du rectum, explorer le petit bassin et trouver des ganglions. Il s'abstint alors de l'opération radicale.

M. Routier ne croit pas que l'anus iliaque affaiblisse les malades atteints de cancer du rectum : au contraire l'anus iliaque soulage les malades et relève leurs forces. Très partisan, dans le temps, de l'opération de Kraske, il préfère actuellement faire l'anus iliaque.

M. Reclus se déclare aussi partisan de l'anus iliaque dans le cancer du rectum. Il ne fait l'opération radicale que dans les cas de cancer petit et mobile. Il a un cas de ce genre où l'opération de Kraske n'est pas suivie de récidive depuis cinq ans.

M. Tuffier n'a eu que des désastres avec l'opération de Kraske. Il préfère donc l'anus iliaque quand le cancer remonte haut. Comme M. Quénu, il a vu un certain nombre de cancéreux succomber, après l'opération, avec des phénomènes d'affaissement; la mort est peut-être due à une sorte d'intoxication par les toxines cancéreuses.

M. Berger a observé deux cas analogues à ceux de M. Quénu, et se demande si ces phénomènes ne doivent être attribués à une intoxication iodoformée rapide.

M. Quénu trouve que M. Berger a raison de soulever la question de l'intoxication iodoformée, car le rectum absorbe beaucoup l'iodoforme. Mais dans ses deux cas il n'a employé que de la gaze stérilisée.

Quant à l'anus iliaque, il ne voulait en parler qu'au point de vue d'une opération préliminaire : l'anus iliaque ne permet de faire qu'une désinfection incomplète du rectum. Pour désinfecter le rectum convenablement il faut faire le curettage du rectum. Ce curettage combiné à l'anus iliaque peut donc présenter des avantages.

M. Chaput n'est pas enthousiaste de l'anus iliaque. Malgré cet anus, les malades continuent à s'affaiblir, à se cachectiser. ils ne se trouvent bien de l'anus que lorsque les selles se sont régularisées, c'est-à-dire au bout de 3 semaines environ.

Pied bot varus équin.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Rochard relative à un cas de pied bot varus équin invétéré congénital chez un garçon de 16 ans. L'enfant avait subi déjà une ténotomie et le résultat, bon du côté droit, fut pour ainsi dire nul du côté gauche.

M. Rochard est donc intervenu par une large tarsectomie. Les suites opératoires ont été très simples. Au bout de 2 mois 1/2 le malade commençait à marcher.

M. Kirmisson fait observer seulement que l'âge déjà avancé du malade n'influe pas beaucoup pour déterminer le chirurgien à faire de larges tarsectomies. Même chez les enfants d'un certain âge, on peut obtenir de bons résultats par l'incision de Phelps avec la ténotomie et une arthrotomie médio-tarsienne.

M. Kirmisson cite à l'appui deux cas de ce genre.

M. Verchère lit une observation de kyste séreux congénital du cou, traité par l'extirpation, chez un enfant.

M. Chaput présente des pièces d'entéro-anastomose par cautérisation chez le chien.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 9 Juillet 1896.

Spécificité du gonocoque.

M. Pichevin déclare qu'actuellement les recherches bactériologiques et l'expérimentation ne permettent plus de douter de cette spécificité.

M. Porak demande si cliniquement on peut affirmer qu'une femme est absolument guérie d'une affection gonococcienne, et s'il n'existe pas un moyen de déceler le gonocoque dans les vaginites anciennes.

M. Pichevin. — Le gonocoque a été retrouvé dans le col utérin six ans après l'infection et c'est à ce niveau qu'il faut le rechercher.

M. Doléris ne croit pas qu'il y ait actuellement un procédé qui permette d'affirmer d'une façon précise que le gonocoque a disparu d'une façon complète des organes génitaux de la femme.

M. Petit fait remarquer combien les signes qui permettent de distinguer le gonocoque sont peu caractéristiques, puisqu'ils ne sont pas admis en médecine légale.

M. Budin insiste sur l'importance qu'il y aurait à pouvoir faire le diagnostic certain de la non-existence du gonocoque chez l'homme lorsqu'il s'agit d'autoriser un mariage. Les médecins se désintéressent trop de cette question et pourtant le gonocoque produit chez les femmes des conséquences formidables : endométrites, salpingites, stérilité.

Pessaire intra-utérin.

M. Petit présente un pessaire intra-utérin, destiné à combattre l'antéflexion ; le pessaire, qui est creux, doit être laissé en place un certain temps. Dans un certain nombre de cas observés par M. Bouilly, la grossesse a suivi l'application de ce pessaire : il servirait donc à combattre la stérilité.

M. Doléris fait observer que les pessaires intra-utérins ne s'attaquent qu'à une des causes de la stérilité, l'antéflexion, et laissent de côté les malformations du col et les états pathologiques de la muqueuse.

On obtiendra de bons résultats avec le massage, la dilatation et les opérations plastiques sur le col.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 Juillet 1896.

Hystérie chez un paludéen.

M. Lemoine présente un malade hystérique chez lequel les manifestations de la névrose semblent avoir été déterminées par le paludisme, contracté au Tonkin. Ce malade, actuellement hémi-anesthésique droit, offre cette particularité de présenter une zone hystérogène située profondément au-dessous du rebord costal droit.

On peut considérer cette zone hystérogène hépatique comme l'expression étiologique de l'élément infectieux qui a donné naissance à la névrose.

M. Hanot fait observer qu'on a décrit en Allemagne une hystérie hépatique où les crises hystériques se présentent sous forme de colique hépatique.

M. Hayem cite le cas d'une jeune fille atteinte d'ulcère de l'estomac, chez laquelle il a provoqué un jour une crise d'hystérie violente, en voulant pratiquer un cathétérisme œsophagien. Quelques temps après cette jeune fille revint avec une anorexie hystérique grave. Il s'agissait donc dans ce cas d'hystérie localisée au tube digestif.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Achard a eu l'occasion d'appliquer le procédé de séro-diagnostic de M. Widal dans 6 cas, avec des résultats trois fois négatifs et trois fois positifs, mais confirmant toujours la valeur de ce procédé.

Parmi les cas négatifs 2 concernent des malades entrés avec des symptômes douteux ; l'examen du sérum, fait immédiatement, a permis d'écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. Dès le lendemain, d'ailleurs, la fièvre était tombée, et ces malades ont quitté l'hôpital peu de jours après.

Le troisième cas est plus intéressant. Il est relatif à une enfant de 16 ans, dont le père a été atteint simultanément d'une façon analogue et observé par M. Widal. Il y avait chez cette malade de quoi permettre l'hésitation : fièvre (39°), céphalalgie, anorexie, un peu de stupeur, langue sèche, épistaxis.

Mais on ne trouvait pas de diarrhée, pas de taches, pas de râles dans la poitrine, et la courbe thoracique différait de celle de la fièvre typhoïde régulière. De plus, la disparition rapide de la stupeur, de la céphalalgie, l'absence de diarrhée, montraient bien qu'il s'agissait non d'une fièvre typhoïde, mais d'un embarras gastrique fébrile. Or, l'examen du sérum, pratiqué dès le premier jour, et plusieurs fois renouvelé depuis, a permis d'éliminer d'emblée l'idée d'une fièvre typhoïde, conclusion identique à celle formulée par M. Widal, pour le frère de cette jeune malade.

M. Achard arrive maintenant aux cas positifs. Pendant une rechute de fièvre typhoïde, après 8 jours d'apyrexie, il a constaté, avec une intensité particulière, le phénomène de l'agglutination, observé par M. Widal, dans la première poussée fébrile chez le même sujet. Dans un autre cas, une malade, à qui un médecin de la ville avait dit qu'elle était atteinte d'une fièvre muqueuse, et qu'il fallait aller à l'hôpital pour être traitée par les bains froids, est entrée avec des symptômes mal accusés, mais avec une température élevée ; 2 jours plus tard apparaissait une angine avec exsudat. On aurait pu mettre en doute a nature des accidents observés en ville, et croire qu'il s'agissait seulement de troubles généraux, précurseurs d'une angine aiguë. Mais l'examen du sérum a permis de confirmer l'exactitude du diagnostic porté en ville. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde légère, au cours de laquelle une angine intercurrente avait produit une exacerbation de la fièvre.

Le dernier cas est le plus démonstratif. Il concerne un homme de 56 ans, entré avec une fièvre vive (40°2) et une diarrhée modérée, mais sans stupeur ni adynamie, capable même de se lever. En raison de la persistance de la fièvre à type continu que ne justifiait aucune lésion d'organe, à cause aussi de la diarrhée, on envisagea l'hypothèse d'une fièvre typhoïde, et on examina le sérum. Or, le résultat fut positif. C'était là un cas difficile ; le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les sujets âgés est toujours chose délicate. La seule observation clinique n'eût conduit à ce diagnostic qu'avec bien des réserves. D'ailleurs, dans ce cas, j'ai fait aussi la ponction de la rate et j'y ai retrouvé, à l'état de pureté, le bacille d'Eberth. Aucun doute ne peut donc subsister sur la nature de la maladie, et ce fait montre bien la valeur du diagnostic par le sérum.

Si maintenant on compare le séro-diagnostic aux autres procédés de microbiologie appliquée à la clinique, tous les avantages sont en faveur de ce séro-diagnostic. La ponction de la rate n'est pas toujours possible ni peut-être inoffensive : les cultures qu'elle fournit doivent ensuite être caractérisées, ce qui demande un certain temps. Quant au procédé d'Elsner, il exige aussi beaucoup plus de temps et de peine que le séro-diagnostic. Les colonies obtenues avec les selles ne peuvent pas être caractérisées seulement à l'œil nu, et, comme d'autres observateurs, j'ai vu que des colonies ressemblant à celles du bacille d'Eberth étaient, en réalité, formées par le colibacille, faisant fermenter la lactose. Enfin, la constatation récemment faite du bacille d'Eberth dans les selles de sujets bien portants, montre bien que ce n'est pas dans le contenu intestinal, c'est-à-dire à la surface interne de l'organisme qu'il importe de chercher la preuve de l'infection typhoïdique, mais bien dans l'intimité même de l'organisme, dans ses tissus ou dans ses humeurs.

C'est le sérum qui, de toutes les humeurs, paraît le mieux convenir. M. Achard fait, avec M. Bensaude, quelques recherches sur la salive et l'expectoration bronchique chez des typhoïdiques ; il est nécessaire de filtrer ces liquides pour les examiner. Mais toujours le résultat a été négatif.

M. F. Widal, en continuant ses recherches sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, a pu, à l'heure actuelle, trouver la réaction caractéristique dans 14 cas personnels. Il a examiné le sérum de 10 personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis un temps variant de 1 an à 19 ans. Il n'a constaté l'action agglutinante du sérum que chez une personne guérie, depuis 7 ans, d'une dothiénentérie grave. Il continue à multiplier les examens du sérum de personnes saines ou atteintes de maladies diverses ; jusqu'ici, les résultats ont constamment été négatifs.

Ses nouvelles observations lui ont fourni quelques documents sur la date d'apparition du phénomène et sur sa présence dans les formes peu graves de la maladie.

Chez 4 de ses nouveaux malades, arrivés à l'hôpital le 8e jour, le phénomène existait déjà. Chez un autre malade, il a pu assister à son apparition. Le sérum de ce malade, entré à l'hôpital le 6e jour, ne présentait pas encore la réaction. Le lendemain, 7e jour, les amas n'apparaissaient pas encore immédiatement après le mélange du sérum et de la culture ; la réaction ne

commençait à apparaître qu'après une heure de contact; le surlendemain 8e jour, elle était immédiate.

Chez un malade de M. Fernet, le phénomène existait déjà avec grande netteté à l'entrée à l'hôpital, le 5e jour. A cette date, le diagnostic clinique était des plus incertains; les taches rosées ont apparu 3 jours plus tard, et les symptômes d'une dothiénentérie grave se sont développés.

Ces quelques observations montrent déjà que la date d'apparition des phénomènes peut être variable d'un sujet à l'autre. Au point de vue pratique, elles nous permettent de retenir que, pour le diagnostic, on peut compter sur le phénomène à partir du 7e ou 8e jour; mais la réaction peut être sensible beaucoup plus tôt, puisque, dans le seul cas où il nous a été permis d'examiner le sang au 5e jour, le phénomène existait déjà dans toute sa netteté.

M. Widal a examiné 11 malades entrant à l'hôpital avec de la fièvre et avec un état général tel que le diagnostic pouvait être hésitant entre un embarras gastrique et une dothiénenthérie commençante. Dans tous ces cas, l'examen répété du sang est toujours resté négatif. Chez la plupart de ces malades, la défervescence s'est faite rapidement et la justesse de l'indication fournie par la méthode s'est trouvée réalisée.

Dans un cas, la fièvre s'est prolongée, et, sans le séro-diagnostic, il eût été impossible pendant quelques jours de se prononcer entre une typhoïdette et un embarras gastrique fébrile. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, habitant Paris depuis quelques mois seulement, et entrant à l'hôpital pour de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs abdominales, et disant avoir souffert chez lui de diarrhée. La température, le jour de l'entrée, était à 39°9 le soir; mais elle tomba, les jours suivants, pour osciller entre 38° et 39°. Pendant quelques jours, le diagnostic clinique eût penché vers une typhoïdette, d'autant plus qu'une sœur du malade était entrée à l'hôpital le même jour, pour des symptômes du même ordre, dans le service de M. Achard qui vient de rapporter son histoire. L'examen du sérum pratiqué 13 jours de suite est resté constamment négatif. Pour contrôler, dans ce cas si douteux, la valeur du séro-diagnostic, M. Widal a ensemencé une goutte de sang retirée de la rate et n'a obtenu que des cultures de staphylocoques blancs; il ne s'agissait donc pas de dothiénentérie.

Dans les formes peu intenses de la fièvre typhoïde, le phénomène peut également être mis en évidence. Chez un malade de M. Fernet, ne présentant que des symptômes atténués et dont la température a constamment oscillé entre 38° et 39° pour ne s'élever que rarement à 39°,5, l'agglomération des bacilles d'Eberth, par le sérum, était très manifeste.

Ces faits montrent que le séro-diagnostic peut servir à différencier les typhoïdettes des maladies dites embarras gastriques fébriles.

Avec son interne, M. Sicard, M. Widal a recherché si l'urine des typhiques ne présentait pas parfois la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth en culture. Ils ont étudié comparativement l'action des urines de leurs typhiques et de gens bien portants ou atteints des maladies les plus diverses, fébriles ou apyrétiques, avec ou sans albuminurie, sur des cultures de bacilles d'Eberth. Une goutte d'urine, prise aussi aseptiquement que possible, puis filtrée au papier, était mélangée, comme le sérum, à 10 gouttes de culture. L'urine des typhiques semble, dans ces conditions, agglutiner assez fréquemment le bacille d'Eberth, comme le montre une goutte du mélange examinée au microscope, mais le phénomène est inconstant, variable d'un jour à l'autre, et manque parfois alors qu'il est nettement apparent avec le sérum. L'urine de gens non atteints de fièvre typhoïde fournit plus rarement des amas très nets, après mélange avec une culture, mais elle en fournit quelquefois, et il est des cas où une préparation ainsi obtenue est identique à une préparation faite avec une urine typhique. MM. Enriquez et Hallion, poursuivent des recherches dans ce sens et sont arrivés à des résultats à peu près analogues.

Dans deux cas, après filtration à la bougie d'Arsonval, l'urine de typhoïdiques qui avait donné des agglutinations immédiatement après l'émission, avait perdu cette propriété. S'inspirant de l'expérience de M. Bordet sur la sérosité d'œdème des cobayes vaccinés contre le vibrion cholérique, M. Widal a ajouté, à ces urines filtrées, du sérum normal, dans la proportion de 1 p. 10. Cette addition a été incapable de faire apparaître, dans cette urine, la propriété agglutinante. Des recherches ultérieures renseigneront sur la signification exacte de ces phénomènes sur lesquels il est difficile encore de se prononcer. Il faut se rappeler que l'urine est un milieu dont les qualités physiques et chimiques sont essentiellement variables et souvent commandées par l'état du rein, surtout dans la fièvre typhoïde, qui touche si fréquemment cet organe. La sécrétion de la matière agglutinante en nature, ou mélangée aux éléments du sang n'est peut-être qu'un accident sous la dépendance de l'état des glomérules ou des épithéliums. Remarquons cependant, à ce propos, que, chez un typhique âgé dont le sérum présentait la réaction caractéristique, l'urine, quoique très riche en albumine, n'a jamais pu donner la réaction. On peut prévoir que, pour le diagnostic, nul liquide ne se prêtera mieux que le sérum à la recherche du phénomène agglutinatif.

Voici la marche que M. Widal suit actuellement dans la pratique du séro-diagnostic. Il commence toujours par l'examen extemporané. A dix gouttes d'une culture de bacille d'Eberth, vieille de 1 ou 2 jours, faite en bouillon bien neutre, il ajoute une goutte de sérum provenant du sang retiré par piqûre du doigt, après lavage antiseptique de la peau et flambage du godet d'hématimètre, suivant le procédé déjà indiqué. Une goutte du mélange, placée entre lame et lamelle, est immédiatement examinée au microscope et comparée avec une préparation faite avec la culture, avant l'addition du sérum. Si on voit des amas caractéristiques, nombreux et confluents, parsemant tous les points de la préparation à la façon des îlots d'un archipel, le diagnostic est fait. Parfois la préparation est agitée de mouvements browniens et l'aspect est plus net, après un quart d'heure ou une demi-heure de repos. Si les amas, tout en étant caractéristiques, ne sont pas très confluents, on conserve le mélange que l'on examine à nouveau au microscope, au bout de quelques heures. Après ce temps, le phénomène est souvent plus apparent.

En cas de résultat négatif, on réitère plusieurs jours de suite l'examen, si les symptômes suspects persistent. Dans tous les cas où M. Widal a obtenu des résultats positifs, le phénomène n'a manqué qu'une seule fois, lors de son premier examen. Lorsqu'il veut poursuivre complètement le phénomène, il mélange une partie de sérum à 10 ou 15 parties de bouillon, il ensemence avec le bacille d'Eberth et il met à l'étuve à 37 degrés. Après 24 heures, le bouillon s'éclaircit, des grumeaux se déposent au fond du tube et les amas au microscope sont des plus nets. Il emploie dans ces conditions du sérum puisé aseptiquement dans la veine.

Kyste hydatique volumineux du foie. Incision suivie de mort rapide.

M. Le Gendre rapporte l'observation d'un homme de 27 ans, qui avait un kyste hydatique volumineux du foie, ayant amené un déplacement considérable du cœur, dans l'aisselle gauche. Le malade a été opéré par M. Tuffier qui fit la laparotomie et l'incision du kyste qui renfermait deux litres de liquide. A mesure que le liquide s'écoulait, le cœur reprenait sa situation normale.

Cinq heures après l'opération le malade était pris de toux, et six heures plus tard mourait asphyxié sans avoir présenté ni expectoration albumineuse, ni hémoptysie.

Pour M. Le Gendre cette mort rapide s'explique soit par la décompression brusque des poumons, soit par le retour du cœur dans sa position normale. L'autopsie pu n'a être faite.

M. Rendu fait toujours, dans les kystes hydatique du foie, une ponction exploratrice, si le liquide n'est pas purulent il fait une seule ponction suivie de l'injection de quelques grammes de solution de sublimé au 2 millième. Par contre, quand le liquide du kyste est purulent, il faut inciser. Quant au mécanisme de la mort dans le cas de M. Le Gendre, M. Rendu trouve qu'il faut incriminer la décompression brusque des poumons. Il a observé un malade qui, trois jours après avoir été opéré par une incision d'un kyste purulent du foie, fut pris d'hémoptysie. L'auscultation révélait à la base du poumon droit des râles qui étaient la preuve d'une congestion produite après l'évacuation du pus.

M. Siredey a observé un malade atteint d'un kyste du

poumon qui, à la suite d'une ponction ayant donné issue à 2 litres 1/2 de liquide s'était mis à tousser et à rendre par les bronches des hydatides et du liquide kystique. Cette communication du kyste avec les voies aériennes rendant certaine la contagion du contenu de la poche, une intervention chirurgicale fut décidée.

Le malade, après avoir été chloroformé, fut couché sur le côté sain pour permettre de faire la toilette du côté malade. Celle-ci était à peine commencée que le malade cyanosé cessait de respirer. Il fut impossible de le ramener à la vie.

A l'autopsie, on constata du côté malade la communication du kyste hydatique avec les bronches et l'on trouva du côté sain les bronches remplies de liquide kystique qui s'était écoulé quand le malade avait été renversé sur le côté sain.

Sur une faute dans la stérilisation du lait qui peut être l'origine de diarrhées estivales graves.

M. A.-B. Marfan. — Dans mes leçons sur l'allaitement artificiel, j'ai signalé les faits sur lesquels je viens aujourd'hui rappeler l'attention. S'il me paraît utile d'y revenir, c'est que, dans cette période de chaleur plus qu'à tout autre moment, ne pas les connaître peut avoir des conséquences funestes.

Une règle doit dominer, à mon sens, toutes les pratiques de stérilisation : le lait doit être soumis à l'action de la chaleur le plus tôt possible après la traite. C'est de la violation de cette règle qu'il s'agit ici.

Dans ces dernières semaines, j'ai été appelé à voir un assez grand nombre de nourrissons atteints de diarrhées toxi-infectieuses fébriles, apyrétiques ou algides, mais toutes très graves. Dans quelques cas, il y avait eu violation grossière des règles de l'allaitement, et la genèse de la diarrhée n'était pas difficile à à trouver. Au contraire, dans quelques autres, les enfants étaient alimentés très régulièrement avec du lait stérilisé, dans le ménage, à l'aide des appareils de Soxhlet ou de Gentile; la stérilisation était effectuée par la mère, qui y apportait le plus grand soin; on s'étonnait donc de l'apparition d'une diarrhée grave. Pourtant une faute avait été commise ; car, voici ce que m'apprit une enquête que je pus mener à bien dans trois cas. Le lait était acheté le matin, entre 7 et 8 heures, à une crémerie voisine ; il était payé plus cher que le lait ordinaire, le crémier garantissant sa fraîcheur et sa bonne qualité ; aussitôt acheté, il était soumis à l'action de la chaleur. Ce lait était arrivé chez le crémier vers 5 heures du matin, venant d'une grande gare de Paris. Il avait donc voyagé la nuit, et il avait donc été trait la veille; effectivement, il fut possible d'apprendre qu'il avait été recueilli la veille vers 4 heures de l'après-midi.

Seize heures s'étaient donc écoulées entre la traite et le chauffage : c'est beaucoup plus qu'il n'en faut, pendant l'été et par les temps orageux, pour que le lait ait le temps de s'altérer. Après ce délai, on a beau le soumettre à l'action de la chaleur, on détruit les ferments, on ne détruit pas les produits de la fermentation, et on fait prendre au nourrisson un lait déjà corrompu.

Je crois donc utile de rappeler les règles que j'ai établies pour le choix d'un procédé de stérilisation par la chaleur.

Etes-vous dans le voisinage d'une source de lait qui offre les garanties désirables et pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur quelques instants après la traite? Usez alors de la méthode de Soxhlet, ou usez de l'ébullition, qui est presque aussi bonne, si vous assurez la parfaite propreté des vases, des biberons et des tetines ; dans les deux cas, que le lait soit consommé dans les vingt-quatre heures. Mais êtes-vous éloigné de la source du lait et ne pouvez-vovs soumettre le liquide à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, repoussez la méthode de Soxhlet, repoussez l'ébullition. Alors, la seule ressource possible, c'est le lait stérilisé dans l'industrie. Ce lait, soumis au surchauffage aussitôt après la traite, se conserve très bien pendant plusieurs jours.

Classification des gastrites.

M. Hayem pense que les gastrites doivent être divisées de la façon suivante :

I. — *Gastrite parenchymateuse et glandulaire.*

a) Gastrite parenchymateuse hyperplastique : multiplication des cellules principales et raréfaction des cellules de bordure ; — multiplication ou hypertrophie des cellules de bordure, raréfaction des cellules principales ; — multiplication des cellules des deux espèces.

b) Gastrite parenchymateuse dégénérative.

II. — *Gastrite interstitielle :* aiguë ou subaiguë ; — chronique, scléreuse.

III. — *Gastrites mixtes.*

IV. — *Processus terminaux :* transformation muqueuse atrophie.

M. Marfan présente des photographies faites suivant la méthode de Röntgen qui montrent les lésions développées sur le fémur chez un homme atteint d'arthrite coxo-fémorale chronique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Tuberculose localisée du cæcum traitée par la simple laparotomie.

M. Nové-Josserand. — Un enfant de 12 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels suspects de tuberculose, fut pris brusquement, au mois de juin 1895, de coliques intestinales violentes et continues qui, localisées d'abord dans la région de la fosse iliaque droite, se généralisèrent ensuite à tout le ventre. Les troubles digestifs furent avec cela peu marqués : pas de vomissements, un peu de diarrhée au début, puis de la constipation mais jamais de symptômes rappelant l'occlusion intestinale.

L'état du malade persista, stationnaire, pendant les mois de juillet et d'août. Il continuait à souffrir d'une façon continue et avec une intensité telle qu'une injection de morphine renouvelée chaque jour, suffisait à peine à l'empêcher de crier. Il ne mangeait plus, perdit ses forces, maigrit beaucoup et prit un aspect presque cachectique.

Au milieu du mois d'août, il entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Colrat, suppléé par mon collègue M. Courmont, qui, après l'avoir observé, voulut bien me confier ce malade. Son état était alors le suivant :

Enfant très amaigri, pâle, l'air anxieux, traits tirés. Apyrexie complète. Aucun symptôme pulmonaire.

A l'examen du ventre, on trouvait dans la région sus-ombilicale et à peu près sur la ligne médiane, une tumeur assez bien délimitée de forme allongée dans le sens transversal et paraissant avoir le volume du poing, à surface irrégulière, bosselée, donnant à la percussion partout de la submatité, sans zone de sonorité. La tumeur était assez mobile, non seulement à la main, mais aussi sous l'influence de la respiration et même spontanément; elle ne paraissait se rattacher par aucun point ni au rein ni au foie. Le reste du ventre était libre et souple partout.

On pratiquait, le 20 août une laparotomie exploratrice et, le péritoine ouvert, on trouve la tumeur constituée par le cæcum dont les parois étaient très épaissies, dures, bosselées, avec un revêtement péritonéal, rouge, et présentant un aspect chagriné.

Le péritoine pariétal était partout sain, sans adhérences. Sur les anses voisines de l'intestin grêle et sur le côlon ascendant, l'intestin présentait une couleur rouge, striée de quelques traînées caséeuses. Il s'agissait évidemment de tuberculose localisée du cæcum.

Après avoir discuté l'indication d'une résection de l'angle iléo-cæcal, avec entérorraphie immédiate, opération qui fut rejetée, parce que l'enfant ne semblait pas être assez résistant pour supporter un tel traumatisme, on renferma le ventre, après avoir saupoudré d'iodoforme et frotté avec de la gaze iodoformée les parties malades.

Les suites furent très simples. Dès le lendemain, grande amélioration, le malade put se passer de morphine. Au bout de deux ou trois jours, les douleurs avaient complètement disparu ; les fonctions digestives se rétablissent, l'appétit revient et, le 4 septembre, l'enfant put quitter la Charité opératoirement guéri.

Revu le 7 octobre, l'enfant était déjà méconnaissable : il avait engraissé beaucoup, ses fonctions digestives s'effectuaient normalement, il n'avait plus ressenti, depuis l'opération, aucune douleur. Le ventre était souple partout, on ne trouvait plus, au niveau du cæcum, de tumeur délimitée, à peine pouvait-on sentir encore un peu d'empâtement profond de la région cæcale.

Le malade n'a pas été revu depuis, mais on a eu de ses nouvelles à deux reprises, au mois de décembre et au mois de mars. Il continue à se porter très bien; sa mère écrit qu'il est devenu grand et fort, il a engraissé de plus de 10 kilos, et se livre à tous les travaux des enfants de son âge.

J'ai rapporté cette observation surtout à cause du résultat thérapeutique qui a été obtenu.

Il semble jusqu'ici avoir été établi comme une règle que le traitement nécessaire de ces tuberculoses du cæcum soit la résection de l'intestin malade. Je rappellerai notamment l'opinion de Czerny, basée sur sa pratique et sur celle de Billroth, et disant textuellement qu'il est très rare d'obtenir une guérison sans faire la résection typique de l'intestin. Cette opération, pratiquée aujourd'hui un grand nombre de fois par Billroth, Gussenbauer, Czernay, Hochenegg, Kocher, etc., en France par Bouilly, Reclus, Broca, etc., a donné en effet d'assez bons résultats, même éloignés, puisqu'on cite des malades qui ont été retrouvés bien portants au bout de 5 ans. Mais quoiqu'on en dise c'est une opération assez grave et qui, de plus, n'est pas toujours praticable à cause des adhérences très solides qui fixent parfois l'intestin aux organes voisins, assez solidement pour défier toute intervention.

On semble, du reste, en revenir un peu de l'affirmation peut-être trop absolue de Czerny : il existe déjà un certain nombre de faits dans lesquels la résection intestinale ayant été jugée impossible, on a fait des opérations palliatives. Péan, Richelot ont limité leur résection aux parois du cæcum. Hochenegg, Bier, Jaboulay ont fait soit des entéro-anastomoses, soit ce que Bier a appelé l'exclusion opératoire de l'intestin qui consiste à réunir par une entérorraphie l'intestin grêle au côlon, et à aboucher à la peau les deux bouts de l'intestin malade laissé en place. Les chirurgiens ont obtenu des résultats satisfaisants.

La simple laparotomie exploratrice avait paru jusqu'ici être tout à fait inefficace. Je n'en ai trouvé que six observations rapportées par Legueu, et qui, toutes, auraient été suivies d'insuccès. Mais il faut considérer que c'était là des opérations faites tardivement. L'observation que j'ai rapportée ne suffirait pas à prouver qu'il faille avoir en ce moyen une confiance absolue, et qu'il faille pour jamais abandonner la résection intestinale dans le traitement de la tuberculose du cæcum; elle montre pourtant qu'on peut en attendre des résultats satisfaisants lorsqu'elle est faite de bonne heure et que, pour une raison quelconque, l'opération radicale ne paraît pas devoir être tentée.

Il resterait à se demander comment peut agir une simple laparotomie dans cette forme de tuberculose profondément infiltrée? La libération de l'intestin par le détachement des adhérences peut certainement entrer en ligne de compte dans quelques cas, mais on ne peut l'invoquer dans mon observation et il faut, jusqu'à nouvel ordre, se contenter d'explications hypothétiques analogues à celles qu'on invoque pour expliquer l'action de la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses ordinaires.

M. Condamin rapproche de l'observation de M. Nové-Josserand celle d'une femme opérée pour un kyste de l'ovaire gauche. Du côté droit il existait une tumeur diffuse du cæcum, sur laquelle se dessinaient de véritables ulcérations qui furent considérées domme cancéreuses. La malade, revue deux mois après, se porte très bien. Les lésions n'étaient donc que de la tuberculose péricæcale.

Dans un deuxième cas M. Condamin fait une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse chez un enfant qui souffrait beaucoup. Le ventre ouvert, il trouva, au niveau de l'estomac, une tumeur ressemblant au sarcome bosselé de l'ovaire, qui n'était que de la périgastrite tuberculeuse. Depuis l'opération, il n'y a plus aucun trouble gastrique.

Trismus des mâchoires.

M. X. Delore présente un malade entré le 9 avril dans le service de M. le professeur Poncet et réclamant alors des soins pour un trismus considérable et pour un gonflement de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

Cet homme, qui est âgé de 47 ans et exerce la profession de cultivateur dans l'Isère, fut atteint, il y a trois mois, d'un *trismus des mâchoires ayant débuté sans cause appréciable*. Ce resserrement des mâchoires devint bientôt considérable au point d'entraver l'alimentation solide et de permettre à peine la déglutition liquide; aussi survint-il rapidement un grand amaigrissement. Quelques jours après ce symptôme bizarre par ses allures, cet homme *ressentit de violentes douleurs vers l'angle gauche du maxillaire inférieur* avec irradiation à l'oreille. L'ouïe était cependant bien conservée; les dents du malade étaient saines; la bouche, le pharynx, les amygdales ne présentaient aucun gonflement, ni ulcération. L'affection évolua ainsi pendant deux mois avec deux seuls symptômes : trismus des mâchoires et douleurs très violentes.

Il y a un mois, c'est-à-dire deux mois après le début des phénomènes, apparut *un gonflement* d'abord nettement localisé en arrière de l'angle gauche du maxillaire inférieur, mais bientôt étendu en avant le long de la branche horizontale du maxillaire, et en bas sur le sterno-mastoïdien.

A son entrée, le 9 avril, quinze jours après le commencement de la tuméfaction, on constatait, à l'angle du maxillaire, un gonflement dur, mal limité, paraissant faire corps avec l'os dont il était cependant indépendant. Sur cette tumeur inflammatoire, le doigt sentait, en certains points, une dureté analogue à celle d'un os, tandis qu'à d'autres endroits, il percevait la mollesse et le ramollissement d'un abcès en voie de formation. Le maximum de l'induration siégeait à l'angle du maxillaire, de là le gonflement s'étendait jusqu'au bord antérieur du masséter et envahissait, en descendant, une hauteur de 4 ou 5 centimètres dans la région carotidienne.

Le malade ne pouvait absolument pas desserrer les dents qui se croisaient, les supérieures en avant des inférieures : l'alimentation au lait et au bouillon était seule possible et même fort gênée. Cette gêne dans l'alimentation était certainement la cause de l'aspect cachectique du sujet.

Le *lendemain*, M. Villard, chef de clinique de M. le professeur Poncet, incisa la tumeur et trouva du pus situé profondément en arrière et en dedans de l'angle du maxillaire. A ce niveau, existait une collection purulente grosse comme une mandarine recouverte par une couche fort épaisse de tissus indurés. L'os était absolument intact.

Le diagnostic d'actinomycose avait été soupçonné d'après l'aspect clinique : le trismus, la consistance spéciale, les douleurs sont bien en effet les signes de cette affection, et M. Poncet, ainsi que ses élèves, les connaissent bien maintenant, pour les avoir maintes fois constatés. Aussi le pus fut-il recueilli soigneusement. M. Dor, chef du laboratoire, trouva dans le liquide des grains jaunes; mais leur grosseur était telle qu'il crut tout d'abord ne pas reconnaître en eux des grains actinomycosiques. Au microscope, on constatata que ces grains étaient formés par du mycélium. Des cultures furent aussitôt pratiquées par M. Dor, qui constata, en premier lieu (fait important), que le pus ne contenait pas les micro-organismes ordinaires de la suppuration : en second lieu, ces cultures renfermaient un mycélium qui, au bout de 5 jours, commençait à présenter quelques ramifications analogues à celles du mycélium de l'actinomyces. Ces cultures seront, de nouveau, examinées dans quelques jours et permettront, nous l'espérons, de trancher la question, c'est-à-dire de savoir si nous avions affaire à une actinomycose présentant des grains jaunes spéciaux, beaucoup plus gros que les grains actinomycosiques ordinaires, ou si notre cas a été causé par un autre mycélium à caractères voisins de ceux de l'actinomyces typique (1).

1. M. Dor, *Gaz. hebd.*, 1896, p. 553.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 13 Juillet 1896.

Fracture du crâne.

M. Baginsky a rapporté l'observation d'un garçon de 3 ans qui, après avoir subi une chute sur la tête, eut une hémorrhagie du nez et de la bouche. Il resta ensuite pendant 11 jours sans présenter d'autre phénomène que des douleurs de tête, et des vomissements dans les derniers jours. Au 12e jour, lorsqu'il fut pris brusquement de coma, il fut apporté à l'hôpital où il succomba dans la soirée. Le diagnostic fait à l'hôpital a été celui de méningite, et une ponction lombaire donna issue à un liquide purulent.

A l'autopsie on trouva une fracture du crâne qui commençait à l'os frontal du côté gauche, traversait l'orbite et atteignait le sphénoïde par la base du crâne. Les fosses craniennes postérieures et moyennes étaient pleines de sang.

Le liquide retiré par la ponction, contenait des staphylocoques, des streptocoques et des diplocoques de Frænkel. L'encéphale était recouvert d'une couche de pus.

Polynévrite rhumatismale avec durillon musculaire.

M. A. Frænkel a présenté un ouvrier vernisseur de 40 ans qui a manié le plomb mais n'a jamais eu la syphilis. En septembre 1894 il eut des tumeurs cutanées indolentes, et une paralysie faciale gauche. A l'examen on trouva des troubles de la sensibilité dans les membres avec parésie des membres inférieurs et douleurs dans les nerfs périphériques. Les tumeurs qui occupaient le côté de la flexion des membres supérieurs et de la cuisse, donnaient la sensation de plaques adhérentes au chorion et parfois à l'aponévrose.

L'examen biopsique de quelques-unes de ces tumeurs montra qu'elles étaient formées au microscope d'un tissu fibro-granuleux avec cellules géantes.

La paralysie a amené plus tard une contracture de l'articulation du genou. La réaction électrique de dégénérescence a été constatée dans les branches paralysées du facial et dans les membres inférieurs. Sous l'influence d'un traitement par le mercure et l'iodure de potassium, les phénomènes paralytiques et les tumeurs rétrocédèrent pour revenir aussitôt que le traitement a été interrompu.

Quant au diagnostic on pouvait admettre une polynévrite consécutive à une maladie infectieuse, comme la tuberculose, ou la syphilis. La paralysie faciale et l'action favorable de l'iodure de potassium plaidaient pour cette hypothèse, mais l'existence des tumeurs intéressant la peau et les muscles indique plutôt une polynévrite rhumatismale.

Recherches hématologiques dans la diphthérie.

M. Jacob, revenant sur la communication de M. Engel, (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 59, p. 706), fait remarquer que la plupart des maladies infectieuses s'accompagnent d'une forte augmentation des leucocytes et que leur diminution considérable indique une marche grave ou une issue mortelle. Il voudrait donc savoir si M. Engel a constaté le même fait dans la diphthérie, et trouvé des différences suivant que les enfants sont ou non traités par le sérum.

M. Engel n'a pas fait de numérations exactes, mais approximatives sur des préparations sèches d'après la méthode de Erlich et a trouvé toujours une augmentation de globules blancs dans les cas mortels. Dans les cas qui ont guéri, le rapport était de 100 globules rouges pour 1 blanc, dans les cas mortels ce rapport était de 10 à 1. Il n'a pas constaté une influence du sérum sur la leucocytose.

M. Litten avait déjà, dans une publication, montré que les globules blancs augmentent dans l'agonie. Il en est de même dans la diphthérie et le fait a été constaté par tous les observateurs.

Entérite folliculaire des enfants.

M. H. Finkelstein, après avoir rappelé les travaux faits sur cette question en Allemagne et en France, a exposé le résultat de ses recherches personnelles poursuivies à l'hôpital de la Charité.

En examinant les flocons de pus qui se trouvent dans les matières fécales de ces enfants il a trouvé un grand nombre des bactéries se rapprochant des diplocoques. Ces micro-organismes, qui étaient intra-cellulaires, donnaient des cultures presque identiques à celles du coli-bacille tout en présentant des différences très accusées. Ils coagulaient plus rapidement le lait, étaient plus petits et formaient une pellicule blanche, tandis que celle du bacterium coli est jaunâtre.

Sur la gélatine, les cultures de ce microbe formaient des figures annulaires, concentriques, qu'on ne voit pas avec le coli-bacille. L'inoculation sous-cutanée aux souris déterminait de violents phlegmons; mis dans le vagin d'un cobaye, ils produisaient une rougeur inflammatoire, puis quelques jours après une inflammation hémorrhagique.

En faisant prendre aux cobayes des cultures de cette bactérie, M. Finkelstein a vu que si un grand nombre d'animaux restaient sains, plusieurs succombaient rapidement dans le collapsus comme dans le choléra infantile. Des souris qui n'avaient pris que des traces de culture mélangées aux aliments sont mortes en 4 ou 5 jours avec de la diarrhée et du collapsus; aux aliments infectés en ajoutant du verre pilé, on provoquait de grandes ulcérations. Quelques animaux sont morts de sténose laryngée et à l'autopsie on trouva une pharyngite et une laryngite intenses comme dans de la scarlatine gangréneuse.

M. Finkelstein a trouvé cette bactérie dans un grand nombre d'entérites qui finissaient par revêtir les caractères de l'entérite folliculaire.

M. Baginsky pense que la bactérie de M. Finkelstein n'est autre chose qu'un coli-bacille.

Les différences indiquées n'ont pour lui rien de décisif : la forme, l'accroissement annulaire, la formation de vésicules sont les mêmes. On retrouve toutes les différences de forme dans le bacterium coli. Quant à la virulence, on peut la modifier. Quelles que soient les cultures faites avec l'entérite folliculaire, c'est toujours le bacterium coli qu'on obtient.

Quant à l'infection septique produite dans l'intestin, elle est très difficile à obtenir et elle est très rare en clinique. En général il s'agit ici d'une invasion bactérienne après la mort. On trouve par exemple le bacterium coli quelques heures déjà après la mort dans le sang du cœur à l'état de culture pure. Quant aux phénomènes graves produits par l'adjonction du verre pilé, ils n'ont rien d'étonnant et se produiraient sans la participation des bacilles.

M. Finkelstein maintient l'autonomie de son bacille.

Pneumonie consécutive à une chute dans l'eau.

M. A. Frænkel a observé en peu de temps deux cas de pneumonie à la suite d'une chute dans l'eau. Un patient a guéri, le deuxième, un homme âgé de 33 ans, est mort; il avait une pneumonie de la partie inférieure du poumon gauche qui a gagné la partie supérieure. L'expectoration contenait des cultures pures de pneumocoques qui étaient également très nombreux dans le sang. On peut donc supposer qu'en tombant dans l'eau les malades avaient aspiré des pneumocoques.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1er Semestre 1896.

Épilepsie jacksonienne. Tumeur cérébrale. Autopsie.

M. de Toledo rapporte l'histoire d'une malade qui a succombé, à l'âge de 79 ans, dans le service de M. Dantz, à l'hospice de l'Infirmerie. Le début de l'affection remonte à 8 mois; la malade a été prise subitement d'un accès d'épilepsie à type jacksonien, consistant en convulsions cloniques de la face et du membre supérieur du côté gauche, déviation des yeux vers la droite. L'accès, qui avait duré 5 heures, fut suivi d'une disparition complète des accidents. Bientôt survinrent de nouvelles crises, dans l'intervalle desquelles la malade ne présentait aucun symptôme de paralysie ou d'anesthésie.

La malade a succombé il y a 8 jours à un accès plus violent que les précédents. A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume d'une noix, localisée au pied de la seconde circonvolution frontale inférieure. Cette tumeur adhère fortement à la dure-mère; elle n'adhère pas à la substance cérébrale, dans laquelle elle a déterminé par compression une dépression assez profonde.

La tumeur est très dure et présente, à l'examen à l'œil nu, la texture du fibrome; elle est chargée à sa partie centrale de particules calcaires.

Les artères de l'hexagone sont athéromateuses; il n'y a pas d'altération apparente des ventricules latéraux, des ganglions de la base de la protubérance annulaire et du bulbe.

M. Gratia pense que cette tumeur doit être considérée comme un fibrome ou un psammome. Il conviendra de compléter l'observation par l'examen microscopique. Il s'agit bien ici d'un cas d'épilepsie jacksonienne. Tous les symptômes cliniques sont dus à la compression exercée par la tumeur sur la masse cérébrale. Nous n'avons pas affaire à une altération permanente, vu que les accidents disparaissent entre les accès. C'est pour cette même raison qu'il n'y a pas, dans le pont de Varole et la moelle allongée, de dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux.

M. Gratia signale la difficulté du diagnostic et de la localisation des tumeurs cérébrales; il a lui-même trouvé à l'autopsie une tumeur beaucoup plus volumineuse que celle présentée aujourd'hui, chez un sujet qui n'avait accusé aucun symptôme. Ces considérations sont d'une grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du cerveau.

M. Laurent insiste sur les difficultés que présentent le diagnostic et la localisation des tumeurs; les succès opératoires sont médiocres, et l'on ne réussit que quand on a affaire à des néoplasies superficielles, bien délimitées et de petit volume. Les complications les plus redoutables sont la congestion et l'œdème suraigus, les hémorrhagies, parfois incoercibles, le shock.

La méthode opératoire qui donne les meilleurs résultats est celle en deux temps : la première séance comportant l'ouverture du crâne, et la seconde l'incision des méninges et l'ablation de la tumeur.

M. Dantz appelle l'attention sur le mode de conservation de la pièce présentée par M. de Toledo. Le cerveau a été traité par les vapeurs de formol sans qu'il y ait eu de contact direct entre la pièce anatomique et la solution de réactif.

Cancer du foie à foyers multiples et disséminés.

M. Dantz présente le foie d'une malade de 75 ans, ayant subi, il y a 5 ans, une opération de nature indéterminée à la mâchoire. Ce foie présente plusieurs foyers de carcinome, dont le plus gros atteint le volume du poing. La vésicule biliaire est intacte. Il existe plusieurs points de péritonite adhésive sur les deux faces de l'organe. En arrière du foie se trouvaient divers foyers néoplasiques que l'auteur n'a pu distinguer, l'autopsie complète ayant été refusée.

M. Gratia ne croit pas avoir affaire dans le cas présent à un cancer primitif du foie. Ce genre de tumeur est d'ailleurs peu fréquent. Sans doute il s'agit ici d'une néoplasie primitive de l'estomac.

M. Stocquart insiste sur la rareté des cancers primitifs du foie, qui se résument d'ailleurs au type de l'épithéliome des voies biliaires.

M. Gratia pense qu'un cancer primitif du foie peut se développer aux dépens des cellules du parenchyme; dans ces cas, le cancer est presque toujours un encéphaloïde.

M. Crocq se demande si le point de départ du cancer observé par M. Dantz n'est pas la mâchoire, qui a fait l'objet il y a 5 ans d'une intervention chirurgicale.

Carcinome de l'œsophage.

M. Dantz montre l'œsophage d'un individu ayant succombé à une affection cardiaque et ayant présenté une incapacité complète de déglutir même les liquides.

Il existe un rétrécissement annulaire de l'œsophage avec noyau carcinomateux et zones d'ulcération, à 5 centimètres au-dessus du cardia. M. Dantz fait remarquer combien peuvent être dangereuses en pareil cas les tentatives de cathétérisme.

MM. Gallet et **Lavisé** pensent que, dans les cas de ce genre, la gastrostomie doit être préférée au sondage; la gastrostomie est une opération inoffensive; elle assure aux cancéreux une survie notable; et lorsqu'il s'agit des rétrécissements fibreux non spécifique, elle prolonge l'existence de nombreuses années.

M. Thiry ne croit pas aux bons résultats de la gastrostomie; il la considère comme une opération souvent mortelle par elle-même; en outre, la nutrition des opérés se fait mal.

M. Crocq, tout en faisant des réserves quant à la bénignité de l'opération, tient la gastrostomie comme un moyen de survie efficace dans les obstructions œsophagiennes.

Hydronéphrose. Néphrectomie.

M. Maury présente le rein d'une malade opérée, par M. Lavisé, de néphrectomie lombaire. Le rein est atteint d'hydronéphrose, et cependant la malade ne présentait ni débâcles urinaires ni douleurs paroxystiques. L'hydronéphrose ne s'expliquait ni par un obstacle dans l'uretère ni par l'ectopie rénale.

L'opération fut suivie de succès, et après quelques jours l'urine était remontée à 1 500 grammes.

La malade souffrant de rétroversion utérine, **M. Gratia** se demande si ce n'était pas dans le déplacement de la matrice qu'il fallait chercher la cause de l'hydronéphrose.

M. Lavisé fait des réserves sur ce point, mais admet que l'hydronéphrose peut être consécutive à la procidence utérine.

M. Mutsaers montre un cas d'hydronéphrose avec calculs, provenant du service de M. Crocq. La même malade portait un kyste uniloculaire de l'ovaire très volumineux.

Appendicite. Péritonite. Kystes des trompes et des ligaments larges.

M. Vindevogel rapporte l'histoire d'une femme portant une tumeur abdominale, chez laquelle on trouva, au cours d'une laparotomie, des adhérences intimes entre la vessie, l'appendice, le cæcum et les organes du petit bassin. Toute opération radicale étant impossible, on referma le ventre et on pratiqua l'anus artificiel.

La malade ne tarda pas à succomber à la péritonite. On fit l'autopsie, et, après une dissection très pénible, on réussit à découvrir les altérations suivantes : présence du pus dans le petit bassin. Transformation de l'appendice en une masse lardacée, volumineuse. Kystes de la trompe et du ligament large à droite. Kystes ovariques à contenu hématique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants,

Par le Dr Médéric Caillaud.

Définition. — Il existe chez les enfants une variété de gangrène, à laquelle ses caractères particuliers donnent une véritable individualité morbide. M. Hutinel et ses élèves, Gallois et Charmoy, la décrivent sous le nom de gangrène disséminée de la peau ; les connaissances bactériologiques actuelles nous permettent d'apporter à sa définition un terme de plus et de classer ce syndrome sous le nom de *gangrène infectieuse disséminée de la peau*.

Tout en rentrant dans le cadre général de staphylococcies telles que Hulot les a décrites dans sa thèse (1895), la gangrène disséminée s'en distingue par l'aspect clinique : ici les abcès sont remplacés par des eschares multiples qui évoluent selon le processus général des tissus sphacélés.

Cette maladie, bien différente des autres gangrènes, peut, ainsi que M. Hutinel l'a montré, se présenter dans deux conditions différentes :

1° Dans un premier cas, il existe une lésion ulcéreuse antérieure de la peau sur laquelle la gangrène vient pour ainsi dire se greffer ;

2° Dans l'autre cas, il n'y a pas d'ulcération préexistante ; mais la gangrène se montre après une manifestation cutanée non ulcéreuse, dont elle suit presque immédiatement le développement, et ne semble pas alors être un accident fortuit, surajouté ; mais elle paraît constituer un élément essentiel de la maladie.

Etiologie. — C'est, en règle générale, chez l'enfant qu'apparaissent ces gangrènes disséminées ; et particulièrement, suivant Charmoy, entre l'âge de 1 à 3 ans, peut-être parce que c'est pendant cette période que les enfants sont le plus exposés aux maladies éruptives. Cependant Richter l'a vue chez des nouveau-nés, Rilliet et Barthez chez des enfants de 12 ans, et Achard signale une observation de gangrène infectieuse disséminée chez une femme de 74 ans.

On a soutenu que le sexe féminin, les enfants blonds, lymphatiques y étaient plus sujets : ces données étiologiques n'ont aucune valeur.

La débilitation du sujet a une importance beaucoup plus considérable. Elle peut être causée par le manque de soins, de propreté de l'enfant, la privation d'air, de lumière telle qu'on l'observe dans la population pauvre des grandes villes, l'alimentation indigeste, prématurée, en un mot toutes ces conditions qui créent ce qu'on appelle la misère physiologique du sujet, et dans certains cas le rachitisme. Souvent aussi, à ces mauvaises conditions hygiéniques, vient s'ajouter l'action d'une maladie infectieuse ou débilitante, telle que le diabète, le rhumatisme, la syphilis, la tuberculose, l'impaludisme, l'ergotisme, le morphinisme (O. Simon), la pneumonie, le typhus, la fièvre typhoïde, etc.

Si elle n'est pas très fréquente au cours de la fièvre typhoide infantile, puisque Rilliet et Barthez ne l'ont vue que 6 fois sur 107 fièvres typhoïdes ; elle était par contre, autrefois, extrêmement fréquente à la suite de la rougeole ; Rilliet et Barthez, Bockel, Wendt en 1773 en ont rapporté de nombreux cas, Brouardel l'a signalée chez 43 p. 100 des rougeoleux soignés aux Enfants-Trouvés. Aujourd'hui encore la rougeole reste une de ses causes productrices habituelles. La gangrène disséminée peut apparaître soit dans la convalescence, soit au cours même de l'affection ; elle se développe alors autour de vésicules ulcérées qui ont servi de point de départ, autour de pustules comme dans l'observation de M. Hutinel ou de lésions d'impétigo.

La gangrène disséminée sévit parfois sous forme d'épidémies.

Ces épidémies, que l'on observait autrefois, sont un indice de la facilité avec laquelle se fait la contagion de la gangrène cutanée chez les prédisposés. Cette contagion est aujourd'hui bien connue ainsi que son mode de production ; ce qui se transmet, c'est le germe, encore inconnu, qui cause la gangrène : c'est ainsi qu'un noma peut donner de la gangrène de la vulve chez un autre malade, ou qu'une gangrène survenue sous un vésicatoire peut, en se transmettant à un autre enfant, lui donner du noma (Grancher). De même Bard et Charmeil (de Lyon) considèrent la gangrène pulmonaire comme contagieuse et recommandent d'isoler les malades qui en sont atteints.

Enfin, la transmission de la gangrène d'un enfant à un autre est favorisée par l'existence des érosions et ulcérations de toutes sortes qui peuvent servir de porte d'entrée.

Cette considération nous amène à la deuxième partie importante de l'étiologie, l'influence des lésions cutanées sur l'apparition de la gangrène. Parrot considérait le noma et la gangrène de la vulve comme secondaires à des ulcérations labiales ou vulvaires chez des rubéoleux. Il en est de même pour la gangrène cutanée, qui apparaît le plus souvent à la suite d'une maladie affectant le tégument, fièvre éruptive ou dermatite.

La varicelle est de toutes les fièvres éruptives celle qui est aujourd'hui le point de départ le plus fréquent de la gangrène cutanée et cette fréquence a permis de décrire à la maladie une forme spéciale gangréneuse.

La vaccine a été signalée par Hutchinson, Pineau, Crocker, etc. Les ulcérations gangréneuses peuvent apparaître soit sur les boutons de vaccin normal, comme

dans le cas d'Hutchinson, soit sur une éruption d'ecthyma ou d'impétigo consécutive à un vaccin qui avait évolué normalement (Pineau, Charmoy).

L'impétigo survenant chez les enfants affaiblis, vivant dans un milieu infecté, compte parmi les causes les plus fréquentes de gangrènes disséminée. Notre maître, M. Hutinel, nous a fait plus d'une fois remarquer la gravité du pronostic de l'impétigo généralisé chez les enfants hospitalisés comparée à sa bénignité relative chez ceux qui vivent dans un milieu non infecté. Les éruptions cutanées de toutes sortes, l'ecthyma, l'eczéma, le pemphigus, l'herpès, peuvent également se compliquer de gangrène cutanée.

La gale, par les éruptions polymorphes qu'elles cause, les ulcérations consécutives aux brûlures, aux engelures, les plaies des vésicatoires, les abcès cutanés en ont été parfois le point de départ.

C'est dans des cas beaucoup plus rares que la gangrène se développe sur une peau non pas absolument saine, mais dépourvue de lésions ulcéreuses. Richter admettait déjà l'existence de cette gangrène primitive de la peau et disait : « elle n'est pas toujours précédée de quelque état morbide, qu'on pourrait regarder comme une cause suffisante de son développement ». Crocker a signalé un cas de gangrène cutanée mortelle, à la suite de lichen plan infantile ; mais entre le jour où le lichen plan a été diagnostiqué et celui où l'on a constaté l'existence de la gangrène, il s'est écoulé un espace de trois semaines pendant lequel l'enfant n'a pas été observé ; une complication ulcéreuse ayant pu survenir pendant ce laps de temps, on ne peut affirmer que la gangrène ait été consécutive au lichen plan.

Renaut a observé la gangrène cutanée au cours d'une urticaire à poussées périodiques : mais s'agissait-il dans ce cas d'une véritable gangrène infectieuse disséminée ou plutôt d'une gangrène liée à des troubles trophiques d'origine nerveuse ? D'ailleurs les éruptions d'ordre trophique peuvent se compliquer de gangrènes infectieuses, les germes étant apportés par les ongles du malade tourmenté par le prurit.

Pineau a rapporté à l'impaludisme un cas de gangrène cutanée survenue 3 semaine après une vaccination saine. Verneuil et L.-H. Petit, Colleville, Boutin, Ramakers ont signalé des faits analogues.

Demme, en 1888, a observé chez cinq malades un érythème noueux avec purpura, compliqué de gangrène infectieuse cutanée qui a évolué au milieu de symptômes graves et s'est terminé par la guérison. Coupland a observé un cas d'érythème gangréneux. Enfin Martin de Gimard, dans sa thèse de 1888, a rapporté plusieurs faits de gangrène cutanée survenue au cours du purpura hémorrhagique primitif.

En résumé, si dans la majorité des cas, la gangrène infectieuse disséminée de la peau survient au cours d'une lésion ulcéreuse du tégument, elle peut aussi se produire ou cours de dermatoses non ulcéreuses, comme l'érythème et le purpura.

Symptomes. — Nous prendrons pour type la gangrène infectieuse disséminée qui se produit d'emblée sur une peau non ulcérée, comme dans les observations de Demme et de Martin de Gimard.

C'est au niveau des altérations cutanées, des papules érythémateuses dans les cas de Demme, de l'œdème et des plaques de purpura dans les cas de Martin de Gimard qu'apparaît la gangrène cutanée. Elle débute par des vésicules ou des bulles d'une dimension variable, atteignant tantôt le diamètre d'une tête d'épingle et tantôt celui d'une lentille ou même plus. Ces vésicules sont remplies d'un liquide généralement louche.

Après 24 heures, la vésicule s'est transformée en une pustule ; celle-ci est entourée d'un bord festonné, large de un à plusieurs millimètres, coloré en jaune brunâtre ; plus au dehors existe une zone hyperémiée, rouge, mesurant de quelques millimètres à quelques centimètres de largeur. Le lendemain la pustule s'étend par sa périphérie, la zone hyperémiée qui l'entoure s'étend également et se confond progressivement avec les parties saines.

Au quatrième jour, en général, le foyer de gangrène est constitué et revêt son aspect typique. Dès lors sa description se confond avec celle de la gangrène secondaire à une affection ulcéreuse de la peau. La pustule s'est affaissée ou rompue et en son centre existe une eschare noire ou brune adhérente aux tissus profonds ; elle est entourée par un sillon d'élimination grisâtre étroit qui marque la délimitation entre les tissus enflammés et les tissus mortifiés ; ce sillon est lui-même entouré d'une zone rouge violacé, livide, et plus loin d'une zone rouge ou rosée, devenant plus pâle lorsqu'on s'éloigne de l'eschare centrale. Lorsque les eschares sont nombreuses et confluentes, la peau qui les sépare prend une teinte rouge sombre, érysipélateuse. Les tissus sur lesquels repose la plaque de sphacèle présentent une consistance spéciale, ils sont gonflés, empâtés, durs, se laissant déprimer avec peine par les doigts ; ils sont comme figés et rappellent la sensation que donnent au toucher les tissus des enfants conservés dans la glacière.

Les jours suivants le sillon d'élimination s'agrandit aux dépens de l'eschare centrale, se creuse et sécrète un liquide sanieux, grisâtre. L'eschare se rétrécit, devient moins adhérente, et finalement se détache soit par traction, soit spontanément sous un pansement. Cette chute se fait du 8e au 15e jour après le début de la gangrène.

Il en résulte une ulcération circulaire ou ovalaire, dont les bords sont taillés à pic et souvent décollés, donnant à la perte de substance l'aspect de nid de pigeon. Le fond de l'ulcération est grisâtre, sanieux, sécrétant un liquide séropurulent mêlé de débris de tissu cellulaire sphacélé, lorsque la gangrène tend vers une évolution fatale ; il est au contraire formé par des tissus rouges, bourgeonnants, semés d'un piqueté hémorrhagique, lorsque la gangrène tend vers la guérison.

L'étendue de l'ulcération est très variable ; parfois miliaire, elle peut acquérir le diamètre d'une amande et même d'une pièce de 5 francs. La profondeur varie également, et le fond peut être formé par le derme cutané, par le tissu conjonctif sous-cutané, ou par l'aponévrose et même par les muscles ; dans certains cas, les os, les vaisseaux et les nerfs ont été mis à nu et disséqués (Martin de Gimard). La forme de l'ulcération est généralement arrondie ; cependant elle peut devenir irrégulière si plusieurs ulcérations sont devenues confluentes et se sont réunies. Jamais elle n'a une marche serpigineuse, sauf lorsqu'elle succède à une plaie causée par un vésicatoire (Rilliet et Barthez).

Pendant un certain temps l'ulcération laissée par la chute de l'eschare suppure, puis, dans les cas favorables, elle bourgeonne, se comble, et donne lieu à une cicatrice qui, chez le malade de Demme, était complète au quarantième jour. Ces cicatrices persistent longtemps et sont très apparentes ; la partie centrale est rougeâtre, foncée, souvent pigmentée ; les bords sont au contraires blanchâtres, lisses ou un peu gaufrés. Ces cicatrices se retrouvent assez fréquemment chez les enfants cachectiques que

nous voyons dans des hôpitaux et ne doivent pas être attribués dans tous les cas, comme le voulait Parrot, à des lésions syphilitiques (Hutinel, Jullien). Dans certains cas, comme dans une observation de Martin de Gimard, lorsque les ulcérations ont été très étendues et ont atteint des organes profonds, elles peuvent, en déterminant des réactions cicatricielles, gêner le fonctionnement des articulations et muscles.

La gangrène disséminée peut siéger sur tous les points du tégument : elle affectionne particulièrement la partie inférieure du ventre et du dos, puis la partie supérieure des cuisses, les régions périarticulaires, quelquefois la face, ou plutôt le cuir chevelu, que nous avons pu voir criblé d'ulcérations chez le petit malade de l'observation II. Généralement elle respecte les pieds et les mains.

Elle s'accompagne de symptômes généraux graves. Survenant chez des sujets généralement débilités, elle augmente encore leur faiblesse. Le début, surtout s'il survient dans la convalescence d'une fièvre éruptive, en est marqué souvent par une élévation de température.

Mais si aucune complication pulmonaire ne survient, la température redescend bientôt et la plupart du temps la gangrène évolue sans fièvre. Chez les cachectiques, la règle est l'apyrexie, même dans les cas mortels.

Demme signale dans ses observations un abaissement de la température au moment de l'apparition de la gangrène.

On constate parfois aussi des vomissements, de la diarrhée. L'urine est souvent albumineuse, et contient parfois du sucre. Le sang présente, pendant la période d'élimination des eschares, une augmentation des globules blancs.

Lorsque la gangrène disséminée survient à la suite d'une lésion cutanée, varicelle, vaccine, impétigo ou abcès, elle présente la même évolution générale, mais se distingue dans chacun de ces cas par quelques caractères particuliers.

Lorsque la gangrène apparaît au cours de la varicelle, elle serait due, suivant Crocker, à une éruption spéciale phlycténulaire distincte de la varicelle, et analogue à celle que nous avons décrite dans les cas de gangrène spontanée. Mais pour Barlow et la plupart des auteurs, ce sont les bulles de varicelle elles-mêmes qui subissent la transformation gangréneuse. Dès le lendemain, au lieu de s'affaisser, elles prennent une teinte hémorrhagique, une croûte noirâtre se forme, la peau devient rouge et gonflée à la périphérie, puis un sillon d'élimination apparaît.

Lorsque l'éruption de varicelle se fait en plusieurs poussées, toutes les bulles ne subissent pas la transformation gangréneuse : ce sont le plus souvent les premières bulles qui deviennent gangréneuses ; parfois aussi les poussées à évolution gangréneuse alternent avec les poussées à évolution normale. Suivant Crocker, si la gangrène apparaît en pleine efflorescence de varicelle, elle affecte d'abord la tête ou la partie supérieure du tronc ; si la varicelle a déjà disparu, elle atteint surtout la moitié inférieure du corps.

Dans la vaccine, la gangrène peut apparaître soit au niveau des boutons de vaccine eux-mêmes, soit au cours d'une éruption post-vaccinale.

Lorsque la gangrène apparaît au cours de l'impétigo, on voit les pustules subir une modification : les croûtes, de jaunes deviennent brunâtres, et la peau qui les entoure se gonfle et rougit ; un petit nombre seulement de pustules se sphacèlent.

La gangrène apparaît parfois au cours de l'infection staphylococcique, comme Hulot en a cité des exemples dans sa thèse, et comme nous en avons rapporté une observation. On voit alors les abcès cutanés préformés et les éléments de nouvelle formation se modifier. Alors que les premiers abcès étaient constitués par une petite pustule légèrement acuminée, donnant issue lorsqu'on l'incisait à du pus jaune, verdâtre, épais et bien lié, puis s'affaissant rapidement, on voit les ulcérations dues à l'ouverture des abcès rester béantes, sans tendance à la cicatrisation ; elles gagnent en profondeur, les bords deviennent abrupts, comme taillés à l'emporte-pièce, et le fond grisâtre sécrète un liquide louche qui n'est plus franchement purulent. Les tissus environnants s'infiltrent, s'épaississent, et prennent une coloration plus foncée ; enfin les derniers éléments qui se forment ne sont plus des pustules, mais de véritables bulles pemphigoïdes. En même temps la gravité des symptômes généraux va en augmentant.

La *marche* de la gangrène infectieuse disséminée est habituellement rapide. Dans les cas favorables, la chute des eschares se produit en 8 ou 15 jours et la formation des cicatrices est achevée au 30e ou 40e jour. Dans les cas graves, l'évolution est plus rapide encore ; survenant chez des enfants déjà cachectiques, la gangrène amène une recrudescence des phénomènes généraux. La fièvre est intense et peut dépasser 40° ou, dans certains cas, être remplacée par l'hypothermie. Des vomissements, une diarrhée incoercible apparaissent, compliqués parfois d'hémorrhagies intestinales. Le petit malade est pâle, somnolent, la face est bouffie et la mort survient, précédée quelquefois par des convulsions.

La *durée* varie de 6 jours à 16 jours elle est en moyenne de 10 à 12 jours (Charmoy, Augier).

Le *pronostic* est grave et la mort survient dans plus de la moitié des cas. Il dépend surtout de l'âge de l'enfant ; les bébés de moins de deux ans sont facilement et rapidement emportés par toutes les infections staphylococciques, alors que les enfants plus âgés y résistent beaucoup mieux. Il dépend aussi de l'état général antérieur du malade, du milieu dans lequel il est soigné et du nombre des eschares.

Complications. — Les complications les plus fréquentes et les plus graves atteignent l'appareil respiratoire. C'est la bronchite généralisée, la broncho-pneumonie qui est le plus souvent mortelle, comme dans les cas de Lévi et de Meunier ; son apparition se traduit par une ascension brusque de température à 39° ou 40°, de la dyspnée, des râles fins et du souffle.

Barlow avait noté la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les enfants atteints de gangrène disséminée.

Les complications oculaires sont également fréquentes ; Simon, Eichhoff, Charmoy ont vu des kérato-conjonctivites graves. Hutchinson a signalé l'iritis et le phlegmon total du globe oculaire.

On a signalé également des arthrites purulentes, des pseudo-rhumatismes infectieux, des arthralgies ; des complications cardiaques, endocardite ou myocardite ; l'albuminurie.

Habituellement, l'apparition des complications fébriles n'a d'autre influence que d'aggraver l'état général et n'agit aucunement sur l'état local. Cependant Charmoy a noté, à l'apparition d'une affection fébrile au cours d'une gangrène cutanée apyrétique, l'arrêt du sphacèle et la diminution de la tension de la peau.

Diagnostic. — Le diagnostic n'offre en général aucune difficulté. Lorsque, au cours d'une varicelle, d'un impé

tigo ou d'un eczéma, on constate l'apparition d'eschares disséminées noirâtres, reposant sur une base indurée rouge, et séparées des tissus sains par un sillon d'élimination, le diagnostic s'impose. Si le malade est amené à une période avancée de l'affection, le diagnostic de la maladie primitive au cours de laquelle la gangrène est apparue sera parfois plus délicat : on se basera sur les commémoratifs, et sur l'examen de la peau dans l'intervalle des plaques de gangrène ; c'est ainsi qu'on pourra retrouver des traces de bulles varicelleuses ayant évolué normalement, des placards d'impétigo, d'eczéma, etc.

Mais il est des cas où le diagnostic est un peu plus difficile.

Les eschares dues à des caustiques, à des brûlures, se reconnaîtront aux commémoratifs.

Parfois il sera difficile au cours d'une staphylococcie de saisir le moment où les lésions de gangrène succèdent aux abcès cutanés.

Enfin le zona gangréneux doit chez les enfants se reconnaître à l'existence antérieure de douleurs au niveau des nerfs intercostaux, du plexus cervical, etc., à la localisation des eschares sur le trajet d'un de ces nerfs, à l'aspect de l'éruption qui présente au début les caractères de l'herpès, petites vésicules reposant sur une base rouge, remplies d'une sérosité claire à travers laquelle on aperçoit déjà une hémorrhagie ponctiforme, ou la nécrose du corps papillaire. Enfin cette affection, apyrétique, survient souvent chez des hystériques, et est sujette à des récidives, ce qui lui a fait donner par Kaposi le nom de zona gangréneux hystérique atypique récidivant.

La gangrène cutanée disséminée, d'origine artério-scléreuse, ne s'observe jamais chez les enfants.

Enfin, à une période plus tardive, les cicatrices laissées par la gangrène disséminée ne devront pas être confondues avec les cicatrices de la syphilis héréditaire ou des abcès froids : les commémoratifs, la recherche des stigmates de syphilis, la localisation des abcès froids au niveau des groupes ganglionnaires permettront d'écarter ces deux hypothèses.

Pathogénie. — La nature infectieuse de la gangrène disséminée de la peau est admise aujourd'hui par tous les auteurs, mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de découvrir le micro-organisme capable de produire ces lésions gangréneuses. On sait en effet combien sont nombreux les germes pathogènes et saprophytes situés à la surface et dans la profondeur de la peau normale. De plus une seconde question se pose : y a-t-il un ou plusieurs micro-organismes pathogènes vulgaires, peuvent-ils, dans certaines conditions de terrain, produire des lésions de gangrène ?

La question étant encore actuellement loin d'être résolue, nous nous contenterons d'exposer rapidement les recherches bactériologiques faites sur cette question.

La plupart des auteurs, dominés par l'idée de la spécificité des germes, ont cherché à isoler dans ces gangrènes un microbe nouveau.

Gallois, puis Charmoy incriminèrent le vibrion septique de Pasteur. Cet organisme en effet, d'après Cornevin, paraît avoir une prédilection particulière pour les jeunes animaux, En outre, s'il perd sa virulence facilement, il la retrouve très facilement s'il est en contact avec l'acide lactique.

Or, dans des hôpitaux d'enfants, c'est là un milieu de culture qu'il trouve très communément. S'il est déposé sur une plaie fraîche, il ne donne pas d'accidents, et fructifie mal dans un milieu exposé à l'air libre, mais il se développe facilement sur une plaie contuse recouverte de parties mortifiées ou dont la vitalité est amoindrie

Malheureusement, il n'a jamais été isolé dans la gangrène disséminée de la peau ; chez l'homme, il est surtout l'agent de la gangrène gazeuse, bien différente de celle que nous étudions ; enfin chez aucun animal il ne produit de lésions comparables à celles de la gangrène disséminée. Ce n'est donc là qu'une hypothèse peu séduisante.

Gierke, dans un cas, a rencontré des microcoques en chaînettes plus ou moins longues, ordinairement formées de 8 individus et rappelant l'organisme décrit par Koch dans la nécrose progressive de la souris. Il ne les a pas cultivés, mais il a fait des inoculations à des lapins et leur a donné ainsi non pas de la gangrène, mais une septicémie qui les a tués en 6 à 14 jours.

Eichhoff (1884) a trouvé, dans un cas de gangrène multiple de la peau, un champignon qui ne serait autre que le trichophyton de Malmsten, et des bactéries volumineuses à extrémités arrondies et très mobiles. D'après lui, ce serait le trichophyte qu'il faudrait incriminer.

Martin de Gimard a trouvé des micrococques dans le sang chez le vivant et après la mort, et a reproduit le purpura gangréneux en inoculant ces microcoques à des lapins.

Demme a fait des recherches bactériologiques très longues et très consciencieuses, dont voici les résultats.

1° Dans le sang du malade, même au niveau des pétéchies, à aucune époque de la maladie, on n'a découvert de micro-organisme.

2° Dans le liquide provenant des nodosités érythémateuses, dans le liquide des vésicules et des pustules, dans les plaques de gangrène, surtout au niveau de la zone hyperémiée, on a trouvé en grande quantité des micro-organismes : A. — les uns étaient des microcoques isolés, réunis deux à deux ou en amas ; ils se distinguent du staphylocoque dosé par un diamètre plus considérable, la non-liquéfaction de la gélatine, et le manque d'action pathogène sur les animaux. B. — Les autres étaient des bâtonnets aux extrémités arrondies, généralement groupés en amas plus ou moins considérables, prenant le Gram. C. — Enfin un micrococcus très volumineux, sans intérêt.

Le bâtonnet cultivé sur des plaques d'agar donne lieu au bout de 48 heures à des colonies arrondies, brillantes, surélevées, qui prennent au 4° jour un aspect rayonné, atteignent au 6° jour la dimension d'une pièce de 50 centimes et possèdent des reflets de paraffine ; du 10° au 12° jour, la colonie s'entoure d'un collier de petites colonies rondes ; du 15° au 18°, la culture prend un aspect uniformément granuleux avec reflets de paraffine. Son développement est terminé au 26° jour, elle atteint alors les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Sur sérum sanguin, les cultures formaient des rayons brillants à reflets de paraffine.

L'inoculation des cultures de ce bacille à des cobayes a donné lieu chez trois d'entre eux à une éruption de bulles qui ont abouti à la gangrène multiple et au niveau desquelles on retrouvait le même bacille. Comparant la marche et la filiation des phénomènes chez les cobayes et chez les malades, Demme identifie les deux processus.

Le bacille décrit par l'auteur allemand est le seul des micro-organismes dont les propriétés nécrosantes soient certaines ; mais est-il le seul agent de la gangrène disséminée ? On en peut douter lorsqu'on voit qu'il n'a été retrouvé par aucun autre expérimentateur.

Si maintenant nous passons en revue les observations où la gangrène disséminée est survenue à la suite de lésions ulcéreuses de la peau, a apparu plusieurs fois à la

suite d'impétigo, d'ecthyma, d'abcès cutanés, toutes infections dont le staphylococcus pyogenes aureus est l'agent habituel.

Dans deux de nos observations personnelles l'infection par le staphylocoques a été démontrée; dans un cas de Hulot, c'est au cours d'une infection aiguë staphylococcique du cuir chevelu terminé par thrombose infectieuse du sinus qu'est apparue la gangrène cutanée. Il en est de même dans l'observation de Gastou et Canuet. Ces faits doivent être rapprochés d'une observation publiée par Achard de gangrène disséminée survenue au cours d'une endocardite infectieuse à streptocoques, chez une femme de 74 ans.

En réunissant ces observations, nous pouvons en tirer la conclusion suivante: que la gangrène infectieuse disséminée de la peau est liée le plus souvent à une infection cutanée par les pyogènes vulgaires, que c'est, en mot, comme notre maître M. Hutinel nous l'a fait remarquer bien souvent, une des formes de la staphylococcie chez les enfants.

Il resterait maintenant à découvrir pourquoi dans certains cas la staphylococcie cause des abcès et dans d'autres des gangrènes cutanées, pourquoi le même germe septique, introduit sous la peau, peut causer des lésions différentes. Est-ce une question de virulence du germe? Cela semble peu probable, quoique le staphylocoque se soit montré particulièrement virulent chez l'un de nos malades.

Doit-on, avec O. Simon, avec Eichhoff, attribuer la production de la gangrène à la dépression de l'état général, à la cachexie du sujet? Mais les enfants atteints de staphylococcie à forme d'abcès cutanés ne sont pas moins cachectiques que les enfants atteints de gangrène. Variot, à la suite de son observation de varicelle gangréneuse, fait les réflexions suivantes: « Il nous semble douteux que la question de terrain ait une importance de premier ordre pour expliquer ces modifications de l'éruption; l'enfant dont nous avons donné la description avait une constitution et une vigueur ordinaires. »

Au cours d'une récente discussion à la Société de dermatologie, M. Augagneur disait à l'occasion du malade présenté par Gastou et Canuet: « Pour moi, l'éruption que présente cet enfant n'est qu'un impétigo. Si la lésion a pris un caractère plus profond aux membres inférieurs, cela tient uniquement à une circulation vicieuse. On voit les chancres simples de la cuisse devenir facilement phagédéniques, à cause de la stase sanguine plus facile », et M. Leredde faisait remarquer que les lésions syphilitiques elles-mêmes peuvent obéir à la même loi de déclivité, et que les gommes sont beaucoup plus volumineuses aux jambes qu'aux bras. Si l'influence de la localisation peut être invoquée dans certains cas pour expliquer la tendance au phagédénisme des lésions ulcéreuses des membres inférieurs, elle ne peut en aucune façon expliquer la production de plaques de sphacèle; d'ailleurs la gangrène cutanée disséminée siège plus rarement aux membres inférieurs que sur le tronc et le cuir chevelu.

Lorsqu'on examine les coupes histologiques de la peau au niveau de la plaque de gangrène, on constate dans tous les cas une thrombose infectieuse de la plupart des vaisseaux du derme et l'on est tenté d'attribuer à une oblitération artérielle ou veineuse la plaque de sphacèle correspondante.

Rien ne prouve, il est vrai, que la thrombose vasculaire ne soit pas consécutive à la lésion gangréneuse; lorsqu'une anse vasculaire se trouve englobée par la gangrène, elle est pour ainsi dire sectionnée, elle s'enflamme et il s'y forme un caillot qui remonte jusqu'à la première collatérale; mais c'est là un fait secondaire et qui n'a aucun rôle dans la production du sphacèle.

Or, dans la majorité des cas, le germe septique étant apporté par l'extérieur et déposé à la surface de la peau, la lésion cutanée est nécessairement antérieure à la lésion vasculaire plus profonde; mais il en est d'autres, et l'observation de Achard en est un exemple, où l'infection est primitivement d'origine sanguine, de sorte que la thrombose infectieuse vasculaire est antérieure à la lésion cutanée; de simples oblitérations des terminaisons artérielles ont suffi à produire le sphacèle de la main, grâce sans doute, dit M. Achard, à l'intervention du streptocoque qui circulait dans le sang de la malade et qui a pris aussitôt possession des tissus dont l'irrigation sanguine était arrêtée.

En résumé, la gangrène disséminée de la peau est liée à une infection cutanée par les pyogènes, aidée soit par un microbe particulier que l'on n'a pu isoler jusqu'ici, soit par la thrombose des vaisseaux qui ne suffisent plus à nourrir le derme cutané.

Traitement. — Si la gangrène est aujourd'hui une complication si rare des maladies infectieuses de l'enfant, ce résultat est dû à l'emploi d'une prophylaxie rigoureuse. Tout enfant atteint d'une fièvre grave, au lieu d'être saigné et débilité comme jadis, est au contraire tonifié au moyen d'alcool, de café, de caféine, de quinine, etc. On le met autant que possible à l'abri des germes qui règnent dans tous les milieux hospitaliers en l'isolant dans une chambre ou dans un box désinfecté soigneusement, suffisamment grand et aéré, et où la lumière du soleil, le meilleur des antiseptiques, peut pénétrer largement. Enfin on détruit, autant qu'il est possible, tous les germes infectieux qu'il apportait avec lui, en lui donnant dès le début de la maladie un bain de sublimé au 1/10 000, en faisant l'antisepsie et le nettoyage quotidien de ses cavités naturelles, et en pratiquant la désinfection des plaies dont il est atteint au moyen des poudres d'iodoforme, de salol, de naphtol, de bismuth, etc.

Grâce à ces nombreuses précautions, l'on n'a plus à déplorer aujourd'hui dans les hôpitaux d'enfants ces épidémies de noma qui survenaient autrefois. Mais si malgré cela la gangrène a fait son apparition, c'est alors qu'il est nécessaire d'agir par un traitement curatif énergique.

L'enfant sera, plusieurs fois par jour, plongé pendant quelques minutes dans un bain d'acide borique à 3 p. 100 ou de sublimé à 1/10 000 ou soumis à des pulvérisations d'eau boriquée, de sublimé, d'eau phéniquée, etc. Puis les plaies seront recouvertes, au début et si elles suppurent abondamment, d'un pansement humide; plus tard, lorsque la gangrène est en voie d'évolution et que les eschares tendant à se détacher, de poudres antiseptiques, iodoforme, salol, dermatol, etc. Chacune de ces substances sera employée avec modération, particulièrement lorsque la gangrène aura mis à nu de grandes étendues des téguments, afin d'éviter les accidents d'intoxication par l'iodoforme, le sublimé, ou l'acide phénique, auxquels l'enfant est plus facilement exposé.

Charmoy a conseillé également l'emploi du naphtol en poudre, en pommade ou en solution uni au camphre. Dans tous les cas, les pansements occlusifs au collodion iodoformé devront être évités (1).

1. Les observations ont paru *in extenso* dans la thèse de M. Caillaud, (Paris, 1895-96, n° 283), à laquelle nous renvoyons également pour la bibliographie.

OPHTHALMOLOGIE

Sur la réaction paradoxale de la pupille.

Communication faite à la *Société des Sciences médicales de Lyon*

Par le Dr Henri Frenkel,

Chef des travaux de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade de la clinique ophthalmologique de M. le professeur Gayet, suppléé par M. le professeur agrégé Rollet, qui offre le phénomène si rare de la *réaction paradoxale de la pupille*. Ce phénomène consiste en ce que la pupille, tout en réagissant normalement à l'accommodation, se dilate sous l'influence de la lumière au lieu de se contracter.

Il s'agit d'un employé, âgé de 38 ans, qui s'est présenté à la clinique pour être débarrassé d'un strabisme divergent, intermittent et alternant. A première vue, on remarque que lorsque le malade fixe un objet un peu éloigné, le strabisme apparaît tantôt par déviation de l'un, tantôt de l'autre œil ; on remarque aussi que la paupière de l'autre œil est tombante.

A l'examen plus attentif des organes visuels, il est facile de constater l'intégrité de la conjonctive, de la scléro-cornée, du cristallin, du corps vitré et de la choroïde. A l'ophthalmoscope, on voit autour de la papille du nerf optique, d'ailleurs normale, un léger staphylome postérieur. La rétine offre des vaisseaux qui paraissaient être animés de très légers battements synchrones aux battements du pouls (pouls artériel de la rétine de Quincke). A part ces deux particularités, le fond de l'œil est normal.

La recherche de l'état de la réfraction et de l'acuité visuelle donne les résultats suivants : OD = — 4 D 1/4 ; OG = — 3,5 D 1/3 (sans verres OD — 1/10, OG — 1/6). Le champ visuel donne à l'œil droit un léger rétrécissement pour le bleu et un rétrécissement concentrique plus prononcé pour les couleurs, avec conservation de l'ordre normal des couleurs ; à l'œil gauche il y a un rétrécissement très prononcé pour le blanc et les couleurs du côté nasal, — on dirait de l'hémianopsie nasale à gauche. Faisons remarquer de suite qu'il y a des troubles moteurs du même côté, au même œil.

En effet, alors que la motilité extrinsèque est normale à l'œil droit, l'œil gauche offre, en outre d'un léger *ptosis*, encore de l'insuffisance, voire même une *légère parésie* (avec diplopie provoquée) *du muscle droit interne*. Tous les autres muscles des deux yeux sont normaux.

La *pupille* mesurée avec le pupillomètre de Robert-Houdin a un diamètre de 3 1/2 à 4 millimètres à droite et de 2 à 3 millimètres à gauche. Il y a donc au repos *inégalité pupillaire*.

Les réflexes de la pupille à l'accommodation sont normaux, qu'on fasse accommoder avec un œil ou avec les deux ; la convergence reste associée aux efforts de l'accommodation.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant, ce sont les changements dans les réflexes de la pupille à la lumière. Tant qu'on examine ce réflexe avec l'éclairage ordinaire du jour, il est difficile de voir le phénomène d'une façon nette; il devient d'une netteté très frappante dès qu'on se sert de l'éclairage artificiel et d'une loupe.

Lorsqu'on fait tomber la lumière sur l'œil gauche, la pupille reste d'abord stationnaire pendant 5 à 10 secondes, puis elle se dilate lentement pour atteindre, de 2 millimètres qu'elle avait auparavant, 4 à 5 millimètres et même davantage ; elle reste dilatée tant qu'on maintient l'éclairage et se contracte rapidement lorsqu'on éloigne la lentille éclairante. Qu'on projette la lumière du côté temporal ou du côté nasal, l'effet est le même. L'effet est encore le même, quand, au lieu d'éclairer l'œil gauche on éclaire l'œil droit ; il y a donc *dilatation consensuelle*.

Du côté de l'œil droit, le réflexe se comporte différemment : ici l'éclairage de l'œil provoque immédiatement un très léger resserrement de la pupille, suivi immédiatement d'une dilatation qui peut, ou bien ramener la pupille à sa dimension normale, ou bien, ce qui est plus rare, la rendre plus large qu'au début. Ici encore le réflexe offre les mêmes caractères, qu'on le provoque du côté nasal, du côté temporal, par l'œil droit ou par l'œil gauche.

En somme, la réaction paradoxale : *a*) est très prononcée du côté gauche ; *b*) est peu prononcée ou n'existe pas du côté droit ; *c*) elle est consensuelle ; *d*) elle est retardée dans son apparition de plusieurs secondes ; *e*) enfin il n'y a pas de réaction hémianopsique (signe de Wernicke). Ajoutons encore qu'il existe chez notre malade une parésie dissociée de quelques muscles extrinsèques de l'œil gauche.

Ces particularités nous permettent de tenter une localisation de la cause qui a provoqué la réaction particulière de la pupille ; cette cause ne réside pas dans le muscle irien lui-même parce qu'on peut provoquer le réflexe par l'œil droit; son siège n'est pas dans la rétine et le nerf optique jusqu'au chiasma pour la même raison. La bandelette optique n'est pas touchée jusqu'au centre du nerf optique, parce qu'il n'y a pas de réaction hémianopsique de Wernicke. Enfin le nerf commun n'est pas touché dans son trajet périphérique, car sa paralysie est partielle, partant nucléaire. Il faut donc admettre que la lésion, si lésion il y a, siège ou bien dans les centres du sphincter de la pupille du droit interne et du releveur de la paupière à gauche, ou bien dans les fibres d'association entre ces centres et d'autres dont la nature sera discutée plus tard.

Pour savoir s'il y a lésion, étudions l'état somatique général du malade.

Dans ces antécédents il nie la syphilis, mais accuse de l'impaludisme et des excès alcooliques (absinthe) antérieurs. Pas de rhumatisme, ni de blennorrhagie, ni d'intoxication professionnelle. Il est marié depuis douze ans, mais n'a jamais eu d'enfants. Actuellement on constate une *insuffisance aortique* avec gros cœur qui a déjà donné lieu à des phénomènes d'asystolie (œdèmes malléolaires, etc.), guéris par la digitale. Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines. Le système nerveux périphérique ne présente rien de particulier. Pas de stigmates d'hystérie. Le malade n'a jamais eu ni sciatique, ni crises gastriques ou urinaires, ni d'autres symptômes sensitifs. Il ne présente pas le signe de Romberg ; les réflexes patellaires sont normaux. Il nous a paru cependant en le voyant marcher dans la rue qu'il lance la jambe gauche en avant. Il n'offre pas le signe de l'escalier.

De ce rapide exposé de l'histoire pathologique de notre malade, nous pouvons conclure qu'il n'est pas illogique de localiser la cause de la réaction paradoxale de la pupille dans l'encéphale, au niveau des associations internucléaires, et de rattacher cette cause à l'insuffisance aortique (hémorrhagie localisée, variations brusques de la circulation, thrombose, embolies, etc.). Mais une analyse détaillée des circonstances qui accompagnent cette réaction paradoxale lui fait perdre tout ce qu'elle a de mystérieux.

Nous avons signalé au début de notre observation l'existence chez ce malade d'un strabisme divergent, intermittent et alternant, avec prédominance du côté droit. Or, lorsqu'on examine un peu longuement les yeux du malade, celui-ci accommode pour l'infini et laisse dévier son œil droit quand on examine son œil gauche, et quelquefois, mais pas toujours, il laisse dévier l'œil gauche. Il en résulte que la pupille gauche, qui a perdu son réflexe lumineux, reste d'abord stationnaire, puis, à mesure que l'œil droit se met en abduction, elle se dilate, d'où la prétendue réaction paradoxale. Par contre, la pupille droite, qui a perdu également son réflexe lumineux, se contracte quelquefois parce que l'œil droit fixé par l'observateur ne peut pas aller en abduction ; cependant quelquefois l'œil gauche est dévié en dehors et alors la pupille droite peut se dilater. La contre-épreuve est des plus instructives. Quand on force le malade d'accommoder pour un objet rapproché et quand on éclaire alors sa rétine, les deux pupilles restent immobiles tant que les globes oculaires sont immobiles ; au moment où les muscles droits internes se fatiguent, mais à ce moment seulement, commence la dilatation des deux pupilles, comme avec l'éclairage solaire, le malade se croit plus libre de ses mouvements, il accommode pour un objet quelconque, ne fatigue pas ses muscles oculaires et ne présente pas de dilatation pupillaire ; avec l'éclairage à la loupe le moment lui paraît plus solennel, il accommode pour l'infini, laisse aller son muscle droit externe du côté droit et offre le phénomène dit paradoxal.

Ajoutons que nous avons en vain cherché d'autres symptômes

du côté du sympathique (exophthalmie, dilatation de la fente palpébrale) au moment de la réaction à la lumière et que la recherche de la dilatation de la pupille par des excitations sensitives est restée négative. De même la pression sur les globes oculaires n'a pas produit des changements notables dans la grandeur de l'ouverture pupillaire. Enfin, le réflexe cortical décrit par Haab n'a pu être mis en évidence chez notre malade.

De notre observation, on peut en rapprocher neuf autres, portant ou non l'étiquette de réaction paradoxale. Elles sont dues à Kahler, Raggi, Moselli, Jessop, Money, Marina, Mouchin, Oestraicher et Lépine. Une analyse critique de ces observations, qui sera publiée ailleurs, nous permet d'en tirer les conclusions suivantes :

1° La réaction de la pupille dite paradoxale ne présente rien de paradoxal.

2° Dans tous les cas publiés, il s'agissait soit de l'ataxie locomotrice, soit de la paralysie générale, soit de syphilis méningée ou encéphalique.

3° Dans tous les cas publiés le réflexe de la pupille à la lumière était éteint avec conservation du réflexe à l'accommodation et à la convergence.

4° Dans la plupart des cas, la dilatation de la pupille était le fait des mouvements associés avec les mouvements de divergence, quelquefois à la faveur d'une paralysie ou parésie des muscles adducteurs de l'œil.

5° Dans d'autres cas, la dilatation était secondaire à de l'hippus réflexe et ne différait pas comme intensité de celle qu'on peut observer sur des pupilles normales longtemps éclairées.

6° Exceptionnellement des influences psychiques et sensorielles peuvent provoquer des dilatations passagères de la pupille, alors que la contraction initiale manque du fait de la rigidité pupillaire.

7° En effet, la condition dominante qui rend facile la constatation d'une dilatation pupillaire *pendant et non du fait* de l'éclairage est l'existence du signe d'Argyll-Robertson.

8° Toutefois, la présence du signe d'Argyll Robertson n'est pas une condition *sine qua non*, ainsi qu'en témoigne le cas récent de M. Lépine (1) qui a observé la réaction paradoxale chez un homme hystérique.

BIBLIOGRAPHIE.

Kahler, *Prager med. Woch*, t. XII, n° 17.
A. Raggi, *R. C. del Inst. Lomb. di scienze ed lett*, Milano, 1885, V, XVIII, p. 634.
E. Moselli, *Arch. di Psch., sc. pen. ed Antrop. crim.* Torino, 1886, V. VII, p. 111.
W. C. Jessop, *Ophthalm. Review*, 1885, p. 370.
A. Money, *Lancet*, 1889, t. I, p. 170.
A.-R. Marina, *Arch. für Psych.*, 1889, t. XXI, p. 156.
Mouchin, *Archiv Psychiatrii*, en russe, 1893, t. XXII, p. 89.
Oestreicher, *Berliner klin. Woch.*, 1890, p. 123.
R. Lépine, *Lyon Médical*, 1896, t. LXXXII, p. 78.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Champenois (Paul). *Étude critique du traitement des kystes hydatiques du foie. Avantages des incisions larges.* N° 313. (P. Delmar.)

M. Bonhommet (Louis). *Des lymphangiectasies cutanées et particulièrement d'une forme lymphorrhagique végétante avec éléphantiasis.* N° 315.

M. Lairé (Charles-Émile). *Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus.* N° 322. (H. Jouve.)

M. Henry (Jules-Louis). *Du délire des négations (syndrome de Cotard) dans la paralysie générale.* N° 326. (G. Steinheil.)

1. R. Lépine, Sur un cas de somnambulisme (*Lyon Médical*, 17 mai 1896).

M. Bechholm (Carl Johan). *Recherches bibliographiques statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique.* N° 336. (H. Jouve)

M. Thoyer-Rozat (J.). *Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants (adénite rétropharyngienne aiguë suppurée), leur fréquence, leur terminaison par la « mort subite », leur traitement.* N° 354. (Soc. d'édit. scientif.)

M. Champenois conclut qu'en présence d'un kyste hydatique du foie, on pourra tenter une fois, deux au plus, une ponction suivie d'injection de sublimé ou de naphtol β, quoique ne comptant que bien peu sur une guérison. Mais, dès que le liquide se sera reformé, il faut agir par l'incision large, en suivant les indications fournies par le siège du kyste, c'est-à-dire : pour les kystes antéro-inférieurs, laparotomie suivie ou non du procédé Billroth-Delbet; pour les kystes antéro-supérieurs, laparotomie avec ou sans résection costale; pour les kystes postéro-supérieurs, laparotomie avec bascule de Landau ou préférablement incision transpleurale; pour les kystes postéro-inférieurs : opération de Villaret.

Deux grands symptômes, à peu près constants, caractérisent pour M. Bonhommet l'évolution des lymphangiectasies : la lymphorrhagie et l'œdème éléphantiasique. Les lymphangiectasies peuvent cependant offrir certaines particularités : processus végétant des vésicules; groupement des varices en plaques; diffusion des lésions; absence de vésicules; tumeurs avec engorgement ganglionnaire; troubles trophiques (hypertrichose, atrophie du membre, œdème éléphantiasique); troubles fonctionnels (hyperthermie, exagération de la sécrétion sudorale).

La cause sera, assez souvent, de nature infectieuse. Un certain nombre de faits complètement étudiés en fournissent la preuve : (Follet, — Besnier, — obs. pers.) L'infection pourra être due : au parasitisme (filariose); aux microbes (diverses espèces). Mais le processus morbide sera toujours le même, malgré la diversité d'origine : lésion du vaisseau lymphatique ou des ganglions; difficulté de circulation de la lymphe; dilatation consécutive du conduit; œdème lymphatique; prolifération embryonnaire périvasculaire; hyperplasie conjonctive; et l'éléphantiasis sera constitué (Gaucher). Les dilatations semblent débuter, d'après un examen histologique de M. Bonhommet et celui de Chipault, dans les plans superficiels de la peau. C'est là que siègent les ectasies les plus considérables. Elles s'avancent ensuite jusque dans le derme à une profondeur mal limitée. Ces dilatations arrivent à se confondre par suite de la disparition des cloisons qui limitaient les ectasies primitives. L'endothélium tapissant les lacunes lymphatiques se trouve, sur certaines d'entre elles, en contact immédiat avec le corps muqueux de Malpighi. On n'y voit pas interposée la moindre lame de tissu conjonctif, quoi qu'en aient dit plusieurs histologistes. Les lymphangiectasies sont des varices et non des angiomes lymphatiques de la peau. Leurs caractères cliniques, leur marche, leur étiologie tendent à le prouver.

Le traitement médical étant impuissant, et les interventions chirurgicales partielles de tous points inférieures pour arrêter la marche du cancer de l'utérus, M. Lairé croit nécessaire, pour combattre cette affection, de pratiquer l'ablation totale de l'organe malade. La plupart des chirurgiens lui donnent la préférence comme étant plus radicale, d'autres, moins nombreux, lui attribuent l'avantage d'une plus grande facilité. L'intervention est d'autant plus indiquée que l'épithélioma est plus localisé, moins envahissant, alors on a plus de chance d'éviter la récidive. Elle est contre-indiquée en cas d'envahissement des organes voisins, la récidive au niveau de la cicatrice étant la règle dans ces circonstances, n'intervenir que si l'utérus est mobile, les culs-de-sac libres.

Le relevé de toutes les statistiques montre que même dans ces conditions, la guérison n'est pas la règle. Souvent il se forme des migrations épithéliales rapides à distance qui échappent à tout moyen d'appréciation. Mais n'eût-on qu'une chance sur 100, la condamnation à mort étant sans appel en cas de non-intervention, l'hystérectomie vaginale totale doit être préférée à tout autre moyen, puisque tous n'ont pour terminaison que l'insuccès.

La paralysie générale présente souvent isolés ou plus ou moins complètement associés, les différents symptômes (hypocondrie, délire hypocondriaque physique, idées de négation, changement de personnalité, etc.) qui constituent le délire hypocondriaque des négations. M. Henry constate qu'on peut dans la paralysie générale rencontrer le délire des négations systématisé de Cotard, pendant toute la durée de l'affection ou pendant des périodes très longues, comme on y observe les autres délires systématisés.

C'est habituellement dans les formes mélancoliques de la paralysie générale, et, plus particulièrement quand elles revêtent le caractère anxieux, que l'on constate le délire des négations systématisé. L'hallucination psycho-motrice, hallucination motrice verbale, est rare dans la paralysie générale; quand on la rencontre, elle coexiste alors souvent avec le délire des négations (*syndrome de Cotard*). Les hallucinations psycho-motrices, dans cette forme de paralysie générale, sont ordinairement accompagnées d'hallucinations des différents sens, d'hallucinations kinesthétiques, d'impulsions verbales, de mouvements automatiques. Le changement de personnalité est une association fréquente du délire des négations. Elle explique parfois l'allure spéciale du délire, sous forme de dialogue. La coexistence habituelle, dans ces formes mélancoliques anxieuses, du délire hypocondriaque physique, du délire des négations, du changement de personnalité, des phénomènes moteurs et des hallucinations motrices verbales, s'expliquerait par leur origine psycho-motrice commune. Le diagnostic de méningo-encéphalite chronique est souvent difficile dans ces cas particuliers, par suite de l'absence au début ou de l'apparition très tardive des signes physiques. Il peut rester en suspens jusqu'à la fin de l'affection. La marche et la durée de la paralysie générale ne sont pas manifestement influencées par ce délire spécial de négation.

Par *origine traumatique*, M. Bechholm comprend les lésions crâniennes et cérébrales et l'insolation. Un traumatisme de cette sorte peut être *la seule cause* d'une maladie mentale et de toutes les différentes formes de maladies mentales. Les troubles cérébraux peuvent suivre immédiatement le traumatisme, mais le plus souvent ils n'apparaîtront qu'après un temps plus ou moins long. Mais pour donner à une forme de folie le nom de traumatique, même lorsqu'elle éclate longtemps après la lésion, il est nécessaire qu'il y ait une suite de symptômes d' « irritation cérébrale », reliant l'accident initial aux troubles cérébraux subséquents. Par « irritation cérébrale » l'auteur entend les maux de tête, le vertige, les bourdonnements d'oreilles continuels ou intermittents, le changement de caractère, les accès de violence, d'absence ou de confusion, la résistance moindre aux boissons alcooliques. Le plus souvent on trouve concurremment à un traumatisme d'autres causes étiologiques et spécialement : l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis et la masturbation. Dans ces cas on doit les appeler « folies traumatiques compliquées ». La mélancolie traumatique est le plus souvent une folie traumatique compliquée. Le pronostic pour toutes les maladies mentales d'origine traumatique est grave surtout quand il y a « une complication ». Les malades atteints d'une folie d'origine traumatique compliquée ou non sont quelquefois sujets à une excitation génésique très marquée. D'après les données statistiques des différents pays il est évident que les folies traumatiques sont plus fréquentes *chez les hommes que chez les femmes*.

L'abcès rétro-pharyngien idiopathique des enfants est, pour M. Thoyer-Rozat, une *affection beaucoup plus fréquente* qu'on ne le croit généralement. Il passe trop souvent inaperçu parce qu'on n'est pas assez prévenu de sa fréquence, et qu'on ne pense pas à le rechercher. Bien souvent il constitue une trouvaille d'autopsie. Très grave lorsqu'il reste méconnu et non traité, il guérit presque toujours par l'incision et l'évacuation du pus. *Il est peu de maladies où le sort du malade soit d'une façon aussi absolue entre les mains du médecin.* La mort qui se produit presque constamment quand il est abandonné à lui-même, n'arrive pas toujours lentement, causée par une asphyxie progressive due au développement continu de l'abcès, ou par l'évolution régulière d'une complication quelconque. Elle peut survenir brusquement, subitement. Cette mort subite, qui peut arriver à un moment quelconque du cours de la maladie, se produit quelquefois au moment même de l'incision de l'abcès et — apparemment — à son occasion. Dans l'un comme dans l'autre cas, elle paraît due soit à un spasme de la glotte, soit à des phénomènes inhibitoires dont le point de départ se trouverait dans une irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse, ou dans une *compression brusque* des gros troncs nerveux du cou. Dans quelques cas, c'est une hémorrhagie abondante qui en est la cause.

En face du pronostic, tout à fait alarmant, de l'abcès rétro-pharyngien laissé à lui-même, une obligation s'impose au médecin : intervenir dans tous les cas qui se présenteront à lui. Et la crainte d'une mort subite, toujours possible, doit rendre cette intervention prompte, hâtive, sitôt établi le diagnostic.

Deux voies peuvent conduire sur l'abcès pharyngien : l'une directe, buccale; l'autre indirecte, cervicale.

Simple, facile et suffisante dans la majorité des cas *l'incision buccale constitue la méthode de choix*. D'une technique assez délicate, difficile sans l'emploi du chloroforme (qui constitue, lui, un réel danger chez un enfant déjà asphyxiant), et laissant une cicatrice désagréable, l'incision externe sera réservée à quelques rares cas. *a*) L'abcès pharyngien est trop bas, inaccessible. *b*) La contracture des masséters rend impossible l'ouverture de la bouche. *c*) Il y a une artère superficielle au-devant de l'abcès; ou cet abcès est latéro-pharyngien, et non rétro-pharyngien.

On fera précéder l'incision buccale d'une ponction du prolongement cervical de l'abcès, si la collection très volumineuse fait craindre des accidents au moment de l'incision.

En présence de phénomènes subits d'apnée et de syncope dans un cas d'abcès rétro-pharyngien, on ne se contentera pas de faire des flagellations, de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, etc., on tentera encore l'électrisation du diaphragme, et l'intubation du larynx, les accidents pouvant être dus à des phénomènes inhibitoires ou à du spasme de la glotte.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Bussière (Jean-Jérôme-Augustin). *La loi de Trolard. Recherches anatomiques et physiologiques sur les rapports de l'artère de l'encéphale avec les sinus qu'elles traversent.* N° 1.

M. Maurras (François-Joseph-Emile). *Le côlon terminal et la fossette intersigmoïde chez l'enfant.* N° 4.

M. Spire (Camille-Joseph). *Du lupus lingual.* N° 7.

M. Breffeil (Joseph-Henri-Georges). *Contribution à l'étude de la cœliotomie vaginale postérieure appliquée à l'ablation unilatérale des annexes.* N° 8.

La loi de Trolard relative aux rapports des artères de l'encéphale avec les sinus veineux vertébral et caverneux est exacte.

D'après M. Bussière, les conséquences physiologiques de cette loi d'anatomie sont que les sinus et les artères en question échangent des pressions de telle sorte que d'une part les artères contribuent par leur expansion latérale à la production du pouls veineux des sinus et à la progression du sang noir vers le cœur et que, d'autre part, les sinus, par les pressions auxquelles peut être soumis le sang qu'ils renferment, jouent le rôle de modérateurs de la pression sanguine encéphalique dans l'effort d'expiration. Enfin, les artères, tant qu'elles gardent leurs propriétés d'élasticité parfaite, c'est-à-dire de compressibilité, font perdre, à leur passage dans ces sinus, à l'ondée sanguine ventriculaire une partie de son énergie.

La pression sanguine encéphalique est ainsi diminuée et réglementée et mise à l'abri d'une augmentation trop considérable, incompatible avec la vie délicate de la cellule nerveuse.

Chez l'enfant, la dernière portion du gros intestin mérite le nom de côlon terminal et se rapporte aux trois types suivants : 1° type ilio-abdominal; 2° type ilio-pelvien; 3° type ilio-abdomino-pelvien.

D'après M. Maurras, en cas d'imperforation de l'anus, on devra se souvenir, pour l'établissement de l'anus artificiel, que le côlon pelvien du 1er et du 3e type siège dans l'abdomen, mais non forcément dans la fosse iliaque droite. On est plus sûr de

le rencontrer sur la ligne médiane. C'est là qu'on devra faire la laparotomie.

La fossette intersigmoïde, qui mériterait plutôt le nom de recessus, est un cul-de-sac infundibuliforme du péritoine, situé, sauf de rares exceptions, un peu au-dessus et à gauche de l'angle sacro-vertébral. On la rencontre dans 94 p. 100 des cas. Conformément à l'opinion de Toldt, elle est située entre le feuillet postérieur du mésocôlon terminal et le péritoine pariétal qui tapisse la paroi abdominale postérieure. Son développement paraît lié au défaut de coalescence du mésentère terminal primitif avec le péritoine pariétal.

Cette fossette intersigmoïde a la forme d'un cône à grand axe vertical qui serait aplati dans le sens antéro-postérieur et dont le sommet se terminerait en pointe effilée ou moussue. La profondeur, variable, oscille entre 2 et 15 millimètres. Elle présente un orifice (base du cône), un toit (paroi antérieure), un plancher (paroi postérieure) et deux bords latéraux.

L'orifice, elliptique, à grand axe transversal, est limité en avant par le feuillet postérieur du mésocôlon pelvien, en arrière, par le péritoine pariétal; à gauche, par l'uretère gauche et le ligament côlo-iliaque; à droite, par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

Le toit, segment triangulaire pris sur le mésocôlon terminal, contient : 1° des artères venant le plus souvent des artères côliques moyenne et inférieure gauches; 2° des veines ayant un trajet parallèle; 3° des lymphatiques qui se jettent dans des ganglions situés soit sur le bord concave du côlon, soit à différentes hauteurs entre les feuillets du méso, au point de bifurcation ou de croisement des vaisseaux; 4° des nerfs issus du sympathique par l'intermédiaire du plexus lombo-aortique.

Le plancher est formé par le péritoine pariétal et recouvre toujours la veine iliaque primitive gauche et quelquefois l'artère sacrée moyenne.

Le bord gauche est limité par l'artère iliaque primitive gauche et le bord droit par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

M. Spire a réuni 14 cas de lupus lingual, c'est-à-dire tous ceux publiés jusqu'ici, sauf ceux de Garré et de Chari et Rielh.

Il résulte de ces observations que le lupus peut envahir toute la muqueuse linguale, mais se localise de préférence à la base.

Cliniquement, il se présente comme une plaque mamelonnée, saillante, pâle, dure au toucher et complètement indolente.

Son diagnostic s'impose presque toujours, car il coïncide avec des lésions lupiques des muqueuses voisines et de la peau.

Il paraît guérir par le traitement chirurgical ordinaire plus facilement que le lupus de la peau.

Dans sa thèse, M. Breiffel démontre que la cœliotomie vaginale postérieure, ou ouverture de la cavité abdominale par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est une voie directe et logique pour l'extirpation unilatérale des annexes. Cette opération ne compromet pas la statique utérine. Le manuel opératoire, peu compliqué, est devenu plus simple par l'emploi des pinces de Richelot.

L'extirpation bilatérale des annexes est plus difficile.

L'intervention vaginale préconisée par l'auteur réduit le traumatisme au minimum et assure la déclivité du drainage si besoin est. La voie postérieure est moins dangereuse que l'antérieure, qui cependant a ses indications.

Les indications de la voie vaginale sont : le petit volume des organes malades, leur mobilité, l'unilatéralité des lésions, la possibilité d'abaisser l'utérus et de rendre les annexes accessibles aux doigts et aux instruments du chirurgien.

Les contre-indications sont : le volume trop considérable, le défaut de mobilité, les adhérences excessives, la situation fixe des annexes en avant du ligament large, dans la fosse paravésicale.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctivite humaine, par V. Morax (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1896, p. 337). — Etude microbiologique d'une variété de conjonctivite catarrhale subaiguë, bénigne, susceptible de durer des semaines ou des mois et rapidement curable par des instillations de collyre au sulfate de zinc à 1/40.

L'agent pathogène est un diplobacille, décoloré par la méthode de Gram. Il se cultive sur les milieux additionnés de sérum humain ou de liquide d'ascite.

Ce microbe n'est point pathogène pour les animaux de laboratoire. Mais l'inoculation sur la conjonctive humaine reproduit la conjonctivite avec les caractères précités.

Le Bacillus pyogenes filiformis (A study of the bacillus (leptothrix?) pyogenes filiformis (nov. spec.) and of its pathogenic action), par Simon Flexner (*The journ. of. experiment. medicine*, New-York, avril 1896, p. 211). — Ce long mémoire est une monographie d'un nouveau microorganisme pathogène, trouvé chez le lapin. Il paraît se rattacher au groupe leptothrix et présente un pléomorphisme remarquable. Il produit chez le lapin toutes les formes d'infections et les lésions les plus variées : inflammations séreuses, abcès, nécrose, septicémie, etc. Il donne lieu à la production de gaz.

Des adénopathies dans le rhumatisme chronique, infectieux, par MM. A. Chauffard et F. Ramond (*Rev. de médecine*, mai 1896, p. 345). — On sait que depuis quelques années on a rapporté à une origine infectieuse certaines formes de rhumatisme noueux. C'est dans ces formes infectieuses que MM. Chauffard et Ramon ont observé, dans 7 cas, des adénopathies sus-articulaires, dont la présence est un nouvel argument en faveur de l'origine infectieuse de la maladie. Dans un cas ils ont fait des tentatives de recherches bactériologique sur le liquide articulaire et sur un ganglion extirpé sur le vivant : sur lamelles le liquide articulaire et le frottis du ganglion laissaient voir un diplobacille, mais les cultures ne donnèrent aucun résultat, pas plus que les inoculations.

Ces ganglions sont légèrement douloureux, spontanément ou à la pression. Leur volume et leur sensibilité varient proportionnellement aux poussées articulaires. Le traitement interne par la teinture d'iode paraît donner de bons résultats.

Contribution à l'étude bactériologique de la fièvre bilieuse hématurique au Tonkin, par L. Breaudat (*Arch. de médecine navale et coloniale*, juin 1896, p. 457). — Un cocco-bacille identique à celui qui a été décrit par M. Yersin fut trouvé dans les urines de 5 malades atteints de fièvre bilieuse hématurique, dans les selles vertes de l'un d'eux, dans le foie d'un 6e malade qui a succombé, et enfin dans une urine noire émise par un typhomalarien. Ce microbe, d'après M. Breaudat, ne serait autre que le coli-bacille (coagulation du lait, fermentation de la lactose, indol, non-liquéfaction de la gélatine, etc.).

La question se poserait, à la suite de ces recherches, de savoir s'il ne s'agirait pas dans ces cas d'infection coli-bacillaire surajoutée à l'infection malarienne.

Préparation de la toxine diphthérique, par M. Nicolle (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1896, p. 333). — L'auteur conseille de cultiver le bacille diphthérique dans le milieu suivant : la viande d'un bœuf tué le matin même est hachée et mise à macérer une nuit à la température de 10° à 12° (500 gr. de viande par litre d'eau); on ajoute 2 p. 100 de peptone et 0,5 p. 100 de sel, on porte à l'ébullition, on filtre, on alcalinise assez fortement et on stérilise à 120°; puis on filtre de nouveau et on répartit le liquide dans des vases quelconques. Après 7 jours de culture, sans courant d'air, on obtient une toxine très active.

La pneumonie des chèvres d'Anatolie (1er mémoire), par MM. Nicole et Réfik-bey (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin 1896, p. 321). — Etude microbiologique d'une épizootie des chèvres, consistant en une pneumonie lobaire analogue à la pneumonie de l'homme. L'agent pathogène est un cocco-bacille polymorphe, immobile, sans spores, non coloré par la méthode de Gram. Il est pathogène pour la plupart des animaux de laboratoire et surtout pour la souris.

Ce microbe paraît devoir être classé parmi ceux des septicémies hémorrhagiques.

Fièvre dans les suites de couches, somnolence et apathie dues à l'insuffisance hépatique, par P. Vergely (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14-21 juin 1896, p. 255 et 271). — Chez une accouchée, présentant des phénomènes d'apathie, de dépression profonde et de somnolence, M. Vergely a trouvé que le foie était augmenté de volume, que les urines renfermaient de l'albumine, du sucre, des sels biliaires, de l'urobiline, de l'acide urique en abondance, de la leucine, une proportion élevée d'indican. Aussi, et surtout en l'absence de signes d'une lésion rénale tels que la présence des cylindres dans l'urine, l'auteur a-t-il cru pouvoir imputer ces accidents nerveux à une origine toxique, à une auto-intoxication par insuffisance hépatique.

Hémorrhagies multiples des séreuses d'origine tuberculeuse avec association du staphylocoque pyogène, par Paul Courmont (*Province médicale*, 22 février 1896, p. 87). — A propos d'un cas de pleuro-péritonite hémorrhagique dans lequel le liquide de l'épanchement contenait le staphylocoque blanc et donnait la tuberculose en cobaye, l'auteur discute la pathogénie des épanchements hémorrhagiques des séreuses. Il attribue un rôle aux lésions du foie, à l'infection staphylococcique, mais le rôle principal lui paraît appartenir aux lésions tuberculeuses des séreuses. Il insiste sur la nécessité de vérifier la nature tuberculeuse de ces épanchements au moyen de l'inoculation d'une grande quantité de liquide (au moins 15 c.c.) au cobaye.

Sur le diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation, par L. Bouveret (*Lyon médical*, 2 février 1896, p. 145). — Le rétrécissement médio-gastrique, qui produit la déformation de l'estomac biloculaire, donne lieu à des signes fonctionnels semblables à ceux du rétrécissement du pylore. On peut avoir quelques présomptions au sujet de cette déformation si l'on tient compte de deux symptômes : 1° pendant le lavage de l'estomac, le liquide, qui déjà sortait tout à fait clair, apparaît brusquement mélangé d'une certaine quantité de résidus alimentaires; 2° l'estomac ayant été vidé avec la sonde, le clapotage y persiste néanmoins. Or ces deux signes n'ont qu'une bien médiocre valeur : le premier appartient aussi aux cas de périgastrite communiquant avec la cavité stomacale et existe encore, à des degrés divers, dans la simple dilatation de l'estomac; quant au second signe, sa valeur est bien diminuée quand on sait qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de vider entièrement un estomac avec la sonde et même avec la pompe.

D'après M. Bouveret, l'insufflation donne de bien plus grandes facilités pour reconnaître l'estomac biloculaire. Dans le cas où l'orifice de communication entre les deux poches n'est pas fermé par l'insufflation, l'estomac distendu apparaît sous la paroi abdominale avec la forme d'un sablier, à moins cependant que l'une des deux poches, très petite et très adhérente, ne reste cachée sous la face inférieure du foie, ou bien que les parois antérieures des deux poches ne soient accolées sur une large surface.

Dans le cas où l'orifice de communication se ferme pendant l'insufflation, voici les signes qu'on peut constater : 1° contraste entre les résultats de la palpation (clapotage) et ceux de l'insufflation, la palpation localisant la grande courbure plus ou moins au-dessous de l'ombilic, tandis que l'insufflation la fait apparaître beaucoup plus haut, au-dessus de l'ombilic et même immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches; 2° petites dimensions de la cavité distendue par l'insufflation, ce qui ne concorde pas avec la notion de la sténose du pylore; 3° position du point rétréci au niveau ou à gauche de la ligne médiane.

Trois cas d'angine pseudo-diphthérique à staphylocoques, observés dans la même famille, par M. Roque (*Soc. nationale de méd. de Lyon*, 2 mars 1896. — *Lyon médical*, 15 mars 1896, p. 367). — Un enfant de 3 ans fut pris d'une angine à fausses membranes très adhérentes précédée et accompagnée de troubles généraux très marqués : fièvre, albuminurie, état typhoïde; l'examen bactériologique des fausses membranes n'y révéla que le staphylocoque doré. Deux autres enfants, isolés dès le premier jour, furent atteints ensuite l'un au bout de 8 jours, l'autre au bout de 10. Le premier, âgé de 4 ans, eut également une angine pseudo-membraneuse à staphylocoques. L'autre, âgé de 6 ans, n'eut qu'une angine érythémateuse, sans fausses membranes, mais les cultures du mucus contenaient aussi du staphylocoque pur.

Sur les signes de la fistule gastro-colique, par L. Bouveret (*Lyon médical*, 1er et 8 mars 1896, p. 285 et 324). — La fistule gastro-colique, plus fréquente dans le cancer de l'estomac que dans l'ulcère, peut être reconnue pendant la vie, d'après M. Bouveret, lorsqu'on constate un certain nombre des signes suivants, qu'il a observés chez un malade. La diarrhée est très abondante et rebelle, elle est provoquée par l'ingestion des aliments et des boissons au bout d'un temps très court, de quelques minutes; c'est une diarrhée lientérique. Les vomissements manquent presque complètement et ressemblent à la diarrhée lientérique. Il n'y a pas de clapotage gastrique.

De l'orchite malarienne, par J. Planté (*Arch. de médecine navale et coloniale*, mai 1896, p. 347). — Quatre cas d'orchite au cours du paludisme chronique. L'auteur pense que cette localisation du paludisme se fait dans le réseau lymphatique superficiel ou profond, les sujets ayant déjà présenté ordinairement, au cours de leurs accès précédents, des poussées lymphangitiques.

CHIRURGIE

Cholestéatome du temporal (Ein Fall von Cholesteatom des Schläfenbeines), par Steinbrugge (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 26, p. 580). — Il s'agit d'une femme de 37 ans qui, sans cause connue, a été prise assez brusquement d'un écoulement purulent de l'oreille droite. A l'examen on trouvait des granulations profondément dans le conduit auditif, une sensibilité de la région mastoïdienne avec empâtement de la peau.

Le traitement local ayant échoué, on fit une trépanation qui montra la présence de pus dans les cellules latérales de l'apophyse mastoïde, et l'existence d'un cholestéatome dans l'antre. La tumeur mesurait 25 millimètres de longueur sur 15 de largeur et autant de hauteur. Après l'extraction relativement facile du cholestéatome, on réunit en une seule cavité la caisse du tympan et l'antre, et comme les granulations pénétraient jusque dans la caisse, leur grattage amena le marteau et l'enclume.

La malade guérit assez vite. L'écoulement cessa bientôt. Quant à l'acuité auditive, la malade entendait le tic-tac d'une montre mise à quelques centimètres de l'oreille.

D'après l'auteur il s'agissait donc d'une formation primitive de cholestéatome dans le temporal.

Traitement de l'érysipèle par la vaseline (Zur Behandlung der Erysipels mit Vaselin), par Köster (*Therapeut. Monatshefte*, 1896, n° 6, p. 229). — Il y a trois ans, l'auteur a préconisé un traitement fort simple de l'érysipèle, consistant principalement dans les applications locales de vaseline à côté d'un traitement symptomatique bien compris.

Ce traitement, a été, depuis, employé dans 130 cas d'érysipèle de gravité variable, et les résultats ont été des plus satisfaisants. Mais pour juger la valeur de sa méthode, l'auteur a comparé les résultats fournis par cette cette dernière avec ceux donnés par d'autres traitements (teinture d'iode, vaseline ichthyolée, eau de saturne, lanoline sublimée) employés par ses prédécesseurs à l'hôpital de Guthenburg depuis 1883.

Cette étude a montré les faits suivants :

1° La durée de la fièvre, chez les malades traités par la vaseline, est la même que chez les malades traités par d'autres applications locales.

2° L'extension du processus, l'envahissement des parties voisines n'est pas plus fréquente avec la vaseline qu'avec les autres modes de traitement.

3° La fréquence des complications, plus spécialement du processus phlegmoneux, est aussi grande avec la vaseline qu'avec les autres modes de traitement.

Pour toutes ces raisons, l'auteur croit que le traitement par la vaseline, traitement simple, qui ne comporte pas les inconvénients résultant des propriétés irritantes et toxiques d'autres substances doit être considéré comme le traitement de choix de l'érysipèle.

Troubles de circulation cérébrale après la ligature des artères vertébrales (Circulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Art. vertebralis), par Baracz (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 24, p. 569). — L'auteur rapporte deux observations où la résection des deux vertébrales (pour épilepsie), faite à 15 jours d'intervalle l'une après l'autre, a été suivie, 2 jours après la résection de la seconde vertébrale, de symptômes cérébraux analogues à ceux qui ont été notés à la suite de la ligature de la carotide : état comateux, hémiplégie droite et paralysie du facial droit. Tous ces phénomènes ont disparu au bout de quelque temps.

L'auteur croit que, dans ces cas, les artères vertébrales n'avaient pas des anastomoses nombreuses, de sorte que leur ligature a été suivie d'une thrombose dans le domaine du cercle de Willis, et provoqué des troubles de nutrition dans la région corticale du cerveau.

Sur les 6 cas d'épilepsie où l'auteur a fait la ligature des vertébrales, l'opération n'a jamais fait disparaître l'épilepsie.

Hernies étranglées (Beitrag zur Casuistik der eingeklemmten Brüche), par Borchard (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII, p. 216). — Le mémoire de l'auteur est basé sur une étude de 100 cas de hernies étranglées.

Les hernies traitées par le taxis ont été au nombre de 11, 10 inguinales, une crurale, chez 9 hommes et 2 femmes; l'étranglement datait, dans ces cas, de 5 à 50 heures; 10 ont guéri, l'un a succombé immédiatement après la narcose chloroformique à laquelle la mort doit probablement être imputée, l'autopsie ayant montré chez lui pour toute lésion une dégénérescence du myocarde.

Les hernies étranglées traitées par la herniotomie sont au nombre de 69, dont 40 fois il s'agissait de hernies inguinales, 29 fois de hernies crurales. Dans 53 cas la hernie occupait le côté droit, dans 16 cas le côté gauche.

La quantité de liquide herniaire a varié suivant les cas. D'une façon générale, le liquide était d'autant plus abondant que l'étranglement datait de plus longtemps. Il était ordinairement sanguinolent, dans quelques cas trouble. L'examen bactériologique, pratiqué dans quelques cas, a donné des résultats négatifs, ou montré la présence de microcoques et de gros bacilles courts.

Dans la moitié des cas, le sac renfermait de l'épiploon et de l'intestin, de l'épiploon seul dans 4 cas. L'intestin grêle fut trouvé 43 fois.

23 fois, la herniotomie a été complétée par la cure radicale qui, dans 9 cas, a compris l'extirpation du sac.

Sur les 68 opérés, 5 ont succombé : 1 au collapsus, 1 à la broncho-pneumonie, 1 à la péritonite par perforation, 1 à la péritonite purulente, après torsion et déchirure de l'anse intestinale, 1 à la péritonite simple.

Les hernies gangrénées sont au nombre de 20. Dans 7 cas on avait établi l'anus contre nature, soit à l'époque où on ne connaissait pas la résection intestinale, soit après indication opératoire bien établie; sur les 7 opérés on a eu 5 morts et 1 guérison. L'étranglement datait dans ces cas de 3 à 12 jours; l'âge des malades était compris entre 19 et 73 ans.

La résection primitive de l'intestin a été faite dans les mêmes conditions 11 fois et a donné 7 guérisons et 4 morts, c'est-à-dire une mortalité considérablement inférieure à celle de l'anus contre nature.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Curare, curarine.

Définition. — Le curare est un produit complexe extrait d'un certain nombre de *Strychnos* (Solanacées). Le principe actif, isolé par Boussingault et Raulin est la *curarine*, dont on a préparé le *sulfate*.

Solubilité. — Le curare et la curarine sont très solubles dans l'eau et sutout l'eau alcoolisée.

Antidotes. — Son antidotisme est bien établi avec la strychnine (Cl. Bernard, Tommasi). Néanmoins le chloral est plutôt le médicament antagoniste de la strychnine.

Propriétés thérapeutiques. — A été employé comme antitétanique, antirabique, antiépileptique, sans résultats bien nets, sauf peut-être entre les mains de Dobronravow.

Le curare paralyse les terminaisons nerveuses motrices. Son action, à doses faibles, reste limitée au membre dans lequel il est injecté. A doses élevées, elle s'étend successivement à tous les muscles de l'économie, le diaphragme étant le dernier atteint.

Le curare est en outre préventif et curatif du tétanos strychnique (Laborde).

Le praticien n'est autorisé à avoir recours à ce médicament que dans les cas de rage ou de tétanos confirmés ou dans le traitement de l'épilepsie avec attaques fréquentes. Il pourra également l'injecter, concurremment avec le chloral, dans l'empoisonnement par une dose élevée de strychnine. Il semble résulter des expériences de Laborde, qu'il pourrait être administré utilement, dans ces cas, avant le début du tétanos strychnique, par exemple si le médecin est prévenu immédiatement ou au plus tard dans la demi-heure qui suit l'absorption d'une dose toxique de cet alcaloïde. Dès l'apparition des premiers symptômes, il vaut mieux avoir recours au chloral.

En tout état de cause, le praticien ne devra employer le curare qu'avec les plus grandes précautions. Il est préférable d'employer la curarine, si l'on en a à sa disposition, l'activité des divers curares étant très variable.

Dose. — *Chez l'adulte* : par injection, 1 centigramme; par 24 heures, 10 à 15 centigrammes, en prenant soin de laisser, entre chaque injection, un intervalle d'au moins trente minutes.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats*. Si la solution n'est pas filtrée : douleur, rougeur, tuméfaction au point injecté. Si la solution est filtrée ou si c'est de la curarine, ces phénomènes locaux perdent de leur importance.

b) *Eloignés*. Au bout de 2 à 3 minutes, il y a de la paresse dans les groupes musculaires voisins de la piqûre. De la céphalalgie et un peu de vertige apparaissent; on note l'élévation du pouls et de la température (cette élévation peut atteindre 1 degré en 10 minutes). Ne pas renouveler l'injection, si le pouls s'accélère (110-120), devient petit, et s'il y a de la paresse marquée des membres. Dans ce cas, faire immédiatement la ligature de l'extrémité injectée et pratiquer la respiration artificielle. Ces phénomènes disparaissent d'eux-mêmes en 30 minutes, lorsque la dose n'est pas toxique. Le médicament s'élimine en effet très rapidement par les reins.

FORMULES

Curare	1 gr.
Eau distillée	50 à 100 gr.

Filtrez. 1/2 à 1 centim. cube.

(Rosenthal.)

Curare	0 gr. 10
Eau distillée	5 gr.
Alcool à 22°	1 gr.

1 à 2 centim. cubes contre le tétanos.

(*Form. ag. des clin. de Vienne.*)

Curare	. . . .	0 gr. 50
Eau distillée	. . . .	5 gr.
Acide chlorhydrique médicinal	. . .	1 gr.

Le 1/3 d'un centim. cube tous les 5 jours contre l'épilepsie.

(Kunze.)

Curare	. . . .	0 gr. 06
Eau distillée alcoolisée	. . . . . .	10 gr.

1 centim. cube tous les 2 jours contre l'épilepsie.

(Aurait été employé avec succès.)

(Dobronravow.)

Curarine	. . . .	1 gr.
Eau distillée	. . . .	50 gr.

1/2 centim. cube toutes les 1/2 heures contre le tétanos.

(Preyer et Beigel.)

Sulfate de curarine	. . . .	0 gr. 10
Eau distillée de laurier-cerise	. . .	1 gr.
Eau distillée	. . . .	8 gr.

1 centim. cube contre le tétanos, l'épilepsie, la rage.

(Lehmann.)

G. Maurange.

Mon cher Directeur,

Je dois, tout d'abord, remercier M. Maurange de sa réponse à la réponse de mon assistant, M. Faure : elle me permet d'intervenir dans le débat et de défendre, une fois encore, l'anesthésie locale par la cocaïne. Les bonnes méthodes, comme les bonnes idées, ne peuvent que gagner au bruit que l'on fait autour d'elles.

Je suis heureux que M. Maurange passe condamnation sur les questions de dose, sur la suppression du choc, sur les prétendues lenteurs de l'anesthésie et sur ses dangers. Je lui sais gré de la bonne grâce avec laquelle il reconnaît que les trois accidents dont il a été témoin, et même victime, étaient dus à la méconnaissance d'un « principe » fondamental de technique. Nous sommes donc d'accord sur les points principaux de la méthode et je n'insiste pas.

Maintenant doit-on ou ne doit-on pas pratiquer, sous l'anesthésie locale, la trépanation de l'apophyse mastoïde, l'extirpation des tumeurs parotidiennes et des ganglions tuberculeux, les incisions de l'appendicite où, « malgré M. Reclus », M. Maurange déconseille la cocaïne? Ce « malgré » me semble inexact : pour moi, c'est tantôt oui, tantôt non. J'ai fait, avec plein succès et plusieurs fois, chacune de ces opérations sous l'anesthésie locale et, pour chacune d'elle également, j'ai souvent eu recours au chloroforme. Or, dans l'une et l'autre alternative, j'ai obéi à des indications formelles indiquées tout au long dans mon petit livre, celui où M. Maurange a bien voulu puiser les principaux éléments de son intéressant article.

M. Maurange dit m'avoir vu opérer, une fois, à l'hôpital, et le patient lui apparut « pâle, anxieux, gémissant ». « Étais-je, ajoute mon aimable adversaire, sous l'influence de ma rancune personnelle contre la cocaïne? » En vérité, je le crois, mais j'ajoute : Est-ce donc sur un cas qu'on peut juger une méthode qui m'a permis à cette heure de pratiquer plus de 3 500 interventions, c'est-à-dire 10 fois plus que vous n'accusez de chloroformisations personnelles? La première fois que je suis entré dans un hôpital, en 1868, j'ai vu Gosselin, un maître en la matière, tuer net un blessé qu'il anesthésiait. Si j'avais été de l'école de M. Maurange, je me serais à tout jamais privé des merveilleuses ressources du chloroforme et de l'éther.

« Si j'avais, conclut M. Maurange, une hernie à me faire opérer, ce ne serait pas à la cocaïne. » Eh bien! le nombre est déjà grand des médecins et des étudiants qui après être venus, non pas une fois, mais plusieurs, voir, dans mon service, les résultats de l'anesthésie locale, m'ont prié de les en faire bénéficier. Et je puis dire qu'il n'est pas de semaine où cet exemple ne se produise. — Lors d'une visite de candidature, un maître éminent et qui avait occupé la chaire de thérapeutique médicale, me déclara tout net que je n'avais pas à compter sur sa voix : il ne me pardonnerait jamais mes campagnes en faveur de la cocaïne. Quelques mois plus tard il m'envoyait en ambassadeur le Dr Noguès qui le soignait, sous la haute main du professeur Guyon... et c'était pour réclamer de moi des injections de cocaïne. On le voit, tout arrive, et, un jour, je ne désespère pas d'opérer, par ma méthode d'anesthésie locale, M. Maurange lui-même, mon distingué contradicteur d'aujourd'hui.

Paul Reclus.

Je me garderai de suivre M. Maurange sur un terrain où la polémique prendrait rapidement une allure personnelle qui me semble indigne d'une discussion scientifique.

Je ne saurais rien ajouter à la réponse que M. Reclus a faite à ses dernières objections.

Je ne relèverai qu'un point où je suis plus directement pris à partie.

M. Maurange semble trouver étrange, et même ridicule, de dire qu'il peut être utile de faire tousser un malade au cours de la recherche du sac dans la cure radicale des hernies. Je l'ai dit, et je le maintiens : quand M. Maurange aura pratiqué lui-même quelques-unes de ces opérations, il sera peut-être plus autorisé à formuler des critiques et à donner sur ce point un avis personnel.

J.-L. Faure.

Je ne m'attendais certes pas à l'honneur de soulever une polémique dans ce journal, sous la modeste rubrique qui m'est réservée. Mais j'ai tout lieu de m'en féliciter, après avoir lu la très courtoise lettre de M. Reclus et la courte réplique de M. Faure.

Du débat, ressort en premier lieu la nécessité de suivre rigoureusement, pour l'analgésie locale par la cocaïne, la technique si précise de M. Reclus, technique que j'ai fidèlement résumée dans mon premier article. A cette condition, plus d'accidents à redouter.

Relativement aux indications de la cocaïne, M. Reclus pense qu'elles sont infiniment plus nombreuses que ne pourrait le faire supposer la pratique des chirurgiens ses collègues, de laquelle je dois aussi tenir compte. Je me suis donc cru autorisé, écrivant pour des praticiens, à leur conseiller de n'employer la méthode de M. Reclus que dans les cas où *une* seule injection de 1 à 5 centim. cubes de la solution au 100e suffirait à réaliser l'insensibilisation nécessaire. Je ne demande qu'à me convertir, même personnellement, à une application plus large de l'analgésie locale — la formule du progrès n'est-elle pas le perpétuel changement? Mais l'exemple que veut bien me donner M. Reclus n'est peut-être pas de nature à me convaincre. Si je sais bien mon histoire médicale contemporaine, il s'agissait d'un néoplasme prostato-vésical, dont les douleurs furent merveilleusement calmées par l'injection intra-vésicale de cocaïne. Je ne puis m'empêcher d'établir une distinction entre cette analgésie et l'insensibilisation d'un champ opératoire par voie hypodermique.

Néanmoins, qu'il m'arrive d'avoir une hernie et de l'étrangler avec sphacèle de l'anse; que, parvenu à un degré ultime de cachexie par cancer du rectum, j'aie des accidents d'obstruction nécessitant l'établissement d'un anus iliaque, je serais heureux de me remettre entre les mains du Maître qu'est M. Reclus, et je lui demanderais de m'opérer à la cocaïne...

Je ne voudrais pas terminer sans dire à M. Faure, que je n'ai pas eu la prétention — qui serait, de ma part, au moins singulière — de lui donner des leçons de médecine opératoire. Je sais très bien qu'il n'a pas besoin de faire tousser ses hernieux pour découvrir leur sac, et, si j'ai relevé sa phrase, c'est simplement pour les besoins de la polémique. Qu'il veuille bien croire que je n'ai eu, en aucune façon, l'intention de discuter la valeur reconnue du chirurgien et que j'ai seulement visé en lui le défenseur — un peu vif — d'une cause dans laquelle je représentais le ministère public.

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la dilatation progressive,

Par le Dr Paul Reclus.

L'ordre du jour est épuisé et M. le président trouve qu'il est trop tôt pour lever la séance. Je profite donc du temps qui nous reste pour vous faire une brève communication sur deux cas de rétrécissements non cancéreux du rectum, que je viens de traiter par la dilatation progressive, avec un succès immédiat que je n'avais jamais vu, ni dans ma pratique ni dans celle de mes maîtres. J'attribue ce succès à certains détails de technique que je désire vous soumettre.

Voici d'abord un rapide résumé de mes deux observations : Au commencement de juillet le professeur Fournier m'envoya un de ses clients atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum. Il s'agissait d'un capitaine de l'armée roumaine qui avait eu un chancre dans sa jeunesse et qui depuis avait été traité pour des accidents de vérole constitutionnelle. Depuis quelques mois il s'était aperçu de certaines difficultés pour aller à la garde-robe. On crut à des hémorrhoïdes et un médecin de son pays lui pratiqua l'excision de la muqueuse marginale, par la ligature élastique. Mais les accidents de rétention, loin de s'amender, s'accusèrent, puis il s'y joignit des épreintes, l'expulsion plusieurs fois par jour et par nuit d'une matière glaireuse et purulente, et c'est à ce moment que notre capitaine vint consulter M. Fournier qui nous l'envoya.

Au niveau de la marge anale, il existait des condylomes abondants et sous deux d'entre eux s'ouvrait une fistule sèche, mais assez large pour permettre l'introduction d'une sonde n° 4 ou 5. Leur trajet paraissait lisse et aboutissait, en cheminant sous la muqueuse, dans l'ampoule rectale, au-dessous du rétrécissement. Au point d'abouchement existait une bride qui allait d'une paroi à l'autre, s'insérant sur les deux points opposés de la muqueuse et rappelant les cordages tendineux du cou. L'ampoule rectale était remplie par des saillies, des mamelons durs, résistants, recouverts d'épithélium et abondants surtout à la partie postérieure. Le rétrécissement était situé au-dessus, à 8 ou 9 centimètres environ au-dessus de l'orifice anal. Il formait comme une sorte d'ajutage, cannelé, ou même rayé comme le canon d'un fusil. Il admettait à peine le bout de l'index, mais on le sentait se continuer plus haut, sans qu'on pût en marquer les limites supérieures.

Je commençai immédiatement le traitement : j'introduisis avec une pince à bouts mousses des petits tampons d'ouate hydrophile, gros comme un haricot et munis d'un fil pour les retirer. Je les imbibais d'une solution de cocaïne au centième et j'en faisais ainsi pénétrer coup sur coup 4 ou 5, que je conduisais avec une pince jusqu'au-dessus du rétrécissement. Puis j'attendais 5 minutes pour obtenir l'anesthésie et je prenais une sonde d'Hegar. La première que je fis passer était le n° 9 ; le n° 10 pénétra aussi dans cette séance. Après leur introduction, analogue à celle des béniqués pour l'urèthre, et sans les laisser à demeure, je faisais avec un irrigateur ou un bock auquel était annexée la sonde de Budin, un grand lavage avec de l'eau goudronnée à la température de 50°. Le soir, la même irrigation était faite, mais cette fois-ci sans dilatation préalable.

Le lendemain, nouvelle séance où je pus passer les nos 11 et 12. Puis le surlendemain, 12, 13 et 14 et ainsi de suite jusqu'au n° 23 de la filière Hegar, ce qui correspond à une sonde du volume de l'éminence thénar. De plus, des modifications importantes s'étaient faites dans le rétrécissement : non seulement le malade allait facilement à la selle, sans douleurs, sans effort, sans perte de sang, mais les épreintes avaient disparu et il n'avait plus ces pertes muco-purulentes, cette leucorrhée fétide qui le forçait à se lever plusieurs fois par nuit. Dès le 15e jour, l'état général et local s'était tellement amélioré que notre capitaine put quitter la France et retourner en Roumanie. Il avait comme consigne de se passer les sondes 21, 22 et 23 au moins une fois par semaine et de continuer les grandes irrigations à l'eau goudronnée à la température de 50° centigrades.

Notre deuxième cas a trait à un Brésilien de 30 ans qui me fut envoyé par notre excellent collègue de Pernambuc, le Dr Malachias Gonsalves. C'était un homme pâle et déjà cachectique. Les accidents étaient graves chez lui, l'écoulement était très abondant, douloureux et durait depuis plusieurs mois ; l'obstruction était imminente et les efforts pour aller à la garde-robe n'étaient couronnés d'un succès médiocre qu'après l'emploi de purgatifs énergiques et répétés.

Le rétrécissement différait beaucoup de celui de notre précédent malade, bien que dans ce cas aussi il y eût la syphilis à la base. A quatorze ans, notre Brésilien avait eu un chancre. Mais ici, pas de fistule sèche, pas de condylomes, pas de volumineuses saillies, pas de végétations dans l'ampoule rectale. Mais au-dessus de celle-ci on trouvait, à 8 ou 9 centimètres de l'anus, un étranglement annulaire, un diaphragme percé à son centre et qui aurait rappelé les rétrécissements congénitaux n'eût été son siège élevé, et surtout sa consistance cicatricielle. L'orifice était très petit ; il admettait à peine la pulpe de l'index et on ne pouvait le franchir. Ce n'est qu'après la dilatation que je pus reconnaître qu'au-dessus de cet anneau la muqueuse était tomenteuse et certainement ulcérée. Le malade m'était arrivé en même temps que celui de ma première observation, et j'eus recours au même traitement.

Je passai le n° 11 de la filière d'Hegar, mais il me fut impossible de passer le n° 12. Non que le malade cocaïnisé éprouvât aucune douleur, mais la résistance était invincible. Je conduisis alors sur mes doigts une bistouri boutonné et je sectionnai en 4 endroits le rétrécissement annulaire tout comme je l'aurais fait du collet du sac dans une hernie. A partir de ce moment la dilatation put être menée grand train, et au bout de 12 jours, je passais, comme chez mon malade précédent, le n° 23. Pour plus de sécurité j'allai même jusqu'à 24 et 25. Au bout de 15 jours de ce traitement, auquel, comme dans le cas précédent, j'avais associé d'abondantes irrigations d'eau goudronnée à la température de 53°, le malade me quitta. Chez lui aussi la leucorrhée anale avait à peu près complètement cessé. Le patient devait continuer à se passer des bougies chaque semaine et à prendre un lavement au goudron tous les jours.

Je n'ai pas la prétention, messieurs, de vous présenter ces malades comme des malades guéris. Je sais trop les déboires que nous réservent si souvent les rétrécissements pour avancer une pareille affirmation. Mais je me demande s'ils ne vont pas se trouver dans la situation des rétrécis de l'urèthre, qu'il faut, avec ou sans uréthrotomie interne, continuer à sonder, et qui, sous le bénéfice de cette réserve, peuvent sans accidents atteindre l'extrême vieillesse. Ce serait vraiment très beau et je n'ose pas l'espérer. En tout cas, je puis vous dire que jamais je n'avais vu les tentatives de dilatation que j'avais faites ou que j'avais vu faire chez mes maîtres Broca, Trélat, Labbé et Verneuil, donner des résultats immédiats pareils.

J'attribue mes deux succès d'abord à l'emploi de la cocaïne. La dilatation était jadis très douloureuse, le patient ne voulait plus s'y soumettre dès la deuxième ou la troisième séance, et le chirurgien, qui trouvait un sphincter contracturé, saignant et dans un état très peu satisfaisant, après les premiers essais, n'insistait plus pour continuer les tentatives. Mais le sphincter insensible, grâce à la cocaïne, se laisse facilement pénétrer; il en est de même du rétrécissement, et les séances de dilatation ne sont pas redoutées par le malade qui s'y prête sans révolte.

La cocaïne, d'ailleurs, n'est pas sans effet sur la muqueuse irritée; elle est un antiphlogistique et un cicatrisant, ainsi que je l'ai montré, il y a cinq ans, avec mon maître M. Feréol. Enfin, l'eau chaude et le goudron agissent sur la rectité qui accompagne la coarctation rectale. Aussi, je crois qu'il faut unir, pour expliquer les bons résultats de ma technique, la cocaïne, les bougies d'Hegar et l'eau chaude goudronnée.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

7e Session tenue à Nancy du 1er au 6 août 1896.

La séméiologie des tremblements.

Rapport du Dr Lucien Lamacq.

L'étude complète des tremblements dépasserait de beaucoup les limites de ce simple rapport. Ce symptôme se présente à l'observateur sous des formes si variées que son examen approfondi demanderait de longs développements. Peut-être aussi ce travail d'ensemble ne présenterait-il pas grand intérêt et n'ajouterait-il pas grand'chose à la thèse remarquable de M. Fernet (1), ni à l'article magistral que M. le professeur Demange a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Depuis lors, des acquisitions importantes ont certes été faites, mais quelques-unes sont en vérité trop connues pour que je me permette d'en parler longuement : ainsi, les tremblements hystériques ont été décrits par M. Pitres et par M. Rendu, puis le professeur Charcot et ses élèves, MM. Dutil et Souques, ont insisté avec raison sur le caractère si important qu'ils possèdent de pouvoir imiter, d'une façon parfaite, tous les tremblements décrits. Je ne dirai non plus rien des tremblements mercuriel, saturnin, alcoolique dont on a pu démontrer la fréquente origine hystérique.

On dit qu'une partie du corps tremble quand elle décrit une série d'oscillations rythmiques de part et d'autre de sa position d'équilibre.

Non seulement les membres peuvent être atteints, mais encore les paupières, les yeux (nystagmus), les lèvres, la langue, la tête, la mâchoire inférieure, la rotule (2).

Classification. — Pour faciliter l'étude des tremblements, on les classe d'habitude de la façon suivante :

1° *Tremblements au repos* (type de la paralysie agitante).
2° *Tremblements dans les mouvements volontaires* (type de la sclérose en plaques).

Et on les distingue des mouvements arythmiques :

3° *Contractions anormales au repos* (chorées) (3).
4° *Contractions anormales dans les mouvements* (ataxie).

Nous verrons plus tard combien cette classification indispensable, que l'on ne saurait remplacer, se trouve souvent en défaut par suite du polymorphisme fréquent d'un même tremblement. Nous verrons aussi que la définition même des tremblements, si elle répond à la généralité des cas, laisse de côté cependant certaines formes limites qui peuvent se transformer aisément en mouvements anormaux, ou qui leur sont intimement alliées.

Quoiqu'il en soit, on divise encore les tremblements, suivant le nombre de leurs vibrations, en :

Tremblements lents : 3 à 5 oscillations par seconde (paralysie agitante, tremblement sénile, etc.).
Tremblements moyens : 6 à 7 oscillations (sclérose en plaques).
Tremblements rapides, dits vibratoires : 8 à 9 oscillations (goître exophthalmique, paralysie générale).

Il ne semble pas que cette classification donne tous les résultats que l'on pouvait en espérer. — Si, en effet, dans quelques cas, on trouve sur un même tracé un nombre à peu près constant d'oscillations par seconde (trépidation épileptoïde, goître exophthalmique, neurasthénie), il en est d'autres où l'on trouve une variation par trop grande; du simple au double, par exemple, dans quelques cas de paralysie générale. — En outre, le nombre des secousses varie aussi beaucoup suivant les malades; dans le tremblement héréditaire, on peut observer de 5 à 9 oscillations par seconde. Sur le tableau, nous voyons que, dans la paralysie générale, le nombre des secousses est de 8 à 9 par seconde. Or, sur des tracés pris dans le service de M. le professeur Pitres, je vois ce chiffre descendre à 4, 6 par seconde. On ne peut donc appliquer cette méthode de classement à tous les tremblements.

J'ai dû formuler ces quelques critiques pour montrer qu'il n'est pas très rare de rencontrer des tremblements qui ne peuvent trouver place dans les cadres actuels.

On a souvent étudié le tremblement des mains et c'est lui que nous aurons en vue le plus souvent. Mais les mains ne tremblent-elles que dans les cas pathologiques? S'il en était ainsi, nous aurions là un symptôme des plus précieux, mais il n'en est pas ainsi, du moins pour le tremblement à forme vibratoire. M. le professeur Pitres a examiné à ce point de vue 1 000 sujets — 500 hommes et 500 femmes — n'ayant, bien entendu, aucune affection à tremblement, et a trouvé, en moyenne, 40 trembleurs sur 100 sujets. Ce nombre peut paraître et est en effet considérable.

Ce relevé montre ce fait intéressant, auquel on ne pouvait guère s'attendre, c'est que le nombre des trembleurs est le même chez les femmes que chez les hommes. D'où nous pouvons

1. Fernet, thèse d'agrégation, Paris, 1872.
1. Féré, Attaques de tremblement chez les épileptiques (*Rev. de méd.*, 1891, p. 513).
2. Voir Grasset, *Leç. cliniques*, p. 468.

conclure aussi que ce n'est pas au tremblement émotif simple que nous avons affaire, car, sans conteste, les femmes sont bien plus impressionnables que les hommes et elles auraient donné une proportion plus élevée. Ce n'est pas non plus le tremblement alcoolique, car il y aurait sûrement une proportion plus forte du côté des hommes.

Du reste ce tremblement ne diffère pas du tremblement émotionnel; il est de petite amplitude, à oscillations rapides, et, par cela même, se rapproche aussi beaucoup de la trémulation si bien décrite par M. Pierre Marie dans le goître exophthalmique; aussi nous pensons qu'il est juste de réunir ces diverses formes sous le même nom de *tremblements névropathiques*.

Cette même forme de tremblement vibratoire a été recherchée par M. Pitres dans l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies. Voici les moyennes des résultats obtenus :

Hystérie : 1 trembleur sur 3 hystériques, ou environ 34,6 p. 100.

Neurasthénie : 85 trembleurs sur 100 neurasthéniques.

Epilepsie : 20 trembleurs sur 100 épileptiques.

[Bien entendu, il ne s'agit pas ici du tremblement qui précède, suit ou constitue même parfois à lui seul l'accès d'épilepsie, et dont M. Féré s'est occupé à diverses reprises (1)].

Vésanie : 25 trembleurs sur 100 vésaniques.

Nous remarquons tout de suite le grand nombre de trembleurs chez les neurasthéniques, nous y reviendrons plus tard. Les épileptiques offriraient moitié moins de trembleurs que les sujets normaux; peut-être ce résultat est-il dû à ce que les accès sont suivis d'une longue période de dépression, peut-être aussi au traitement bromuré que ces malades suivent presque constamment. Le nombre si faible de trembleurs observé chez les vésaniques ne peut s'expliquer que si l'on a surtout affaire à des formes dépressives. En somme, bien qu'à l'état normal le tremblement vibratoire soit très fréquent, il conserve une valeur séméiologique très grande dans la neurasthénie, où il est presque constant, dans le goître exophthalmique où il l'est tout à fait, ce qui, dans ce dernier cas, facilite beaucoup le diagnostic des formes frustes.

Nous avons dit que la langue pouvait trembler. M. Pitres a recherché quelle pouvait être la fréquence de ce symptôme chez des sujets normaux; il a trouvé, comme moyennes de 791 sujets examinés :

Tremblement des mains seules. .	13,20 p. 100
— de la langue seule.	6,45 p. 100
Les deux à la fois.	26,16 p. 100

On retrouve bien pour les mains, au total, le nombre de 40 p. 100 déjà donné plus haut; pour la langue, nous trouvons qu'elle tremble chez 32,61 p. 100 des sujets examinés. La trémulation isolée de la langue, à l'état normal, est assez rare, d'après ce tableau, mais elle acquiert une fréquence très grande si l'on compte les cas où elle est associée au tremblement des mains.

Il nous a paru qu'il ne serait pas dépourvu d'intérêt d'examiner aussi le tremblement des paupières, bien que ce phénomène puisse être occasionné souvent par des troubles de la réfraction, suivant la remarque qui nous a été faite par notre ami M. Cabannes, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de Bordeaux, qui l'aurait observé surtout chez les myopes. Quoiqu'il en soit, nous avons relevé les nombres suivants, avec M. Abadie, externe du service, dans les registres de la consultation externe de M. Pitres, et sur un nombre égal d'étudiants en médecine.

Sur 100 malades atteints d'affections du système nerveux les plus variées, 68 tremblent et chez eux le tremblement se répartit ainsi :

Mains.	37 p. 100
Langue	36 p. 100
Paupières	48 p. 100

Il est curieux de constater que les paupières tremblent beaucoup plus souvent chez ces malades que les mains et la langue. Mais cette différence n'est que la reproduction fidèle de ce que l'on voit chez les sujets normaux.

1. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques;* — Attaques de tremblement chez les épileptiques (*Rev. de méd.*, 1891, p. 513).

63 étudiants en médecine présentent 51 trembleurs, soit 80 p. 100 environ, donnant au total, pour chaque région :

Mains.	25	soit 39,6 p. 100
Langue	19	— 30,0 p. 100
Paupières	35	— 55,5 p. 100

Il semble résulter de ces nombres que le tremblement des paupières n'a pas une valeur séméiologique très importante, car il est aussi fréquent à l'état normal que dans les diverses affections.

Sur les 15 *hystériques* nous trouvons que :

6 ont du tremblement palpébral.
9 n'en ont pas.

Pour la *neurasthénie*, la différence est encore plus minime; sur 11 malades, 6 ont ce tremblement, 5 ne l'ont pas. Enfin, dans le *mal comitial*, sur 25 cas les paupières tremblent 9 fois, soit 36 p. 100.

Le tremblement des paupières, comme le tremblement des mains, paraît donc moins fréquent chez les comitiaux qu'à l'état normal. Nais nous n'en saurions tirer aucune conclusion, car nous n'avons pas recherché si ces malades avaient pris du bromure, ni à quelle époque pouvait remonter leur dernier accès.

Il faut noter aussi que pour bien faire apparaître le tremblement des paupières, il faut demander leur occlusion légère, leur simple abaissement, car si elles sont fortement closes, le tremblement disparaît souvent.

Quant au tremblement de la langue, d'après les observations que j'ai pu étudier, il paraît avoir, dans la paralysie générale progressive, plus de fréquence que celui des mains, et il peut apparaître avant ce dernier.

Sur 26 cas, j'ai trouvé :

Avec tremblement de la langue.	20	soit près de 80 p. 100
Sans —	6	
Avec tremblement des mains .	14	soit 53 p. 100 environ.
Sans —	12	

Ce tableau montre encore une fois combien souvent le tremblement vibratoire se rencontre à l'état normal. Et encore ne s'agit-il ici que de celui qui peut être constaté par la simple vue; or, sans doute, ce nombre serait très sensiblement augmenté si l'on utilisait les appareils enregistreurs si sensibles de Marey. Il est aussi quelques cas pathologiques où ce procédé pourrait avoir son utilité, surtout si l'on recherche le tracé obtenu par la *pression* de la poire de caoutchouc.

M. Pitres, examinant un cas de maladie de Parkinson sans tremblement, les mains étant dans l'attitude du serment, a pu sentir un tremblement très net en se faisant serrer deux doigts de la main par le malade.

Dans un cas de sclérose en plaques sans tremblement apparent des membres supérieurs étendus, nous avons pris le tracé de la pression au moyen de la poire de caoutchouc et nous avons obtenu un tracé qui montre des secousses que l'on ne retrouve pas dans le tracé normal.

Je dois dire que ces phénomènes ont été déjà remarqués par M. Chambard; ils sont signalés d'une façon formelle dans un travail extrêmement intéressant qu'il a publié dans la *Revue scientifique* (1). Sur le tracé, M. Chambard trouve deux espèces d'oscillations : les unes, régulières, équidistantes, se répètent environ 80 fois par minute et représentent des pulsations artérielles; « les autres, beaucoup plus fines et à peine visibles, subdivisent les premières et traduisent certainement un tremblement musculaire, *pour ainsi dire normal*, et d'une finesse extrême que la grande sensibilité du levier inscripteur pouvait seule mettre en évidence. »

Eh bien, sur ce tracé, le nombre des vibrations que je compte est de 8 par seconde, le même que sur le tracé suivant pris chez un homme qui n'est pas buveur, mais qui est atteint d'accidents névropathiques nombreux. Nous verrons plus tard quel parti nous pourrons tirer de ces faits.

Ces procédés graphiques ont donc une utilité considérable

1. Chambard, Recherches myographiques et dynamométriques sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux (*Revue scientifique*, 1881, p. 74).

pour mettre en évidence des tremblements qui d'ordinaire passent inaperçus. Qu'il me soit permis de signaler ici, incidemment, le tremblement respiratoire. Il a été signalé, pour la première fois je crois, par MM. Klippel et Boëteau avec tracés à l'appui ; M. Féré a montré sa fréquence chez des épileptiques (1) ; nous avons trouvé nous-même un tracé quelque peu irrégulier dans un cas de sclérose en plaques sans tremblement apparent. Il y a cependant une cause d'erreur qui ne paraît pas avoir été évitée par M. Béchet (2) ; quand les membres tremblent d'une façon continue, comme dans la paralysie agitante, le tracé pneumographique inscrit en même temps les secousses rythmiques transmises au thorax par les membres supérieurs.

Dans le même ordre d'idées, l'appareil imaginé par M. Lefilliâtre pour étudier le tremblemeut de la langue chez les paralytiques généraux pourrait servir aussi à déceler les tremblements minimes de cet organe. Nous ne nous en occuperons pas plus longuement, parce qu'en somme, ce que nous dirons du tremblement des mains pourra s'appliquer aux tremblements des diverses parties du corps.

Rapports des tremblements avec les mouvements anormaux. — Voilà les tremblements classés, mis en évidence par les procédés les plus délicats. Avant de pouvoir apprécier leur valeur séméiologique, il est bon de voir quels rapports ils peuvent avoir entre eux et avec les mouvements anormaux, et nous découvrirons peut-être qu'ils ne constituent pas toujours un symptôme bien distinct, ayant par lui-même une valeur indiscutable au moins dans quelques cas.

Ainsi, chez un même malade, on peut observer des mouvements choréiformes dans un membre, des tremblements dans un ou plusieurs segments de ce même membre. J'ai pu étudier un malade atteint de mouvements choréiformes au repos, dans les membres du côté droit; or, il présentait en même temps un tremblement rythmique continu du pouce droit et, par instants, un tremblement latéral de la tête. Une jeune malade atteinte de tremblement héréditaire présente de petits mouvements choréiformes peu étendus, au repos, de la tête, du cou et des membres.

Nous avons pu trouver des associations analogues, assez fréquentes, dans des cas de tics simples, de paramyoclonus multiplex, mais surtout dans les formes post-hémiplégiques qui peuvent présenter les combinaisons les plus variées.

Mais, peut-on objecter, ce sont là des cas exceptionnels qui, par cela même, n'ont pas une valeur absolue. C'est possible; cependant voici la maladie de Friedreich où il est fréquent d'observer l'association des mouvements choréiformes et du tremblement intentionnel. On peut saisir, pour ainsi dire, sur le fait, la transformation graduelle du tremblement simple en mouvements arythmiques dans l'intoxication hydrargyrique professionnelle. Au début, on y observe un tremblement vibratoire, pouvant même ne devenir apparent que si le sujet éprouve quelque émotion. Plus tard, le tremblement devient analogue à celui de la sclérose en plaques, sauf les trémulations remarquées au repos ; plus tard encore, à une période très avancée de l'intoxication, à la suite des accès intenses, le tremblement mercuriel prend un aspect tout à fait comparable à la chorée de Sydenham.

Je sais bien que M. Letulle, le professeur Charcot, M. Dutil, et d'autres encore, ont montré la présence fréquente de l'hystérie dans ces cas, et que, dans ces conditions, nous ne saurions nous étonner de ce polymorphisme si étrange au premier abord. Il en serait de même pour le saturnisme où l'on peut observer, outre le tremblement vibratoire, la trémulation à forme de paralysie agitante, l'hémichorée et le pseudo-tabès. Je ne crois pas cependant que l'on puisse soutenir, d'une façon vraiment scientifique, que *toutes* ces manifestations soient de nature hystérique, et personne d'ailleurs n'a encore émis cette affirmations qui donnerait au terme « hystérie » un sens tout à fait abusif.

Je crois donc avoir le droit de dire que le tremblement simple peut, dans certains cas, se transformer en mouvements arythmiques choréiformes ou ataxiformes (1).

Du reste, nous ne pouvons, jusqu'à présent du moins, examiner les tremblements qu'au moyen de la vue et de l'inscription graphique. Or, l'inspection simple peut être, personne ne le niera, la source d'erreurs multiples. Il n'est pas toujours facile de distinguer, de cette façon, le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques de l'ataxie légère des membres supérieurs.

La méthode graphique ne nous permet pas d'éviter les erreurs de la vue : elle donne bien le rythme, l'amplitude des mouvements, mais elle ne saurait en montrer d'une façon précise les changements de direction, de plan, ce qui serait un résultat des plus importants. Je ne pense pas que l'appareil de M. Magnol (2) puisse fournir des indications bien faciles à interpréter dans les cas complexes (3).

Il faut bien avouer aussi que certaines erreurs sont inévitables de par la nature même des faits. Nous avons donné une définition du tremblement, c'est notre droit, mais cette définition est absolue ; or les phénomènes que nous étudions ne sont pas absolus, eux, et si nous examinons d'un peu près les tracés obtenus chez des alcooliques, des paralytiques généraux, des scléreux, par exemple, nous sommes obligés de reconnaître que le rythme y est souvent bien altéré, ce qui est un acheminement vers les mouvements arythmiques.

Rapports des tremblements entre eux. — Si parfois il est peu aisé, avec nos méthodes, de distinguer certains tremblements d'avec les mouvements anormaux, à plus forte raison pouvons-nous être embarrassés dans la description des divers tremblements simples. Ici encore, la vue, les procédés de Marey, ne permettent qu'une étude incomplète des mouvements, et leur classification, forcément schématique, ne saurait englober les innombrables formes de transition.

Admettons, avec M. Grasset, la division suivante :

1° *Tremblement au repos* (type paralysie agitante).

2° *Tremblement dans les mouvements volontaires* (4) (type sclérose en plaques).

Je vais montrer que ces deux classes ne sont pas tout à fait isolées, puis que, dans chacune d'elles, les subdivisions elles-mêmes ne sont pas toujours précises.

Il y a des formes de transition entre les deux classes. Je ne fais que citer le tremblement mercuriel qui, existant au repos, prend une forme spéciale dans les mouvement volontaires, c'est là sa caractéristique.

Nous avons vu que, par définition, le tremblement de la paralysie agitante existe au repos. Or, il n'en est pas toujours ainsi, même dans des cas déjà anciens. M. Magnan (5) a observé un malade qui présentait tous les signes de la paralysie agitante et chez lequel le tremblement ne se produisait que sous l'influence d'efforts ou de mouvements exigeant une certaine attention. J'ai pu observer des malades de ce genre ; mais, le plus souvent, le tremblement était manifeste au repos dans l'une des mains et ne se voyait dans l'autre main qu'au moment de l'exécution d'un mouvement — les derniers faits ont pu même être décrits comme une association de tremblement de Parkinson et de tremblement sénile. — D'après M. Grasset (6), en effet, « le tremblement provoqué par toute contraction accompagnée ou non de déplacement, naissant du fait même de la contraction musculaire et ne s'exagérant en aucune façon par les mouvements » constitue le type du tremblement sénile.

Les cas que j'ai observés et que je viens de citer montrent qu'il ne s'agissait pas, en réalité, d'un tremblement sénile, tel qu'il est défini par la généralité des auteurs, mais bien d'un tremblement de Parkinson qui ne devenait apparent que dans les petits mouvements volontaires, parce que je l'ai vu prendre

1. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890 ; p. 172 ; — *Rev. de méd.*, 1891, p. 519.
2. Béchet, thèse de Paris, 1892, p. 155.

1. J'ai pu, dans plusieurs cas de sclérose en plaques, de tremblement sénile, observer dans les doigts au repos des mouvements ou plutôt des secousses tout à fait arythmiques.
2. Magnol, thèse de Montpellier, 1894.
3. Peut-être la photographie pourrait-elle donner quelques résultats utiles.
4. Grasset, *Leçons cliniques*, p. 478 et suiv.
5. Magnan, *Société de biologie*, 13 déc. 1879.
6. *Leçons cliniques*, p. 486 et suiv.

plusieurs fois la même forme caractéristique observée dans l'autre main.

Quoiqu'il en soit, ces faits montrent combien il peut être difficile parfois de distinguer le tremblement de Parkinson du tremblement sénile. Et, en vérité, leur identité morphologique a même été acceptée par M. Demange (1) qui place, dans la classe des névroses, le tremblement sénile tout à côté de la paralysie agitante.

Pour ma part, sans m'occuper des rapports de ces névroses entre elles, je crois que très souvent il est impossible de distinguer les deux tremblements l'un de l'autre.

M. Demange a déjà montré que la trémulation parkinsonienne pouvait envahir la tête; d'autre part, le tremblement sénile peut parfaitement épargner cette partie du corps.

Le tremblement varie donc, non seulement avec les malades, mais encore chez le même sujet. Or, il en est de même pour ce que nous avons appelé le tremblement sénile. Il est très rare de trouver ce symptôme avec tous les caractères exigés par la définition classique (2); il peut exister au repos, et nous pourrions en citer quantité d'observations; il est accru ou diminué ou supprimé par les mouvements volontaires. Et, de plus, quand il siège aux mains, il peut imiter parfaitement le tremblement parkinsonien.

J'en dirai tout autant du tremblement héréditaire (3), que l'on ne saurait souvent par son aspect distinguer du tremblement sénile; lui aussi est essentiellement polymorphe, lui aussi peut exister au repos ou n'apparaître qu'à l'occasion des mouvements volontaires, qui augmentent ou diminuent son intensité. De plus, le professeur Charcot, parlant de la chorée de Huntington, a montré que l'hérédité ne saurait suffire à motiver la création d'une forme spéciale, car cette hérédité peut se rencontrer dans beaucoup d'affections. On a pu observer ce tremblement chez des enfants d'alcooliques trembleurs. Le nombre des oscillations ne peut non plus servir à distinguer les deux tremblements; il varie d'ailleurs avec les sujets, et si M. Debove a pu trouver 8 à 9 secousses chez ses malades, M. F. Raymond, de son côté, n'en a trouvé que 4 (4). Aussi Charcot a-t-il pu dire avec raison : « Le tremblement héréditaire ne paraît pas différer essentiellement du tremblement sénile ». Dans une même classe, il y a des formes de transition entre les divers tremblements.

M. Demange, par exemple, a observé un cas de paralysie générale à forme dépressive, sans aliénation, dans lequel il existait un tremblement des membres supérieurs qui simulait tout à fait celui de la sclérose en plaques (5). Zaeler a décrit depuis une forme mixte constituant la transition de la paralysie générale progressive à la sclérose en plaques.

J'ai pu constater, dans certains cas de tremblement sénile, chez des vieillards de l'hospice Pellegrin à Bordeaux, que les secousses rythmiques augmentaient considérablement d'amplitude à mesure que la cuillerée pleine de soupe s'approchait des lèvres, à tel point que parfois elle y arrivait tout à fait vide, à la grande colère du vieillard. On aurait cru voir un cas de tremblement identique à celui de la sclérose en plaques. On a dit que dans le tremblement sénile les oscillations augmentaient d'intensité avec l'effort produit, tandis que dans la sclérose en plaques l'accroissement d'amplitude était régulièrement progressif. C'est une distinction subtile et qui me semble peu sûre. Le tremblement de la sclérose en plaques a été, je crois, un peu trop schématisé et les tracés que l'on en donne comme caractéristiques dans les traités classiques ne ressemblent que de très loin au tracé, déjà demi-schématique cependant, donné par Charcot (6). J'ai voulu montrer par cet exemple que, dans la descripton des tremblements, des caractères absolus ne sont plus conformes à la réalité. Dans un cas de sclérose en plaques, Magnol (7) dit : « L'influence du repos est manifeste; les oscillations diminuent considérablement, mais, fait nouveau, ne disparaissent pas complètement (1). »

1. Demange, Le tremblement sénile (*Rev. de méd.*, 1882).
2. Comme le dit souvent M. Joffroy, il n'y a pas de signe pathognomonique du tremblement sénile. Voir Bourgarel, thèse Paris, 1887.
3. Debove, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1891.
4. Raymond, *Bull. médical*, 1892.
5. Demange, *Rev. méd. de l'Est*, 1881.
6. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 211,
7. Magnol, thèse Montpellier, 1894.

Enfin les tremblements vibratoires ne sauraient être différenciés les uns des autres d'une façon certaine, même par les procédés graphiques; ils sont, à peu de chose près, identiques dans le goître exophtalmique, la neurasthénie, l'émotivité, certains cas d'alcoolisme, etc. Chez tous, on peut observer cette augmentation presque rythmique dans l'amplitude des oscillations désignée par Fernet sous le nom de nœuds. M. Marie a montré la présence de ces nœuds dans le goître exophthalmique, on peut les retrouver dans la neurasthénie et même le tremblement sénile.

On a voulu distinguer le tremblement alcoolique en notant des secousses isolées des doigts. Or ce tremblement n'a pas toujours la même forme et il n'est pas rare de le voir affecter le type vibratoire simple.

Un tremblement donné ne correspond pas d'une façon absolue à une lésion toujours identique, ni à la même affection.

Il ne s'agira plus ici du tremblement vibratoire dont nous avons indiqué plus haut la présence dans de nombreuses affections. Tout le monde sait que le tremblement de la sclérose en plaques peut s'observer aussi dans la méningite cervicale hypertrophique, dans certains cas d'hémiplégie.

Mais il est des cas spéciaux, quelque peu étranges, dont l'examen approfondi est absolument nécessaire et fait partie intégrante de notre sujet. Certaines affections peuvent-elles présenter un tremblement autre que celui qui leur est habituel? Il existe des observations qui tendraient à le faire croire.

Mœbius (2) rapporte l'histoire d'une femme de 50 ans qui, à la suite d'émotions morales pénibles, fut prise d'un tremblement de la main droite rappelant absolument le type de la paralysie agitante. Bientôt survint de l'amaigrissement, puis tous les symptômes de la maladie de Basedow se manifestèrent.

M. Sachs (3) cite des observations importantes à ce même point de vue, montrant un tremblement analogue à celui de la paralysie agitante avec de la contracture et des symptômes de sclérose en plaques (nystagmus, parole scandée, exagération des réflexes).

Devons-nous les accepter comme probantes? Je ne le crois pas. D'abord, il n'y a pas d'autopsie. Ensuite, l'absence de l'hystérie n'y est pas suffisamment démontrée. Et, quoi qu'en dise M. Buzzard (4), la « grande simulatrice » est encore trop souvent oubliée.

Et dès lors, on est en droit de se demander si cette explication ne pourrait s'appliquer, au moins dans quelques cas, au polymorphisme des tremblements post-hémiplégiques. M. Demange (5) et son élève, M. Ricoux (6) ont montré qu'il n'y avait aucune relation constante entre le siège de la lésion cérébrale et la nature du tremblement. Ils décrivent des formes mixtes, provenant de la transformation des mouvements anormaux à l'occasion d'un mouvement. De plus, au bout de quelque temps, un tremblement peut être remplacé par un autre; enfin l'hémichorée et l'hémiathétose peuvent se trouver unies aux autres formes d'hémi-tremblement.

Ces variations du tremblement chez un même sujet, tous les signes que je viens d'énumérer ne doivent-ils pas éveiller nos soupçons et nous faire songer qu'il peut être parfois de nature purement fonctionnelle?

M. Bernheim (7), cité par M. Ricoux, rapporte l'histoire d'un vieillard, âgé de 64 ans, qui devient d'abord hémiplégique gauche avec tremblement, puis hémiplégique droit; le type du tremblement est celui de la sclérose en plaques. Or l'application d'un aimant a exercé une action curative sur l'hémianesthésie, le tremblement et la trépidation réflexe; seule la contracture du membre supérieur s'est reproduite.

A la consultation externe de M. Pitres, j'ai pu observer un

1. Voir aussi *in* thèse Bourgarel, Paris, 1887, les obs. 46, 47, où le tremblement sénile est allié au tremblement de la sclérose en plaques.
2. Mœbius, *in. Rev. des sc. méd.*, vol. XXIII, p. 529.
3. Sachs, *New York med. Journ.*, sept. 1894.
4. Buzzard, cité par Grasset, *in Leç. clin.*, p. 468 et suiv.
5. Demange, Tremblements pré- et post-hémiplégiques (*Revue de médecine*, 1883).
6. Ricoux, thèse, Nancy, 1882.
7. Bernheim, *Rev. méd. de l'Est*, 1881. — Voir thèse Ricoux.

malade de 56 ans, atteint d'un tremblement du bras gauche, ayant le type de la sclérose en plaques. Cet homme a été atteint d'hémiparésie alterne (membres du côté gauche et joue droite); La face est déviée, il y a de la contracture du bras avec exagération du réflexe rotulien à gauche; il est aboli à droite; pas de nystagmus ni de troubles de la parole. Analgésie de tout le bras droit. Je fais appliquer l'aimant sur le bras pendant dix minutes; alors le tremblement intentionnel a tout à fait disparu, la sensibilité du bras est à peu peu près normale. La contracture, la parésie des membres, la déviation de la face ont persisté. Le lendemain le tremblement n'a pas reparu. Le champ visuel est rétréci.

L'hystérie seule semble pouvoir expliquer le cas de Schultze où l'on voit un malade présenter le tremblement de la paralysie agitante et l'autopsie montrer des lésions typiques de la sclérose en plaques.

Voici encore une malade de M. le professeur Pitres, âgée de 55 ans, qui souffre depuis 5 ans d'une coccygodynie intense et rebelle. Elle est atteinte de tremblement sénile depuis 4 ans; le champ visuel n'est pas rétréci et il n'y a aucun signe d'hystérie. M. le professeur Pitres fait faire la ponction lombaire par M. Villar: aucun liquide ne sort. Mais dès ce jour même, la douleur disparaît, le tremblement aussi. Cependant, *rien ne pouvait montrer* la nature hystérique de ce tremblement.

« Certains cas de tremblements chroniques, dit M. Pitres, qu'on aurait décrits jadis sans hésitation comme des exemples de paralysie agitante ou de tremblement sénile de cause psychique seraient sans doute rattachés avec plus de raison au groupe des tremblements hystériques (1). » M. Pitres base son opinion sur la fréquence du rétrécissement du champ visuel dans ces cas; nous venons de voir un exemple où ce symptôme lui-même faisait défaut.

On a remarqué combien le tremblement à forme de sclérose en plaques est assez fréquent après les maladies infectieuses, surtout après la fièvre typhoïde; or les observations ne sont pas rares qui démontrent la nature parfois hystérique de ce tremblement. Il en est de même pour les trémulations qui apparaissent dans certaines intoxications.

Il est impossible, je crois, de donner une opinion scientifique sur la nature exacte de ces tremblements avant d'avoir recherché par tous les moyens possibles s'ils sont de nature fonctionnelle ou s'ils sont le résultat direct d'une lésion organique.

Il ne faut pas oublier, non plus, que « l'hystérie, maladie primitivement et essentiellement fonctionnelle, peut devenir elle-même organique et aboutir à une lésion (2) ».

En résumé la valeur séméiologique des tremblements est variable parce qu'il y a de nombreuses formes de transition entre les divers types décrits, parce que certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection.

Il serait utile aussi de savoir dans quel cas le tremblement est un symptôme purement fonctionnel, dans quel cas il est la manifestation précise d'une lésion organique. Il est impossible aujourd'hui de rien dire à ce sujet de bien scientifique.

Le tremblement à forme vibratoire est extrêmement fréquent chez des sujets en apparence normaux. Peut-être est-on en droit de considérer le tremblement émotif, le neurasthénique et celui du goitre exophtalmique comme une simple accentuation de ce tremblement que l'on rencontre chez plus de 40 p. 100 des personnes en bonne santé.

Le tremblement de la paralysie générale paraît vraiment caractéristique, au moins sur les tracés graphiques où l'on observe les « décharges » sur lesquelles a insisté M. Chambard.

Quant à la trépidation épileptoïde, sa valeur séméiologique est très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolument constante à la sclérose des cordons latéraux.

1. Pitres, *Leç. clin. sur l'hystérie.*
2. Grasset, *Leç. clin., loc. cit.*

Internement des aliénés (thérapeutique et législation).

Conclusions du rapport de M. Paul Garnier.

Je résumerai les considérations exposées au cours de ce rapport, dans l'énoncé des propositions suivantes que je soumets à l'appréciation du Congrès.

I. — Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie.

Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale.

II. — La qualification de *dangereux* appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

III. — Les progrès réalisés en pathologie mentale et dans l'hospitalisation spéciale des aliénés tendent à la suppression à peu près complète de tous les moyens de contrainte physique, au cours de l'internement.

IV. — Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigeraient que les malades confiés à chacun des chefs de service fussent beaucoup moins nombreux afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

V. — Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

VI. — Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des *visites à volonté* sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans fixation aucune de jour et d'heure, comme le voudrait une nouvelle méthode.

VII. — Les sorties provisoires ou à titre d'essai, dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants en permettant d'opérer une transition utile et d'octroyer la liberté en quelque sorte à titre conditionnel.

VIII. — Les plus grandes réserves sont commandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux, les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

IX. — La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons, est plus apparente que réelle et semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté à leur internement.

X. — La division de nos établissements spéciaux en *asiles de traitement* et en *asiles d'incurables* présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond pas au progrès moderne. Mais il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place et pour lesquels l'assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

XI. — L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources, à sa sortie de l'asile. Le sur-

veiller affectueusement, le protéger, le secourir est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage.

XII. — La loi du 30 juin 1838, « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable.

Les exemples de séquestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen.

XIII. — Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant, et d'ailleurs logique, dans l'internement des aliénés, aient été inférieures à leur mission contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire.

XIV. — Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cités, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales.

XV. — Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat, portant revision de celle du 30 juin 1838, principe d'après lequel un jugement est nécessaire pour tout internement, se heurte à de considérables sinon insurmontables difficultés d'exécution et ne semble pas devoir, *dans la pratique*, augmenter réellement les garanties contre la violation de la liberté individuelle, garanties d'ailleurs assurées par la stricte application des dispositions législatives en vigueur, attribuant au pouvoir judiciaire tout le contrôle nécessaire.

XVI. — La loi du 30 juin 1838, qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile, s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la sortie d'aliénés dangereux réputés guéris, mais légitimement suspects de rechute.

Sur ce point, elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 de la loi votée par le Sénat, portant création d'asiles spéciaux pour aliénés dits criminels.

XVII. — Il y a lieu d'étendre, par un article additionnel, ces précautions aux *délirants alcooliques récidivistes* dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

Résultats généraux de la sérothéraphie antidiphthérique (1),

Par M. P. Haushalter,

Agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

Partout où a été appliqué le sérum au traitement de la diphthérie, les statistiques indiquent un abaissement notable du chiffre de la mortalité. Il suffira de rappeler quelques exemples pris au hasard.

Abaissement du taux général de la mortalité par diphthérie. — Pendant que, du 1er février au 24 juillet 1894, sur 448 petits diphthériques traités par le sérum de Roux aux Enfants-Malades à Paris, la mortalité était de 24,5 p. 100, à la même époque, sur 520 enfants entrés à l'hôpital Trousseau, mais non soumis aux injections de sérum, la mortalité était de 60 p. 100. En Allemagne, sur 121 enfants traités par la sérothérapie, la mortalité était de 33 p. 100, tandis que durant la même épidémie, sur 106 non injectés, la mortalité était de 53 p. 100 (Körte).

A New-York, en 1895, après l'introduction du sérum antidiphthérique, sur 7 921 cas de diphthérie, la mortalité tombe à 19,43 p. 100, tandis qu'en 1894, sur 7 446 cas, elle avait été de 30 p. 100; à Boston, dans les 6 premiers mois de 1895, la mortalité tomba à 15,9 p. 100, au lieu de 30,1 p. 100, chiffre où elle s'était maintenue dans les 6 premiers mois des années 1891-1894; pendant le même temps à Philadelphie, où le sérum n'était pas employé, la mortalité dans les 9 premiers mois de 1895, fut sur 2 213 cas de 32,8 p. 100.

En France, la moyenne annuelle des décès par diphthérie pendant le premier semestre des années 1884-1894, pour les villes de plus de 20 000 habitants comprenant en tout 8 150 000 habitants, a été de 2 627; la moyenne des décès pendant le premier semestre de 1895, année du sérum, s'est abaissée à 904 : la diminution de la mortalité a été de 65 p. 100. Depuis que l'emploi du sérum se répand, la mortalité par mois va en diminuant en France pour la diphthérie; de 205 en janvier 1895, elle tombe à 160 en avril, à 84 en juin. Monod évalue à 15 000 le nombre d'existences que le sérum pourra épargner annuellement dans toute la France.

William Welch, réunissant 82 statistiques provenant de 80 sources différentes, et choisies en pays divers, trouve sur 7 166 cas de diphthérie traités par le sérum, 1 239 décès, soit une mortalité de 17,3 p. 100; en tenant compte de la mortalité pour les cas antérieurs et pour les cas non traités par le sérum, la mortalité sans usage de la sérothérapie eût été de 42,1 p. 100.

Si, au lieu de considérer des chiffres globaux, comprenant un ensemble de statistiques, et frappant surtout parce qu'ils témoignent d'une dimination massive de la mortalité dans la diphthérie, on recherche les variations de la mortalité avec le sérum, on note des différences fort curieuses, qui montrent bien que les chiffres n'ont de valeur comparative que pour les milieux où ils ont été recueillis.

A Madrid, la mortalité par diphthérie avait été, de 1880 à 1894, en moyenne de 80 p. 100; depuis l'usage du sérum, elle serait tombée à 8 p. 100 (Robert); à Budapesth, la mortalité qui, autrefois, atteignait le chiffre élevé de 60 p. 100, s'est réduite avec le sérum à 25 p. 100.

Alors qu'à Paris et Berlin, la mortalité par diphthérie avant le sérum variait de 40 à 55 p. 100, à Londres, la diphthérie moins meurtrière tuait en 1892 et 1893, sur 4857 cas, 30 fois sur 100; en 1893 même, sur 1 249 cas, la mortalité avait été de 26,4 p. 100, chiffre à peu près analogue au chiffre relevé dans bien des villes du continent depuis la sérothérapie. En 1894, avant la sérothérapie, la mortalité moyenne de l'année, à Londres, fut de 29,6 p. 100 sur 3 042 cas : au mois d'août de cette année, elle tomba même au South Eastern Hospital à 18 p. 100 (Mac Combie); en 1895, après l'emploi du sérum, elle fut, sur 3 529 cas, de 22,5 p. 100, chiffre qu'il faut comparer non pas à la moyenne d'un mois quelconque choisi avant la sérothérapie, mais à la moyenne des années précédentes.

A en juger d'après la plupart des multiples statistiques publiées en tous pays et dont il n'est pas possible d'encombrer ce rapport, la mortalité par diphthérie qui, autrefois, variait suivant les années et suivant les milieux de 55 à 35 p. 100, est tombée depuis l'usage du sérum à 12-25 p. 100; elle se réduit encore si, comme beaucoup d'auteurs, on défalque du chiffre des décès, les cas où la mort se produisit dans les 24 heures qui suivirent l'injection, et où par conséquent le sérum injecté trop tard n'eut pas le temps de produire ses effets; ainsi, pour citer quelques exemples, Sevestre qui, sur 526 cas de diphthérie, a une mortalité globale de 11 p. 100, voit ce chiffre baisser à 6,9 p. 100, s'il retranche les cas où la mort est survenue 24 heures après l'injection; sur 252 cas de diphthérie à Grenoble, la mortalité dans les mêmes conditions, tombe de 13 p. 100 à 6 p. 100 (Berlioz).

Pour un mêmemilieu, les chiffres les plus bas de mortalité, notés avant l'usage du sérum sont toujours bien plus élevés que le chiffre de la mortalité pour la fin de 1894 et pour 1895, années de la sérothérapie appliquée, même si l'on tient compte de ce fait, que la mortalité par diphthérie dans bien des milieux tendait à baisser depuis quelques années déjà avant la sérothérapie, comme le montre une statistique de l'hôpital Friedrichshain à Berlin, où l'on voit dans les 3 dernières années avant le sérum la mortalité tomber à 38 p. 100, alors qu'auparavant, elle était de 56 p. 100 (Weibgen). A la clinique royale de chirurgie à Berlin, la mortalité par diphthérie est, en 1894-1895 après le sérum, de 29,5 p. 100, chiffre 2 fois moindre que le chiffre moyen constaté à la même clinique depuis 10 ans; la

1. Extrait du rapport sur l'*Application des sérums au traitement de la diphthérie et du tétanos.*

mortalité la plus basse avait été, en 1891, de 45,9 p. 100 (Rindfleisch). A Genève, de 1890 à 1894, la mortalité par diphthérie avait varié de 47,8 p. 100 à un minimum de 26,8 p. 100 observé en 1893 : en 1895, après l'usage du sérum, elle tomba à 6,4 p. 100 (Revilliod).

La comparaison des statistiques faites de certaines façons pourrait prêter à des confusions préjudiciables : il importe, par exemple, de ne pas rapprocher tels résultats obtenus avec le sérum à Genève, de la statistique établie avant la sérothérapie à Munich, où la maladie particulièrement bénigne, n'a tué, d'après Aub, dans les 6 dernières années avant le sérum, que dans 6,14 p. 100 des cas.

Entre les mains d'un même clinicien, on voit le sérum donner dans les mêmes milieux des résultats supérieurs à ceux d'excellentes méthodes thérapeutiques antérieurement usitées d'une façon systématique; ainsi Moizard, qui, en employant la glycérine sublimée au 1/20, faisait tomber la mortalité de la diphthérie à 19,17 p. 100, obtenait quelque temps après sur 231 cas traités par le sérum, une mortalité de 17,71 p. 100.

Influence de diverses circonstances sur les résultats obtenus. — Il est, d'ailleurs, bien évident que pour apprécier à sa juste valeur la méthode sérothérapique, les chiffres d'ensemble sont absolument insuffisants : le pronostic de la diphthérie varie considérablement suivant les formes cliniques, les localisations, les complications, les associations microbiennes, suivant l'âge des individus atteints, l'époque où est appliqué le traitement. Tous ces facteurs doivent entrer en ligne de compte, si l'on veut juger sainement l'effet du médicament : on doit se rappeler, en particulier, que le sérum n'a point d'effet sur les infections associées, et ne peut remédier aux effets toxiques de la phase ultime de la maladie.

Résultats suivant le moment de l'injection. — Plus l'intervention est précoce, moins les membranes sont étendues, plus aussi le sérum a de chances de succès : quelques chiffres le montrent.

D'après Samguine de Moscou, la mortalité après l'injection faite le 2e jour est de 10,5 p. 100; après le 3e jour, elle est de 13,3 p. 100; le 4e jour, de 16,8 p. 100; avec les injections pratiquées au 5e-7e jour, la mortalité a varié de 33-40 p. 100.

William Welch, s'appuyant sur les chiffres indiqués dans les 80 statistiques qu'il a compulsées, trouve que sur 814 cas injectés avant le 3e jour, la mortalité a été de 5,5 p. 100 : elle a été de 13-15-19-29 p. 100 pour les cas injectés du 3e au 5e jour; elle a été de 34 p. 100 pour les cas injectés le 6e jour ou plus tard.

Ici cependant, comme partout, il faut compter avec le hasard des séries : ainsi, tandis que Funck à Bruxelles note pour les cas injectés le 2e jour une mortalité de 10 p. 100, et pour ceux inoculés le 4e jour une mortalité de 8. p. 100, il trouve pour ceux injectés le 3e jour une mortalité de 32 p. 100.

Dans les formes graves, l'intervention sérothérapique n'a de chances de succès que si elle est précoce : ainsi Körte, sur 14 cas graves injectés pendant les 3 premiers jours, n'a que 3 morts; sur 29 cas graves injectés le 4e jour, il compte 22 morts. Von Ranke, sur 22 diphthéries septiques où le traitement fut commencé avant la fin du 3e jour, observe 2 décès; sur 8 formes septiques traitées du 4e-7e jour, il a 6 morts.

Résultats suivant l'age. — Chez le tout jeune enfant, les résultats sont moins favorables que dans la seconde enfance et l'adolescence : Funck, de 8-12 ans, n'a pas observé de décès avec la sérothérapie; de 6-8 ans, la mortalité a été de 20 p. 100, de 4-6 ans, de 15,6 p. 100, de 2-4 ans, de 27,4 p. 100, au-dessous de 2 ans, elle a été de 45 p. 100. D'après la statistique générale de William Welch comprenant 7 166 cas, la mortalité de la diphthérie, depuis l'usage du sérum, est au-dessous de 2 ans de 33,3 p. 100. Chantemesse cependant a obtenu des résultats bien plus favorables; sur une série de 49 enfants âgés de un an et traités par le sérum, il n'eut qu'une mortalité de 14 p. 100 : un décès sur 26 cas de diphthérie pure, 6 sur 29 cas de diphthérie compliquée. Avant l'usage du sérum, la mortalité par diphthérie chez les enfants âgés de moins de 2 ans, était de 60-80 p. 100.

Il est juste d'ajouter, qu'abstraction faite du sérum, la diphthérie est d'autant plus bénigne et moins meurtrière, que l'on s'éloigne de l'enfance; avant le sérum, la mortalité par diphthérie était dans l'armée, en France, de 9-12 p. 100 (Catrin).

Résultats dans la diphthérie pure et dans la diphthérie associée. — La diphthérie pure, sans association microbienne, surtout sans association streptococcique, ni complications, donne à la sérothérapie les meilleurs résultats.

Dans l'angine diphthérique pure, la mortalité varie suivant les statistiques de 7,5 p. 100 (Roux) à 4,34 (Perregaux), 3,4 (Sevestre et Méry), 1,50 (Chantemesse), et même 0 p. 100 (Filatoff); dans l'angine diphthérique avec association streptococcique, la mortalité depuis le sérum varie de 34 p. 100 (Roux, Chantemesse), à 28 (Filatoff), 12,50 et 13,3 p. 100 (Perregaux, Sevestre et Méry).

Dans l'angine avec croup sans association streptococcique, Sevestre et Méry ont eu une mortalité de 7,59 p. 100; dans l'angine avec croup, compliquée d'association streptococcique, la mortalité a été de 23,80 p. 100.

Il importe donc, si l'on veut être fixé sur la valeur du sérum dans un cas donné, de décider bactériologiquement s'il s'agit d'une diphthérie pure ou d'une diphthérie associée au streptocoque. Il faut se rappeler cependant que le streptocoque est un parasite normal de la bouche saine, et qu'il existe presque toujours avec le bacille de Löffler sur les tubes ensemencés avec les fausses membranes diphthériques (Roux et Yersin); la confluence des colonies de streptocoques sur les tubes de sérum ensemencés avec la fausse membrane diphthérique, paraît être actuellement le seul signe plausible d'une diphthérie associée au streptocoque (Martin). Il est vrai qu'il est difficile souvent de préciser la limite de la confluence; il est vrai aussi que l'ensemencement fait avec des produits recueillis dans des bouches normales chez des individus sains, donne tantôt des colonies à peine apparentes, tantôt des colonies confluentes (Widal et Bezançon). Peut-être, pour plus de sûreté, faudrait-il alors s'en rapporter à la virulence des streptocoques unis sur la même culture au bacille de Löffler, pour savoir s'il s'agit ou d'une véritable association pathogène, ou simplement de l'union accidentelle d'un streptocoque parasite et d'un bacille : mais rien n'est sujet à mutation comme la virulence des cultures de streptocoques; et Widal et Bezançon ont vu des échantillons de streptocoques provenant d'angines diphthériques, donner quelquefois des accidents aux lapins, alors qu'ils n'avaient pas fourni de colonies confluentes sur les tubes primitifs de sérum.

A en croire les résultats de Von Ranke (1895), l'union du streptocoque avec le bacille de Löffler ne doit pas nécessairement impliquer l'idée d'une diphthérie à symptômes généraux graves; d'après l'étude bactériologique de plus de 200 cas de diphthérie, il conclut que l'association du streptocoque est aussi fréquente dans les cas de diphthérie ordinaires (83,1 p. 100) que dans les formes septiques (81,4 p. 100) : les phénomènes septiques sont le résultat d'une intoxication diphthérique plus grave et par conséquent plus rebelle au sérum. Telle est aussi la conclusion de Genersich (1894) : sur 25 cas de diphthérie sévère à forme septique, où l'examen des viscères fut pratiqué quelques heures après la mort, 4 fois seulement le streptocoque fut décelé; et cependant, dans ces cas, il existait de la fétidité de l'haleine, de la gangrène de la muqueuse, un teint plombé, de l'adynamie, de la faiblesse cardiaque, de la néphrite, quelquefois de la fièvre. Dans les diphthéries toxiques, observées dans son service, Variot (1896) dit que tantôt on a décelé le bacille de Löffler pur, tantôt le bacille de Löffler associé au streptocoque; la même association peut d'ailleurs exister dans les angines diphthériques légères : la gravité de la maladie et la mortalité ne lui ont pas paru différer dans les angines pures et dans les angines associées. Sur 70 enfants diphthériques traités par le sérum, Saint-Philippe et Tocheport à Bordeaux n'ont pas remarqué que les cas à association fussent plus graves que les diphthéries pures.

Quoi qu'il en soit du problème des diphthéries polymicrobiennes, si l'on se borne à envisager la question pratiquement au point de vue des applications sérothérapiques, il semble, jusqu'à nouvel ordre, que les membranes diphthériques donnant par culture, en même temps que le bacille de Lœffler, des colonies nombreuses de streptocoques, se rapportent, dans la

majorité des cas, à un groupe de diphthérie où le succès du sérum est moins assuré que dans la diphthérie pure.

Résultats suivant la gravité de la maladie. — Si maintenant, abstraction faite des associations microbiennes, on recherche les effets du sérum, suivant la gravité des cas, jugés uniquement d'après leur physionomie clinique, on note, ainsi qu'il est facile de le prévoir, que son effet est d'autant plus appréciable qu'il s'agit de formes plus bénignes. Revilliod, sur 21 cas légers qui, d'après lui, auraient probablement guéri sans intervention, n'a eu aucun décès; 18 cas sérieux ont tous guéri; sur 23 cas graves, il eut 4 morts. D'après Funck, depuis le sérum, dans la forme membraneuse localisée, la mortalité est de o p. 100; dans les formes progressives, de 17 p. 100; dans les formes septiques, de 83 p. 100. Pour Körte, avec le sérum, les cas légers donnent une mortalité de 3,3 p. 100; dans les cas moyens, où les symptômes locaux sont marqués et les symptômes généraux peu dessinés, la mortalité est de 29,8 p. 100; les cas graves, avec phénomènes généraux accentués, fournissent une mortalité de 58,2 p. 100. Dans les formes toxiques, d'ailleurs rares, la mort, d'après Variot (1896), sauf dans quelques cas, a été la règle, bien que le sérum ait été donné à la dose considérable de 100-150 c.c. en 2 jours; le sérum déterminait bien ou hâtait la chute des membranes, mais il n'avait aucun effet sur les phénomènes généraux.

Il faut ajouter que, pour Escherisch, la mortalité de la diphthérie avant la sérothérapie était, dans les formes localisées, de o p. 100; de 56 p. 100 dans les formes progressives; de 100 p. 100 dans les formes septiques.

Si le sérum ne peut revendiquer à son actif la guérison des formes localisées et des formes légères de la diphthérie, qui guérissent souvent seules ou sous l'influence des traitements anciens, et dont simplement il hâte la guérison, il reste responsable d'une diminution considérable de la mortalité dans les formes progressives, où elle n'est plus que de 17 p. 100 (Funck), au lieu de 50-60 p. 100; il reste redevable d'une diminution légère il est vrai, de la mortalité dans les diphthéries septiques ou toxiques, formes d'ailleurs exceptionnelles, qui tuaient autrefois dans 100 p. 100 des cas. Alors que le sérum n'a qu'un mince mérite à aider à la guérison de 10 cas légers, il a un mérite considérable à guérir 5 fois sur 10 dans les cas graves.

Résultats de la sérothérapie dans le croup. — *Abaissement du chiffre des croups.* — Le sérum, en arrêtant l'extension des membranes dans les formes progressives de la diphthérie, a diminué dans de fortes proportions le nombre des croups. Filatoff, à Moscou, depuis le sérum, ne compte plus que 28 croups sur 100 diphthéries, alors qu'autrefois la proportion était de 68 p. 100.

Abaissement du chiffre des interventions opératoires dans le croup. — La propagation du processus membraneux au larynx étant plus rare, le nombre des interventions opératoires dans la diphthérie s'est considérablement restreint; il s'est restreint aussi parce que, même en cas de diphthérie du larynx, le sérum enrayant la formation des membranes et provoquant la chute de celles qui existent, les phénomènes graves de sténose et d'asphyxie sont moins fréquents; aussi l'intervention ne se fait-elle plus guère que dans les cas où les enfants présentent des signes inquiétants de laryngosténose au moment de l'injection.

William Welch trouve que sur 4,294 diphthéries traitées par le sérum, l'opération n'a été jugée nécessaire que dans 27 p. 100 des cas. Mais ici encore, la statistique globale ne donne que des renseignements trop vagues; la fréquence des interventions chirurgicales dans la diphthérie, bien qu'ayant baissé partout où le sérum est en usage, varie cependant dans de fortes proportions, suivant les milieux et suivant les statistiques particulières. Du 1er octobre au 30 novembre 1894, sur 294 diphthéries reconnues bactériologiquement et traitées par le sérum au pavillon Bretonneau, à l'hôpital Trousseau, la proportion des interventions a été de 36 p. 100 (Perregaux); c'est à peu près également le chiffre donné par Roux; dans le service de Sevestre, aux Enfants Malades, en l'espace de 6 mois, l'intervention a été jugée nécessaire dans 14 p. 100 des cas; autrefois, de 1887 à 1894, elle se faisait dans 36 p. 100 de diphthéries. Sur 94 diphthéries, Funck, de Bruxelles, n'a été contraint de recourir à la trachéotomie que 8 fois (soit 8,2 p. 100), alors même qu'il existait souvent, au moment de l'injection, un tirage prononcé; Rindfleisch, à Berlin, a été obligé d'intervenir dans 40 p. 100 des cas traités par le sérum, alors qu'auparavant l'intervention eût été de 58,8 p. 100.

De telles différences dans les indications de l'intervention, tiennent sans nul doute aux variations de gravité de la diphthérie suivant les milieux et suivant les séries; elles dépendent aussi du moment où les malades sont soumis à l'injection : il est évident que plus l'injection est tardive, plus le processus membraneux a eu de chances de s'étendre, et plus les phénomènes de sténose sont accentués lorsque l'inoculation de sérum est pratiquée.

Abaissement du chiffre de la mortalité après l'intervention dans le croup. — Non seulement la pratique de la sérothérapie a diminué les nécessités de l'action opératoire dans la diphthérie, mais encore, appliquée dans les cas ou l'intervention a été jugée urgente, elle détermine une issue plus souvent favorable qu'autrefois.

Körte a vu avec le sérum la mortalité chez les trachéotomisés tomber de 77,5 p. 100 à 52,4 p. 100; dans la statistique de Perregaux, la mortalité après trachéotomie baisse de 80 p. 100, chiffre qu'elle atteignait à l'hôpital Trousseau avant le sérum, à 35,89 p. 100. Sur 104 croups opérés avant le sérum à l'hôpital de Nancy par MM. Frœlich et Düffner durant leur clinicat, la mortalité avait été de 63 p. 100; depuis l'emploi du sérum, le chiffre des croups envoyés à l'hôpital semble avoir baissé, probablement parce que les enfants à la première atteinte sont traités en ville et préservés des accidents graves; sur 20 cas de croup trachéotomisés par MM. Düffner, André et Pilon, chefs de clinique, et traités par le sérum, on ne compte que 2 morts. La mortalité dans le croup opéré est de 46 p. 100 depuis le sérum dans la statistique de Chaillou, de 40 p. 100 dans celle de Moizard, de 37,5 p. 100 dans celle de Lebreton et Magdelaine; d'après le rapport du *British med. Journal*, sur 225 croups trachéotomisés la mortalité avec le sérum fut de 25 p. 100. Roux qui indique une mortalité générale de 39,2 p. 100 chez les trachéotomisés traités par le sérum, trouve que la mortalité est de 30,9 p. 100 chez les trachéotomisés atteints de croups diphthériques purs, et de 62 p. 100 chez les trachéotomisés atteints de croups diphthériques avec association streptococcique. William Welch, d'après un ensemble portant sur 1160 interventions, note une mortalité de 39,8 p. 100 chez les trachéotomisés traités par le sérum. Rindfleich constate que, depuis le sérum, la mortalité chez les trachéotomisés a été de 15 p. 100 inférieure à celle de la moyenne des 10 années précédentes et de 6,5 p. 100 inférieure au chiffre le plus favorable observé dans ces mêmes années. Körte qui, chez les enfants de moins de 2 ans, avait autrefois, après la trachéotomie une mortalité de 90 p. 100, a vu cette mortalité baisser à 62 p. 100 depuis le sérum.

Il est bon de remarquer que dans certains milieux où la diphthérie est moins sévère, la trachéotomie donnait avant le sérum des résultats aussi favorables que ceux obtenus depuis le sérum dans d'autres milieux : ainsi à Bordeaux, avant la sérothérapie, la mortalité chez les trachéotomisés n'était que de 35 p. 100 (Moussous).

Mais il semble que ce soit le tubage du larynx dans le croup qui ait le plus bénéficié de la pratique sérothérapique : tandis qu'avant l'usage du sérum, la mortalité chez les intubés était de 66 p. 100, d'après la statistique de Bokaï portant sur 700 tubages, la mortalité après tubage depuis la sérothérapie, sur un ensemble de 231 intubations faites en 1 an dans le service de Variot à Trousseau est descendu à 44 p. 100, à 43 p. 100 pour d'Astros de Marseille, à 29,16 p. 100 pour Le Breton, à 24,48 p. 100 pour Chaillou, à 22,2 p. 100 pour Sevestre et pour Martin, à 13 p. 100 pour Gangofner de Prague. Dans la statistique globale de William Welch, la mortalité chez les intubés est de 28,9 p. 100.

Avant le sérum la mortalité, chez les jeunes enfants intubés avant l'âge de 2 ans, était de 85 p. 100; sur 54 enfants au-dessous de 2 ans, chez lesquels le tubage fut pratiqué après injection de sérum, la mortalité fut dans le service de Variot de 58 p. 100.

Aussi, beaucoup de médecins préfèrent-ils actuellement le tubage à la trachéotomie, sauf indications spéciales. La supério-

rité relative du tubage date réellement de la sérothérapie : 24 heures après la première injection, les fausses membranes diphthériques ne se reproduisent plus; 3 jours après l'inoculation du sérum, les membranes ayant généralement disparu, l'obstruction du tube tend à devenir plus rare, et en tout cas elle a des chances pour ne se produire guère que dans les premières heures : un des grands inconvénients du tubage est ainsi supprimé ou diminué par le fait de l'action anti-membraneuse du sérum (Martin).

Sur 526 enfants diphthériques entrés au service de Sevestre du 1er mai au 1er novembre 1895, et traités par le sérum, on pratiqua 72 tubages, ce qui porte à 15 p. 100 seulement le chiffre des interventions jugées nécessaires dans la diphthérie; la trachéotomie ne fut jugée urgente que dans 4 cas, où il s'agissait de laryngite sous-glottique, ou de croup *in extremis*. Sur 12 cas où la trachéotomie avait semblé indiquée aux Enfants Malades en novembre et décembre 1895 et en janvier 1896, 5 fois il fut démontré qu'il s'agissait de laryngite non diphthérique; plusieurs fois les symptômes d'asphyxie étaient dus à une broncho-pneumonie, qui en avait imposé pour une asphyxie d'origine laryngée; dans une autre série, en l'espace de 9 mois, il ne fut pratiqué qu'une trachéotomie dans un cas de diphthérie bronchique, contre 100 tubages (Bensaude et Rist).

La guérison a d'autant plus de chances de se produire en cas d'intubation dans le croup, que le tubage a suivi de plus près l'injection de sérum; généralement les enfants tubés dans les 24 heures qui suivent l'administration du sérum guérissent facilement (Chaillou).

Pour apprécier justement les effets de la sérothérapie dans le croup, il serait avantageux de voir séparer dans les statistiques les croups sans phénomènes d'intoxication, agissant simplement par oblitération mécanique, des croups bien plus rares de la diphthérie septique ou toxique, où le sérum peut rester sans effet.

Tous ces chiffres, qu'on pourrait multiplier bien davantage, suffisent à montrer que depuis l'emploi du sérum, la mortalité a diminué d'une façon générale dans la diphthérie, que le croup est devenu moins fréquent, et que les guérisons après la trachéotomie et le tubage sont bien plus nombreuses; ils montrent aussi que les effets du sérum sont effets variables, dépendant pour une bonne part de facteurs non négligeables, tels que l'âge des malades, la forme de la maladie, sa localisation, les associations microbiennes, les complications.

Bien que les statistiques accusent depuis le sérum une diminution incontestable de la mortalité par diphthérie, il serait injuste de vouloir les superposer strictement aux statistiques des années antérieures : abstraction faite des variations de gravité de la diphthérie suivant les années, les séries, les milieux, il est nécessaire de remarquer que la bactériologie a fait rentrer dans la diphthérie une foule de cas qui, autrefois, n'étaient pas classés comme diphthériques; avant 1895, par exemple, il entrait annuellement au pavillon des diphthériques, à l'hôpital Trousseau, 800-900 enfants; en 1895, sans que la diphthérie ait paru augmenter, le nombre des diphthériques admis fut de 1.400, c'est-à-dire supérieur de 400-500 cas à celui des années précédentes (Variot).

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 Août 1896.

Sur un cas d'actinomycose.

M. Blanchard fait un rapport de la Commission nommée par l'Académie pour examiner une observation d'actinomycose humaine envoyée par M. Ducor, de Libourne.

Il s'agissait d'une jeune femme, chez laquelle on avait cru à une production sarcomateuse, jusqu'au jour où le Dr Ducor reconnut dans le pus les actinomycètes associés à du streptocoque.

Le rapporteur, avec l'auteur, pense que l'actinomycose des mandibules est une affection plus fréquente qu'on ne pense; à l'exemple de M. Poncet il faut toujours songer à la possibilité de cette affection.

Selon M. Ducor les graminées sont les véhicules les plus communs de l'infection. Dans ce cas particulier on peut penser à ce mode d'inoculation, car la malade se servait de graminées, épis de blé, etc. depuis fort longtemps.

Sur le conseil de M. Nocard on a joint au traitement interne par l'iodure de potassium des injections de sérum antistreptococcique de Marmoreck qui ont influencé heureusement la marche de la maladie. Enfin on a fait des incisions, des ponctions aspiratrices suivies d'injections modificatrices de solution iodée. Grâce à ces moyens thérapeutiques, la maladie peut souvent être arrêtée.

M. Ducor dit enfin qu'on peut retrouver des actinomyces dans le pus des appendicites et des pérityphlites. On ne saurait donc trop attirer l'attention sur cette maladie si grave et encore peu connue, parce qu'on n'y pense pas assez.

Mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales.

M. Cornil, en son nom et en celui de **M. Chaput**, lit un mémoire sur le mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales.

Les auteurs ont étudié histologiquement le mode d'accolement séro-séreux du péritoine dans la suture de deux anses intestinales. Ces recherches leur ont permis de constater que la réunion a lieu par un processus inflammatoire ordinaire. Comme l'avait déjà montré jadis M. Ranvier, les cellules endothéliales se comportent comme les cellules conjonctives, deviennent proliférantes avec des prolongements qui suivent les tractus de fibrine coagulée.

Après avoir expérimenté sur des chiens, les auteurs étudient la cicatrice à ses diverses périodes et remarquent que, jusqu'au troisième jour, c'est la fibrine qui est l'agent de la réunion de deux anses intestinales accolées; elle forme des réseaux contenant des globules rouges et quelques globules blancs. De plus l'épiploon est toujours adhérent au niveau de la partie libre de l'accolement. Les cellules prolifèrent et leur noyau devient bourgeonnant. Autour du nœud de la suture s'accumulent des globules blancs. A la fin du 3e jour ou au 4e jour, les vaisseaux présentent des pointes d'accroissement qui vont s'unir aux prolongements des cellules vaso-formatrices.

Ensuite se forment des vaisseaux nouveaux et l'anastomose des cellules proliférées remplace le réticulum fibrineux qui se trouve réduit à des granulations irrégulières colorées en vert par la thionine. Ce travail important présente un intérêt tout particulier parce qu'il suit pas à pas le mode de formation de ces cicatrices.

Nouveau procédé de conservation des pièces anatomiques.

Un mémoire de **M. Melnikoff** est déposé sur le bureau de l'Académie par M. Magnan. Ce mémoire a pour sujet l'exposé d'une nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques. D'après les pièces anatomiques que l'auteur envoie à l'Académie, on peut juger des excellents résultats que donne ce procédé peu coûteux. Les pièces sont d'abord plongées dans la formaline à 40 p. 100, puis dans l'alcool à 95°. Ensuite, on les inclut dans de la gélatine additionnée d'acétate de potasse.

M. Fournier présente, au nom de **MM. Oudin** et **Barthélemy**, deux photographies obtenues avec les rayons de Röntgen. La première photographie est celle d'une petite fille atteinte de tumeur blanche du genou. Les muscles malades du jarret sont dessinés, ce qui n'a pas lieu pour les muscles sains; c'est là une découverte que les auteurs ne savent encore comment interpréter. La 2e photographie a trait à un malade porteur d'une gomme énorme, en manchon, située à l'avant-bras, et qui empêchait d'explorer les os; la photographie a montré

une forte hyperostose du radius qui ne pouvait être diagnostiquée autrement.

M. Pozzi lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Nicaise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 Juillet 1896.

Traitement des pieds bots.

M. Lucas-Championnière revient sur le rapport fait par M. Kirmisson sur un cas de M. Rochard, pour soutenir que le traitement du pied bot doit comprendre des larges ablations osseuses d'une part, et des mouvements précoces de l'autre. Actuellement il a renoncé à tout appareil plâtré, et, pour lui, si le malade de M. Rochard a mis si longtemps pour guérir, cela tient uniquement à l'immobilisation prolongée du membre.

Ensuite il fait remarquer la rapidité de la guérison dans les cas où, par suite de l'état du pied bot, on pratique une large tarsectomie, et la lenteur que l'on observe dans les cas où, le pied bot étant peu compliqué, on se contente de simples sections tendineuses.

M. Kirmisson est d'un avis diamétralement opposé à celui de M. Lucas-Championnière. M. Championnière dit qu'il faut enlever le plus possible d'os; lui, il pense qu'il faut en extirper le moins possible.

Rupture traumatique du foie.

M. Walther fait un rapport sur une observation de M. Faure relative à un cas de rupture traumatique du foie. (Cette observation sera publiée *in extenso* dans notre prochain numéro du jeudi.)

M. Routier a observé un cas de rupture traumatique du foie avec rupture du kyste hydatique qui se trouvait dans ce viscère. Malgré l'intervention précoce, le malade a succombé.

Kyste à grains riziformes du dos du poignet.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur une observation de **M. Zepfel** relative à un cas de kyste à grains riziformes du dos du poignet, traité par l'extirpation complète. M. Zepfel, à propos de ce cas, recommande l'extirpation totale de tous les cas de ce genre.

M. Lucas-Championnière trouve qu'il est matériellement impossible de pratiquer une éradication complète; aussi considère-t-il le cas de M. Zepfel comme une heureuse exception.

M. Reynier enlève tout ce qu'il peut et dissèque les tendons. Les mouvements se conservent fort bien.

M. Walther cite les cas de 2 malades opérés par M. Trélat qui ont guéri parfaitement après l'extirpation complète de la gaine des extenseurs.

M. Peyrot fait observer qu'il ne faut pas oublier que la guérison spontanée survient assez fréquemment.

M. Poncet a vu des malades guérir avec des opérations incomplètes : il suffit souvent d'ouvrir et de drainer sans tout extirper pour voir les lésions disparaître.

Rétrécissement du rectum.

M. Reclus rapporte 2 cas de rétrécissement dit syphilitique du rectum traités avec succès par la dilatation (voir p. 745).

M. Quénu fait observer que le traitement de M. Reclus était en somme complexe et comprenait non seulement les dilatations, mais les débridements et les lavages désinfectants.

M. Reynier pense qu'il faut tenir compte, dans les cas de ce genre, d'un élément spasmodique contre lequel a pu agir efficacement la cocaïne employée par M. Reclus.

M. Quénu ne croit pas à l'élément spasmodique, d'autant moins que sur les coupes de rétrécissements du rectum, on ne trouve plus de fibres musculaires.

M. Terrier fait remarquer qu'au point de vue du traitement du rétrécissement du rectum, il ne faut pas oublier l'importance qu'il y a à dériver les matières, en créant un anus contre nature.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 10 Juin 1896.

Eczéma séborrhéique généralisé psoriasiforme.

M. Hausalter. — Il s'agit d'un garçon de 9 ans, bien constitué, vigoureux, sans aucun antécédent morbide, chez lequel l'affection cutanée en question, après avoir débuté par la face, se généralisa en un mois, sans que la santé fût le moins du monde troublée : la lésion date actuellement de trois mois.

Le cuir chevelu, les sourcils, le front, le cou, sont couverts de croûtelles jaunâtres, sèches, adhérentes, reproduisant la forme classique de la séborrhée concrète; la face, le menton, les oreilles sont parsemés de squames blanches pityriasiques; les lèvres sont sèches, fendillées.

Tout le reste du corps, érythrodermique, est couvert de placards rouges arrondis, limités par places, ou plus souvent confluents, formant de grandes nappes à bords sinueux, se rejoignant en tous sens, circonscrivants d'étroits espaces de peau saine à bords polycycliques. Dans les parties rouges, la peau épaissie, sèche, rude, sillonnée, est tapissée d'une façon presque générale par des écailles blanc-jaunâtres un peu adhérentes à leur centre, ordinairement décollées à leur périphérie, lisses, onctueuses, ou bien fendillées, d'aspect micacé.

Au niveau de la région scapulaire, des bras, des cuisses, des genoux, des jambes, sur la peau plus uniformément rouge, les squames sont épaisses, confluentes, craquelées ; sur le devant de la poitrine, les plaques rouges moins larges, moins serrées se présentent sous formes de petites papules aplaties finement squameuses. La paume des mains et la plante des pieds sont normales, la face dorsale des mains présente l'aspect lichénoïde. Les squames écailleuses se détachent spontanément : les vêtements et le lit de l'enfant en sont parsemés.

Il s'agit là d'une forme généralisée d'eczéma séborrhéique présentant ainsi qu'on le voit sur ce jeune malade quelques analogies avec le psoriasis; c'est pour ces types qu'a été imaginée la dénomination de « séborrhée psoriasiforme ».

En face d'une lésion de ce genre, se développant et se généralisant sans motif connu chez un enfant d'un état général excellent, on ne peut se défendre de l'idée, plusieurs fois émise, qu'il s'agit là peut-être d'une affection parasitaire : cette hypothèse d'ailleurs jusqu'à présent n'a pas été vérifiée.

Après la présentation à la Société, le jeune malade a été soumis à des bains savonneux quotidiens, suivis de frictions à la glycérine résorcinée à 5 p. 100. Au bout de 15 jours, la lésion était profondément modifiée; sur l'abdomen et le devant de la poitrine, elle était représentée par un réseau rouge à mailles larges de quelques millimètres recouvertes de fines squames, circonscrivant de larges plaques de peau saine; sur le dos il ne persistait plus qu'un réseau brunâtre, sans squames, sur lequel on voyait à l'œil nu et à la loupe une série de points blancs légèrement saillants correspondant aux orifices pilo-sébacés. Sur les membres inférieurs la peau, encore rouge, était moins épaisse, moins squameuse. A la face la séborrhée s'était peu modifiée.

Chancre de la paupière.

M. Rohmer présente un malade âgé de 35 ans, qui depuis trois semaines, vient se faire soigner à la clinique ophtalmologique de l'hôpital civil pour un *chancre induré de la paupière*. Le mal avait débuté par une toute petite ulcération située sur le point lacrymal inférieur, ulcération qui s'était étendue vers l'angle interne des paupières; les injections intra-veineuses de cyanure de mercure au 1/100 ont réussi à guérir la lésion en un mois environ. Comme symptômes, il faut surtout noter l'aspect caractéristique de l'ulcération. L'induration était difficile sinon impossible à sentir ; le glanglion préauriculaire a toujours fait

défaut, et ce n'est que dans la quatrième semaine qu'on a senti un petit ganglion sous-maxillaire; à ce moment aussi apparut la roséole très nettement caractérisée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Grossesse au neuvième mois. Fibrome volumineux de la face postérieure du col remplissant l'excavation. — Opération césarienne suivie de l'opération de Porro.

M. Gayet relate l'histoire d'une femme de 33 ans, de bonne santé habituelle, mariée depuis cinq ans; première grossesse l'année qui suivit son mariage. L'enfant fut extrait par M. Levrat, à la Maternité de la Charité (forceps au détroit supérieur), Il vécut seulement huit jours.

Deuxième grossesse, il y a deux ans. La malade revint accoucher à Lyon; présentation du siège SIGP. Extraction manuelle du tronc; puis, la tête s'accrochant et se défléchissant au détroit supérieur, craniotomie.

Dès son premier accouchement le diagnostic de fibrome avait été posé par M. Levrat. Mais la malade déclara n'en avoir ressenti d'autres symptômes que quelques vagues coliques; pas de métrorrhagies, règles normales et régulières.

Une troisième grossesse débuta le 15 juillet 1895; cette nouvelle grossesse fut très normale, pas de douleurs dans les reins ni de malaises d'aucune sorte.

La malade ne se décida à entrer à l'hôpital que lorsqu'elle ressentit depuis plusieurs heures déjà les douleurs du travail.

L'examen direct nous permit de constater ce qui suit : au palper, présentation en SIDT, la tête étant dans l'hypochondre gauche; l'auscultatation décèle les bruits du cœur au niveau de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane.

Au toucher, on rencontre presque immédiatement une tumeur élastique, solide, barrant l'accès de la concavité du sacrum. Le doigt a peine à arriver au niveau du col qui est situé au niveau et immédiatement en arrière de la symphyse. Ce col a subi un commencement de dilatation, mais seulement en sens transversal, c'est-à-dire que son orifice a la forme d'une fente transversale dont les lèvres sont appliquées l'une contre l'autre. En introduisant la plus grande partie de la main dans le vagin, on arrive à faire pénétrer l'index à travers cet orifice, on reconnaît alors la poche des eaux qui bombe à chaque douleur et dans les intervalles, on peut sentir un pied à travers les membranes.

Par le cathétérisme on reconnait que la vessie est déjetée un peu à droite.

La partie fœtale n'est pas du tout engagée et, à la seule inspection du ventre, on s'en aperçoit : le fœtus est comme assis sur le pubis maternel.

Le toucher rectal permet de reconnaître que la tumeur a pour siège la cavité de Douglas; elle paraît absolument fixée, enclavée et adhérente.

Le diagnostic est : tumeur fibreuse de la face postérieure du col de l'utérus, rendant l'accouchement absolument impossible. de même que toute autre intervention qu'une opération césarienne. Celle-ci est immédiatement décidée.

Anesthésie à l'éther. Après toilette antiseptique, évacuation de la vessie et précautions ordinaires. M. Adenot, suppléant M. Pollosson, chirurgien-major de la Charité, commence l'opération :

Incision sur la ligne médiane au bistouri, agrandie ensuite avec les ciseaux de façon à descendre jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis et à remonter de quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, intéressant toute la paroi. On aperçoit la surface de l'utérus gravide — celui-ci contourné en croissant, à concavité tournée à gauche; — on en incise la couche superficielle en forme de boutonnière, puis on achève la boutonnière avec le doigt et la paroi utérine est incisée de bas en haut sur une étendue de 16 à 18 cent. environ. Le fœtus est rapidement extrait et confié à un aide qui sectionne le cordon et ranime l'enfant.

On a énucléé l'utérus hors de la cavité abdominale, en même temps que son contenu; on aperçoit alors un volumineux fibrome fixé à sa face postérieure; l'impossibilité d'arriver à pédiculiser toute la masse en un seul temps saute aux yeux. On place alors une ligature élastique provisoire aussi bas que possible sur le col utérin; on incise au-dessus au bistouri; l'utérus, séparé de sa tumeur, est ainsi entièrement amputé. La tranche de section sépare en deux un fibrome interstitiel du volume d'un œuf.

Reste la partie la plus délicate de l'opération, le traitement du fibrome inclus dans le ligament large gauche et du volume d'une tête de fotus.

M. Adenot, espérant arriver à l'extirper en totalité, lie et sectionne plusieurs adhérences; mais bientôt adhérences épiploïques et intestinales se multiplient au point que la tumeur résiste à toutes les tractions exercées sur elle par des pinces-érignes. On change alors de tactique et on en entreprend la décortication; elle est des plus laborieuses, le fibrome étant mou et péritoine très épaissi et adhérent. On arrive enfin à extirper la plus grande partie de la tumeur; chemin faisant on lie les ligaments larges en plusieurs temps, non sans avoir à combattre une hémorrhagie, un moment inquiétante, due à la section du dôme du vagin du côté gauche. On peut ainsi obtenir une poche que l'on bourre de gaze iodoformée et que l'on suture au péritoine pariétal dans toute sa périphérie.

La marsupialisation achevée, le niveau de la tumeur se trouve maintenant sur un plan plus inférieur et permet de placer la ligature élastique du pédicule utérin un peu plus bas que la première, mais moins bas cependant qu'on avait pu l'espérer tout d'abord. Avant de faire les sutures on pratique un nettoyage aussi complet que possible de la cavité à l'aide de tampons secs; il y avait eu un peu d'irruption de sang dans la cavité, malgré les précautions prises, étant donné le bas fond dans lequel on opérait.

Les sutures péritonéales et pariétales sont faites rapidement; on place une mèche de gaze entre la poche et les intestins; une autre est enroulée autour du pédicule externe. Pansement à l'iodoforme.

L'opération a duré 1 h. 50 minutes, pansement compris.

M. Marduel demande la cause des accouchements laborieux antérieurs; le forceps au détroit supérieur, et l'accrochement de la tête. A-t-on fait des tentatives de réduction du fibrome?

M. Adenot. — Le fibrome avait été constaté par Levrat au moment des accouchements précédents. La réduction était impossible à cause de ses adhérences avec le bassin.

M. Condamin demande pourquoi on se s'est pas contenté de faire une opération césarienne, en l'accompagnant de l'ablation double des ovaires? Quelle était la nécessité de l'opération de Porro, puisqu'il n'y avait pas d'hémorrhagie?

M. Vallas abonde dans le même sens que M. Condamin; il ajoute qu'on peut encore, après quarante-huit heures, arguer du résultat pour justifier l'intervention grave que cette femme a subie.

Kyste du rein.

M. Rendu présente un volumineux kyste du rein droit qu'il a enlevé, il y a 2 mois, par la voie transpéritonéale, chez une jeune fille de 18 ans. Ce kyste est une poche uniloculaire contenant plus de 10 litres de liquide; sur la paroi, il y a un reste du parenchyme rénal, du volume d'une grosse amande.

La jeune fille, qui assiste à la séance, s'est levée du 20e au 25e jour après le premier pansement. Au bout de 2 mois, elle était complètement rétablie, avec fermeture parfaite de la plaie abdominale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Accidents imputables à la sérothérapie,

Par le Dr G.-H. Roger (1),

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

Cette importante question des accidents imputables à l'emploi des divers sérums thérapeutiques a déjà suscité un grand nombre de travaux contradictoires; on en trouvera un excellent résumé dans la thèse qu'a écrite sur notre conseil M. Poix (2) : c'est une monographie fort complète, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Manifestations cutanées. — *Abcès.* — Les injections de sérum peuvent provoquer des abcès; mais ce n'est pas là un accident attribuable à la méthode; il est bien démontré aujourd'hui qu'il s'agit d'une lésion due à un manque de soin, à une désinfection insuffisante de la peau ou des instruments, ou à une altération du sérum. Nous ne ferons d'exception que pour le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures vivantes. Il peut se faire, alors, que des microbes encore vivants se trouvent dans le liquide; nous avons pu le constater dans un cas et nous avons reconnu que ces streptocoques avaient conservé une certaine virulence. D'un autre côté, de nombreuses observations recueillies chez l'homme, établissent que ces injections peuvent déterminer des abcès, des phlegmons, des lymphangites ou des érysipèles, parfois assez graves pour avoir inspiré de sérieuses inquiétudes. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le travail de M. Variot (3).

Nous ne conclurons pas, cependant, que le sérum antistreptococcique ainsi préparé doive être abandonné; il suffira, pour éviter les accidents, de prendre le sang plus longtemps après la dernière injection de culture ou de filtrer le sérum sur une bougie de porcelaine; ces précautions sont évidemment bien élémentaires, mais elles ne doivent pas être oubliées quand on livre un produit destiné à des malades.

Exanthèmes. — Les exanthèmes sont beaucoup plus importants; ils ne sont pas dus, comme les abcès, à un défaut de préparation; ils tiennent à l'action même des sérums, et ils ne paraissent guère évitables, car ils sont provoqués aussi bien par le sérum normal que par les divers sérums médicamenteux. Ils apparaissent généralement de 3 à 4 jours après l'injection; parfois seulement au 10e ou au 20e jour; l'âge des sujets ne semble pas avoir d'influence; et, ce qui est plus curieux, les accidents ne sont nullement en rapport avec les doses introduites; 1 ou 2 centim. cubes ont pu provoquer des phénomènes graves, tandis que 10 ou 20 centim. cubes du même échantillon auront été parfaitement supportés : tout dépend de la prédisposition individuelle.

Il est certains cas où les manifestations se bornent à l'apparition d'éruptions diverses, telles que urticaires ou érythèmes; d'autres fois, on voit survenir en même temps de la fièvre, des arthropathies; le syndrome devient déjà plus grave; enfin, les accidents sont tout à fait alarmants dans les cas heureusement fort rares où se produisent, avec l'éruption, de l'albuminurie, des hémorrhagies, des troubles gastro-intestinaux, etc.

La fréquence des éruptions sérothérapiques varie énormément d'un moment à l'autre, ce qui tient en partie à ce que tous les chevaux ne fournissent pas des sérums identiques; il y en a dont le sérum provoque presque à coup sûr des éruptions, d'autres qui n'en déterminent presque jamais; il semble aussi que les accidents sont moins fréquents quand on a le soin de faire jeûner les animaux avant de pratiquer la saignée. Cependant, on peut considérer que les éruptions se montrent dans 14 p. 100 des cas; c'est le chiffre trouvé par Dubreuilh (1), qui a dépouillé 1 946 observations. Le même auteur range les diverses éruptions, d'après leur fréquence, dans l'ordre suivant : urticaire, 156 observations; érythèmes scarlatiniformes, 46; érythèmes polymorphes, 31; érythèmes rubéoliformes, 11. Ces éruptions apparaissent généralement du 5e au 13e jour après l'injection; elles débutent assez souvent au niveau du point d'inoculation, envahissent plus ou moins le reste du tégument, mais, en général, respectent la figure.

L'urticaire, l'éruption la plus fréquente, ne présente rien de spécial dans son évolution; elle est bénigne et passagère.

Les éruptions rubéoliformes ont, comme leur nom l'indique, l'aspect de la rougeole, avec laquelle on les confondrait si on se contentait d'examiner les téguments. Parfois pures, elles sont souvent mélangées à des éruptions scarlatiniformes. Celles-ci occupent de préférence le dos, les membres du côté de la flexion, plus rarement le thorax, presque jamais la face; elles sont souvent prurigineuses, qu'il y ait ou non coexistence d'urticaire. A la suite de ces éruptions, se produit souvent une desquamation, peu marquée en général.

Sous le nom d'érythèmes polymorphes, les auteurs ont décrit tantôt des éruptions caractérisées par le mélange de plusieurs types éruptifs, tantôt des éruptions dont certains éléments devenaient bulleux. Dans quelques cas, l'éruption a pris un caractère hémorrhagique (2) ou s'est produite sous forme de purpura (3).

1. Extrait du rapport sur l'*application des sérums à la thérapeutique* (Congrès de médecine de Nancy, 1896).
2. Poix, Recherches critiques et expérimentales sur le sérum antidiphthérique; son action sur l'organisme, ses accidents (thèse de Paris, juin 1896).
3. Variot. Les injections de sérum de Marmorek (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 4 juin 1896, p. 463).

1. Dubreuilh, Exanthèmes sérothérapiques (*Congrès de médecine de Bordeaux*, 1895, p. 808).
2. Mendel, Hauthæmorrhagien nach Bering's Heilserum (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1894, n° 48).
3. Moizard et Perregaux, 231 cas de diphthérie traités par le sérum antidiphthérique (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 décembre 1894).

Les manifestations cutanées sont généralement passagères ; elles durent 3 à 6 jours, mais récidivent dans un certain nombre de cas ; elles s'accompagnent souvent d'un état saburral, parfois d'arthropathies.

Arthropathies. — Les arthropathies post-sérothérapiques sont simplement caractérisées par des douleurs articulaires coïncidant le plus souvent avec les éruptions et n'aboutissant jamais à la suppuration. La seule observation d'arthrite suppurée publiée jusqu'ici, celle de Broca, est trop complexe pour qu'on puisse incriminer sûrement le sérum injecté.

Les arthropathies disparaissent, en général, avec les éruptions ; elles occupent de préférence le genou, le cou-de-pied, et s'accompagnent souvent de douleurs musculaires ou de névralgies, parfois d'œdèmes au niveau du dos des mains et des pieds.

État général. — En même temps que les éruptions et les arthropathies, le malade présente toute une série d'accidents généraux : la fièvre s'allume et atteint parfois 40° et même 41° ; il y a de l'embarras gastrique et des troubles urinaires ; tout cela ne dure que quelques jours et les malades se remettent, restant seulement pâles et fatigués ; dans quelques cas, cependant, les accidents ont pu se prolonger pendant plusieurs semaines.

Il nous faut envisager plus spécialement deux séries de phénomènes qui peuvent se montrer isolément : ce sont les hyperthermies et les troubles urinaires.

Fièvre. — C'est à M. Variot que revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur la fièvre que provoque l'injection des sérums ; il en a établi l'existence en comparant un grand nombre de tracés ; nous pouvons, sur ce point, confirmer ses observations, car, dans notre service d'hôpital, consacré aux adultes, les malades nous arrivent presque toujours apyrétiques, il est donc très facile chez eux de constater l'hyperthermie et de la rapporter à sa véritable cause. L'accès fébrile, qui, d'ailleurs, est souvent assez léger et assez fugace, s'observe aussi quand on injecte le sérum à titre prophylactique chez des sujets normaux ; la température monte de quelques dixièmes de degré à deux degrés ; en même temps, le pouls s'accélère et parfois devient un peu irrégulier. Ces élévations thermiques qui se produisent quelques heures, parfois un jour ou deux après l'injection du sérum, ne sont pas faites pour surprendre ; on en observe de semblables quand on injecte du sérum normal ; c'est ce qu'on a pu constater aussi bien sur l'homme que sur les animaux. L'action hyperthermisante du sérum normal avait été signalée par nous-même, puis par Mairet et Bosc ; mais nous avions pratiqué des injections intraveineuses. Poix a fait une étude comparative très soignée, en injectant à des lapins du sérum normal et du sérum antidiphthérique ; ces injections étaient pratiquées sous la peau et provoquaient, dans les 2 cas, une hyperthermie très nette.

Modifications des urines. — Les injections de sérum semblent modifier d'une façon assez variable la quantité des urines émises. Quelques auteurs ont noté une notable diminution, d'autres une augmentation, d'autres enfin n'ont observé aucun changement ; il est possible que ces résultats contradictoires tiennent à l'état du sujet qui sert à l'expérience ; mais ce qui semble plus important, ce sont les modifications qualitatives de ce liquide.

Le sérum provoque une augmentation dans l'excrétion de l'urée (Mya, Mongour, etc.) : l'hyperazoturie dure généralement 24 heures ; puis le chiffre de l'urée s'abaisse pour revenir à la normale. En même temps, il se produit une augmentation assez notable des phosphates et une légère diminution des chlorures.

Karlinski (1) opérant sur lui-même, constata qu'une injection sous-cutanée de 10 centim. cubes ne produit ni fièvre, ni modifications urinaires. Mais cette dose est un peu faible pour un adulte. Or, en injectant des quantités plus considérables, il vit survenir de l'urticaire, et une augmentation de l'urée, de l'acide urique, et de la créatinine. Ces modifications urinaires durèrent 3 jours ; mais elles ne dépendaient pas de l'antitoxine, car l'auteur observa des troubles analogues avec le sérum d'une chèvre normale.

Des recherches poursuivies sur les animaux confirment pleinement les résultats obtenus sur l'homme. Nos expériences (2) et celles de Poix établissent, en effet, que les injections de sérum provoquent une légère polyurie, une augmentation de l'urée et des phosphates, une diminution des chlorures. Seulement, Poix a parfaitement démontré que ces diverses modifications se produisent également sous l'influence du sérum normal.

Quand nous aurons ajouté que, d'après Heckel (3), la peptonurie s'observe d'une façon constante, et que, d'après Legendre, on peut rencontrer de l'urobilinurie, nous aurons indiqué, à peu près complètement, les modifications habituelles de la sécrétion urinaire. Mais il nous faut examiner avec plus de soin un accident beaucoup plus grave et sur lequel l'accord n'a pu se faire, nous voulons parler de l'albuminurie.

Albuminurie, néphrite. — Les opinions les plus diverses ont été émises sur les troubles que le sérum peut provoquer du côté des reins. C'est qu'en effet les observations cliniques sont toujours fort complexes et il est évidemment bien difficile de faire la part de ce qui est attribuable à l'infection principale ou aux infections secondaires et de ce qui relève du sérum. Aussi, quelques auteurs ont-ils pensé, avec juste raison, qu'il fallait étudier la question par des expériences sur les animaux. Malheureusement, les résultats obtenus ont été assez contradictoires. Wissmann (4) trouva que les reins étaient congestionnés et constata au microscope, que les vaisseaux étaient gorgés de sang et les cellules des tubuli remplies de granulations réfringentes ; mais les examens histologiques ont été faits sur des pièces fraîches, car l'auteur pense que les réactifs auraient empêché de voir ces lésions. Dans les expériences de Kossorotoff (5), les altérations ont été plus marquées : il y avait hyperémie du foie et du rein, dégénérescence trouble et granuleuse des cellules. Tout autres furent les résultats obtenus par V. Kahlden (6) ; un lapin reçut 16 centim. cubes en 4 jours ; un cobaye reçut, dans le même laps de temps, 12 centim. cubes ; l'examen microscopique ne démontra aucune lésion au niveau des reins et du myocarde.

1. Karlinski, Beeinflusst das Diphterieheilserum irgendwie den Stoffwechsel im gesunden Organismus? (*Wiener med. Wochenschrift*, 1895, n° 8).

2. Charrin et Roger, Action du sérum antidiphthérique sur la nutrition (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 décembre 1895).

3. Heckel, Peptonurie nach Serumbehandlung der Diphteritis (*Münchener med. Wochenschrift*, 1896, n° 8).

4. Wissmann, The action of the diphtheria antitoxine upon the kidneys (*Med. Record*, 14 sept. 1895).

5. Kossorotoff, Modifications provoquées dans le sang et dans quelques viscères de lapins par l'injection sous-cutanée de sérum antidiphthérique (*Vestnik Obchtchestvenoi hygieni*, déc. 1895. Anal. : *la Presse médicale*, 1895, p. 60).

6. Von Kahlden, Ueber die Wirkung des Diphterieheilserum auf die Nieren und das Herz (*Centralb. für allg. Path.*, 1895, Bd. VI, p. 12).

Zagari et Calabrese (1) n'ont pas observé non plus de lésions rénales chez les animaux qui avaient reçu du sérum.

Poix a injecté à des lapins de 5 à 15 cent. cubes de sérum antidiphthérique; deux animaux reçurent même en trois fois 25 cent. cubes. L'examen histologique, pratiqué par M. Comte, ne révéla aucune altération appréciable.

Il semble donc que le sérum injecté à des lapins ou des cobayes ne produise pas d'altérations rénales. Ce résultat a évidemment une grande valeur, cependant il ne faudrait pas en exagérer l'importance et conclure que le sérum ne peut pas provoquer d'altérations chez l'homme; car les animaux ont, sous ce rapport, une bien plus grande résistance; tous ceux qui ont essayé de provoquer des néphrites ou de l'albuminurie chez les animaux, savent combien il est difficile de réussir, si l'on n'a pas recours à des méthodes brutales; ils savent aussi avec quelle facilité les manifestations rétrocèdent et disparaissent. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les différents êtres réagissent très différemment aux divers sérums; il semble, par exemple, que le lapin soit beaucoup plus sensible que l'homme au sérum des bovidés; mais il se peut que ce soit l'inverse pour le sérum du cheval.

Voyons donc ce qui se passe chez l'homme. Martin et Chaillou pensent que le sérum entrave l'action de la toxine sur le rein et diminue considérablement l'albuminurie. On peut admettre cette conclusion, mais avec une certaine réserve; il est possible que le sérum, injecté au début de l'infection, en arrêtant le processus toxi-infectieux empêche l'altération ultérieure du rein; il agirait comme le salicylate de soude qui, en s'opposant à l'évolution du rhumatisme articulaire aigu, diminue la fréquence des endocardites. Mais ce n'est là qu'une déduction ou une conception théorique; car nous manquons de renseignements précis sur ce trajet.

Quand l'albuminurie existe, le sérum ne semble pas l'améliorer. On conçoit d'ailleurs qu'il doive en être ainsi : le sérum n'est pas plus capable de guérir une lésion rénale que le salycilate n'est capable de guérir une endocardite rhumatismale : l'altération anatomique, une fois constituée, continue son évolution; le sérum ne peut empêcher que son développement. Quelques auteurs cependant vont plus loin et accusent le sérum d'aggraver les lésions préexistantes; question bien difficile à résoudre; il serait évidemment important de s'adresser à l'expérimentation, et de voir ce que font les injections de sérum chez les animaux auxquels on a provoqué au préalable une altération du rein. C'est ce qu'a recherché Ritter; il a vu que le sérum, injecté à des animaux guéris d'une albuminurie artificielle, faisait réapparaître l'albumine dans l'urine. D'un autre côté, Zagari et Calabrese ont injecté du sérum à des individus atteints de néphrite chronique et n'ont pas observé une augmentation de l'albuminurie. La question reste donc en suspens; elle mériterait d'être étudiée d'une façon complète.

Reste un dernier groupe de cas, où le sérum semble véritablement provoquer l'albuminurie; c'est lorsque survient le syndrome tardif post-sérothérapique. Plusieurs jours après l'injection du sérum, quand éclatent les éruptions, les anthropathies, le mouvement fébrile, on peut en même temps observer de l'albuminurie. Dans ce cas, il est bien difficile de ne pas attribuer au sérum le trouble urinaire; car dans les diphthéries traitées par les procédés habituels, il est rare de voir l'albuminurie apparaître aussi tardivement; d'un autre côté, ce symptôme fait partie de toute une série de troubles qui constituent une sorte d'entité clinique; il n'y a pas de raison pour l'en séparer.

Le plus souvent, ces albuminuries sont passagères; mais dans quelques cas, elles ont pu être inquiétantes. Ailleurs, le trouble rénal s'est traduit par de l'anurie; ailleurs enfin, par une néphrite hémorrhagique (1).

Cette dernière manifestation nous semble intéressante, car, dans la genèse des accidents post-sérothérapiques, les hémorrhagies semblent jouer un rôle important; les expérimentateurs avaient d'ailleurs observé déjà des hémorrhagies multiples à la suite de l'introduction chez les animaux de sang ou de sérum étranger.

Hémorrhagies. — Outre la néphrite hémorrhagique et les hémorrhagies cutanées, notamment le purpura, le sérum a pu provoquer des épistaxis et des hémorrhagies utérines (2). D'Astros (3) a étudié avec soin l'action du sérum sur les fonctions utérines et a constaté qu'appliqué au moment des règles, il les augmente; dans l'intervalle, il les provoque; la métrorrhagie apparaît le lendemain de l'injection, ou les jours suivants; elle coexiste généralement avec une éruption cutanée. Cependant dans un cas où le sérum fut injecté chez une femme enceinte, il ne se produisit aucun trouble dans la marche de la grossesse.

Modifications du sang. — Il est difficile de dire si les hémorrhagies post-sérothérapiques résultent d'une action exercée sur les vaso-moteurs ou sur le sang lui-même. Tout ce qu'on sait, c'est que le sérum détermine quelques modifications intéressantes dans la constitution du sang.

C'est surtout sur les globules blancs que s'est portée l'attention des observateurs. Bouchut, en 1868, avait signalé l'hyperleucocytose de la diphthérie, et, plus tard, à la suite de recherches poursuivies avec Dubrisay, il était arrivé à conclure que l'augmentation des leucocytes était d'un mauvais pronostic; cette conclusion, vivement combattue, a été confirmée par Gabritschewsky (4), et, jusqu'à un certain point, par Ewing, bien que, d'après ce dernier observateur, on ne puisse baser le pronostic sur les résultats de la numération des leucocytes.

Or, contrairement au poison diphthérique, le sérum amène une diminution de la leucocytose; ce n'est pas une action banale, que provoquerait n'importe quel sérum; les recherches d'Ewing (5) établissent nettement qu'il s'agit là d'une action spécifique due à l'antitoxine; l'auteur l'a parfaitement démontré par ses expériences sur les animaux et ses observations sur l'homme. L'injection de sérum antidiphthérique produit une hypoleucocytose qui dure 24 à 48 heures; ce sont surtout les formes uninucléaires et, parmi les multinucléaires, celles qui prennent mal la couleur, qui disparaissent; les cellules polynucléaires se colorant bien ne présentent pas de modifications. Il s'agit probablement d'une action chimiotactique négative, qui détermine une telle accumulation de leucocytes dans les viscères qu'on peut se

1. Zagari e Calabrese, Ricerche cliniche e sperimentali sulla tossina ed antitossina difterica (*la Riforma medica*, 1895, I, p. 535).

1. Treymann, Ein Fall von akuter hämorrhagischer Nephritis nach Anwendung der Behring'schen Diphtericheilserum (*Deutsche med. Wochens.*, 1894, p. 51).

2. Biggs, Some exp. upon the production and use of diphteric-antitoxin (*Med. Record*, 20 avril 1895).

3. D'Astros, La sérothérapie à Marseille (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 avril 1895).

4. Gabritchewsky, Du rôle des leucocytes dans l'infection diphthérique (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, p. 673).

5. Ewing, *New York med. Journal*, 3 août 1895.

demander, dans quelques cas, si elle n'est pas dangereuse.

Un autre phénomène non moins curieux, c'est que le sérum augmente l'aptitude des leucocytes à se laisser colorer; les toxines ont justement un effet inverse. Or, dans les cas où l'injection de sérum ne fait pas réapparaître dans les leucocytes une réaction tinctoriale normale, le pronostic peut être considéré comme fatal. Si ces faits se confirmaient, il y aurait là un moyen très simple de pouvoir prédire l'évolution d'une diphthérie. Contentons-nous pour le moment de retenir les variations dans le nombre des leucocytes; car, sur ce point, les recherches de Schlesinger ont confirmé celles d'Eving : sur 24 enfants atteints de diphthérie, on vit, chez 21, l'injection du sérum faire disparaître d'abord la leucocytose, puis être suivie d'une leucocytose secondaire, d'ailleurs peu marquée.

Ces résultats ont évidemment une grande importance, étant donné le rôle dévolu aux leucocytes dans la protection de l'organisme. On conçoit donc que les auteurs aient surtout porté leur attention sur les cellules migratrices; mais on peut regretter qu'il n'y ait pas assez d'expériences sur les variations des globules rouges. La question n'a été abordée que par Zagari et Calabrese qui ont observé une diminution du nombre des hématies et de leur richesse en hémoglobine; ces recherches nous semblent d'autant plus intéressantes, qu'on a accusé le sérum de provoquer des états anémiques rebelles et graves; des enfants en ayant reçu à titre préventif, seraient restés, pendant des mois, pâles, chétifs, sujets à présenter, sans cause appréciable, des éruptions furonculeuses; il y aurait eu un trouble marqué dans leur nutrition et leur développement.

Cette conclusion trouve un appui dans les recherches de M. Arloing (1). L'auteur étudie le développement de jeunes cobayes auxquels il injecte tous les jours de petites doses de sérum normal ou de sérum antidiphthérique; or, tandis que les témoins augmentent de 34 p. 100 du poids initial, les animaux qui reçoivent du sérum, aussi bien du sérum normal que du vaccinant, n'augmentent que de 19 ou même de 16 p. 100. Le sérum étranger exerce donc une action nuisible, d'autant plus marqué qu'il a été administré plus longtemps. Sans doute, les quantités introduites ont été relativement plus considérables que chez l'enfant, mais on sait combien les animaux sont résistants; d'ailleurs, sans déterminer des résultats aussi mauvais, il suffit que le sérum puisse troubler la nutrition, retarder le développement, pour que l'on ne passe pas cet effet fâcheux sous silence.

Autres accidents imputables au sérum. — Les autres accidents imputables au sérum ont été observés au cours du syndrome post-sérothérapique, et ont coexisté avec des éruptions et des arthropathies. Ce sont soit des vomissements, soit des diarrhées profuses, parfois des diarrhées dysentériformes et sanguinolentes, soit des adénopathies et de la tuméfaction de la rate, soit enfin des troubles cardiaques. Ceux-ci semblent assez fréquents, au moins d'après les observations publiées à l'étranger.

Baginsky (2), qui plus tard est revenu sur son opinion première, Hunnius (3), Schrœder (4), Springorum (1) insistent sur les arythmies cardiaques, la tachycardie, le bruit de galop; ils signalent l'œdème des extrémités, qui semble indiquer un notable affaiblissement du cœur et rapportent des observations où ces divers troubles ont été assez graves pour inspirer les plus vives inquiétudes.

Pronostic des accidents sérothérapiques. — Nous avons exposé, aussi impartialement que possible, les accidents qu'on peut attribuer à la sérothérapie; c'est surtout avec le sérum antidiphtérique que ces manifestations fâcheuses ont été observées; cela tient simplement à ce que ce sérum est le seul qui soit entré dans la pratique courante, car il semble bien établi que la plupart des phénomènes ne sont pas dus à l'antitoxine, mais à une action que possède tout sérum étranger.

Une injection de sérum provoque presque toujours une réaction, qui, dans la plupart des cas, ne mérite pas le nom d'accident: telle est l'élévation passagère de la température. Cependant cette réaction peut acquérir, chez certains sujets déjà malades, une intensité inquiétante; c'est ce qui a lieu notamment chez les tuberculeux, Roux, Variot sont d'accord pour reconnaître que le sérum ne produit pas de bons effets dans ce cas; d'après Sevestre, il provoque alors certains accidents; c'est également l'opinion de Benda, de Johannessen, de Bezard; l'injection du sérum détermine une poussée congestive, absolument comme le fait l'injection de la tuberculine. Dans un cas personnel, rapporté dans la thèse de Poix, nous avons vu l'injection de 20 centim. cubes de sérum provoquer chez un tuberculeux atteint d'angine diphthérique, une notable élévation de température et aggraver l'état général du malade; celui-ci succomba sept jours plus tard, et l'autopsie révéla des lésions tuberculeuses avancées; il est donc difficile de dire quel a été le rôle respectif de la tuberculose, de la diphthérie, du sérum dans l'issue fatale; mais nous croyons que dans les cas de diphthérie chez les tuberculeux, au moins chez les adultes, on fera mieux de s'abstenir et d'avoir recours à un simple traitement local.

Sauf ce cas particulier, les accidents vraiment graves sont ceux qui constituent le syndrome tardif; les phénomènes sont parfois passagers et nullement inquiétants, mais il n'en est pas toujours ainsi; on les a vus se prolonger pendant 4 et 5 semaines; d'autres fois on a observé des manifestations vraiment terrifiantes, telles qu'anurie, et collapsus (2). Le plus souvent, il est vrai, les malades se sont rétablis, mais, dans quelque cas, ils ont succombé.

Nous arrivons ici à une question qui a soulevé de vives polémiques. La mort peut-elle être le résultat de la sérothérapie? On se rappelle la retentissante communication de Moizard et H. Bouchard (3) et la discussion assez aigre à laquelle elle donna lieu; Guinon et Rouffilange (4) ont publié un cas analogue, et on peut facilement en trouver d'autres dans la littérature étrangère. Il est certain que plusieurs faits ne peuvent tenir devant la critique; telle est notamment l'observation si bizarre de la fille de Langerhans. Mais il en existe d'autres qui semblent plus difficiles à récuser. Un des plus curieux est le cas rapporté par Izor Alfoldi (5) : quarante-huit heures

1. Arloing, Action du sérum normal et antidiphthérique sur l'organisme (*Lyon médical*, 1895, vol. 79, p. 151, et vol. 80, p. 425).

2. Baginski, Zur Serumtherapie der Diphterie (*Berliner klin Wochenschrift*, 1894, n° 52).

3. Hunnius, Behandlung der Diphterie mit Heilserum aus dem Wandsbecker Krankenhause (*ibid.*, 1895, nr. 10).

4. Schrœder, Ueber die Serumbehandlung bei Diphtherie (*Munchener klinische Wochenschrift*, 1895, n° 14).

1. Springorum, Bericht über 206 mit Bering'schen Heilserum behandelte Diphterieerkrankungen (*Munch. kl. Woch.*, 1895, Nr. 31 und 32).

2. Thibierge, Angine diphthérique associée traitée par le sérum; accidents toxiques (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1895).

3. Moizard et Bouchard, Un cas d'angine non dipthérique traité par le sérum suivi de mort (*Société médicale des hôpitaux*, 5 juillet 1895).

4. Guinon et Rouffilange, Un cas d'angine membraneuse traité par le sérum de Roux; mort avec anurie et convulsions urémiques (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, mars 1895).

5. Isor Alfoldi, *Pester med. chir. Presse*, 1875, n° 10.

après une injection de 2 centim. cubes de sérum Behring n° 1 administré à titre prophylactique, un enfant de trois ans fut pris de fièvre; la température s'éleva à 40° en même temps qu'apparaissaient des douleurs lombaires et une forte albuminurie; le troisième jour l'enfant eut des nausées, une éruption de pétéchies sur le corps et mourut le quatrième jour.

On pourra discuter sur le mécanisme des phénomènes, mais il n'est guère possible de ne pas établir un rapport de cause à effet, quand on voit des accidents, reproduisant un syndrôme aussi typique, apparaître quelques jours après une injection de sérum, chez un enfant jusque-là bien portant.

Il nous semble qu'on ne gagne rien à vouloir systématiquement récuser les observations ou à les interpréter de façon à ne laisser aucune responsabilité à la sérothérapie. Mieux vaut reconnaître franchement que les sérums peuvent produire quelques accidents; quel est donc le seul médicament qu'on puisse innocenter complètement? quelle est donc la substance active, même bien définie chimiquement, qui ne provoque jamais de troubles? Ceux-là seuls qui veulent, à toute force, transporter les données mathématiques dans le domaine de la biologie, s'imaginent qu'on peut fixer des doses immuables et dresser un catalogue où l'on inscrira les quantités qui sont dangereuses et celles qui tuent. En réalité, les faits sont plus complexes; l'expérimentateur lui-même doit compter avec le particularisme des animaux; en matière de sérum notamment, des êtres de même race, de même âge, de même poids, réagissent très différemment vis-à-vis d'un même liquide; les recherches de Hayem, de Mairet et Bosc, les nôtres, mettent ce résultat hors de conteste. Comment n'en serait-il pas de même chez l'homme, où les idiosyncrasies sont beaucoup plus marquées? A mesure que les fonctions nerveuses se perfectionnent et se compliquent, les résultats deviennent de moins en moins fixes, en même temps que la sensibilité aux agents toxiques devient de plus en plus grande (1).

Nous conclurons que les accidents, d'ailleurs exceptionnels, qui peuvent survenir à la suite des injections de sérum, ne doivent nullement faire restreindre l'usage de la méthode, mais ils doivent engager simplement à la perfectionner; s'il est vrai que la plupart des phénomènes dangereux sont dus au sérum, c'est-à-dire sont indépendants de l'antitoxine, c'est à la préparation et à l'isolement de la substance active que devraient tendre les efforts des expérimentateurs. Le jour où nous serons mis en possession d'un produit sinon pur, au moins débarrassé d'un grand nombre de substances inutiles ou nuisibles, un nouveau progrès aura été accompli; en attendant, il faut déjà se féliciter d'une méthode thérapeutique qui a contribué, dans de larges proportions, à l'abaissement de la mortalité.

Causes et mécanisme des accidents. — Il est impossible, aujourd'hui, de soutenir que les accident post-sérothérapiques sont dus à la diphthérie elle-même ou bien qu'ils ne se produisent qu'après des diphthéries tellement graves que sans le nouveau traitement, elles auraient entraîné la mort du malade. L'apparition de manifestations semblables chez des sujets sains injectés préventivement, ou chez des individus atteints d'angines non diphthériques, suffit à ruiner cette explication. D'un autre côté, des accidents identiques, non seulement les éruptions, mais les arthropathies, la fièvre, les troubles gastriques, les hémorrhagies surviennent à la suite d'injections de sérums normaux; ce n'est donc pas à l'antitoxine qu'il faut attribuer les troubles, c'est à l'introduction d'un sérum étranger.

Qu'on n'objecte pas que l'on ne produit rien de semblable en injectant du sang de cheval à des lapins, car on peut, avec d'autres sérums, obtenir des résultats comparables à ceux qui surviennent chez l'homme. Si on introduit du sang de chien chez des lapins, on provoquera souvent de l'albuminerie et des hémorragies. Les résultats sont encore plus intéressants quand on injecte à des chiens du sérum de bœuf; d'après M. Hayem, on observe de grandes différences individuelles, des résistances tout à fait dissemblables d'un sujet à l'autre; une même injection peut ne rien produire chez un chien et déterminer chez un deuxième animal, en apparence identique au premier, des hémorragies, de l'anurie ou de l'albuminurie, et enfin la mort. C'est donc, autant qu'on peut le faire en expérimentation, la reproduction de ce qu'on voit en clinique.

Ces résultats vont nous servir à réfuter une théorie fort ingénieuse développée par M. Sevestre (1). Cet habile clinicien divise les accidents sérothérapiques en trois groupes: ceux qui suivent immédiatement l'injection du sérum, ce sont l'élévation de la température et l'accélération du pouls; les accidents précoces, qui, comme les précédents, relèvent du sérum: c'est l'urticaire fugace, mais souvent récidivante, apparaissant du 4e au 6e jour. Puis viennent les accidents graves, accidents tardifs, comprenant les divers exanthèmes, l'albuminurie, les arthropathies; pour ceux-là, l'auteur rejette l'action du sérum et incrimine l'influence des streptocoques: ce seraient des infections secondaires.

La conception de Sevestre ne semble pas compter de nombreux partisans. Netter, Legendre, Variot, l'ont rejetée et, pour notre part, nous la croyons difficilement acceptable. Car, nous avons beaucoup insisté sur ce point, le sérum provoque les mêmes accidents chez les individus atteints d'affections chroniques ou chez les sujets normaux. Tout ce qu'on pourrait admettre à la rigueur, c'est que le sérum a pu, en troublant l'organisme, permettre le développement des microbes jusque-là inoffensifs; il ne répugne nullement d'accorder que certains accidents sont d'ordre infectieux; il est possible, par exemple, que les diarrhées dysentériformes soient dues à une pullulation des microbes intestinaux; au cours d'un grand nombre d'intoxications, nous observons des faits analogues; pour prendre un exemple bien connu, il suffit de considérer la stomatite ou l'entérite mercurielle; ce sont les microbes de la bouche ou de l'intestin qui amènent ces lésions, mais leur action n'est devenue possible que grâce à l'intervention du mercure; la stomatite et l'entérite mercurielles doivent rester dans le cadre des affections toxiques; il en est de même des accidents post-sérothérapiques.

Parmi les substances que renferme le sérum, ce sont probablement les albumines qui agissent. Les nombreuses recherches expérimentales qui ont mis en lumière les dangers des transfusions hétérogènes, ont établi que tous les accidents relèvent des matières albuminoïdes. Les travaux de Mairet et Bosc ont montré d'autre part qu'en chauffant le sérum entre 56° et 59°, on abolit son pouvoir coagulant et son pouvoir globulicide, mais on laisse intacte son action toxique; ce n'est donc pas en détruisant

1. On trouvera une série de faits mettant en évidence la sensibilité individuelle aux agents toxiques dans notre article INTOXICATIONS, *Traité de pathologie générale*, t. I, p. 849, Paris, 1895.

1. SEVESTRE, Des accidents imputables à la sérumthérapie ou au streptocoque dans la diphtérie (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 juillet 1875).

les globules du transfusé ou en déterminant des coagulations dans les vaisseaux que le sang provoque des accidents.

Pour le moment, on ne peut pénétrer plus avant dans le mécanisme des phénomènes; on ne sait s'il faut incriminer l'action directe de l'albumine étrangère, l'action de ses produits de dédoublement, ou s'il faut invoquer la formation secondaire de produits nocifs dans l'intérieur de l'organisme.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

Des coagulations sanguines intra-vasculaires.

RAPPORT DU Dr H. VAQUEZ.

I. DES CAUSES DE LA COAGULATION DU SANG DANS LES VAISSEAUX. — Les hypothèses les plus diverses ont été émises relativement au mode de production des coagulations intra-vasculaires. Elles font intervenir 3 ordres d'influences : 1° des conditions mécaniques; 2° des altérations du sang; 3° des lésions de la paroi vasculaire.

Rôles des conditions mécaniques. — Deux raisons peuvent être invoquées pour expliquer la coagulation du sang au sortir des vaisseaux : 1° son passage du mouvement au repos; 2° son contact avec un corps étranger (paroi des vases, etc.).

On sait aujourd'hui, non seulement par la pathologie humaine mais aussi par l'expérimentation, que le ralentissement du courant sanguin, même lorsque le sang renferme des microbes pathogènes, n'est pas suffisant, si la paroi vasculaire est saine, pour que la coagulation se produise. Mais si le vaisseau est préalablement le siège d'une altération infectieuse ou autre, le ralentissement du sang favorise la précipitation du sang en caillots et l'accroissement progressif du thrombus ainsi formé.

Rôle des altérations du sang. — Le sang ne possède pas dans toutes les espèces animales un degré semblable de coagulabilité. On sait, par exemple, que chez le chien la thrombose vasculaire apparaît rapidement, alors qu'elle est bien plus tardive chez le cheval. Dans certaines conditions, chez des sujets de même espèce, le degré de coagulabilité est variable; dans l'hémophilie, les caillots sont lents à se former; enfin, chez le même individu, suivant les départements vasculaires que l'on observe, on pourra constater des anomalies surprenantes : c'est ainsi que le sang des capillaires reste liquide, exposé à l'air à sa sortie de l'organisme, il ne se coagule que très tardivement.

D'autre part, les expérimentateurs ont montré que l'injection de certaines substances facilitait la coagulation du sang, tandis que d'autres la retardaient. Mais s'il paraît acquis que des agents physiques ou chimiques (chaleur, poisons, toxines) sont capables de produire des coagulations sur le vivant, par simple altération du sang, ces coagulations cependant ne dépassent pas le domaine des capillaires; elles ne ressemblent ni par leur aspect, ni par leur composition, aux thromboses des grands vaisseaux survenues dans le cours des maladies infectieuses.

Pour ce qui est de ces derniers accidents, leur mécanisme est complexe et les altérations du sang ne font que favoriser la thrombose. Il est cependant légitime de supposer que, sous l'influence de certaines maladies infectieuses, des modifications analogues à celles que l'on a provoquées expérimentalement peuvent se produire; elles agiraient alors soit par les toxines propres à l'agent infectieux, soit par la mise en liberté de certains corps albuminoïdes contenus dans le sang lui-même : l'action serait alors analogue à celle des nucléo-albumines étudiées par Lilienfeld et Pekelharing.

Rôle de la paroi. — L'influence quasi-mystérieuse de la membrane vasculaire interne sur le sang circulant a toujours frappé les observateurs. Mais elle a été interprétée de façons diverses. La paroi n'agit pas seulement, comme l'ont dit certains auteurs, par ses propriétés physiques; la disparition momentanée de l'endothélium vasculaire n'est même pas forcément suivie d'une coagulation sanguine. L'expérience a démontré que toute altération de la membrane interne des vaisseaux n'est pas *ipso facto* suivie de la formation d'un thrombus fibrineux, bien que ce soit le fait le plus fréquent; la coagulation née dans ces conditions suit la fortune de la lésion vasculaire et il n'y a de coagulation persistante que s'il y a une altération persistante de la paroi.

Si nous interrogeons maintenant les faits anatomiques, observés en pathologie humaine, nous verrons qu'ils reproduisent avec une grande perfection toutes les conditions, si difficiles à reproduire expérimentalement, qui favorisent la production et la persistance des thromboses. Dans l'immense majorité des cas, en effet, la thrombose reconnaît pour cause une endo-vascularite, lésion qui, par son origine infectieuse habituelle et la lenteur de son évolution, est essentiellement génératrice de coagulation intra-vasculaire.

En somme, la condition nécessaire et souvent suffisante de la thrombose intra-vasculaire réside dans l'altération du vaisseau en contact avec le sang.

Les conditions accessoires consistent dans les modifications physiques et chimiques du sang (vitesse du courant sanguin, altérations bio-chimiques du plasma et des éléments figurés); ces conditions sont, dans l'immense majorité des cas, incapables de provoquer par elles seules la précipitation du sang dans les vaisseaux : à ce titre la thrombose spontanée n'existe pas. — Le processus infectieux, qui agit sur les parois des vaisseaux pour y produire des lésions localisées et durables, et sur le sang pour en modifier les propriétés, est au plus haut degré générateur de coagulations intra-vasculaires.

II. ÉVOLUTION ANATOMIQUE DES COAGULATIONS SANGUINES INTRA-VASCULAIRES. — Les premières phases de la thrombose ont été étudiées surtout dans les gros vaisseaux.

Stade de début des coagulations intra-vasculaires. — On s'accorde aujourd'hui à admettre que, des divers éléments rencontrés dans un thrombus au début, ce sont les granulations, appelées encore plaquettes ou hématoblastes (Hayem) qui ont un pouvoir spécial pour coaguler la fibrine. Ce pouvoir, elles l'empruntent à la substance protoplasmique dont elles proviennent, laquelle dérive elle-même très probablement des globules blancs du sang. Leurs propriétés physiques (viscosité, adhérence plus grandes) leur permettent de s'accoler d'une façon hâtive aux parois vasculaires altérées, et, dans cet état, leur action chimique fermentescible s'exerce en précipitant la fibrine du sang. Les modifications osmotiques que les granulations subissent, spontanément ou sous l'influence de l'introduction dans le sang de substances diverses, accélèrent ou retardent la puissance coagulatrice dont elles sont douées.

Stades ultérieurs des coagulations intra-vasculaires. — L'évolution ultérieure du thrombus est soumise à la cause qui en a provoqué la formation. Le caillot peut rester pariétal, mais si la lésion vasculaire persiste, le thrombus augmente progressivement et devient oblitérant.

Les étapes successives des modifications subies par le caillot, peuvent être ainsi résumées :

1° L'endovascularite se développe, des bourgeons néoformés pénètrent dans le caillot; des éléments lymphatiques, transsudés en abondance des vasa-vasorum, gagnent les confins du caillot et procèdent à l'absorption et au transport des produits de la désorganisation du caillot qui se fissure et se décolore.

2° La vascularisation du caillot se fait par la progression incessante des vasa-vasorum qui assurent entre le thrombus et la tunique externe une circulation rudimentaire.

3° L'envahissement du caillot par les vaisseaux nés du système des vasa-vasorum et la prolifération abondante des cellules conjonctives a pour résultat la substitution au caillot d'un tissu néoformé, conjonctivo-vasculaire, qui devient lui-même un tissu cicatriciel.

Toutefois les caillots oblitérants ne finissent pas toujours par disparaître ainsi. Il peut arriver notamment que le caillot sub-

siste, creusé de cavités kystiques contenant un magma puriforme, généralement aseptique, comme nous avons pu nous en assurer. Parfois cependant, dans les phlébites vraiment septiques, il peut y avoir du pus véritable dans les vaisseaux, mais alors la thrombose n'est généralement pas oblitérante.

Quant à la résorption complète d'un caillot oblitérant, suivie du rétablissement de la circulation, admise par certains auteurs, elle nous paraît chose impossible.

Enfin un autre mode de terminaison des coagulations intravasculaires est la terminaison par embolie. Celle-ci détermine au niveau des organes des altérations secondaires (infarctus) dont l'étude n'est pas de notre ressort. Quant à l'embolus lui-même, il peut subir des transformations habituelles aux caillots oblitérants, ou bien les éléments qui le composent, véritables corps étrangers aseptiques, subissent des altérations régressives aboutissant à une sorte de nécrose de coagulation. Dans d'autres cas l'embolie est douée de propriétés septiques et devient l'origine de greffes microbiennes qui disséminent l'infection.

III. Manifestations cliniques générales de la thrombose vasculaire. — Des coagulations sanguines peuvent se déposer dans les vaisseaux sans qu'il en résulte d'accidents appréciables (thrombus pariétaux de l'aorte).

Les accidents imputables à la thrombose capillaire sont mal connus. Les coagulations des petits vaisseaux ont une part importante dans l'histoire clinique des lésions syphilitiques et tuberculeuses. L'aphasie transitoire, les paralysies fugaces, la paraplégie rémittente, leur sont imputables.

La thrombose des gros vaisseaux ne peut être que soupçonnée si elle n'est pas oblitérante. Sinon elle produit des symptômes bien accusés. Dans les artères, c'est la claudication intermittente, due surtout à l'artérite oblitérante progressive de Friedländer, c'est encore la gangrène. Dans les veines, c'est la phlegmatia alba dolens, c'est la phlébite ambulante des goutteux. Il importe de bien connaître la période préoblitérante de la phlegmatia, d'autant plus que la redoutable complication de l'embolie pulmonaire peut se produire même avant l'oblitération complète du vaisseau, surtout chez les accouchées, dans cette forme toute spéciale que nous avons dénommée *phlébite latente à début embolique*. Combien de fois les névralgies intercostales, les congestions pulmonaires, les coups de froid des accouchées ou des opérées ne sont-ils que des embolies ignorées, issues de phlébites subaiguës; et alors il peut arriver que l'embolie la plus grave, celle qui est fatale, coïncide avec l'oblitération définitive de la veine.

D'une façon exceptionnelle, on a vu la gangrène survenir à la suite de l'oblitération des gros troncs veineux.

Lorsque l'oblitération artérielle ou veineuse a fait son œuvre, le membre, d'abord menacé, reste trop souvent et pour longtemps profondément gêné dans sa nutrition et ses fonctions. Des troubles trophiques apparaissent plus ou moins tardivement, accompagnés souvent au début de phénomènes douloureux intenses (phlébite à forme névralgique de Quénu) et suivie d'atrophie généralisée ou partielle des membres, de lésions cutanées, etc., ces troubles résultent de névrites consécutives, dont Joffroy et Achard, Dutil et Lamy, Collet et Chatin pour l'artérite, Quénu, Klippel et nous-même pour la phlébite, avons démontré l'existence et la réalité.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

7e Session tenue à Nancy du 1er au 6 août 1896.

Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe,

Rapport du Dr J. Séglas.

L'*hallucination* peut être définie cliniquement « la conviction entière d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée des sens » (Esquirol), ou plus simplement l'hallucination est une perception sans objet. C'est donc une des formes pathologiques de la perception. Une autre consiste dans l'*illusion*, ou fausse perception d'un objet extérieur présent. Cette distinction entre l'hallucination et l'illusion, introduite dans la pathologie mentale par Arnold et Esquirol, est importante à conserver en clinique, bien qu'au point de vue psychologique, le domaine des faits d'illusion ne puisse être délimité d'une façon très précise de celui des faits d'hallucination. L'illusion, en effet, n'est qu'une hallucination dont le point de départ est manifeste, l'hallucination une illusion dont le point de départ est latent (Ball) : ce sont, en somme, deux variétés d'un même trouble psychologique.

Il importe aussi de ne pas confondre avec l'illusion et l'hallucination un autre trouble psychologique qui est l'interprétation délirante ou, comme le disait Baillarger, un faux jugement à l'occasion d'une sensation ; dans ce cas la perception est régulière, mais le malade l'interprète d'une manière erronée.

L'hallucination visuelle a toujours servi de type de description. L'hallucination auditive est beaucoup moins bien connue. Elle présente d'ailleurs de nombreuses variétés, quant à son contenu, son point de départ, son localisation sensorielle, son complexité.

Notions fournies par l'observation clinique. — I. A l'état normal les perceptions qui succèdent à une impression auditive sont multiples. On les distingue d'ordinaire en 3 catégories :

a) La *perception auditive brute*, perception du son avec toutes ses qualités d'intensité, de timbre, de lenteur;

b) La *perception auditive différenciée*, éveillant l'idée de l'objet qui produit le son perçu;

c) La *perception auditive verbale*, dans laquelle le mot prononcé à notre oreille éveille l'idée de l'objet auquel il s'applique.

La pathologie montre que chacune de ces 3 formes de perception peut être altérée isolément :

a) La *surdité corticale* est caractérisée par la perte de la perception auditive brute.

b) La *surdité psychique* consiste en ce que la signification des sons perçus n'est plus comprise, les sons étant perçus mais non différenciés.

c) La *surdité verbale* est la perte de l'audition des mots en tant qu'ils expriment l'idée d'un objet.

Ces divisions permettent d'établir une classification correspondante des hallucinations auditives d'après leur contenu :

a) Les *hallucinations auditives élémentaires* consistent dans de simples sons, de nature indécise, que les malades expriment par des onomatopées ou jugent par comparaison.

b) Les *hallucinations auditives communes* consistent dans des bruits différenciés que les malades rapportent aux objets qu'ils croient les produire.

c) Les *hallucinations auditives verbales* consistent dans des mots représentant des idées déterminées et que les malades croient prononcés par des voix qu'ils disent entendre.

II. Ces diverses formes d'hallucinations peuvent avoir des points de départ différents.

A cet égard, on a aujourd'hui l'habitude de les distinguer en *hallucinations périphériques* et *hallucinations centrales*. Les hallucinations périphériques sont celles dans lesquelles le processus hallucinatoire reconnaît à son origine une excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel correspondant.

La cause première de cette excitation peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même, ou se trouver en dehors du sujet, dans le monde extérieur : d'où la division des hallucinations périphériques en hallucinations périphériques *objectives* et hallucinations périphériques *subjectives*.

Ce n'est pas tout : une dernière distinction s'impose. Qu'il s'agisse d'hallucinations périphériques objectives ou subjectives, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination ou sur un appareil sensoriel différent. Ces hallucinations peuvent être ainsi distinguées en *directes et indirectes ou réflexes*.

A. *Hallucinations auditives périphériques objectives directes.* — Ces hallucinations auditives reconnaissent comme point de départ une excitation de l'appareil auditif, venue de l'extérieur.

Pour qu'il y ait vraiment hallucination périphérique objective, il faut deux conditions : 1° que le bruit réel qui provoque

l'hallucination ne fasse que se juxtaposer sans se confondre avec elle; 2° que les images qu'il réveille soient extériorisées sous forme de perceptions hallucinatoires.

B. *Hallucinations auditives périphériques objectives réflexes.* — Ces hallucinations diffèrent seulement des précédentes en ce que l'impression ou la perception initiale, au lieu d'être auditive comme l'hallucination subséquente, intéresse un autre sens, la vue par exemple.

C. *Hallucinations auditives périphériques subjectives directes.* — Le point de départ de ces hallucinations est une sensation subjective de l'ouïe. L'hallucination auditive est provoquée par des bruits auriculaires divers, sifflements, bourdonnements, etc.

D. *Hallucinations auditives périphériques subjectives réflexes.* — Le point de départ, tout en restant subjectif, n'est plus auriculaire.

E. *Hallucinations auditives centrales.* — Existe-t-il des hallucinations purement centrales, c'est-à-dire n'ayant comme point de départ aucune excitation périphérique objective ou subjective? Le fait est contesté. Cependant il est des cas où une impression réelle quelconque échappe à notre investigation et où l'hallucination peut être dite centrale.

Les hallucinations auditives centrales peuvent dépendre de causes différentes. Tantôt elles sont en rapport avec des lésions organiques diverses, intéressant l'écorce cérébrale directement (tumeurs cérébrales, foyers de ramollissement) ou indirectement (lésions des méninges, des os du crâne).

Quelquefois même on peut invoquer l'action sur les éléments nerveux d'agents toxiques ou infectieux, ou des troubles de la nutrition. Mais bien des fois, ces hypothèses même font défaut; on est alors forcé de se rejeter sur l'intervention de causes psychiques (hallucinations d'origine intellectuelle).

III. — L'hallucination doit encore être envisagée à un autre point de vue, que j'appellerai, faute de mieux, la *localisation fonctionnelle*.

L'hallucination peut être *bilatérale* ou *unilatérale*. Les hallucinations unilatérales ont souvent un point de départ périphérique subjectif, se rattachant quelquefois à des lésions matérielles de l'oreille.

IV. — Il y a des cas plus complexes, où l'hallucination auditive ne constitue plus qu'un élément d'un épisode hallucinatoire à titre d'*association* ou de *combinaison*.

A. *Associations hallucinatoires.* — Les hallucinations associées sont celles qui, tout en différant de siège et d'objet, ont un lien *direct* entre elles, et, bien que *différentes*, peuvent s'évoquer et s'associer réciproquement.

Les hallucinations peuvent se faire de différentes manières : entre hallucinations communes; entre hallucinations communes et verbales; entre hallucinations verbales.

B. *Combinaisons hallucinatoires.* — Il ne s'agit plus d'associations entre hallucinations ayant trait à des choses ou des phrases différentes, mais de véritables combinaisons hallucinatoires relatives à un *même* objet, aux *mêmes* paroles.

Physiologie pathologique. — Les différentes théories scientifiques de l'hallucination peuvent être réduites à 4 grandes catégories :

I. *Théorie de l'origine périphérique ou sensorielle.* — Les hallucinations partiraient des appareils sensoriels périphériques, et reconnaîtraient pour cause première une irritation des expansions terminales des nerfs sensoriels.

II. *Théorie de l'origine intellectuelle.* — L'hallucination s'accomplirait indépendamment des sens; c'est un phénomène purement psychique, un simple fait d'idéation, le même phénomène de la représentation mentale ordinaire, porté à un degré de vivacité tel qu'il impose au sujet la croyance à l'existence actuelle réelle et extérieure de l'objet.

III. *Théorie mixte ou psycho-sensorielle.* — Parmi les auteurs qui défendent cette théorie, les uns admettent l'existence d'hallucinations d'origine périphérique et d'hallucinations d'origine centrale; les autres regardent, comme nécessaire à la production de toute hallucination, la double intervention de l'intelligence et des appareils sensoriels.

IV. *Théories physiologiques.* — Ces théories s'appuient toutes sur l'existence des centres sensoriels, c'est-à-dire de ces points où se perçoivent les impressions reçues par l'intermédiaire des différents organes, et où sont déposées les images mnémoniques sensorielles.

Les travaux les plus récents sur l'anatomie et la physiologie cérébrales placent dans l'écorce les centres de perception, et permettent même de les localiser. Il est donc inutile de passer en revue les théories qui fixent le siège des hallucinations dans les centres infra-corticaux, dans la couche optique, par exemple.

Formulée pour la première fois avec précision par Tamburini, la théorie qui rallie actuellement le plus de partisans fait résulter l'hallucination d'une excitation morbide des centres sensoriels de l'écorce. « Les hallucinations sont aux centres sensoriels et à leurs lésions ce que l'épilepsie est aux centres moteurs. » Elles constituent une sorte « d'épilepsie des centres sensoriels. »

Toutes les hallucinations ne se rattachent pas exclusivement à des états sans lésions définies; il est des cas où elles font partie d'un processus morbide à substratum anatomique.

Les désordres notés en pareil cas peuvent atteindre différents points de l'appareil sensoriel.

D'abord l'écorce cérébrale peut être seule intéressée (lésions de la paralysie générale, tumeur, abcès, traumatisme). La condition nécessaire pour que l'hallucination puisse se produire, c'est que le centre cortical ait conservé des conditions d'intégrité suffisante pour permettre son activité. On peut voir toutefois des lésions de caractère destructif produire l'hallucination, soit à la période irritante du début, lorqu'elles intéressent directement le centre cortical, soit lorsque, siégeant au voisinage du centre sensoriel, elles peuvent l'irriter et agir sur lui comme cause d'excitation.

Les altérations des conducteurs sensoriels (otites) jouent également un rôle important. Toutefois, il reste secondaire; là n'est pas la cause efficiente des hallucinations, mais seulement leur cause provocatrice. Dans tous les cas, « il faut que le centre cortical correspondant entre en jeu, pour que les hallucinations aient le caractère de la réalité; c'est lui seulement qui peut présenter à la conscience l'image subjective nécessaire » (Tamburini).

L'absence de lésions soit centrales, soit périphériques, ne contredit nullement cette hypothèse. L'hallucination est toujours sous la dépendance d'une modification des éléments corticaux; cette modification peut être légère et insaisissable, et l'activité pathologique des éléments peut être mise en jeu soit par des excitations périphériques dynamiques, soit par des causes centrales (troubles vaso-moteurs, etc.).

L'hallucination ainsi rattachée à la mise en activité des centres corticaux sera « simple, unisensorielle et unilatérale, quand l'irritation sera limitée à un groupe restreint d'une seule zone sensorielle et d'un seul côté. Elle sera multiple, compliquée, associée, si plusieurs groupes cellulaires et plusieurs zones entrent simultanément en jeu. » (Tamburini.)

En ce qui concerne l'*unilatéralité* ou la *bilatéralité*, il faut faire des réserves; car, bien que la lésion soit unilatérale, les hallucinations peuvent revêtir le caractère de bilatéralité. Ce fait ne pourrait s'expliquer qu'en admettant que les nerfs auditifs subissent une semi-décussation, comme les nerfs optiques, hypothèse d'ailleurs très plausible.

Et, d'ailleurs, on peut se demander s'il y a réellement de véritables hallucinations sensorielles *unilatérales*.

M. Soury, entre autres, affirme que l'hallucination unilatérale n'existe pas « parce qu'elle ne peut pas plus exister que la cécité unilatérale et croisée par lésions centrales ou corticales de l'appareil de la vision ».

Il ne faudrait peut-être pas, dès maintenant, être aussi catégorique, et nier l'existence d'hallucinations auditives unilatérales; mais il importe de faire un choix parmi les cas observés. D'ailleurs, si l'intervention du centre cortical est indispensable à la production de l'hallucination, cela ne veut pas dire qu'elle en soit la condition *nécessaire et suffisante* à la fois. En réalité, l'hallucination est un phénomène très complexe, qui, tout en exigeant le concours indispensable des centres corticaux, reconnaît souvent en même temps d'autres facteurs, parmi lesquels les facteurs psychiques sont à considérer. Ne peut-on, dès lors, conclure que le malade est entraîné à localiser ses hallucinations d'un côté, comme les hystériques, qui, sans avoir un souci exclusif de leurs localisations cérébrales, font leur hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'un seul côté?

Comment s'expliquer autrement les faits d'hallucinations unilatérales, intéressant plusieurs sens et du même côté?

En réalité, le mécanisme des hallucinations unilatérales n'est pas univoque, parce qu'il s'agit de phénomènes très différents, suivant les cas. Sans vouloir diminuer l'importance du rôle attribué au centre sensoriel dont l'intervention est toujours nécessaire dans la production d'une hallucination, il importe de tenir compte des facteurs psychiques et de l'état de l'organe sensoriel périphérique, qui peut influer directement ou indirectement sur la localisation sensorielle de l'hallucination.

Pour expliquer la projection au dehors de l'image subjective d'origine centrale, Tamburini émet une hypothèse reposant sur l'opinion qui regarde les centres corticaux comme des centres sensorio-moteurs des diverses parties du corps avec lesquelles ils sont en relation fonctionnelle; chaque centre cortical est donc à la fois le centre de perception des impressions générales ou spécifiques de la partie du corps correspondante et le point de départ de l'impulsion pour le mouvement propre de cette même partie. Ainsi, par l'excitation morbide d'un centre cortical se produit, par suite de l'excitation de ses éléments sensorio-moteurs propres, un mouvement réel (phénomènes d'accommodation pour les hallucinations visuelles). Ce mouvement produit explique le fait de la projection et de la localisation extérieure de l'hallucination, sans qu'il soit besoin de recourir à l'hypothèse d'un courant sensoriel centrifuge.

On voit donc que la théorie de l'hallucination, qui regarde comme nécessaire l'intervention constante des centres corticaux, est celle qui rend le mieux compte du phénomène, d'après les données anatomiques et physiologiques usuelles.

Il existe, cependant, encore plusieurs questions à résoudre : comment se fait-il, lorsqu'un centre cortical se trouve en état de suractivité, que toutes les images correspondantes ne deviennent pas hallucinatoires? Pourquoi, dans les cas si nombreux de lésions encéphaliques pouvant intéresser les susdits centres, les hallucinations ne sont-elles pas constantes?

Considérations psychologiques. — La caractéristique de l'hallucination, c'est de créer l'apparence d'un objet extérieur *actuel*, qui n'existe pas dans la réalité; elle se présente ainsi comme une forme pathologique de la perception extérieure.

Psychologiquement, la perception extérieure est formée de deux groupes d'éléments associés, des sensations et des images mentales, états de conscience dérivant de sensations antérieures, conservées et reproduites.

On admet couramment aujourd'hui que chaque image est une sensation spontanément renaissante, en général plus faible et plus simple que l'impression primitive, mais capable d'acquérir, dans des conditions données, une intensité et une précision si grandes qu'on croirait percevoir encore l'objet extérieur.

On peut donc considérer l'hallucination comme une image cérébrale extériorisée. Mais n'est-ce que cela? Quel est le rôle des sens?

Il existe une catégorie d'hallucinations, avec ou sans lésions de l'appareil auditif, et provoquées par des sensations subjectives, ou résultant de l'impression produite par un objet extérieur. On retrouve dans ces cas la sensation à l'origine du processus hallucinatoire, et, bien que son rôle soit réduit, on peut lui attribuer une action soit directe, soit indirecte.

Il est d'autres cas dans lesquels l'élément sensation semble disparaître tout à fait; ce sont ceux d'hallucinations dites centrales, ou encore d'origine intellectuelle. Il est assez difficile de prouver l'existence de telles hallucinations, du moins pour l'ouïe; il est cependant très vraisemblable qu'elles existent (Binet).

Le caractère fondamental de l'hallucination est l'extériorité. On invoque couramment, comme facteur principal de l'extériorration de l'image, son *intensité*. Or, rien n'est moins prouvé, et il pourrait se faire qu'il y ait là une question de *qualité* tout aussi bien que de *quantité*. D'après M. Pierre Janet et M. Souriau le degré de complexité influence notre distinction entre les images internes et les perceptions objectives. La *complexité* deviendrait ainsi le véritable critérium de l'objectivité.

Quant à la localisation de l'hallucination auditive, elle est assez difficile à expliquer. Cependant, dans les cas où l'hallucination se trouve associée, d'une manière indissoluble, avec une perception réelle, elle prend naturellement la même apparence et la même nature. En ce qui concerne les hallucinations centrales, il est à noter que l'hallucination n'est pas une manifestation isolée dans l'esprit. Elle se montre constamment accompagnée et soutenue par un certain nombre de perceptions externes. Les malades, au moment même où ils sont assaillis par une hallucination, jugent, à l'aide des mêmes sens, les objets réels avec autant de rectitude qu'une personne raisonnable. Il en résulte que l'objet fictif, créé par l'hallucination, est naturellement placé au milieu des objets extérieurs et se confond avec eux. Le fait de la localisation se réduit à une simple relation entre lui et les objets réels.

Les conditions qui favorisent la production des hallucinations ne sont pas toujours identiques à elles-mêmes.

Baillarger admettait trois conditions de l'hallucination : 1° l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination; 2° la suppression des impressions externes; 3° l'excitation intense des appareils sensoriels.

Cette dernière proposition est déjà examinée dans ce qui précède.

Il semble bien exclusif d'admettre que l'exercice involontaire des facultés intellectuelles est toujours la condition la plus propre à la production des hallucinations, qu'elles ne sont qu'un produit de l'automatisme psychologique. Il n'en est ainsi que dans certaines circonstances, par exemple dans l'état hypnagogique, dans le rêve, dans les intoxications, la confusion mentale, etc.

Aujourd'hui on ne peut se refuser à admettre que l'hallucination puisse être comme le plus haut degré de la méditation et pour ainsi dire le couronnement de l'idée fixe. C'est ainsi que l'hallucination se présente chez certains aliénés, par exemple chez les délirants systématiques chroniques, persécutés et mystiques (Chaslin).

En résumé, il est encore impossible de formuler une théorie générale, exacte et durable de l'hallucination, surtout de l'hallucination de l'ouïe. La seule notion définitivement acquise, c'est l'intervention nécessaire des centres corticaux dans la production de l'hallucination.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Acide cyanhydrique.

Solubilité. — L'acide cyanhydrique employé en thérapeutique est dilué au centième : c'est le titre de la solution officinale (Codex). L'acide cyanhydrique est le principe actif de l'eau de laurier-cerise. En France, elle est au titre de 0,50 p. 1000 (Dujardin-Beaumetz). En Allemagne, elle contient 1 p. 1000 d'acide cyanhydrique (Bourneville et Bricon).

Incompatibilité. — Chlorates et la plupart des sels métalliques. Cette incompatibilité est importante à connaître en pratique, afin d'éviter dans une même formule la combinaison d'eau de laurier-cerise avec des sels minéraux.

Propriétés thérapeutiques. — L'acide cyanhydrique est un sédatif. Il a été préconisé comme calmant contre la manie aiguë, la mélancolie, l'éclampsie, la folie puerpérale (Mac Leod, Bartholow). Nous possédons aujourd'hui des sédatifs autrement puissants.

Néanmoins, l'eau de laurier-cerise peut être employée comme succédané de la morphine, ou pour en renforcer l'action. Grâce à la présence d'eau de laurier-cerise dans la solution de morphine, on peut supprimer assez rapidement l'alcaloïde. On évite ainsi dans certains cas l'accoutumance.

Les solutions d'alcaloïdes préparées avec l'eau de laurier-cerise, se conservent plus limpides que celles pour lesquelles l'eau bouillie a été utilisée. Le praticien aurait cependant tort de conclure de cette limpidité à l'asepsie de sa solution et à la persistance de l'activité de l'alcaloïde : la morphine, par exemple, s'y transforme très bien en apomorphine. Il vaut donc mieux, sauf peut-être dans le cas indiqué plus haut, se servir d'eau récem-

ment bouillie, qui en dehors de ses qualités aseptiques, est moins irritante pour les tissus que l'eau de laurier-cerise.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* et *chez l'enfant au-dessus de 10 ans*, il ne faut pas dépasser la dose de 5 centigrammes de la solution officinale à 1 p. 100 par injection. Il vaut mieux employer l'eau de laurier-cerise à la dose de 1 à 5 cent. cubes.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* Localement on éprouve un vif sentiment de brûlure qui s'atténue généralement en quelques minutes pour disparaître au bout d'un quart d'heure.

b) *Eloignés.* Sentiment d'amertume dans la bouche, engourdissement léger de la langue, ralentissement du pouls, légère transpiration. Ces phénomènes s'accentuent avec la dose.

FORMULES

Acide cyanhydrique à 1 p. 100	5 gr.
Eau distillée	30 gr.

1/2 centim. cube.

(Dujardin-Beaumetz.)

Acide cyanhydrique	0 gr. 10
Eau distillée	1 000 gr.
(Eau de laurier-cerise).	

1 à 5 centim. cubes.

G. Maurange.

Traitement de la phthiriase chez les enfants.

Voici quelques renseignements pratiques sur ce sujet que donne le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* :

Ce n'est que des poux de tête qu'il est question; c'est pratiquement les seuls qu'on rencontre chez l'enfant. S'il s'agit d'un petit garçon ou d'une petite fille, il suffira de couper les cheveux pour faire disparaître les poux et les lentes. On savonnera ensuite la tête ou bien on fera des lotions avec la liqueur de Van Swieten. S'il s'agit d'une fille déjà grande dont on ne peut pas sacrifier la chevelure, le traitement est un peu plus difficile. On fera saupoudrer les cheveux avec des poudres parasiticides : poudre de pyrèthre, poudre de staphysaigre, soufre pulvérisé. On ordonnera des lavages de la tête avec de l'alcool camphré ou avec du vinaigre chaud qui est un très bon remède. Les cheveux seront peignés soigneusement pour les débarrasser des poux et des lentes. Les médecins danois ont préconisé la solution suivante :

Sublimé	1 gr.
Vinaigre	300 gr.

Cette lotion est très efficace. On détache ensuite les lentes avec un peigne fin humecté de vinaigre chaud. Descroisilles conseille la lotion suivante :

Teinture de pyrèthre	30 gr.
Teinture de romarin	} àà 15 gr.
Teinture de quinquina	
Alcool	40 gr.

Vidal fait le premier jour une friction sur tout le cuir chevelu avec l'onguent napolitain; le lendemain un lavage à l'eau savonneuse; le surlendemain appliquer :

Extrait fluide de Panama	5 gr.
Huile de cade	25 gr.
Glycérolé d'amidon	25 gr.

Les onctions mercurielles tuent infailliblement les poux, mais elles ont des inconvénients; elles produisent des accidents d'absorption mercurielle ou au moins des accidents d'irritation cutanée. On a encore conseillé les lotions avec un mélange d'huile d'amande douce et de pétrole ou avec une solution alcoolique de naphtol. Quand les poux ont disparu, il faut traiter les lésions cutanées, impétigo ou eczéma artificiel, qui compliquent souvent la pédiculose, suivant l'intensité de l'irritation cutanée, l'épaisseur des croûtes; les différents moyens usités dans le traitement de l'eczéma trouveront leur indication : enveloppement de caoutchouc, application de cataplasmes, pommade à l'oxyde de zinc, glycérolé cadique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins étrangers dans les communes frontières. — Nécrologie : Pajot, Desprès, Nicaise.

Trop souvent nous avons signalé les embarras que créent à nos confrères les incursions, sur les frontières du Nord et de l'Est, des médecins étrangers; trop souvent nous avons protesté contre les facilités qu'accordent à ceux-ci les conventions diplomatiques, qu'invoquait récemment encore M. le Ministre de l'instruction publique, pour qu'il nous paraisse nécessaire de recommander la lecture du rapport dont nous allons reproduire les passages essentiels.

Ce rapport, dû à notre savant confrère M. le Dr Ballet, a été lu au Comité consultatif d'hygiène qui en a adopté les conclusions. Il importe donc de discuter celles-ci.

Voici d'abord l'historique de la question :

Le 30 septembre 1879 et le 12 janvier 1881 ont été conclues des conventions, à la première date avec le grand-duché du Luxembourg, à la seconde avec la Belgique, à l'effet de régler l'admission réciproque à l'exercice de leur art des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes frontières de la France et des Etats ci-dessus mentionnés.

Les textes des deux conventions ne diffèrent pas sensiblement. Toutefois, en ce qui concerne celle de 1879 avec le Luxembourg, il y est dit que les personnes autorisées à exercer leur art dans les communes frontières de l'Etat voisin n'auront pas le droit de délivrer elles-mêmes des remèdes aux malades; au contraire la convention avec la Belgique stipule que les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à fournir des médicaments, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

Il eût semblé que ces conventions, en assurant aux praticiens de France et des pays limitrophes, des droits réciproques en apparence identiques eussent dû être bien accueillies par les intéressés.

Il n'en a point été ainsi cependant, en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens français. A diverses reprises ils ont fait entendre des protestations dont le Comité a eu à apprécier la légitimité. C'est ainsi que, le 5 mai 1884, M. Chatin lisait ici un rapport provoqué par une réclamation de la Société de pharmacie de Lorraine. — Et en 1889 M. Gavarret, à l'occasion de plaintes adressées au Ministre de l'intérieur par des médecins de la frontière, proposait au Comité, qui se rangeait à son avis, de demander le maintien pur et simple des conventions

Déboutés une première fois, les médecins de la vallée de la Meuse ne se sont pas considérés comme battus et, le 15 février 1892, ils adressaient au Ministère une nouvelle protestation. Celle-ci devait être mieux accueillie. Le conseil général du Nord l'a approuvée et, le 25 avril 1895, elle a été résumée dans les vœux suivants.

Vœu des médecins de la vallée de la Meuse et de l'arrondissement de Sedan en vue de la revision de la convention franco-belge du 20 janvier 1881, relative à l'exercice de la médecine aux frontières.

Les médecins étrangers pourront, comme par le passé, répondre à l'appel des malades, mais il leur sera interdit :

1° De contracter des engagements avec des collectivités, telles que municipalités, bureaux de bienfaisance, sociétés de secours mutuels, industriels, compagnies d'assurances, etc.; et de faire des abonnements avec les particuliers;

2° De délivrer des certificats valables devant une juridiction française;

3° De se rendre à jours fixes ou plusieurs fois par semaine dans un local déterminé;

4° De fournir des médicaments d'aucune sorte.

Voici maintenant dans quels termes M. le Dr Ballet apprécie ces vœux :

En ce qui concerne le quatrième et dernier de leurs vœux, que nous croyons devoir apprécier tout d'abord, les médecins français demandent qu'il soit interdit aux médecins belges de fournir sur notre territoire des médicaments d'aucune sorte. Ils font observer qu'un médecin français ayant un pharmacien dans sa résidence ne peut fournir de médicaments à ses clients dans une localité voisine où il n'y a pas d'officine, alors que le médecin belge est autorisé à le faire. L'article 3 de la convention franco-belge dit, en effet, que les médecins auront le droit de délivrer des médicaments dans les communes limitrophes de l'autre pays quand ils sont autorisés à le faire au lieu de leur domicile. Il résulte de la latitude laissée par cet article un réel dommage pour les médecins français, qui ne nous paraît aucunement compensé par les avantages que les populations de la frontière retirent de la tolérance accordée aux médecins belges. L'article 3 de la convention est tout à l'avantage de ces derniers sans réciprocité pour nos compatriotes.

Avant de se prononcer au sujet des vœux 1, 2 et 3 des médecins de la vallée de la Meuse, vœux qui visent, on l'a vu, l'autorisation accordée aux praticiens belges de contracter des engagements avec les collectivités, de délivrer des certificats valables devant une juridiction française, de se rendre à jour fixe dans un local déterminé, la commission a pensé qu'il était nécessaire de connaître l'avis des préfets des départements limitrophes sur les conditions dans lesquelles les conventions fonctionnent et sur l'utilité qu'elles peuvent avoir pour les populations. Or, voici à cet égard ce qui résulte de l'enquête poursuivie par le ministre. Nous ne retracerons que les avis émis par les préfets des départements limitrophes de la Belgique et du Luxembourg : ceux qui ont été émis par les préfets des départements voisins de la frontière suisse n'ont pas pour nous le même intérêt, la convention franco-suisse n'ayant pas été le sujet de protestations analogues à celles qu'ont suscitées les conventions avec le Luxembourg et la Belgique.

Nous avons reçu communication des réponses des préfets des cinq départements intéressés, Nord, Aisne, Ardennes, Meuse, Meurthe-et-Moselle. Le préfet de l'Aisne écrit que les conventions ne sont pas appliquées dans son département; celui de la Meuse que les rapports des médecins belges avec les populations françaises sont peu fréquents et qu'il n'a été saisi d'aucune réclamation contre la convention en vigueur. Quant aux préfets du Nord, des Ardennes et de Meurthe-et-Moselle, c'est-à-dire des trois départements que les conventions intéressent principalement, ils s'accordent à reconnaître qu'à certains égards lesdites conventions sont défectueuses et ont donné lieu à des abus. « J'estime, dit le préfet du Nord, qu'il y a lieu de limiter l'application aux seules communes françaises ou belges dépourvues de médecins. » « Je crois, dit le préfet de Meurthe-et-Moselle que la zone de 20 kilomètres (en fait il n'est pas question de zone de 20 kilomètres dans les conventions) fixée par les conventions est trop vaste. Elle pourrait par exemple être réduite aux communes immédiatement limitrophes, ou tout au moins à une distance de 5 kilomètres de chaque côté de la frontière. » Enfin, le préfet des Ardennes estime qu'il y a lieu de maintenir les conventions, mais il est d'avis de les modifier dans le sens indiqué par les médecins de la vallée de la Meuse dont il considère les vœux comme légitimes.

Ces vœux que nous avons énumérés plus haut et sur lesquels nous allons revenir ont semblé à la commission devoir être pris en sérieuse considération.

Toutefois après entente avec le représentant au comité du Ministère des affaires étrangères, il a paru que ce serait recourir à une procédure dont la complication dépasserait l'importance des réclamations, d'ailleurs fort bien fondées, que de dénoncer les conventions. Nous nous sommes demandés si, sans toucher à ces dernières, il ne serait pas possible de donner satisfaction, au moins sur les points principaux, aux médecins français, et il nous a paru qu'il suffirait pour cela d'exiger l'application rigoureuse des conventions dans leur esprit et dans leur texte. On arriverait ainsi à éviter des abus dont ces conventions ont été le prétexte, et les médecins de la frontières paraissent avoir à se plaindre surtout de ces abus.

Au reste reprenons un à un les vœux des médecins de la vallée de la Meuse et voyons dans quelle mesure ils sont légitimes et peuvent être satisfaits.

Nous avons parlé plus haut du quatrième, relatif à la délivrance des médicaments.

En ce qui concerne le troisième : défense aux médecins belges de se rendre à jours fixes ou plusieurs fois par semaine dans un local déterminé, l'interdiction réclamée nous semble l'être à juste titre. Les conventions autorisent les médecins étrangers à se rendre à l'appel des malades dans les communes limitrophes; mais c'est à notre sens en fausser l'esprit que de laisser ces médecins prendre en France un domicile de fait et c'est bien, professionnellement parlant, élire domicile que de se retrouver, à jour fixe, dans un local désigné d'avance et toujours le même; le médecin, dans ce cas, ne répond plus à l'appel du malade, c'est plutôt le malade qui répond à l'appel du médecin.

Quant au premier vœu : défense aux médecins étrangers de contracter des engagements avec les collectivités, bureaux de bienfaisance, sociétés de secours mutuels, industriels, compagnies d'assurance, il ne paraît pas possible du moment où la convention autorise un malade à recourir aux soins du médecin belge ou luxembourgeois, d'enlever cette latitude à un groupe de malades ou à une collectivité. Mais nous dirons tout à l'heure dans quelle limite on la peut restreindre.

D'autre part (deuxième vœu) on ne peut interdire à un malade français soigné par un médecin étranger, de faire constater son état par ce médecin, et aux tribunaux de tenir compte dans la mesure qu'ils jugent convenable des attestations produites. Aussi paraît-il difficile de défendre aux médecins étrangers, comme le demandent ceux de la vallée de la Meuse, « de délivrer des certificats valables devant une juridiction française ».

En résumé, par voie administrative et sans toucher au texte des conventions, on ne peut donner satisfaction aux médecins français de la frontière qu'en ce qui concerne le droit laissé en pratique aux médecins belges de se rendre sur notre territoire, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé. En supprimant cette latitude illégale on ferait disparaître l'un des abus dont se plaignent le plus nos compatriotes.

Les divers ministères pourraient aussi donner des ordres pour qu'il ne soit, dans les habitudes courantes, fait appel qu'aux médecins français quand il s'agit d'un service public.

Reste la question de la fourniture des médicaments, de la délivrance des certificats valables devant la juridiction française, enfin des engagements avec les collectivités. Nous avons dit plus haut qu'il était impossible légalement de donner sur ces points pleine satisfaction aux médecins français. Toutefois on peut leur donner une satisfaction partielle, qui nous paraît devoir atténuer dans une très large mesure les abus contre lesquels ils protestent.

Il suffirait pour cela d'exiger que les conventions fussent appliquées dans leur rigueur. Or le texte de ces conventions détermine, en ce qui concerne la frontière luxembourgeoise, les communes où les médecins luxembourgeois peuvent se rendre; en ce qui concerne la frontière belge, il est dit, que seuls peuvent exercer en France les médecins établis dans les communes belges *limitrophes* et qu'ils ne peuvent exercer que dans les communes françaises également *limitrophes*. A la faveur de cette épithète les médecins étrangers ont pénétré plus ou moins sur notre territoire. Il ne serait que juste de les obliger à rétrograder audelà des limites qu'ils n'auraient pas dû franchir.

Les intérêts des populations, hâtons-nous de le dire, ne seraient en aucune façon lésés par ce retour au texte strict des conventions. Les préfets des départements que ces conventions visent ont été consultés à ce sujet. Nous avons les réponses de

ceux du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle. Elles sont unanimes à reconnaître qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour les populations à n'admettre les praticiens belges à n'exercer leur art que dans les communes limitrophes, c'est-à-dire qui touchent par un point la frontière, sans autre extension ni tolérance, dit le préfet du Nord.

En résumé, le Comité estime : 1° que les vœux formulés par les médecins de la vallée de la Meuse et de l'arrondissement de Sedan sont, dans leur ensemble, légitimes et fondés;

2° Qu'on peut leur donner en grande partie satisfaction sans aller jusqu'à la dénonciation des conventions;

3° Qu'il y a lieu de faire disparaître la tolérance abusive en vertu de laquelle, contrairement au texte et à l'esprit des conventions, certains médecins étrangers se rendent en France, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé pour y donner des consultations;

4° Qu'on doit interdire aux médecins belges d'exercer au delà des communes rigoureusement limitrophes.

On comprendra pourquoi nous avons cru devoir reproduire presque textuellement cet important document.

Ne démontre-t-il pas, en effet, combien il paraît difficile de régler dans des conditions équitables les questions professionnelles? Peut-on comprendre, en effet, qu'il ne soit pas possible à un ministre d'interdire aux municipalités, aux bureaux de bienfaisance et aux sociétés de secours mutuels de choisir, pour leur médecin officiel, un étranger non diplômé, non astreint au service militaire, non soumis à nos lois et à nos impôts, alors qu'il existe dans la localité même ou dans les localités voisines des médecins français capables et autorisés? Peut-on admettre que les administrations, et en particulier les tribunaux reconnaissent comme valables les certificats délivrés par les étrangers?

Puisqu'il s'agit de communes limitrophes c'est-à-dire très voisines les unes des autres, pourquoi ne pas exiger un certificat rédigé par un médecin français?

Nous sommes partisan de la liberté individuelle, et nous reconnaissons aux industriels et aux commerçants le droit de choisir leur médecin à l'étranger s'ils le désirent; mais nous refusons ce droit aux administrations qui dépendent directement ou indirectement de l'Etat.

Et c'est pourquoi nous aurions aimé voir le Comité consultatif d'hygiène se montrer plus protectionniste dans une question qui intéresse à un si haut degré la sécurité et la dignité de nos confrères du Nord et de l'Est.

Trois deuils cette semaine, et trois morts qui méritent plus qu'une mention banale et l'expression de regrets officiels! Pajot, Desprès, Nicaise! Tous trois, à des titres divers, ont sollicité à maintes reprises, l'attention du monde médical.

Pajot fut un professeur remarquable, orateur éloquent, esprit plein de ressources, sachant séduire son auditoire, rendre intéressantes les parties les plus ardues de la gynécologie et de l'obstétrique, graver à jamais dans l'esprit de ses élèves par un mot, par une anecdote, par une comparaison, les préceptes qu'il considérait comme les plus essentiels. Il était aimé des élèves qui se pressaient à ses cours depuis que, professeur libre, il commença l'enseignement de l'obstétrique, jusqu'au jour où, par une démarche collective, aussi flatteuse par le nombre des signataires que par les motifs qu'ils invoquaient, ils le forcèrent à attendre l'âge de la retraite pour descendre de sa chaire officielle. Agrégé en 1838 et professeur en 1863, auteur d'un grand nombre de mémoires spéciaux, fondateur de la *Société de gynécologie*, Pajot s'était peu à peu isolé de ses collègues, que son esprit mordant et sarcastique avait parfois mécontentés. Les dernières années de sa vie ont été attristées par le chagrin que lui avaient causé bien des déceptions.

Armand Desprès avait eu les plus brillants débuts que puisse ambitionner un chirurgien. Interne à 23 ans et interne de Velpeau, Jobert et Nélaton; chirurgien des hôpitaux à 30 ans et agrégé de la Faculté à 32 ans, il devait ces succès non seulement aux amitiés qu'avait su inspirer son père, mais encore et surtout à une érudition déjà très sûre et à un talent de parole très remarquable. Fidèle à l'enseignement des maîtres qui l'avaient formé, il débuta par une série de travaux dignes d'estime et resta longtemps un opérateur ingénieux et habile. Le jour où une révolution vint transformer les méthodes chirurgicales et imposer à tous le devoir d'accepter et de rendre de plus en plus rigoureux les préceptes de l'asepsie et de l'antisepsie, A. Desprès se refusa à admettre le progrès et, malgré l'évidence, persista, en les aggravant par esprit de parti, dans les anciens errements. On vit alors, non sans regrets, ce chirurgien si bien doué se complaire au paradoxe, lutter par la parole et par la plume contre toutes les idées nouvelles et, ce qui est plus grave, entreprendre et poursuivre, malgré d'unanimes protestations, des opérations dont l'insuccès ne pouvait être imputé qu'à son aveuglement. Homme politique, A. Desprès a été non moins paradoxal. Et cet indépendant, ce lutteur, cet ennemi irréconciliable de toutes les découvertes contemporaines, fut cependant un homme excellent, bon pour les siens, bon pour ses élèves, bon et charitable pour les malheureux. Comme Pajot, il avait, après plusieurs candidatures, renoncé à appartenir à l'Académie de médecine; comme lui, il s'était peu à peu isolé, mécontent des autres, peut-être, au fond du cœur, mécontent de lui-même.

Nicaise était, à l'opposite de ses deux confrères, le type de la correction, de la dignité professionnelles. Ses fonctions officielles — il avait longtemps représenté au Conseil de surveillance les chirurgiens des hôpitaux — et l'estime que lui avaient value ses travaux scientifiques et son honnêteté incontestée l'avaient appelé à l'une des plus hautes situations que puisse ambitionner un chirurgien.

Plusieurs fois appelé à la présidence des Sociétés savantes ou des Congrès scientifiques, membre de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, il fut arrêté brusquement par une maladie inexorable qui vint interrompre sinon son activité intellectuelle, du moins l'exercice de sa profession.

Nicaise, dont la sérénité d'âme et le courage ont fait l'admiration de ses amis, profita de ces loisirs forcés que lui imposait la maladie pour écrire une série d'ouvrages où l'érudition la plus sûre s'alliait à un sens critique des plus élevés. Il faut regretter qu'il n'ait pu terminer l'*Histoire de la chirurgie* qu'il espérait mener à bien, car ses travaux sur *la Grande Chirurgie de Guy de Chauliac*, sur *la Chirurgie de maître Henri de Mondeville* et sur *la Chirurgie de Pierre Franco*, permettent d'affirmer qu'il eût laissé après lui une œuvre magistrale digne de perpétuer sa mémoire.

Il meurt trop tôt pour avoir pu terminer la tâche qu'il s'était tracée; mais il laisse le souvenir d'un honnête homme et d'un chirurgien savant, consciencieux et désintéressé.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval; décollement de la vésicule biliaire et hémorrhagie du foie; laparotomie; guérison,

Par le Dr J.-L. Faure,

Chirurgien des hôpitaux.

Le 13 janvier dernier, à 7 heures du soir, je fus appelé à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Reclus, pour voir un malade qu'on venait d'y transporter.

Il avait reçu, à 4 heures de l'après-midi, 3 heures à peine auparavant, un violent coup de pied de cheval dans le ventre.

Le coup avait porté sur l'hypochondre droit. Le malade, renversé par la violence du choc, s'était d'ailleurs relevé presque immédiatement.

Transporté à l'hôpital, il pousse des gémissements continus; chaque mouvement lui arrache des cris. Il a eu quelques nausées, sans vomissements, sans selles, sans miction.

Au moment où j'arrivai près de lui, il avait l'air anxieux, les yeux cernés, la langue sèche, la respiration courte et haletante. Le pouls, à 56, était plein. La température axillaire prise quelques minutes auparavant n'était que de 34°5.

Le ventre est d'aspect à peu près normal, plutôt rétracté. Il ne présente d'ailleurs ni ecchymose, ni éraflure, rien qui vienne révéler le point où le coup a porté.

Les muscles droits contracturés font une saillie des plus nettes sur la paroi abdominale; les cuisses sont légèrement fléchies.

La percussion est normale.

La palpation donne seule des indications un peu nettes. On ne sent rien de particulier dans l'abdomen. Mais on réveille au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du muscle grand droit, une douleur très vive, si vive que la moindre pression arrache des cris au malade.

Cette localisation de la douleur me fit supposer qu'il pouvait y avoir quelque lésion profonde. Je craignais avant tout une rupture intestinale et je ne redoutais guère une hémorrhagie qui me semblait mal cadrer avec la lenteur et la plénitude du pouls.

Je crus devoir intervenir et, dans l'ignorance des lésions que j'allais trouver, je me décidai pour l'incision médiane, bien que le maximum de la douleur siégeât sur le bord externe du grand droit. Je pensais pouvoir ainsi explorer plus facilement la cavité abdominale.

Le malade étant endormi à l'éther, j'incisai la paroi, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

Dès l'ouverture du péritoine je constatai dans son intérieur un épanchement sanguin assez abondant.

Ne pouvant voir d'où venait le sang, je prolonge l'incision jusqu'à 4 centimètres, au-dessous de l'ombilic. Le jour me paraissant encore insuffisant, je fais tomber sur la première une deuxième incision transversale de 7 ou 8 centimètres, qui divise le muscle grand droit sur toute sa largeur.

L'exploration de toute la région gastro-hépatique devient ainsi très facile.

L'épiploon et le côlon transverse sont couverts de taches ecchymotiques. Quelques caillots enlevés laissent voir l'épiploon gastro-hépatique distendu par une certaine quantité de sang qui a filtré derrière le duodénum et jusque dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

La vésicule biliaire présente des lésions intéressantes. Elle est distendue, sans qu'il soit possible de se rendre compte si c'est par de la bile ou par du sang. Elle est presque complètement décollée du foie, presque flottante, à peine retenue par un lambeau péritonéal qui, de son bord droit, près de l'origine du canal cystique, se porte sur la face inférieure du foie. Celle-ci, au niveau de la zone décollée, est saignante, ainsi que la partie correspondante de la vésicule sur une longueur de 6 ou 8 centimètres environ et une largeur de 2 ou 3.

Au même niveau, le bord antérieur du foie est déchiré, et un vaisseau assez important a été rompu. Le diamètre de ce vaisseau est d'environ 1 millim. 1/2. Il coule à plein jet dans la cavité péritonéale et il me parait évident qu'il a fourni la plus grande partie du sang qui s'y est accumulé.

La ligature dans le tissu friable du bord antérieur du foie me paraissant devoir être fort difficile, et, en tous les cas, fort longue, je place sur le vaisseau une pince hémostatique qui saisit en même temps, sur une certaine épaisseur, le bord tranchant du foie tout entier.

Une mèche de gaze stérilisée, que je laisse à demeure avec la pince, tamponne les surfaces saignantes du foie et de la vésicule et vient sortir de l'abdomen au même point que les branches de la pince.

Le péritoine est débarrassé de tous les caillots qui l'encombrent, puis réuni par un surjet au catgut en même temps que les deux tronçons du muscle grand droit.

Suture de la peau au crin de Florence. Deux heures après l'opération, le pouls est à 60, la température à 37°. On a fait au malade, au niveau de la cuisse, une injection de 300 grammes de sérum.

Au bout de 48 heures (15 janvier), la pince et la mèche de gaze sont enlevées sans incidents.

Les suites de l'opération sont absolument normales. La température ne dépasse pas 37°5.

Le 9e jour (22 janvier), j'enlève les crins, mais, au moment du pansement, le malade fait un effort de toux. La plaie abdominale se rouvre et une anse d'intestin, recouverte d'épiploon fait irruption sous le pansement.

Le malade est immédiatement transporté dans la salle d'opération. Les lèvres de la plaie, au contact desquelles se trouve l'épiploon, étant un peu rouges et par conséquent infectées, je résèque toute la masse épiploïque qui a fait issue au dehors, et la paroi est de nouveau suturée au crin de Florence.

La guérison survient sans nouveaux incidents, et le malade, complètement guéri, est envoyé à Vincennes le 28 février.

Voilà donc une observation de plus qui plaide en faveur de l'intervention, et de l'intervention immédiate, dans les traumatismes abdominaux.

Il me paraît certain que ce malade était condamné à succomber assez rapidement aux progrès de son hémorrhagie qui se faisait librement dans le péritoine et que seule pouvait arrêter une intervention directe. Il a dû la vie à la précocité de l'intervention, qui s'est produite dans des conditions de rapidité exceptionnelle, puisque la laparotomie a suivi l'accident de 3 heures à peine. Cette évidente vérité qu'une intervention a d'autant plus de chance d'être suivie de succès qu'elle est plus rapprochée de l'accident qui la motive, trouve donc dans cette observation une démonstration des plus nettes. En cas de traumatisme de l'abdomen, on ne saurait jamais opérer trop tôt.

Cette observation vient aussi corrober cette doctrine que le phénomène douleur est d'une extrême importance au point de vue du siège et de la gravité des lésions. Le point douloureux est presque toujours exactement à hauteur du point où a porté le traumatisme. Cela est très connu pour l'intestin, cela est vrai aussi pour le foie et la vésicule. J'aurais peut-être pu, d'après ce principe, mener à bien l'opération par une incision latérale au niveau du point douloureux. Mais mon exploration a été certainement plus facile et plus complète par la laparotomie médiane, que je referais encore si j'avais à la refaire. J'estime qu'en l'espèce la nécessité de brancher sur l'incision médiane une incision transversale, n'a pas grande importance. Il faut avant tout y voir, et y bien voir. Qu'on sauve d'abord le malade, peu importe qu'il ait ensuite un peu d'éventration !

Le décollement de la vésicule, bien qu'ayant été vu, en particulier par Ogston et par Kilgour, a été fort rarement observé. Son mécanisme est assez obscur. Je ne m'explique guère la possibilité de ce décollement que par un choc direct sur la vésicule distendue et débordant sans doute le bord antérieur du foie. Le fer du cheval est venu la heurter directement à travers la paroi. Dans ce cas particulier, le coup dirigé sans aucun doute de gauche à droite a emporté la vésicule vers la droite en arrachant ses insertions hépatiques et en particulier les insertions qui unissaient son bord gauche à la face inférieure du foie.

Si cette observation montre clairement quelle est l'importance de la douleur vive et localisée, qui permet de soupçonner et souvent même d'affirmer des lésions profondes, elle montre, en revanche, combien certains autres symptômes sont paradoxaux, et combien est difficile leur interprétation.

Voilà, par exemple, un malade qui, avec son pouls lent et plein, se présentait avec des signes de haute tension vasculaire, et n'accusait par conséquent aucun symptôme net d'hémorrhagie sérieuse. Or l'hémorrhagie était précisément dans son cas, la lésion dominante, celle qui, à défaut d'intervention, eût certainement entraîné la mort.

C'est donc un cas de plus qui montre combien il est difficile de porter dans les traumatismes de l'abdomen un diagnostic précis, et qui montre en même temps les admirables résultats que l'on est en droit d'attendre de la laparotomie précoce.

Celle-ci a été encore faite fort rarement pour les contusions et les hémorrhagies du foie non accompagnées de plaies. C'est, je crois, la quatrième ou la cinquième. C'est peut-être la première en France. On ne saurait nier qu'elle soit encourageante.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

Applications des sérums sanguins au traitement des maladies.

Rapport de M. G.-H. Roger.

I. Historique. — C'est à MM. Héricourt et Richet que revient le mérite de la découverte de la sérothérapie ou plutôt de l'hémothérapie (1888). En 1890, M. Bouchard faisait savoir que le sérum peut remplacer le sang dans le traitement des infections; il avait, par conséquent, le mérite d'indiquer le procédé qui est presque exclusivement employé aujourd'hui.

Cependant, les découvertes précédentes avaient été préparées par les travaux qui établissaient le pouvoir bactéricide du sang et du sérum. Après quelques tentatives peu concluantes de Metchnikoff, Gamaleïa, Nüttal, nous avons montré que, d'une façon générale, la vaccination augmente ou fait apparaître le pouvoir bactéricide du sérum. Mais, ce n'est pas seulement sur les agents figurés que le sérum exerce son action; il peut aussi annihiler le pouvoir pathogène des toxines; c'est là la grande découverte de Behring et de Kitasato, qui a fait entrer la sérothérapie dans une voie toute nouvelle.

Cependant, tous ces travaux n'avaient guère eu d'applications pratiques lorsque parut le célèbre travail de Roux et Martin. Ces auteurs avaient repris les recherches de Behring, et les avaient appuyées sur des expériences si nombreuses et si bien conduites, que le doute ne semblait guère possible; en même temps qu'ils poursuivaient des recherches de laboratoire, ils avaient, avec Chailloux, opéré sur l'homme, et apportaient une statistique fort encourageante, basée sur 300 observations.

Au scepticisme du début succéda, dès lors, un enthousiasme extrême. Bientôt, cependant, quelques notes discordantes se firent entendre. Parmi toutes les critiques et les réserves formulées, il en est plusieurs qui ont une valeur incontestable et, si tout le monde n'est pas encore convaincu, beaucoup trouvent que la sérothérapie n'est pas la méthode exclusive appelée à détrôner les anciens moyens thérapeutiques.

II. Principes généraux de la sérothérapie. — L'idée de la sérothérapie et sa justification semblent avoir leur origine dans les travaux sur le pouvoir bactéricide des humeurs. Mais, dès le début des tentatives expérimentales, on ne tarda pas à s'apercevoir que le sang ou le sérum des animaux naturellement réfractaires est presque complètement dépourvu de propriétés thérapeutiques : pour avoir des résultats nets et constants, il fallut s'adresser à des animaux ayant subi des vaccinations préalables. La *sérothérapie* emploie les matières fabriquées par l'organisme lui-même dans sa défense contre l'infection, elle est à la fois thérapeutique et vaccinante; mais elle ne donne qu'une *immunité passive*. Elle diffère donc radicalement de la *bactériothérapie*, qui est, au contraire, préventive et non curative, et détermine une *immunité active*.

Ce qui doit guider dans le choix de l'animal qui fournira le sérum, c'est, plus encore que son degré de sensibilité ou de résistance naturelle, la possibilité d'obtenir facilement de grandes

quantités de sang et d'avoir un sérum dénué de propriétés toxiques. Pour augmenter la résistance de l'animal choisi, on peut employer trois méthodes : inoculation de microbes vivants; injection de toxines produites dans les cultures artificielles; injection de toxines provenant de l'organisme malade.

Il est très facile sur les équidés de recueillir, par la jugulaire, deux ou trois litres de sang; le caillot qui se forme est très solide, et le sérum est d'une belle couleur jaune ambré; on le débite dans de petits flacons bien stérilisés, ne contenant que quelques gouttes d'une essence antiseptique ou un peu de camphre sublimé. Le liquide curateur est généralement introduit sous la peau; la dose à injecter varie évidemment suivant la gravité des cas et suivant l'activité du sérum. Dans la détermination de cette dernière, la nomenclature de Behring est généralement employée, sauf à l'Institut Pasteur, où l'on détermine non plus l'action antitoxique, mais l'action préventive contre le microbe vivant; l'unité est le nombre de grammes qu'un cent. cube de sérum est capable de protéger.

III. Des diverses applications de la sérothérapie. — On peut diviser en 4 groupes les maladies justiciables de la sérothérapie : 1° celles dont l'agent pathogène est connu et peut être cultivé; 2° celles dont l'agent pathogène n'est pas connu et dont on ne peut par conséquent obtenir des cultures en dehors de l'organisme; 3° celles qui sont spéciales aux animaux; 4° enfin les intoxications dans lesquelles la sérothérapie est applicable.

A. Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est connu. — *Charbon.* Behring a montré que le sang du rat exerce sur la bactéridie une action destructive extrêment énergique. Reprenant ses recherches, Metchnikoff et Roux ont constaté que le sérum du rat, mélangé au virus non sporulé, annihile ses effets. Marchoux, en vaccinant le mouton, est arrivé ainsi à obtenir un sérum d'une force de 2 000 qui prémunit contre une inoculation faite au niveau du flanc.

Pour avoir un effet thérapeutique, il faut employer un sérum de 2 000 unités. On constate alors qu'on peut sauver l'animal quand on injecte, le lendemain de l'inoculation, de 10 à 12 cent. cubes. La rareté des pustules malignes chez l'homme a empêché de faire jusqu'ici une application de la méthode, mais le succès semble d'autant plus probable que le charbon cutané guérit fréquemment.

Choléra. — En 1892, Lazarus montrait que le sérum des individus guéris du choléra était capable, à la dose d'un décigramme, de protéger le cobaye contre une inoculation intrapéritonéale de vibrions cholériques. Pfeiffer, en injectant aux animaux des cultures stérilisées, est arrivé à obtenir un sérum d'une efficacité extraordinaire, mais qui n'agit que contre la péritonite vibronienne. Il a reconnu, en outre, qu'une quantité, même considérable, de sérum ne préserve pas contre l'injection intrapéritonéale, si la dose de cultures est supérieure au contenu d'une anse de platine par 100 grammes du poids de l'animal.

Mais chez l'homme, dans la maladie spontanée, il s'agit plutôt d'une intoxication que d'une infection; le microbe pullule dans l'intestin, mais ce qui agit ce sont les toxines absorbées à ce niveau : or le sérum est sans influence sur ces toxines. Le choléra est donc tout à fait comparable à la diphthérie et au tétanos; aussi Ransom a-t-il appliqué au choléra les principes fondamentaux qui ont dirigé Behring dans l'étude de la diphthérie. Ransom a extrait des cultures cholériques un poison soluble fort actif et Metchnikoff, Roux et Taurelli-Salimbeni sont arrivés à augmenter la production des toxines. Le sérum de Ransom se montre efficace contre le choléra expérimental qu'on provoque chez les jeunes lapins en leur faisant avaler des cultures cholériques.

L'étude expérimentale est donc presque achevée; c'est aux recherches cliniques à prononcer maintenant. Sans doute les phénomènes sont toujours plus complexes chez l'homme, où il faut tenir compte des associations microbiennes qui semblent jouer un si grand rôle dans la pathogénie du choléra. On devra établir aussi que le sérum obtenu en vaccinant un animal contre un vibrion agit sur toutes les variétés de bacille virgule.

Colibacillose. — Le sérum d'individus normaux peut avoir une action telle que des doses de B. coli dix fois supérieures à celles qui sont habituellement mortelles restent sans effet. On saisit ainsi un premier effort spontané vers la vaccination; il était donc tout indiqué d'augmenter, par les procédés habituels, la résistance de l'organisme. Salvati et Gaetano, en employant un colibacille typique, ont reconnu que le sérum des animaux immunisés par les toxines de ce microbe est préventif et curateur. Tout récemment, MM. Albarran et Mosny, dans le but de rendre l'immunité plus forte, ont injecté alternativement des filtrats d'organes d'animaux morts de colibacillose et des cultures vivantes.

Tous ces résultats sont suffisamment encourageants pour permettre des applications pratiques, notamment dans les infections urinaires qui ont été surtout visées par M. Albarran et Mosny.

Diphthérie. — L'usage du sérum antidiphthérique a complètement transformé le pronostic de la diphthérie. C'est à Behring que la science est redevable des deux découvertes qui ont conduit à la préparation du sérum; c'est lui qui a donné des moyens certains de vacciner les animaux contre la diphthérie et qui a reconnu ensuite que leur sérum devenait antitoxique. Roux et Martin ont facilement immunisé le cheval en lui injectant des toxines additionnées d'eau iodée.

Les premières tentatives de l'application à l'homme de la sérothérapie antidiphthériques publiées par Henoch en 1892 n'étaient guère encourageantes. Mais, deux ans plus tard, parut une série de travaux qui devaient établir définitivement la valeur du sérum, et surtout Roux, Martin et Chailloux apportèrent au congrès de Buda-Pesth une statistique portant sur 448 cas, avec une mortalité réduite à 24,5 p. 100.

Pour bien juger de la méthode, il faut tenir compte d'une série de facteurs dépendant du malade. La diphthérie est toujours plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, mais c'est cependant chez l'enfant que la sérothérapie rend les plus grands services.

L'intervention hâtive est indispensable ; elle a le double avantage de combattre la maladie alors que l'intoxication n'est pas prononcée et que les infections secondaires n'ont pas pris un développement dangereux. La plupart des bactériologues recommandent de pratiquer une injection dès qu'on a le moindre doute sur la nature d'une angine, ou même, dès qu'on aperçoit un exsudat quelconque. Nous ne saurions trop nous élever contre cette abdication de la clinique devant le flot montant de la bactériologie. Chez un enfant ayant les signes cliniques de l'angine diphthérique, et, à plus forte raison, du croup, il faut appliquer la sérothérapie immédiatement; mais dans le cas d'angine pseudo-membraneuse, ayant les caractères de l'angine herpétique, ne ressemblant pas cliniquement à la diphthérie, on pourra le plus souvent attendre le résultat des cultures.

Les résultats obtenus dans les divers pays sont trop concordants pour qu'on puisse invoquer de simples coïncidences; il faut considérer la sérothérapie antidiphthérique comme une des plus grandes conquêtes de la thérapeutique moderne.

Le sérum antidiphthérique a été encore employé dans le traitement de l'ozène, mais sans avantages évidents.

Lèpre. — Carrasquilla prétend avoir amélioré notablement 15 malades au moyen d'un sérum dont la préparation n'est pas indiquée.

Morve. — Chevrot et Picq, sur 10 animaux inoculés, en ont guéri 7 en leur injectant du sérum de bovidés, naturellement réfractaires à la maladie.

Pneumococcie. — On se sert généralement de cultures stérilisées, par filtration ou par l'adjonction d'un peu de chloroforme, mais il faut avoir soin de les chauffer à 60° ou 65°; sans cette précaution, le liquide est très toxique et rarement vaccinant. L'action curative du sérum des animaux vaccinés, découverte par Foa et Bonome, a été étudiée sur les animaux par un grand nombre d'auteurs. G. et F. Klemperer firent les premières tentatives pratiques sur l'homme. Chez 6 pneumoniques, avec 4 à 6 cent. cubes de sérum, ils obtinrent l'abaissement de la température. En réunissant les résultats obtenus par les divers auteurs, on trouve que, sur 39 pneumoniques, 30 obtinrent une amélioration très marquée et, 21 fois, la crise se produisit le lendemain ou le surlendemain.

Ce n'est pas seulement le sérum du lapin qui peut être thérapeutique, c'est également celui de l'homme, ainsi que nous l'avons reconnu, avec M. Charrin.

Mais il faut bien se garder, dans les tentatives de ce genre, d'avoir recours à du sérum de chien, car ce sérum, loin d'entraver l'infection du lapin, la favorise.

Dans un cas de méningite avec pneumocoques dans le sang, Righi a eu une terminaison favorable le 8e jour après l'injection d'un c. c. d'un sérum provenant d'un convalescent.

Protéobacillose. — M. de Nittis, dans un travail récent, a fait connaître un mode de vaccination par les cultures vivantes de *Proteus vulgaris* et a réussi à obtenir un sérum actif.

Pyocyanobacillose. — La pyocyanose a servi à d'importantes recherches de sérothérapie. Au lendemain des travaux de Richet, Héricourt, Behring, des expériences furent entreprises par M. Bouchard. Après avoir établi que, pour avoir un sérum efficace, on doit employer le sang des animaux vaccinés, il montra que le sérum est aussi actif et même plus actif que le sang défibriné. Comparant les matières vaccinantes des cultures et celles du sérum, il conclut que la sérothérapie n'est pas une thérapeutique nouvelle : ce n'est qu'un nouveau mode de la thérapeutique antiseptique.

Staphylococcie. — C'est contre une variété de staphylocoque blanc, le *Staphylococcus pyosepticus*, qu'a été dirigée, par MM. Héricourt et Richet, la première tentative expérimentale de sérothérapie. MM. Rodet et Courmont ont extrait par l'alcool, des produits solubles des staphylocoques, une substance capable de conférer aux animaux une immunité assez marquée. M. Courmont a reconnu ensuite que le sérum des animaux ainsi préparés n'est guère bactéricide; il possède simplement le pouvoir de provoquer l'agglomération, sous forme de flocons, des microbes qu'on y sème. Viquerat a pu vacciner des animaux par un procédé emprunté à Behring; enfin, dans un travail récent, Kose annonce qu'il est arrivé au même résultat, en injectant d'abord des cultures atténuées par la chaleur, puis des liquides de plus en plus virulents.

Streptococcie. — L'historique de la sérothérapie antistreptococcique a été présenté d'une façon exacte, par M. Bonnet (*Gaz. hebd.*, 1895, p. 229). Ligelsheim, avec des cultures atténuées au moyen du trichlorure d'iode, ne parvint à vacciner que 2 souris sur 12; Paolis, en opérant sur des lapins, a rendu les animaux réfractaires en leur injectant dans les veines des cultures non virulentes. Dans l'emploi des cultures stérilisées, on se heurte à une petite difficulté, c'est que les dernières renferment 2 groupes de substances à action antagoniste; les unes, en effet, diminuent la résistance; les autres l'augmentent. Enfin, Mironoff a obtenu de bons résultats en combinant les procédés signalés jusqu'ici.

Quel que soit le procédé appliqué, nous avons reconnu que le sérum des vaccinés ne s'oppose guère au développement des streptocoques, mais qu'il fait perdre aux microbes qui s'y développent leurs propriétés pathogènes. Nos recherches et celles de Mironoff ont établi que ce sérum a acquis des propriétés thérapeutiques. Marmorek est arrivé à préparer un sérum au moyen de cultures d'une virulence incroyable; pour tuer un lapin, il suffisait d'une dose de un cent milliardième de centimètre cube. Enfin, M. Parascandolo a pu cultiver plusieurs pyogènes sur un même terrain et obtenir ainsi un sérum efficace contre des espèces qui sont souvent réunies.

Il était tout naturel, dès lors, d'essayer, dans les maladies de l'homme, le sérum antistreptococcique. La première tentative fut faite, sans grand résultat, par Gramakowsky. Le 23 février 1896, nous rapportions à la Société de biologie 2 succès obtenus dans le service de M. Charrin; il s'agissait de femmes atteintes de fièvre puerpérale, dont l'une profondément infectée; elles survécurent toutes deux. Le mois suivant, nous signalions 2 autres cas, et le jour même de notre 2e communication, M. Marmorek annonçait qu'il avait traité avec succès 46 malades atteints d'érysipèle.

Nous avons immunisé les animaux au moyen de cultures streptococciques stérilisées par la chaleur : pour avoir un sérum efficace, il faut employer des doses élevées; aussi, avons-nous eu le soin de réduire nos cultures au 6e de leur volume primitif. M. Vinay a conféré l'immunité au moyen de toxines obtenus par filtration des cultures sur une bougie de porcelaine. Enfin, Marmorek injecte dans les veines des doses progressivement croissantes de cultures vivantes de son streptocoque si virulent.

Pour mettre en évidence l'action du sérum, on a pensé qu'il fallait traiter surtout les cas d'érysipèle. C'est ce qu'a fait M. Chantemesse qui a essayé le sérum de Marmorek sur 501 malades, et la mortalité a été de 2,59 p. 100. On a pu faire quelques objections à ces résultats. M. Bolognesi a fait remarquer que, par les traitements les plus simples, on arrive à des résultats aussi favorables, et l'analyse de nos observations, recueillies à l'Hôtel-Dieu annexe, établit qu'avant 35 ans, un adulte bien constitué ne meurt jamais de streptococcémie.

Le sérum doit donc être réservé pour des cas graves, où il pourra rendre des services, pour les cas à rechute ou les formes prolongées, enfin pour l'érysipèle des nouveau-nés, bien que, dans ce dernier cas, il ne paraisse pas fort efficace.

C'est surtout dans les septicémies chirurgicales et puerpérales que l'action du sérum mérite d'être étudiée. Les résultats, obtenus dans le traitement de la fièvre puerpérale, ont été fort disparates. A la Société obstétricale de France (avril 1896), la plupart des accoucheurs ont relaté des observations assez décevantes. Notre statistique, qui a incontestablement le défaut d'être trop restreinte, comprend 12 cas de fièvre puerpérale; si l'on excepte 2 cas où le traitement a été insuffisant, les 10 autres cas ont donné 9 guérisons et une seule mort.

Les effets du sérum se font sentir sur les lésions locales et sur l'état général des malades.

Nous croyons pouvoir conclure, de nos observations personnelles, que le sérum antistreptococcique est un adjuvant utile dans le traitement de la fièvre puerpérale. Seulement, nous ne croyons pas qu'il faille s'en servir à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. Mais, pour obtenir les effets du sérum, il ne faut pas attendre le dernier moment. Il va sans dire que, même dans ces conditions, on ne sauvera pas toutes les malades, et cela pour plusieurs raisons : l'une des principales, c'est que la fièvre puerpérale relève souvent d'une association bactérienne. Cependant, le sérum semble efficace au moins contre le pneumobacille : nous avons observé 3 faits de ce genre.

Les règles de l'emploi du sérum dans les septicémies chirurgicales sont, d'ailleurs, les mêmes que pour la fièvre puerpérale. Les résultats que nous avons obtenus ont été fort bons; le sérum a été essayé dans 3 cas, et les 3 malades ont guéri. M. Marmorek a obtenu également des succès dans les mêmes conditions.

Tétanos. — Le sérum tétanique est encore l'œuvre de Behring et de Kitasato. Il est antitoxique; injecté avant l'inoculation, il préserve les animaux (Roux et Vaillard). En raison de son innocuité, il a été préconisé non pour combattre la maladie, mais pour la prévenir. M. Nocard a insisté sur les résultats qu'on pouvait obtenir ainsi en médecine vétérinaire.

Tuberculose. — MM. Richet et Héricourt ont fait les premiers essais de sérothérapie antituberculeuse en injectant du sérum de chien à des lapins inoculés de tuberculose.

Si l'on n'est pas encore parvenu à préparer un sérum antituberculeux vraiment actif, c'est parce qu'on n'a pas trouvé le moyen de vacciner sûrement les animaux. Koch prétendit conférer l'immunité avec la tuberculine, mais cette assertion a été ruinée par de nombreux travaux. Pour obtenir du sérum d'animaux traités avec des cultures vivantes, MM. Héricourt et Richet eurent d'abord recours à la tuberculose aviaire, puis à la tuberculose humaine. Si on veut des produits provenant vraiment d'animaux réfractaires, c'est aux gallinacés qu'il faut s'adresser. Comme ils fournissent trop peu de sérum pour être utilisés, nous avons pensé à utiliser les œufs de poules ayant reçu, à plusieurs reprises, des cultures de bacilles humains ou des émulsions faites avec des organes de cobayes tuberculeux.

Mais ces recherches sont trop peu avancées pour que nous puissions en donner les résultats.

Une autre méthode consiste dans l'emploi des cultures stérilisées. Behring et Niemann mirent en évidence la présence d'une antituberculine dans le sang des animaux traités par la tuberculine. Bernheim se sert de cultures filtrées et non chauffées.

Enfin, dès 1892, la méthode mixte était appliquée par Babes et Proca : ils avaient eu l'idée de préparer des animaux par injection de tuberculine aviaire et humaine, puis de leur inoculer de la tuberculose aviaire, enfin de la tuberculose humaine.

L'application de la sérothérapie antituberculeuse à l'homme

a été faite par nombre d'auteurs, notamment par Maragliano. Une statistique de ce dernier, portant sur 442 cas, donnerait 16 guérisons et 48 améliorations sur 100 cas traités ; son sérum réussirait surtout dans les formes apyrétiques. Il faut reconnaître que ce médicament, aux doses indiquées par l'auteur, ne semble pas dangereux et est parfois efficace.

Fièvre typhoïde. — On vaccine les animaux au moyen de microbes vivants ou morts. Leur sérum a la double propriété préventive et curative. M. Chantemesse, se servant d'un microbe extrêmement virulent, a vacciné des chevaux et a obtenu un sérum très actif. La vaccination contre le bacille coli rend le sérum actif contre le bacille typhique, mais cette action du sérum anti-colibacillaire est peu considérable.

Les premières tentatives de sérothérapie antityphique chez l'homme sont dues à MM. Chantemesse et Widal ; elles ne donnèrent que des résultats négatifs. Klemperer et Lévy conclurent de leurs expériences que le sérum des chiens vaccinés n'arrête pas l'évolution morbide, mais semble l'abréger. Enfin, dans une note toute récente, M. Chantemesse annonce qu'il a obtenu un amendement rapide dans 3 cas de fièvre typhoïde, et que, 7 jours après le début du traitement, les individus étaient revenus à l'état normal.

Typhus récurrent. — Gabritchewsky a montré récemment que le sang des sujets convalescents du typhus récurrent possède un pouvoir bactéricide très net vis-à-vis des spirilles d'Obermeier.

B. Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est inconnu. — *Rage.* — Au lendemain de la découverte de Richet et Héricourt, Babès entreprit une série de recherches sur la sérothérapie antirabique. On peut arriver à préparer un sérum d'une activité très grande, comme celui de Tizzoni et Centanni. Il y aurait donc avantage à substituer la méthode sérothérapique à la méthode pastorienne dans les cas où il faut agir rapidement. Babès, dès 1891, a employé cette thérapeutique avec succès chez des hommes qui avaient été mordus par des loups enragés.

Vaccine et variole. — Après les résultats disparates obtenus par M. Raynaud, Sternberg a montré les propriétés acquises par le sérum des vaccinés. MM. Béclère, Chambon et Ménard ont établi que le sérum de génisse vaccinée, recueilli de 10 à 50 jours après la vaccination, possède, vis-à-vis de la vaccine inoculée, des propriétés immunisantes, mais c'est à la condition d'introduire sous la peau des quantités de sérum très considérables. Il est bien évident que la sérothérapie n'est pas appelée à détrôner la vaccine jennérienne, et cela pour deux raisons : la quantité de sérum à injecter est trop considérable ; l'immunité produite est trop incomplète et surtout trop peu durable.

En étudiant le sérum vaccinal, M. Béclère a cherché un remède contre la variole : avec une réserve scientifique parfaite, il ne veut rien conclure de sa méthode sérothérapique, les faits étant encore trop peu nombreux ; mais ce qu'on peut affirmer d'ores et déjà, c'est que la méthode est inoffensive.

Les maladies infectieuses, à agent pathogène inconnu et non transmissibles aux animaux, comprennent : la *coqueluche*, les *fièvres éruptives*, le *typhus exanthématique* et le *rhumatisme*.

Kélaïditès prétend avoir obtenu du sérum contre la coqueluche et les fièvres éruptives. Weisbecker a vu le sérum d'individus guéris de la rougeole arrêter rapidement des bronchopneumonies morbilleuses. Nous avons fait une tentative analogue, dans un cas de scarlatine grave : le sang, non défibriné, pris sur un malade convalescent de la même maladie, a donné un résultat excellent; la maladie a été véritablement jugulée.

Dans le typhus exanthématique, le sang des convalescents paraît donner de bons résultats (Legrain).

C'est encore au sérum humain qu'a eu recours Weiss pour traiter le rhumatisme articulaire aigu ; mais il ne semble pas que la sérothérapie puisse, chez les rhumatisants, remplacer avec le moindre avantage les procédés classiques, et notamment la médication salicylée, plus simple et plus efficace.

Syphilis. — De nombreuses tentatives de sérothérapie antisyphilitique ont été faites, notamment par MM. Richet et Héricourt, Gilbert et Fournier; mais si le sérum provenant des animaux, des normaux aussi bien que des préparés, peut modifier favorablement l'état général des sujets, la sérothérapie n'en est pas moins bien inférieure au traitement classique.

Cancer et néoplasmes. — En se servant d'animaux ayant reçu, au préalable, du suc cancéreux, MM. Richet et Héricourt ont cherché à obtenir un sérum efficace, mais les améliorations n'ont été que passagères.

Emmerich et Scholl ont traité les tumeurs malignes par des cultures stérilisées de streptocoques : mais leur méthode a le désavantage d'être compliquée et, ce qui est plus grave, d'être dangereuse. Enfin, Delbet a pu vacciner des chiens contre un microbe qu'il a isolé dans un cas de lymphadénome et il a entrepris, avec le sang de ces animaux, quelques recherches thérapeutiques.

C. Maladies propres aux animaux. — *Charbon symptomatique.* — Il est facile de vacciner les animaux contre le bacille du charbon symptomatique. Le sérum du lapin vacciné est également efficace contre l'intoxication relevant des produits solubles. Ce sérum (Duenschmann) agirait également sur l'agent de la gangrène gazeuse.

Maladies des porcs. — On connaît le vaccin de trois maladies du porc, connues sous les noms de swine-plague, de hog-choléra et de pneumo-entérite, qui ont le même agent pathogène.

Le *rouget* est une maladie qui n'a rien à voir avec les précédentes et contre laquelle il est facile de vacciner les animaux.

Septicémie aviaire. — Les cobayes vaccinés contre le vibrion avicide fournissent un sérum préventif et curateur (Behring et Nissen).

Parmi les maladies des animaux dont les agents pathogènes sont inconnus, il faut citer la *clavelée*, dont M. Duclert a tenté la sérothérapie, la *maladie des chiens* que nous avons étudiée à ce point de vue avec M. Cadiot.

D. La sérothérapie dans les intoxications. — Les remarquables expériences d'Ehrlich sur l'abrine et la ricine permirent d'étendre aux toxalbumines végétales ce qui était démontré pour les toxines bactériennes. Les résultats sont beaucoup moins nets quand on passe à l'étude des alcaloïdes végétaux : car il est très difficile de conférer une immunité, même légère, contre ces substances.

Il n'en est plus de même pour les venins, contre lesquels on a préparé des sérums très efficaces. En 1894, Phisalix et Bertrand, d'une part, Calmette, d'autre part, arrivèrent simultanément à conférer aux animaux une immunité solide et à préparer un sérum antivenimeux. Lépinay a déjà rapporté un premier succès obtenu chez l'homme avec le sérum.

Si l'on envisage l'ensemble des résultats rapportés dans ce chapitre, on voit que la prophylaxie, ou, si l'on veut, la vaccination par les sérums a une supériorité sur la vaccination par les microbes atténués ou par les produits solubles : c'est qu'elle exerce une action immédiate et qu'elle ne fait pas passer l'organisme par une phase préparatoire où la résistance est diminuée. En revanche, elle a une infériorité : l'immunité qu'elle confère est peu durable.

On a essayé de pratiquer des injections prophylactiques de sérum dans plusieurs maladies. Les observations recueillies dans la diphthérie, sont les seules qui soient assez nombreuses pour permettre une conclusion. Roux s'est nettement prononcé en faveur des injections préventives ; cependant la méthode prophylactique ne tend nullement à se généraliser, car les injections préventives, outre qu'elles ne sont pas toujours très efficaces, sont loin d'être absolument inoffensives.

IV. Accidents imputables à la sérothérapie. — Voir la *Gazette* du 9 août, p. 757.

V. Mode d'action des sérums thérapeutiques. — Chez tous les êtres, le sang ou le sérum représente, pour les microbes, un milieu assez inhospitalier, ce qui a conduit tout naturellement à la théorie chimique ou humorale de l'immunité, à la *théorie bactéricide.* Mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il n'y a souvent aucun rapport apparent entre l'action du sang et la résistance innée.

Le problème de l'immunité naturelle est, en effet, des plus complexes. Mais il est plus simple pour l'immunité artificielle, telle qu'elle se développe après la vaccination.

Metchnikoff, Gamaléia, Nuttal, ont étudié l'action bactéricide du sérum chez les animaux immunisés. Nous avons montré que

le sérum des animaux vaccinés contre le bacille pyocyanique représente un mauvais milieu de culture pour cet agent et qu'il en est de même pour le charbon symptomatique. Enfin, Behring et Nissen, Zasslein, ont complété l'étude du rôle du sérum dans le mécanisme de l'immunité artificielle.

Des *modifications morphologiques des microbes* se produisent déjà dans le sang normal. Nous les avons étudiées dans le sérum des animaux vaccinées, notamment pour le bacille pyocyanique et le charbon symptomatique : les altérations profondes des microbes s'accompagnaient d'une certaine tendance au groupement, propriété que Gruber a mise à profit pour distinguer le sérum des animaux vaccinés ou non. Les recherches que nous poursuivons actuellement sur le muguet nous ont permis d'étudier, plus facilement que lorsqu'on emploie des microbes, ce *phénomène de l'agglutinement*.

Pfeiffer, en constatant les déformations du bacille virgule introduit avec du sérum dans le péritoine du cobaye, conclut à une destruction extra-cellulaire des vibrions, et rattache ce phénomène à l'action bactéricide des liquides sécrétés par les cellules du péritoine et par les leucocytes (*phénomène de Pfeiffer*).

Les sérums exercent une *action sur certaines fonctions microbiennes*. Nous avons établi que le sérum de l'animal vacciné contre le streptocoque dépouille ce microbe, et cela instantanément, d'une partie de sa virulence. Courmont pour le staphylocoque doré, Nicolas pour la bacille de la diphthérie, Denys et Leclef pour le streptocoque ont donné des démonstrations analogues. Que l'animal soit ou non vacciné, les leucocytes accourent avec la même facilité ; mais l'afflux des cellules n'est pas forcément suivi de phagocytose : les microbes ne sont englobés qu'autant qu'ils sont mis à mal par les humeurs, c'est-à-dire par les substances chimiques dissoutes dans le sérum et le sang. Chez l'animal normal, il n'existe, semble-t-il, qu'une substance bactéricide banale, nullement spécifique, douée d'une action indéniable, mais insuffisante. Chez l'animal vacciné, on trouve une substance spécifique, de nature albuminoïde comme la précédente, que la vaccination a fait apparaître et qui ne représente peut-être qu'un groupement nouveau des atomes de la molécule d'albumine.

Pour expliquer le *mode d'action des sérums*, deux théories principales sont en présence ; l'une tâche de concilier les résultats de la sérothérapie avec la doctrine exclusivement phagocytaire ; l'autre cherche une explication purement humorale. La sérothérapie n'est qu'une variété de la médication antiseptique ou de la médication antidotique. Si la théorie des stimulines peut se comprendre quand on envisage la lutte contre les bactéries vivantes, elle ne paraît plus rendre compte des faits, quand on considère le rôle antitoxique des sérums.

Conclusions. — Malgré les nombreuses recherches auxquelles elle a donné lieu, la sérothérapie, il faut le reconnaître, n'a produit de résultats pratiques indéniables que dans la diphthérie. Encore est-elle moins efficace chez l'homme que ne semblerait l'indiquer l'étude sur les animaux ; chez les animaux, en effet, la maladie est artificielle, il n'y a pas comme chez l'homme une prédisposition morbide, une déchéance préalable de l'organisme. Voilà pourquoi, même si l'infection est mono-microbienne, il est impossible de conclure de l'animal à l'homme ; voilà pourquoi les sérums réussissent mieux au laboratoire qu'à la clinique ; voilà pourquoi aussi les anciennes méthodes thérapeutiques ne doivent pas être abandonnées.

Pour nous, la sérothérapie n'est pas appelée à supplanter les autres méthodes : elle doit simplement être considérée comme une nouvelle arme, qu'il faut employer concurremment avec les autres ; même en matière de diphthérie, cette règle nous semble indéniable ; elle l'est encore plus dans les autres maladies.

Bien qu'il soit toujours dangereux de préjuger l'avenir, nous ne croyons pas que la sérothérapie doive bouleverser l'art de guérir. Il faut en fixer les indications, l'associer à d'autres procédés : voilà la voie où doivent s'engager les cliniciens. Pendant ce temps, les expérimentateurs perfectionneront les méthodes ; ils arriveront à purifier les antitoxines, à les débarrasser des substances inutiles ou nuisibles qui les accompagnent. C'est la découverte imminente ; quand elle sera parachevée, un nouveau progrès aura été accompli en thérapeutique, un nouveau résultat aura été acquis au soulagement de l'humanité.

DISCUSSION

1re Question : *Applications des sérums sanguins au traitement des maladies.*

Rapporteurs : MM. G.-H. Roger (1), Haushalter (2).

Mode d'action du sérum antidiphthérique.

M. E. Maurel (de Toulouse). — Le sérum antidiphthérique, au titre où il est employé dans la pratique, est presque sans action sur les éléments figurés du sang. Mais, s'il n'est pas étendu de 2 fois au moins son volume de sang, il peut tuer les leucocytes. Il agit aussi sur le bacille diphthérique dont il diminue la reproductivité et dont il atténue surtout la virulence.

Accidents et indications de la sérothérapie antidiphthérique.

M. Ausset (de Lille) rapporte le cas d'une jeune fille atteinte d'une angine bénigne à bacille de Löffler qui, 12 jours après une injection de sérum de Roux, fut prise d'érythème généralisé, d'hyperthermie, d'albuminurie, de prostration et mourut. Il attribue la mort à une infection pulmonaire secondaire, développée à l'occasion du trouble profond subi par l'organisme du fait de l'injection. Il conclut qu'il faut se guider pour injecter le sérum plutôt sur l'ensemble des symptômes que sur la présence du bacille de Löffler dans la gorge, et qu'il faut s'abstenir des injections préventives.

Valeur des phénomènes consécutifs aux injections de sérum antidiphthérique.

M. Bosc (de Montpellier). — La fièvre, les troubles circulatoires, l'albuminurie qu'on observe après les injections de sérum antidiphthéritique sont-ils des signes graves ou n'ont-ils pas de valeur pronostique ?

Le sérum normal, les substances coagulantes et anticoagulantes (extrait de sangsues), les solutions de chlorure de sodium produisent une élévation de température (de 1° à 1°5), une accélération du cœur ; mais ce n'est là qu'une réaction passagère.

A la suite de l'injection de sérum antidiphthérique, les mêmes phénomènes se produisent. Ils peuvent avoir une bonne signification pronostique, si la réaction est régulière, si la fièvre est passagère (4-6 heures), si l'accélération cardiaque s'accompagne d'un relèvement de la pression sanguine. Mais si la fièvre est persistante, si le cœur s'accélère sans que la pression se relève, le pronostic est mauvais.

Quant à l'albuminurie, on ne peut encore se prononcer nettement sur sa valeur pronostique.

Éruptions et arthropathies post-sérothérapiques.

MM. Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard. — Le sérum de cheval introduit en grande quantité sous la peau d'une génisse provoque de la fièvre, des éruptions polymorphes simulant l'urticaire et la rougeole, et même des arthropathies, c'est-à-dire des accidents analogues à ceux qui, dans l'espèce humaine, succèdent souvent à l'injection sous-cutanée des sérums thérapeutiques. Trois génisses ont reçu sous la peau une quantité de sérum de cheval équivalente pour chacune d'elles à la 100e partie de son poids. Chaque génisse a reçu un sérum de provenance différente. Des trois chevaux qui l'ont fourni, un seul avait été immunisé contre la diphthérie ; encore n'avait-il pas reçu de toxine depuis 10 mois. Quatre jours après l'injection, les génisses ont toutes trois été atteintes d'un exanthème généralisé avec élévation de la température ; l'une d'elles a présenté des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur, qu'il a semblé légitime de rattacher à des arthropathies.

Avec le sérum d'âne ou de génisse, nous n'avons pas observé les mêmes accidents.

1. Voir *Gazette*, p. 757 et 770.
2. Voir *Gazette*, p. 751 et le prochain numéro.

L'absence de tout microbe et dans le sérum et dans les lésions cutanées ou articulaires nous permet d'admettre que l'action nocive pour l'espèce bovine du sérum de cheval est une action toxique.

Les faits que nous avons observés sont en rapport avec ceux qui ont été constatés chez des enfants injectés avec du sérum de cheval non immunisé contre la diphthérie.

Le sérum de cheval peut donc contenir des substances toxiques à la fois pour l'espèce humaine et pour l'espèce bovine, en l'absence de toute introduction artificielle de toxines.

Sérum de Roux dans la fièvre quarte.

M. A. Treille (d'Alger) signale les bons effets du sérum de Roux dans 2 cas de fièvre quarte.

Pouvoir immunisant du sérum normal du cheval entre la diphthérie.

M. Ferré (de Bordeaux) (note lue par M. Arnozan). — Le sérum normal du cheval injecté au cobaye infecté de diphthérie donne des résultats très divers : dans un cas, son pouvoir immunisant a été d'au moins 20 000; dans d'autres cas il est nul.

Quelques cas de streptococcie traités par le sérum de Marmorek.

M. Rondot. — Dans l'érysipèle, le sérum a rapidement amélioré l'état général en diminuant la fièvre, le volume de la rate, les phénomènes cardiaques et en faisant rétrocéder les lésions cutanées. Un malade eut néanmoins une rechute, mais très légère.

Deux cas de suppuration d'origine érysipélateuse ont été également améliorés.

Il en a été de même d'une péritonite aiguë.

Sérum antipneumococcique.

M. Denys (de Louvain) expose les recherches faites dans son laboratoire, par M. Menesse, sur l'immunité contre le pneumocoque. Ces expériences ont été faites avec un virus renforcé par des passages successifs et dont un cent-millionième de centim. cube tuait toujours le lapin.

Le pneumocoque pullule rapidement dans le sérum du lapin neuf, que ce sérum contienne ou non des leucocytes. Dans le sérum du lapin immunisé, il pullule de même, mais s'il y a des leucocytes, la pullulation est retardée tant que ces leucocytes sont vivants (12 à 24 heures). Si le sérum de l'animal immunisé est mélangé de leucocytes d'animal neuf, le développement est entravé et la phagocytose est active, tandis que le mélange de leucocytes d'animal immunisé au sérum d'animal neuf n'apporte aucun obstacle au développement des microbes. L'immunité consiste donc, dans ces expériences, en une modification du sérum qui met en jeu l'activité phagocytaire des globules blancs : ces résultats sont conformes à ceux qui ont été obtenus avec le streptocoque (Denys et Leclef) et le colibacille (Denys et Van den Bergh).

Le sérum du cheval immunisé a, chez le lapin, une action préservative et curative et possède aussi une action antitoxique. Il n'a pas été essayé chez l'homme.

Sérothérapie de l'infection urinaire.

MM. Albarran et **Mosny** (de Paris) exposent la suite de leurs recherches sur l'infection urinaire et son traitement par le sérum (voir *Gazette* du 14 mai, p. 464).

Les toxines les plus actives du colibacille s'obtiennent en le cultivant en bouillon dans un ballon à fond plat à 35° pendant 5 jours. Lorsqu'elles tuent le lapin en quelques heures, on observe d'emblée l'hypothermie, mais si la mort ne survient qu'après plusieurs jours, l'hypothermie est précédée d'hyperthermie; on observe aussi cette élévation thermique avec les cultures vivantes. Ces résultats expliquent les accès de fièvre des urinaires qui surviennent aussitôt après l'absorption de l'urine infectée au niveau d'une solution de continuité de l'urèthre.

Les cultures faites à 42° pendant 10 jours ne sont plus toxiques, mais vaccinantes pour le lapin et le cobaye, tandis que les cultures à 35°, toxiques pour le lapin, sont vaccinantes pour le cobaye seul.

Suivant la méthode vaccinale employée, on obtient des sérums doués de propriétés différentes. Il faut distinguer dans ces sérums les propriétés antiinfectieuses et antitoxiques.

Chez le lapin, le meilleur sérum *anti-infectieux* a été obtenu par la méthode des vaccinations alternantes (filtrats de macération des organes d'animaux infectés alternant avec des cultures vivantes). Chez le chien, par l'inoculation successive de cultures vivantes, nous avons obtenu un sérum qui, à la dose d'une goutte inoculée préventivement ou mélangée à la dose mortelle de culture, empêche le cobaye de succomber. Le sérum des chiens inoculés par la méthode alternante s'est montré encore plus actif, puisque le mélange à la dose mortelle de culture de 1/200 de centim. cube suffit pour empêcher la mort du cobaye.

Nous n'avons obtenu de sérum doué de propriétés nettement *antitoxiques* pour le lapin que chez des animaux vaccinés par inoculations successives de filtrat; ce même sérum n'est, au contraire, doué que de propriétés anti-infectieuses fort peu prononcées. Ces propriétés différentes des sérums suivant le mode de vaccination coïncident avec la variabilité d'action des toxines sur les animaux vaccinés : les lapins vaccinés par la méthode alternante supportent l'intoxication à laquelle succombent les lapins uniquement vaccinés par les cultures vivantes.

Le bacille coli se développe dans le sérum des animaux vaccinés, mais sa culture est modifiée : lorsque l'animal est vacciné contre l'infection, son sérum détermine l'agglutination des bacilles, et le liquide de culture est limpide, ou à peine trouble; lorsque l'animal est vacciné par les toxines seules, les cultures sont à peine modifiées. Ces modifications ne s'observent pas pour les cultures du bacille typhique.

Depuis 3 mois, nous employons dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, la sérothérapie de l'infection urinaire colibacillaire chez l'homme. Nous avons pratiqué des inoculations sous-cutanées de sérum, et, d'un autre côté, nous avons pensé qu'il serait utile d'injecter dans la vessie de nos malades une certaine quantité de sérum. Nous avons, en effet, expérimentalement observé qu'une très faible quantité de sérum mélangé à la culture en détruit les effets. C'est là un procédé nouveau dans l'application de la sérothérapie à l'homme; nous tenions à le signaler dès aujourd'hui.

Nos recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire chez l'homme nous ont donné de bons résultats, que M. Guyon fera prochainement connaître.

Mode d'action des sérums et des vaccins.

M. Onimus. — Si l'on sépare par du papier à dialyse une solution de sucre de canne d'une infusion de levure, on constate que le sucre de canne est transformé instantanément en glucose. Cette simple expérience montre le rôle des substances liquides qui modifient l'état dynamique d'un milieu, son orientation moléculaire et ses propriétés polarisantes. On a trop négligé en physiologie et en pathologie ce rôle des liquides et l'on a fait une part trop grande aux éléments figurés, cellules et microbes.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

M. F. Widal expose et complète sa méthode de diagnostic de la fièvre typhoïde par le sérum (voir *Gazette*, p. 629, 656, 727). Il rappelle qu'il a été le premier à étudier *in vitro* l'action du sérum humain sur le bacille d'Eberth et les propriétés agglutinantes du sérum des malades pendant la période fébrile de la fièvre typhoïde. Ses recherches ont porté actuellement sur près de 100 sujets et ont confirmé les premiers résultats.

Seul le sérum des typhoïdiques possède la propriété d'agglutiner *in vitro* le bacille d'Eberth. De plus il ne paraît pas avoir sur le colibacille d'autre action que celle du sérum des autres sujets.

Avec M. Sicard il a recherché si le sérum d'individus atteints d'infections colibacillaires avait une action plus marquée sur le

coli que le sérum d'autres sujets. Il a étudié, à ce point de vue, le sérum de 10 malades atteints d'infection urinaire et de 10 autres atteints soit de péritonite, dont l'une appendiculaire, soit d'affections hépatiques fébriles, ou de tuberculose avec diarrhée. Dans 3 cas seulement où il s'agissait d'infection urinaire durant, chez des vieillards, depuis plusieurs années, les amas nous ont semblé plus nombreux et plus volumineux que d'habitude. Le sérum ne réagit pas davantage, si on le met en présence d'un colibacille isolé du malade en observation. Aucun de ces sérums n'a jamais eu d'action agglutinative sur le bacille d'Eberth.

Voici la marche qu'il suit actuellement dans la pratique du sérodiagnostic. Il commence toujours par l'examen extemporané au microscope, après mélange du sérum à une culture en activité, dans la proportion de 1 p. 10. On a intérêt à laisser reposer la préparation 1/4 d'heure ou 1/2 heure, pour bien saisir la formation des amas. On doit toujours examiner, par comparaison une préparation de la culture faite avant l'addition du sérum. L'usage d'une culture jeune est préférable (de 1 ou 2 jours). Une culture en bouillon bien neutre, vieille de plusieurs jours et même, à la rigueur, de 2 ou 3 semaines, peut permettre le diagnostic, pourvu qu'on se conforme aux indications fournies plus loin.

En pratique, dans un laboratoire d'hôpital, on peut toujours avoir des cultures datant de quelques jours, suffisantes pour permettre l'examen immédiat.

Si l'examen extemporané montre les amas nombreux et confluents, franchement bactériens et parsemant tous les points de la préparation, à la façon des îlots d'un archipel, le diagnostic est fait. Si les amas, tout en étant caractéristiques, ne sont pas très confluents, ou si l'on ne trouve que des bacilles mobiles et isolés, il faut examiner de nouveau le mélange, après plusieurs heures, à l'œil nu et au microscope. Après ce temps, le phénomène, lorsqu'il existe, est souvent plus apparent. En cas de résultat négatif, on réitère plusieurs jours de suite l'examen, tant que les symptômes suspects persistent.

Si l'on ne possède qu'une culture très ancienne, ou même une culture datant seulement de quelques jours, mais donnant sous le microscope, avant l'addition du sérum, des précipités ou de faux amas réunis autour de grains de matière organique, il ne faut pas hésiter à rajeunir la culture et à remettre la réponse au lendemain. On peut mélanger le sérum au bouillon, ensemencer et mettre à l'étuve, si l'on est sûr de l'asepsie du sérum; quelques heures après ce mélange, les grumeaux peuvent être visibles à l'œil nu.

Le procédé extemporané, le plus expéditif et le plus simple et qui, jusqu'ici, a eu, en général, la préférence de ceux qui ont essayé la méthode, n'exclut pas les autres. Quand on dispose d'une étuve, on doit les employer concurremment; ils donnent la contre-épreuve de la première opération.

La méthode de sérodiagnostic, dit M. Widal, m'a déjà permis de retrouver la propriété agglutinative dans le sérum de 22 typhiques soumis à mon observation. Dans tous les où j'ai obtenu ces résultats positifs, le diagnostic avait été fait par le procédé extemporané, et lorsque les autres méthodes ont été employées, elles n'ont fait que confirmer l'exactitude de la première.

J'ai, d'autre part, examiné le sérum de douze personnes guéries de la fièvre typhoïde, depuis un temps variant de 1 à 19 ans. Chez deux d'entre elles seulement, j'ai constaté, mais d'une façon très nette, l'action agglutinante du sérum. L'une était guérie depuis 3 ans, l'autre depuis 7 ans, d'une dothiénenthérie grave. Le phénomène semble donc ne durer que rarement après la première année qui suit la convalescence et sa persistance varie suivant les sujets.

Depuis ma première communication de nombreuses observations ont déjà été publiées. Mon maître, M. le professeur Dieulafoy, a été le premier à rapporter des faits positifs. MM. Rendu, Nicolle et Halipré, Achard et Bensaude, Lemoine, Siredey, Ménétrier, Courmont, Chantemesse, Josué et Clerc, Thiercelin et Lenoble, ont rapporté de leur côté des observations de contrôle; toutes ont été confirmatives.

Chez 6 malades, j'ai trouvé la réaction en 8e jour, chez 2 au 7e jour, chez 1 au 5e. M. Dieulafoy l'a trouvé au 7e jour et M. Lemoine au 6e; j'ai assisté une fois à l'apparition de la réaction entre le 7e et le 8e jour. Une autre fois, la réaction est apparue entre le 10e et le 22e jour à une époque que je ne puis préciser exactement. La date d'apparition varie donc suivant les malades, mais n'est pas en rapport avec la gravité du mal.

Cette réaction peut se constater même dans les formes légères. M. Lemoine l'a vue dans 4 cas de typhoïdettes, M. Courmont dans un cas. J'ai observé 2 nouveaux faits semblables.

Les observations, quoique déjà multipliées, ne sont pas encore assez nombreuses pour que l'on puisse formuler d'une façon définitive toutes les règles du sérodiagnostic, mais elles autorisent déjà quelques conclusions.

Un résultat négatif, obtenu avec le sérum d'un malade suspect, fournit une probabilité contre le diagnostic de fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une probabilité, surtout si la recherche a été faite dans les premiers jours de la maladie; l'examen doit être alors répété les jours suivants. La probabilité est d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie.

L'agglutination obtenue avec le sérum d'un malade n'ayant jamais eu la dothiénentérie doit être considérée comme un signe de certitude de la fièvre typhoïde,

M. Vedel (de Montpellier). — Avec M. Bosc, j'ai appliqué deux fois la méthode du sérodiagnostic. Chez un premier malade, au 28e jour d'une fièvre typhoïde, nous avons eu l'agglutination typique avec le bacille d'Eberth; une agglutination moins nette fut obtenue avec le bacterium coli.

Le sérum d'un second malade, atteint en apparence de fièvre typhoïde, ne détermina pas d'agglutination avec le bacille typhique, mais la provoqua avec le colibacille. Dans ces 2 cas, la confirmation du sérodiagnostic a été fournie par l'évolution clinique, car dès le 10e jour, chez le dernier malade, la défervescence eut lieu

En somme, le sérodiagnostic de M. Widal reste entier. La réaction agglutinative avec le colibacille ne peut être considérée comme typique, au point de vue du diagnostic. Toutefois, en se servant de cultures de colibacille très jeunes et sans grumeaux, il semble que le sérum, dans les infections colibacillaires, détermine une agglutination plus forte, plus spéciale. Dans tous les cas, ce n'est là qu'un adjuvant au diagnostic des complications de la fièvre typhoïde, dont le grand caractère est la réaction avec le bacille d'Eberth : les autres sérums ne donnant pas de réaction précise avec ce dernier.

M. Haushalter. — J'ai mis 45 fois en pratique, chez des enfants, le sérodiagnostic suivant la méthode de M. Widal. Dans 6 cas, il s'agissait de fièvres éruptives de nature différente, le sérodiagnostic a été constamment négatif. Dans les 39 autres cas, le diagnostic au début pouvait être hésitant entre une fièvre typhoïde et une autre affection fébrile. Grâce au sérodiagnostic, j'ai pu établir 27 fois au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde la nature éberthienne de la maladie; dans un cas, la réaction a été positive au 3e jour de l'affection; chez les 12 malades, dont le sérum n'a pas aggloméré les bacilles typhiques, l'évolution clinique ultérieure de l'affection est venue confirmer qu'il ne s'agissait pas là de fièvre typhoïde. On sait combien le diagnostic de la fièvre typhoïde, chez l'enfant, est souvent difficile, surtout au début, et l'on voit les services que la méthode de M. Widal pourra rendre en clinique infantile.

M. Étienne a constaté la réaction avec le sérum d'une femme enceinte, atteinte de fièvre typhoïde, mais le sérum de l'enfant ne possédait pas de propriétés agglutinantes.

M. Widal. — Le sérum des typhiques, sujets à contracter, par leurs plaies intestinales, des infections secondaires à colibacilles, possède peut-être parfois des réactions agglutinatives un peu plus énergiques, vis-à-vis de ce microbe, mais ce fait est encore hypothétique et n'intéresse en rien le diagnostic de la fièvre typhoïde. J'ajoute que, pour être utilisable en clinique, le sérodiagnostic d'une maladie doit fournir une indication tout à fait catégorique; il ne doit pas être une question de degrés, il doit répondre oui ou non, comme pour la fièvre typhoïde. Avec MM. Bezançon, Griffon et Bensaude j'ai cherché l'action que le sérum des individus atteints de maladies à pneumocoques, à streptocoques ou à bacilles de Lœffler, pouvait avoir sur ces microbes. Jusqu'ici, les résultats ne nous ont pas paru assez catégoriques pour être utilisables en clinique.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

7e Session tenue à Nancy du 1er au 6 août 1896.

DISCUSSION

Séméiologie des tremblements.

Rapporteur : M. Lamacq (1).

M. Crocq (de Bruxelles). — M. Lamacq part de ce fait que le tremblement existe chez 40 p. 100 des personnes *normales*; il vaudrait mieux dire en *apparence* normales. Je suis persuadé que parmi ces 40 trembleurs, on pourrait trouver bien des alcooliques et bien des neurasthéniques; et si l'on examinait les populations du Nord, au lieu de s'adresser à celles du Midi, on trouverait bien des différences.

En Belgique, les trembleurs ne sont pas rares, mais les hommes le sont beaucoup plus fréquemment que les femmes, ce qui est dû à l'extension de l'alcoolisme dans ce pays. Si on examinait séparément les campagnards et les citadins, on trouverait encore des différences. Je suis persuadé, pour ma part, que le tremblement est toujours un phénomène anormal et souvent anodin.

M. Lamacq cite, pour prouver la variabilité des tremblements, des observations dans lesquelles le tremblement s'est montré atypique.

J'ai observé une malade chez laquelle le tremblement de la paralysie agitante se trouvait associé au tremblement de la sclérose en plaques; la suggestion fit disparaître complètement le tremblement dans les mouvements volontaires; le tremblement au repos persiste seul et tout entier. La suggestion avait fait disparaître les phénomènes hystériques, la maladie de Parkinson persistait seule.

Les cas de tremblements atypiques publiés par les auteurs ne sont-ils pas tout simplement des cas complexes?

MM. Sabrazès et Cabannes sont parvenus à déterminer, chez des hystériques, un nystagmus vibratoire par suggestion dans l'hypnose; ce nystagmus, qui diffère un peu du nystagmus ordinaire, celui de la sclérose en plaques, par exemple, est caractérisé par une série d'oscillations horizontales, associées, extrêmement rapides. Il disparaît par la suggestion, aussi rapidement qu'il apparaît. MM. Sabrazès et Cabannes ont constaté chez une hystérique, un nystagmus vibratoire, *spontané*, absolument identique.

Il se dégage de ces faits, les conclusions suivantes :

I. Le nystagmus s'observe parfois spontanément dans l'hystérie.

II. Ce nystagmus vibratoire ne ressemble nullement aux oscillations inégales et assez lentes, se produisant surtout dans les positions extrêmes du regard, qu'on observe dans la sclérose en plaques.

III. Le strabisme interne qui l'accompagne est très remarquable, parce qu'il persiste dans la vision éloignée, car s'il est possible normalement de loucher en fixant un objet rapproché, le fait est tout à fait extraordinaire, quand l'un des yeux regarde au loin.

IV. Ce nystagmus est accessible à la suggestion comme les autres manifestations de la névrose.

V. On peut le provoquer expérimentalement chez des hystériques, alors que, normalement, il est d'une simulation impossible.

M. Delmas communique une observation de tremblement dans un cas d'hystérie d'origine traumatique. Il y avait surtout tremblement de l'écriture, analogue à celle des vieillards.

M. Parizot a pu réaliser avec M. Mazet, la construction d'un appareil d'une grande sensibilité, et lorsque, armé de la sorte, il a voulu étudier les tremblements, il s'est aperçu que tous nous tremblions, que ce phénomène était physiologique et que, seules, les amplitudes des vibrations variaient d'un sujet à un autre.

M. Bernheim. — Il me semble que l'on ne s'occupe pas assez de la valeur pronostique des tremblements. Je crois qu'il faut les diviser en 2 classes, les curables et les incurables. Les premiers seuls sont justiciables de la suggestion et constituent les variétés suivantes :

1° Le tremblement hystérique, d'origine récente tout au moins, car, celui qui a une durée très longue, dégénère en véritable tic permanent et devient incurable.

2° Le tremblement de la chorée hystérique. Et, à ce sujet, je dois dire que la chorée hystérique se distingue manifestement de la chorée vraie. Cette dernière a une origine infectieuse très nette et une évolution déterminée. La chorée hystérique n'est qu'une chorée par auto-suggestion, son évolution est essentiellement variable. il est vrai que ces deux formes peuvent s'allier, une chorée vraie peut se prolonger, s'éterniser pour ainsi dire en une véritable chorée hystérique; dans ces cas, la suggestion réussit. La suggestion reste impuissante pour couper les chorées vraies; mais elle peut diminuer les mouvements, en enlevant à la véritable chorée l'élément nerveux qui l'exagère; mais le fond choréique subsiste toujours. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que la chorée hystérique est justiciable de la suggestion,

3° Certaines formes de paramyoclonus multiplex sont également curables, mais, là encore, il faut que ces tremblements soient de date récente. Ce ne sont souvent, d'ailleurs, que des actes dus à une auto-suggestion.

4° Les tremblements qui relèvent d'une cause organique sont même, dans certains cas, rares il est vrai, justiciables également de la suggestion. C'est ainsi que j'ai pu guérir quelques tremblements, soit chez des malades atteints de sclérose en plaques, soit chez des hémiplégiques.

Quant aux tremblements réfractaires à toute suggestion, ils sont assez nombreux, et constituent ainsi un groupe à part. Ce sont les tremblements saturnins et alcooliques, les tremblements de la paralysie agitante et de la maladie de Basedow.

On voit ainsi l'importance qu'acquiert la suggestion dans cette question des tremblements, elle est un élément de pronostic, de diagnostic, et quelquefois, enfin, de traitement.

M. Parant. — Je tiens à appeler l'attention sur le tremblement dans les maladies mentales et particulièrement sur un tremblement de la langue tout particulier, qui a un rythme spécial, et que l'on peut comparer au tremblottement que subit une masse gélatineuse quelconque, lorsqu'on l'effleure légèrement. Cette variété spéciale du tremblement de la langue, existe chez des mélancoliques, mais il faut faire ici une distinction. Les déments atteints d'une mélancolie accidentelle, d'origine souvent infectieuse, sont seuls à présenter ce phénomène. Chez les mélancoliques héréditaires, on ne l'observe pas. Il est aisé de comprendre ainsi la valeur pronostique de ce tremblement : les malades chez lesquels on le trouvera peuvent guérir.

M. Garnier (Paris). — On sait que le tremblement des alcooliques est vibratoire, vertical, régulièrement rythmé. Cependant chez quelques-uns d'entre eux il y a des décharges ataxiques rompant la monotomie du tracé. Ainsi que nous l'avons montré avec M. Le Filiâtre ces derniers malades sont des absinthiques invétérés, des intoxiqués par les liqueurs convulsivantes.

M. Vallon. — Avec M. Le Filiâtre, j'ai étudié le tremblement des paralytiques généraux, et nous avons constaté que ces malades présentent des décharges analogues à celles des absinthiques, mais encore plus fortes.

M. Régis. — Je viens confirmer ce que vient de dire M. Vallon; ces décharges ne sont pas pathognomoniques de l'absinthisme.

M. Garnier. — Je n'ai pas dit que ces modifications du tremblement ne se voyaient que dans l'absinthisme, mais que lorsqu'il s'agissait d'alcooliques c'était la preuve de l'intoxication par les poisons convulsivants.

M. Doutrebante (Blois). — M. Garnier ne s'est préoccupé ni de la nature de l'absinthe, ni de savoir si vraiment l'on boit de l'absinthe. Le plus souvent il s'agit d'essences d'anis et de badiane, que l'on consomme sous le nom d'absinthe, et qui sont encore plus dangereuses.

M. Charpentier (de Paris). — Le tremblement de la langue, lorsqu'il se montre chez des mélancoliques, est accompagné d'un état saburral. Dans ce cas, l'état gastrique joue

1. Voir *Gazette*, p. 746.

un rôle dans la genèse et l'affection nerveuse et explique sa curabilité.

M. Régis. — Ce n'est pas seulement chez les mélancoliques qu'on rencontre un tremblement de la langue; ce symptôme s'observe d'une façon générale chez tous les malades atteints de délires infectieux et d'états adynamiques. En raison de cette considération, je crois que le tremblement de la langue chez les vésaniques est plutôt un signe pronostique défavorable.

M. A. Voisin. — J'ai observé une variété particulière de tremblement qui s'accompagne de bruits de craquements assez forts pour être perçus à distance. Ces craquements, qui se produisent manifestement au niveau des muscles, me paraissent assez difficiles à expliquer.

M. Pitres. — Ces craquements peuvent être attribués, dans quelques cas du moins, à une sorte de luxation des muscles dont les tendons sont situés dans des gouttières osseuses.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Paraplégie spasmodique familiale.

MM. F. Raymond et **A. Souques** (de Paris). — Deux sœurs, âgées l'une de 19 ans et l'autre de 15 ans, présentent une paraplégie spasmodique progressive, ayant débuté chez toutes deux d'une manière insidieuse et sans cause connue.

Chez l'aînée, le début s'est fait vers l'âge de 9 ans, par le membre inférieur droit, puis le membre inférieur gauche est devenu raide à son tour. Progressivement, la rigidité s'est accusée et, vers 15 ans, la marche a été tout à fait impossible. Plus tard et peu à peu, la rigidité a envahi le tronc et les membres supérieurs. Actuellement, la contracture est extrême aux membres inférieurs, à tel point que la cuisse droite chevauche sur la gauche. Le tronc et les membres supérieurs sont un peu raides, mais tous les mouvements y sont possibles et assez faciles.

Chez la cadette, le début remonte à l'âge de 12 ans. La rigidité a commencé par le membre inférieur gauche et a envahi ensuite le membre opposé. Aujourd'hui, tout se borne à une paraplégie qui permet encore la marche. Le tronc et les membres supérieurs sont normaux.

Chez les 2 malades, les réflexes rotuliens sont exagérés, mais la trépidation épileptoïde ne peut être provoquée ; tout se borne, du reste, à cette contracture des muscles volontaires. La sensibilité objective et subjective a toujours été et est encore intacte. Il n'y a pas de troubles trophiques, pas de troubles des réactions électriques. Les sphincters fonctionnent régulièrement. L'intelligence est absolument normale.

Il ne s'agit ni d'une lésion spinale en foyer, ni de sclérose en plaques, ni de mal de Pott, ni d'hystérie. Il ne s'agit pas davantage de la maladie de Little proprement dite, car les 2 malades sont nées à terme et sans dystocie.

On est en présence d'une maladie familiale héréditaire. Il n'y a cependant dans la famille aucune affection du même ordre, mais on y trouve l'alcoolisme invétéré chez le frère et chez le grand'père paternel. Il semble, d'autre part, que la conception des deux malades s'est faite en état d'ivresse paternelle.

Cette observation est à rapprocher des cas analogues rapportés par Strümpell, Erb, etc.

Le substratum anatomique de cette paraplégie spasmodique familiale est mal connu. Il n'existe qu'une seule autopsie, due à Strümpell, dans laquelle on trouva une *sclérose combinée* des faisceaux pyramidaux, des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux directs. Cette sclérose restait localisée à la moelle. Certains auteurs ont pensé qu'il s'agissait là d'une *sclérose primitive et isolée* des faisceaux pyramidaux, mais il est nécessaire de faire des réserves à cet égard. En attendant de nouvelles autopsies, on peut placer la paraplégie spasmodique familiale progressive à côté de la maladie de Friedreich, dans le cadre des affections héréditaires. Elle semble l'expression d'une débilité héréditaire de certains systèmes des centres nerveux, due peut-être à la syphilis, à l'alcoolisme des parents, et entraînant leur régression évolutive prématurée.

Monoplégie faciale d'origine capsulaire.

M. Etienne. — J'ai fait récemment l'autopsie d'un malade qui était atteint d'une monoplégie faciale avec déviation conjuguée de la face et des yeux. Je ne trouvai à l'autopsie, pour expliquer ce phénomène, qu'une destruction profonde de toute la partie antérieure de la capsule interne, due à une hémorrhagie. En rapprochant cette observation de celles qui ont été publiées par quelques autres auteurs, on est amené à conclure que le passage du faisceau facial dans la capsule interne n'est pas identique chez tous les individus.

M. Seligmann dit avoir également observé dans le service de M. Bernheim (de Nancy) un malade dont la paralysie faciale reconnaissait pour cause une lésion de la capsule interne.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Août 1896.

Sur une observation de spina-bifida, communiquée par M. Kirmisson.

M. Berger. — Le cas communiqué par M. Kirmisson est le suivant : un enfant de 3 mois porte à la région lombaire un spina-bifida de 3 centimètres de hauteur sur 5 de largeur, pédiculé, non réductible, sans aucune atteinte de la motilité des membres inférieurs.

Diagnostic : méningocèle spinale. M. Kirmisson pratique l'ablation, traverse les enveloppes de la tumeur qui présentent l'aspect du tissu myxomateux, arrive dans une cavité kystique, indépendante du canal rachidien, et pratique la ligature et l'excision du pédicule. L'enfant guérit sans avoir présenté aucune atteinte du côté des membres inférieurs.

Ce qui est bien plus important, c'est qu'en pratiquant l'examen anatomique détaillé de la tumeur, M. Küss a trouvé que la section, au niveau du pédicule, avait emporté une calotte sphérique de tissu médullaire adhérent aux enveloppes de la tumeur par une couche vasculaire dans laquelle il était facile de reconnaître la pie-mère.

Cette protubérance de tissu médullaire appartenait manifestement aux cordons postérieurs, ainsi que le démontrait l'absence de paralysies causées par la section et la présence, dans la portion excisée, d'une racine rachidienne postérieure munie de son ganglion. Le centre de ce tissu médullaire présentait un prolongement du canal de l'épendyme qui se continuait avec le kyste contenu dans la tumeur par un cordon formé de cellules épendymaires facilement reconnaissables. Le kyste lui-même présentait un revêtement de cellules cylindriques indiquant par leur forme et leur disposition que cette cavité n'était qu'un diverticule aberrant du canal central.

Discutant la nature anatomique de ce fait, M. Berger refuse d'y voir un exemple de myélocèle proprement dit, et, malgré ses caractères insolites, il le classe parmi les myélocystocèles. Il s'agirait, suivant lui, d'une dilatation kystique du canal de l'épendyme qui se serait en quelque sorte énucléé au travers des cordons postérieurs et qui se serait séparé de la cavité centrale de la moelle par oblitération de son pédicule. M. Berger fait remarquer néanmoins que ce cas diffère essentiellement des caractères ordinaires des myélocystocèles, tels que les ont décrits Recklinghausen et Hildebrand, par la bénignité du cas, l'absence de fente latérale intéressant les corps vertébraux, de déformation grave du rachis, d'autres malformations concomitantes telles que l'exstrophie vésicale qui coexiste presque toujours avec cette anomalie.

Au point de vue clinique, si cette observation montre que l'extirpation du spina-bifida peut s'opérer dans de bonnes conditions de succès et que l'excision d'un petit segment des cordons postérieurs de la moelle n'entraîne pas toujours des conséquences graves, elle prouve que le diagnostic des diverses variétés de spina-bifida est souvent impossible et qu'on ne saurait affirmer avec certitude, dans bien des cas, qu'il s'agit d'une

véritable méningocèle. D'ailleurs les suites éloignées de ces opérations sont-elles aussi favorables que les résultats immédiats? On peut en douter et M. Berger cite plusieurs statistiques, dont la sienne propre qui fait voir que les petits opérés restent souvent paraplégiques ou deviennent hydrocéphales, ou succombent au bout d'un temps plus ou moins long par défaut de résistance vitale. Une autre observation d'encéphalocèle communiquée par M. Kirmisson, ramène le rapporteur à la question des spina-bifida crâniens. M. Kirmisson a vu une méningocèle cranienne pure, sans communication avec les cavités méningées, coexister avec un lobe cérébral surnuméraire situé au voisinage du pédicule de la tumeur dans l'intérieur du crâne.

M. Berger rappelle à cette occasion la théorie pathogénique admise par Geoffroy Saint-Hilaire et qu'il a lui-même appuyée sur des faits nouveaux.

Il semble qu'une hypertrophie circonscrite des vésicules cérébrales primitives, qu'une protubérance exencéphalique soit primitivement l'origine de la non-réunion des lames craniennes et de la lacune qui persiste dans leur ossification. Ainsi l'anomalie cérébrale est la cause et non la conséquence du défaut d'occlusion de la cavité cranienne.

Les deux faits de M. Kirmisson semblent en effet indiquer que les non-réunions des lames vertébrales ou craniennes sont souvent sous la dépendance de malformations plus profondes, parfois latentes et portant sur l'axe cérébro-spinal lui-même.

Note sur les diverses leucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives.

M. Morel, après avoir expérimenté sur le lapin et la grenouille, a constaté qu'après la saignée, ce qui se reconstitue le plus vite c'est le plasma, tandis que le nombre des globules rouges diminue. Dès le lendemain de la saignée les globules blancs deviennent 2 et 3 fois plus nombreux que normalement. Cette hyperleucocytose a une importance au point de vue de la défense de l'organisme après la saignée.

Après les révulsions diverses, on a aussi une hyperleucocytose; mais elle est seulement constituée par des leucocytes adultes, à évolution avancée; c'est une hyperleucocytose apparente. Le 3e jour se fait une seconde hyperleucocytose, mais cette fois de leucocytes jeunes, qui portent au moins au triple le nombre des globules blancs.

L'auteur en conclut que la saignée et les cautérisations diverses comme les révulsifs donnent naissance à une hyperleucocytose assez durable, qui est surtout bien nette ves les 4e et 5e jours et que cette augmentation du nombre des globules blancs est un précieux moyen de défense de l'organisme dans les infections.

Sérothérapie contre la peste.

M. Monod lit une lettre adressée au Ministre de l'intérieur et une note de M. Yersin sur un cas de peste guéri à Canton (Chine) par les injections du sérum antipesteux découvert par M. Yersin; 3 injections ont suffi pour guérir un enfant de la mission catholique.

L'auteur continue actuellement ses expérimentations en Chine, il aurait déjà obtenu 25 guérisons sur 27 malades traités par son sérum. Or on sait que la mortalité de la peste était jusqu'aujourd'hui de 95 p. 100. Mais il faut attendre encore des résultats plus nombreux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 Juillet 1896.

Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. — La formule qui veut que la fièvre typhoïde soit toujours engendrée par des déjections de typhiques est aussi étroite que celle qui veut que le choléra soit toujours importé de l'Inde.

A côté des races microbiennes très virulentes et très toxiques, il en est d'autres auxquelles des adjuvants sont indispensables pour créer la maladie : ce sont, d'une part, l'idiosyncrasie, la race, l'âge, la misère physiologique, l'encombrement, les intoxications, etc., et, d'autre part, la présence dans la cavité intestinale de germes qui aident à la pullulation du microbe spécifique.

La nocuité d'une mauvaise eau ne dépend pas seulement du microbe spécifique qu'elle charrie; elle peut en contenir d'autres qui entravent ou accroissent le développement du microorganisme en question.

Les constatations faites au cours de ces derniers mois permettent une fois de plus de restituer au coli-bacille son véritable rôle d'agent d'association secondaire ou de complication dans la fièvre typhoïde et de le dépouiller du travestissement spécifique qu'on avait voulu lui imposer.

La réaction, sur la culture du bacille d'Eberth, du sérum des convalescents et des malades atteints de fièvre typhoïde est un moyen de contrôle précieux pour assurer le diagnostic et légitimer le caractère spécifique de la maladie. J'ai recherché cette réaction chez des sujets fébricitants atteints d'érysipèle, de péritonite consécutive à l'appendicite, de pneumonie caséeuse, de grippe, d'orchite, de thyroïdite suppurée, etc. : elle a toujours fait défaut. Elle s'est montrée, au contraire, tout à fait nette dans 11 cas de fièvre typhoïde, examinés du 9e jour à la convalescence confirmée. La culture du bacille d'Eberth était agglutinée par le sérum de ces derniers malades; la culture du colibacille restait absolument inaltérée.

Action agglutinante du lait d'une femme atteinte de fièvre typhoïde sur le bacille d'Eberth.

M. Achard a observé avec M. Bensaude dans le lait d'une nourrice atteinte de fièvre typhoïde l'action agglutinante sur le bacille d'Eberth. Chez cette malade, le diagnostic clinique n'est pas douteux et le sérum a donné la réaction caractéristique. Il en a été de même du lait. Le lait de femmes saines ou atteintes d'autres maladies ne possédait pas de propriétés analogues, comme cela a résulté de l'examen de 6 autres nourrices.

Il est à noter que 2 des femmes dont on a examiné le lait dans un but de contrôle avaient eu la fièvre typhoïde 15 et 16 ans auparavant; leur sérum, d'ailleurs, ne produisait pas d'agglutination.

De même que le sérum sanguin, le lait de la typhique, recueilli purement et mélangé dans la proportion de 1 p. 10 de bouillon ensemencé avec le bacille d'Eberth, donnait à l'étuve, en quelques heures, des grumeaux visibles à l'œil nu que l'on n'obtenait pas avec les autres laits.

Ces phénomènes d'agglutination du bacille d'Eberth ne se produisaient pas avec le colibacille.

Le lait s'est donc ici comporté comme le sérum sanguin; mais nous nous garderions bien de conseiller pour le diagnostic l'examen du lait en place du sérum, chez les nourrices. Rien ne dit, en effet, que la propriété agglutinante soit constante dans le lait des typhiques; en outre, le lait se conserve plus difficilement que le sérum et il importe, dans ce genre de recherches, que le lait soit pur et recueilli fraîchement, sinon l'on observe des modifications dans le pouvoir agglutinant.

Ces modifications ne tiennent pas seulement aux changements de réaction du liquide, car l'acidification ou l'alcalinisation légère du lait n'altère pas son pouvoir agglutinant.

La propriété que possède le lait d'agglutiner le bacille d'Eberth a permis d'étudier l'influence de la chaleur sur ce phénomène; avec le lait, en effet, on n'est pas arrêté, comme avec le sérum, par la coagulation de l'albumine. On a pu alors constater qu'un séjour prolongé à 60° ne modifie pas cette propriété. A 100°, elle est considérablement diminuée; un chauffage à 120° pendant 15 minutes la fait disparaître.

Comme M. Widal l'a signalé pour l'urine, la filtration à la bougie de porcelaine fait perdre au lait cette propriété.

Enfin, l'auteur a cherché si cette propriété du lait s'était transmise au sérum de l'enfant qui s'en nourrissait et qui demeurait, d'ailleurs, en parfaite santé; l'examen de ce sérum a été négatif.

En terminant, M. Achard ajoute que le lait de sa malade ne contenait pas de bacilles d'Eberth.

Présence du bacille d'Eberth dans les déjections d'un sujet atteint de granulie; sérodiagnostic négatif.

M. Lemoine a eu l'occasion d'observer un homme atteint de tuberculose aiguë et dans les selles duquel on constata la présence du bacille d'Eberth alors qu'on hésitait encore pour formuler le diagnostic. L'épreuve du sérum, exécutée dans les conditions établies par M. Widal, n'a pas donné lieu au phénomène de glabrification.

A l'autopsie, on trouva des foyers caséeux pulmonaires et des lésions de granulie aiguë. Les plaques de Peyer n'étaient le siège d'aucune altération. On sait que pareilles constatations ont été faites récemment par MM. Remlinger et Schneider dans les matières fécales de sujets non atteints de dothiénentérie.

M. Achard. — Je puis apporter au fait clinique de M. Lemoine une confirmation expérimentale. J'ai fait ingérer à un cobaye, dans l'espace de 5 jours, 9 cultures de bacille d'Eberth sur gélose et j'ai examiné son sérum qui est resté dépourvu de toute propriété agglutinante. Comme la plupart des animaux auxquels on fait ingérer le bacille d'Eberth, ce cobaye ne paraissait éprouver aucun trouble. Les animaux de laboratoire se montrent d'ailleurs réfractaires à l'infection typhoïdique par ingestion et je puis citer, à ce propos, quelques expériences que j'ai faites, il y a 2 ans, en vue de développer, chez des lapins nouveau-nés, l'infection typhoïdique par l'ingestion de bacille d'Eberth associé à divers microbes, suivant la méthode qui a permis à M. Metchnikoff de provoquer expérimentalement le choléra par la voie intestinale. Or, j'ai toujours échoué dans ces tentatives.

Quant à la propriété agglutinante du sérum, on peut la produire expérimentalement sans provoquer chez les animaux aucun trouble apparent de la santé. Au cours d'expériences que je poursuis sur ce sujet avec M. Bensaude, nous avons vu que cette propriété peut apparaître dans le sérum du cobaye quelques jours après une inoculation péritonéale de cultures peu virulentes de bacilles d'Eberth. Inversement un animal peut succomber rapidement à l'inoculation intra-veineuse ou sous-cutanée de bacilles d'Eberth, vivants ou morts, sans que son sérum possède la propriété agglutinante.

M. Widal peut rapporter une expérience confirmative de ce que vient de dire M. Achard. Il a inoculé un cobaye dans le péritoine avec une culture virulente de bacilles d'Eberth, amenant la mort en 14 heures. Il a pendant les premières heures, recherché dans le sang de l'animal la réaction agglutinante sans la trouver.

Réaction agglutinante du sang et du sérum desséchés des typhiques et de la sérosité des vésicatoires.

MM. Widal et **Sicard.** — Le sang ou le sérum des malades atteints de fièvre typhoïde conservent-ils, après dessication, la propriété d'agglutiner *in vitro* les bacilles d'Eberth en culture dans le bouillon? Tel est le point que nous avons cherché à élucider au moyen des expériences suivantes :

Nous avons fait dessécher le sang ou le sérum sur des matières diverses, et il nous a semblé que de petits fragments stérilisés d'une éponge fine représentaient la matière qui se prête le mieux à ce genre de recherches.

D'une part, nous laissions, après piqûre du doigt, tomber 4 ou 5 gouttes de sang sur un petit fragment d'éponge, et, d'autre part, quelques gouttes de sérum du même sang sur un autre petit fragment. Au bout de 48 heures de dessication, on versait, dans le tube stérilisé contenant chaque petit fragment, 10 à 15 gouttes de bouillon. Après imbibition d'une demi-heure, on prenait une goutte de ce mélange qu'on laissait tomber dans 10 gouttes d'une culture pure de bacilles d'Eberth, vieille d'un à deux jours.

On laissait s'écouler un laps de temps variant de quelques minutes à 2 heures, et l'on prenait une goutte du nouveau mélange pour l'examiner au microscope.

Sur les préparations faites avec les cultures ayant reçu une goutte du bouillon qui avait imprégné les éponges imbibées de sérum, on voyait se produire immédiatement quelques amas caractéristiques; par contre, les préparations obtenues avec les cultures mélangées à du bouillon qui avait imprégné les éponges imbibées de sang ne donnaient pas de réaction nettement apparente. Pour apercevoir quelques amas typhiques, il fallait ajouter le bouillon imprégné de sang à une culture de bacilles d'Eberth, dans la proportion de 1 p. 5. Nous nous sommes servis pour ces recherches du sang ou du sérum de trois typhiques, l'un en pleine période d'état, les deux autres au déclin de la maladie, et d'une personne guérie depuis 7 ans d'une fièvre typhoïde grave, mais dont le sérum avait toujours donné lieu, lors de chaque examen, à la réaction agglutinative.

Nous avons pratiqué des recherches de contrôle sur le sang ou le sérum desséché d'un tuberculeux fébrile, d'un rhumatisant et d'une personne bien portante n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. Elles sont restées constamment négatives. Les préparations faites dans le but de rechercher les qualités du sang desséché du rhumatisant présentaient parfois de petits groupes de 6 à 8 bacilles réunis, mais pas d'amas caractéristiques.

Il résulte déjà de ces quelques expériences que le sérum desséché des typhiques conserve, au moins pendant quelque temps, des propriétés agglutinatives; le sang desséché les conserve également, mais à un degré moindre. Le phénomène d'agglutination n'est, en tous cas, jamais aussi net avec le sang ou le sérum desséché qu'avec le sang ou le sérum frais.

Enfin, nous nous sommes attachés à provoquer la réaction agglutinante avec la sérosité de vésicatoires appliqués chez deux typhiques à la période d'état. Le phénomène semble aussi net, dans ces cas, qu'avec le sérum sanguin de ces malades. Par contre, la sérosité de vésicatoires appliqués à un pneumonique et à deux pleurétiques n'a pas donné la moindre réaction sur des cultures de bacille d'Eberth.

M. Achard. — A propos de ce qu'a dit M. Widal sur l'influence de la dessication, j'ajouterai les observations que j'ai faites sur l'action de la lumière solaire. La lumière diffuse, pendant des jours et des semaines, n'altère en rien la propriété agglomérante du sérum. J'ai aussi exposé directement au grand soleil un tube contenant du sérum de typhique, en prenant des précautions pour que la température ne s'élevât pas au-dessus de 40°, et j'ai constaté que ce sérum n'avait rien perdu de son pouvoir agglutinant.

Hémiatrophie linguale.

M. Babinski présente une malade qui est atteinte de paralysie de la langue du côté gauche, consécutive à une ancienne lésion de l'hypoglosse d'origine traumatique. Quoique l'hémiatrophie soit très marquée, l'articulation et la déglutition sont normales. Cette difformité a été constatée pour la première fois à l'hôpital sans que la malade, qui avait sollicité son admission pour une affection utérine, ait attiré l'attention de ce côté.

Les troubles fonctionnels portent sur les mouvements élémentaires de la langue : la propulsion, les mouvements de la pointe en haut, en bas, à gauche, à droite sont plus limités qu'à l'état normal. Le côté gauche de la langue a un volume à peu près moitié moindre que le côté droit; il est irrégulier, présente à sa surface des saillies séparées par des dépressions; la contractilité faradique et la contractilité voltaïque sont notablement affaiblies du côté gauche. Quand la pointe de la langue est portée hors de la cavité buccale, elle dévie à gauche, c'est-à-dire du côté de la paralysie, conformément à ce qui a été bien souvent observé en pareil cas; lorsque la pointe de la langue se trouve dans la cavité buccale derrière les arcades dentaires, la langue occupe une position approximativement médiane, si la bouche n'est que très légèrement entr'ouverte; mais dès que la malade ouvre fortement la bouche, la pointe dévie du côté droit, c'est-à-dire du côté sain, et cette déviation devient très prononcée si la malade cherche à porter sa langue en arrière.

M. Babinski a observé le même phénomène sur un lapin auquel il a sectionné l'hypoglosse. Comme on peut s'en rendre compte, quand l'animal tire la langue, la pointe de l'organe se porte du côté paralysé; au contraire, la pointe dévie du côté sain quand elle se trouve dans la cavité buccale, derrière les arcades dentaires.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des indications de la sérothérapie antidiphthérique,

Par M. P. Haushalter (1)
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Sérothérapie dans les angines non membraneuses a bacilles de Löffler. — Trousseau autrefois déjà admettait, à côté de la diphthérie franche, des cas frustes sans fausse membrane; l'existence de ces cas a été plusieurs fois depuis démontrée, soit par des faits de contagion, soit par les méthodes plus récentes de la bactériologie (Jacobi, Guthrie, Koplick, Feer, Escherisch, Martin et Chaillou, etc.). La bactériologie, en particulier, surtout depuis l'application du sérum, a montré chez l'enfant que, dans nombre de tonsillites lacunaires, d'amygdalites pultacées, de pharyngites catarrhales, d'angines herpétiques, la culture fournit le bacille de Löffler (Variot). Koplick en Amérique, sur 37 cas d'angines simples, folliculaires, catarrhales ou pultacées, observées au cours d'une épidémie de diphthérie, a observé le bacille de Löffler. Dans une thèse récente, Roché, sur 137 cas de diphthérie de l'adulte étudiés à la clinique de Gouguenheim, en comptait 73 sans fausses membranes, sous forme d'amygdalites folliculaires, d'angines herpétiques ne différant pas cliniquement de l'angine herpétique vulgaire, d'angines pultacées, d'angines aiguës existant quelquefois sans fièvre et sans adénopathie, et même d'angines phlegmoneuses; il conclut que le tableau de l'angine diphthérique s'appuie tout entier sur la présence du bacille de Löffler.

Ici se pose une question capitale au point de vue prophylactique comme au point de vue thérapeutique : ces angines catarrhales, folliculaires, pultacées, herpétiques, à bacilles de Löffler, ne différant pas, au point de vue clinique, des angines catarrhales, folliculaires, pultacées, herpétiques sans bacille de Löffler, sont-elles, dans ces cas, bien réellement des formes de la diphthérie, et le diagnostic de la diphthérie n'existe-t-il plus désormais que sur une base exclusivement bactériologique? Ou bien le bacille diphthérique, ne jouant aucun rôle pathogénique, est-il dans ces angines un simple témoin, existant en parasite à la surface d'un pharynx atteint d'angine simple, comme il peut exister dans une gorge saine, chez des individus n'ayant jamais eu la diphthérie, ou chez des convalescents de diphthérie le recélant virulent ou non virulent? Le problème est difficile à résoudre; lorsque le bacille se trouve sous la forme de bacille court, ordinairement dénué de pouvoir pathogène, il est permis de le considérer comme une coïncidence sans relation avec le développement de l'inflammation pharyngée; lorsqu'il existe sous forme de bacille long, la recherche de la virulence, pratiquement difficile et longue, seule pourrait permettre de croire à son rôle pathogène; et encore faut-il, à ce point de vue, se souvenir que, sur 330 personnes bien portantes, Hallock Park et Beebe ont trouvé 24 fois le bacille de Löffler avec tous ses caractères, y compris la virulence.

Dans le diagnostic de la diphthérie, la prédominance accordée au critérium bactériologique peut paraître excessive; la diphthérie bactériologique se contente facilement du bacille de Löffler; la diphthérie clinique, outre le bacille de Löffler, doit exiger la fausse membrane de Bretonneau, qui semble jusqu'à nouvel ordre devoir demeurer dans l'immense majorité des cas, avec le bacille, le signe de la diphthérie. L'examen clinique ne peut céder le pas devant la voix de la bactériologie, qui tendrait à ne plus admettre que deux classes d'angines, les angines à streptocoques et les angines à bacilles de Löffler. De même que les angines aiguës non diphthériques, malgré leurs communautés bactériologiques, doivent actuellement continuer à être classées d'après leur aspect local et leur évolution générale (Widal et Besançon), de même les caractères cliniques de la diphthérie doivent, s'ajoutant à la démonstration du bacille, rester la base du diagnostic de l'angine et de la laryngite diphthériques.

Quoi qu'il en soit, les angines aiguës non membraneuses, même lorsque la bactériologie y démontre le bacille de Löffler, évoluant presque toujours suivant le mode des angines non diphthériques et non suivant les habitudes de la diphthérie, il paraît inutile et prématuré, sinon imprudent, d'user à leur égard du sérum. L'injection retrouvera ses droits si la diphthérie bactériologique devient diphthérie clinique, si apparaissent des membranes pharyngées ou des symptômes laryngés.

Peut-être l'hésitation serait-elle permise, et l'indication de l'injection pourrait-elle se poser si, en même temps qu'un état général grave, existaient dans l'angine aiguë non membraneuse des bacilles longs et virulents; mais de pareils cas ne peuvent guère, semble-t-il, se rencontrer que dans un foyer d'épidémie diphthérique; ou plutôt c'est dans ces conditions surtout que l'examen bactériologique d'angines simples non membraneuses, mais suspectes, aurait pratiquement raison d'être, et aurait l'occasion de soulever le problème de la sérothérapie.

Il semble même qu'il puisse exister des lésions de la gorge simulant la fausse membrane, et recélant le bacille de Löffler, sans qu'il soit permis pour cela de les considérer comme diphthériques : l'escharre qui se développe sur l'amygdale à la suite de l'amygdalotomie peut parfois

1. Extrait du rapport sur l'*application des sérums au traitement de la diphthérie et du tétanos* (Congrès de médecine de Nancy, 1896).

en imposer pour une fausse membrane : sur 27 cas de ce genre pris au hasard, 11 fois Lichtwitz de Bordeaux trouva par la culture le bacille de Löffler, 2 fois pur, 9 fois associé; l'état des malades chez qui avait été décelé le bacille ne différait en rien de celui des autres, tant au point de vue local qu'au point de vue général : jamais l'indication de la sérothérapie ne se posa.

Sérothérapie dans les angines diphthériques membraneuses. — Lorsque dans une angine blanche, l'examen bactériologique ne révèle, uni au streptocoque ou à d'autres microbes, que le bacille court, dont le rôle pathogène est fort douteux, l'hésitation au point de vue de l'application du sérum est permise (Sevestre) : l'injection ne serait formellement indiqué qu'en cas de phénomènes laryngés.

En face d'une *angine membraneuse légère à foyers circonscrits, sans phénomènes généraux ou avec phénomènes généraux très atténués*, tout en se tenant prêt à faire l'injection, on doit en tout cas la différer jusqu'à connaissance de l'examen bactériologique, qui décidera s'il s'agit d'une angine diphthérique ou exceptionnellement d'une angine membraneuse à streptocoques (Sevestre, Variot, etc.); si l'examen bactériologique affirme l'existence du bacille de Löffler, l'injection peut encore être différée, quand le processus diphthérique est circonscrit, non extensif : la guérison de ces formes est la règle; une seule injection pratiquée dans ces cas se bornera à hâter le décollement ou l'émiettement de la fausse membrane. Si, dans l'intervalle de l'examen bactériologique, le processus est devenu extensif, il sera fait sans hésitation une injection de 10-20 cent. cubes suivant l'âge du malade et le degré de l'extension. Ordinairement, après la première injection il ne se développe plus de nouvelles membranes : quelquefois, au 3e jour, si le détachement de la fausse membrane n'est pas effectué, on peut, pour le provoquer, pratiquer une nouvelle injection de 5-10 cent. cubes (Perregaux).

Si les *exsudats pharyngés* s'annoncent d'emblée *multiples ou très extensifs*, sans attendre l'examen bactériologique, l'injection sera pratiquée immédiatement; elle sera faite sans répit aussi, quand, avec les *membranes pharyngées étendues ou même circonscrites*, il existe des *troubles laryngés*, même légers, ou quand, *en l'absence de lésions pharyngées ou nasales* il existe des *phénomènes de suffocation*, le croup d'emblée étant plus fréquent que la laryngite simple suffocante (Variot). Dans l'indication de la sérothérapie antidiphthérique, les signes cliniques doivent donc presque toujours primer les données de l'examen bactériologique.

Si, dans une angine membraneuse, la recherche bactériologique révèle au moyen des cultures l'*association du bacille de Löffler et du streptocoque*, les colonies de streptocoques se montrant en fins pointillés entre les colonies de bacilles diphthériques, le sérum sera injecté à doses plus fortes et plus répétées (Perregaux); bien que, d'après Sevestre, dans la diphthérie associée au streptocoque, le sérum puisse quelquefois provoquer des symptômes effrayants, ces accidents ne suffisent pas, étant donné leur peu de gravité, à empêcher l'injection dont les effets bienfaisants l'emportent de beaucoup.

Cependant Hutinel, ayant vu après une injection de sérum la mort se produire au milieu de symptômes rappelant l'infection streptococcique, dans un cas d'angine diphthéroïde chez un enfant porteur de grosses amygdales, et dans un cas d'angine scarlatineuse à bacille de Löffler, conseille de ne pas trop se hâter, dans les faits de ce genre, à user de la sérothérapie, et d'attendre que l'examen bactériologique ait démontré la présence de bacilles longs et nombreux, les amygdales hypertrophiées recélant habituellement le streptocoque dans leurs cryptes, et l'angine scarlatineuse étant presque toujours à streptocoques purs ou associés.

D'après Martin, tout enfant qui, en même temps que la diphthérie, présente des signes de broncho-pneumonie, doit recevoir 20 cent. cubes de sérum antidiphthérique, et, sans attendre l'examen bactériologique, 10 cent. cubes de sérum antistreptococcique, la broncho-pneumonie dans la diphthérie étant presque toujours de nature streptococcique; Martin attribue la guérison, dans un cas de broncho-pneumonie diphthérique, au sérum antistreptococcique. On a tenté récemment de conférer à un même sérum des pouvoirs antidiphthériques et antistreptococciques : Marmorek a immunisé contre le streptocoque des chevaux vaccinés contre la diphthérie. L'heure n'est pas venue de se faire une opinion sur la valeur, dans la diphthérie associée, du sérum antidiphthérique et antistreptococcique : actuellement, dans la pratique, on doit, dans la diphthérie, se borner à user du sérum antidiphthérique.

Plusieurs médecins combinent à la sérothérapie des irrigations de la gorge faites deux fois par jour à l'eau boriquée ou à l'eau additionnée de 5 p. 100 de liqueur de Labarraque; en cas de membranes épaisses, chaque lavage pourra être suivi d'un attouchement à la glycérine sublimée au 1/20. Winternitz (1896) conseille de combiner la balnéation au traitement de la diphthérie par le sérum; elle favoriserait l'élimination des toxines et les échanges organiques : Heubner l'emploierait avec succès.

Sérothérapie dans la diphthérie avec croup. — En *cas de croup*, quelques indications spéciales s'imposent. En présence d'un cas de diphthérie avec tirage et même simplement avec toux rauque, Chaillou recommande d'injecter immédiatement 20 cent. cubes de sérum, puis, 12 heures après, 20 autres centimètres cubes; si 36 heures après la première injection le tirage a disparu, si la température tend à descendre, il est inutile de pratiquer une nouvelle injection; si 12 heures après la deuxième injection, le tirage persiste, on injecte de nouveau 10 cent. cubes. Perregaux, dans sa thèse, donne la préférence aux inoculations de doses fractionnées et répétées, 5-10 cent. cubes matin et soir.

Sevestre et Méry conseillent de retarder toute intervention opératoire, même en cas de tirage sus- et sous-sternal accentué, tant que le cœur se contracte bien, tant que le pouls est bon, tant que les lèvres ne blanchissent pas : les accès de dyspnée contre-indiquent l'expectation. En surveillant attentivement l'enfant après l'injection, on peut très souvent lui faire traverser les premières heures sans opération : passé ce moment, dans les cas habituels, les membranes sont en voie de décollement et ne se reforment plus : le danger est en partie conjuré.

Quand au moment de l'injection, ou après l'injection, existent des signes appelant une intervention opératoire urgente, le choix s'offre entre la trachéotomie et le tubage : tubés ou trachéotomisés, les enfants doivent recevoir en moyenne 40 cent. cubes de sérum dans les deux premiers jours; pour les poupons âgés de moins de 18 mois, on inocule en une seule fois autant de grammes de sérum que l'enfant a de mois (Chaillou). Les injections peuvent être faites en une seule fois chaque jour ou à dose fractionnées matin et soir.

Quand, chez les tubés ou les trachéotomisés l'examen

bactériologique démontre avec le bacille de Loffler d'abondantes colonies de streptocoques, Martin recommande, pour éviter la broncho-pneumonie secondaire, d'injecter 10 cent. cubes de sérum antistreptococcique; la mort, après l'opération, est effectivement due, dans la plupart des cas, soit à la bronchite membraneuse, soit surtout à la broncho-pneumonie : mais, actuellement, une stricte prophylaxie de la broncho-pneumonie par l'isolement des malades atteints d'infections secondaires, reste encore le moyen le plus sûr d'éviter les complications broncho-pulmonaires.

Avec l'usage du sérum, l'intubation du larynx dans le croup a trouvé de nombreux et chauds partisans : d'après Roux, le tubage doit être, depuis la sérothérapie, la méthode de choix; d'ailleurs, pour les cas traités par le sérum, les indications du tubage, d'après nombre de cliniciens, se confondent avec celles de la trachéotomie (Sevestre et Méry, Chaillou, etc.) : il n'est pas dans les limites de ce rapport de discuter les mérites respectifs de l'intubation ou de la trachéotomie.

Pratiquement, d'après Chaillou, il n'existe pas de signes qui puissent faire prévoir qu'un croup guérira par la trachéotomie, alors que le tubage aurait été insuffisant. En tout cas, pour Sevestre et Méry, le tubage doit être réservé aux croups traités par le sérum : il est, dans ces cas, un palliatif qui permet d'attendre la chute de la membrane, et depuis la sérothérapie il peut être pratiqué à la dernière extrémité, lorsque l'attente est impossible; l'état de mort apparente même, qui pour Variot est une indication de la trachéotomie, ne serait pas, d'après Chaillou, une contre-indication au tubage. Avant de se décider à la trachéotomie, le tubage, d'après Sevestre, doit généralement être tenté. Pour Chaillou, dans la majorité des cas où le tubage a échoué, la trachéotomie a été insuffisante : cette opinion serait trop absolue, si l'on s'en rapporte à la statistique de Variot, où, sur 48 trachéotomisés secondairement au tubage, il y eut 8 guérisons.

Lorsque le tubage est pratiqué dans les 24 heures qui suivent l'injection de sérum, le tube peut souvent être enlevé au bout d'un jour ou deux; sur 231 tubés du service de Variot, le tube fut laissé 3 jours en moyenne; il doit être ôté dès que la température est redevenue normale et que l'expectoration a diminué; il doit être supprimé aussi quand la courbe thermique indique une infection secondaire (Chaillou).

Les complications pulmonaires ne seraient pas plus fréquentes après le tubage qu'après la trachéotomie (Perregaux).

Dans les cas de croup traités par le sérum et la trachéotomie, le détachement des fausses membranes permet ordinairement d'enlever la canule au bout de 4 à 5 jours, exceptionnellement au bout de 5 à 6 jours; 2 ou 3 jours suffisent ordinairement pour la guérison de la plaie trachéale (Sevestre et Méry).

Bien que, pour beaucoup de médecins d'hôpitaux d'enfants, la trachéotomie depuis l'application du sérum soit considérée comme une opération d'exception, il est des cas cependant bien déterminés où elle s'impose; tandis que l'intubation peut rester ou peut devenir en ville ou dans les hôpitaux le procédé de choix, elle est impossible à appliquer à la campagne ou dans les milieux où l'enfant ne peut être soumis à une surveillance continue et exercée. La trachéotomie est indiquée lorsqu'on ne peut placer ni un tube long, ni un tube court, ni un tube de l'âge au-dessous; elle est indiquée lorsque l'intubation n'amène pas de soulagement, lorsque les essais de tubage s'accompagnent d'expulsion réitérée du tube, ou d'asphyxie à chaque tentative; elle est indiquée enfin lorsque le croup s'accompagne de spasmes du larynx à répétition ou d'œdème de la glotte (Variot, Bensaude et Rist, etc.); elle est préférable chez les enfants affaiblis par la dyspnée ou par un long tirage, parce qu'elle permet aux quintes de toux d'expulser plus facilement les membranes par la canule (Perregaux); elle est formellement indiquée chaque fois que le croup a dépassé le larynx, et qu'il y a rejet de fausses membranes ramifiées (Martin, Variot); elle est indiquée aussi lorsque le croup s'accompagne de l'expulsion de muco-pus à flots, indiquant une trachéite ou une bronchite associée (Variot).

De son côté, l'intubation est contre-indiquée dans la diphthérie toxique où la mort survient bien plus par empoisonnement que par dyspnée, dans la broncho-pneumonie étendue et dans la bronchite membraneuse (Chaillou).

Des injections préventives du sérum antidiphthérique. — Le sérum antidiphthérique possède incontestablement des propriétés curatives supérieures à celles d'aucun autre mode de traitement; peut-il être aussi et doit-il devenir un agent de préservation vis-à-vis la diphthérie?

Pratiquement, le problème n'est pas actuellement de savoir si le sérum antidiphthérique est un vaccin à employer contre la diphthérie, comme le vaccin de génisse contre la variole, mais seulement si, dans un milieu infecté par la diphthérie, le sérum doit être adjoint aux mesures prophylactiques en usage pour prémunir les personnes indemnes.

Il est évident que, dans la préservation de la diphthérie, le rôle primordial demeure toujours à l'isolement hâtif des malades chez lesquels le diagnostic clinique, éclairé par le diagnostic bactériologique, découvre la diphthérie : ainsi, tandis que chez les personnes en contact avec des diphthériques non isolés, Hallock Park et Beebe trouvaient 50 fois p. 100 le bacille diphthérique dans la gorge, ils ne le décelaient que 10 fois sur 100 chez les personnes de la famille, lorsque les enfants malades avaient été éloignés. L'isolement des diphthériques et la désinfection de la gorge doivent être continués même durant la convalescence : sur 605 convalescents, Hallock Park et Beebe décelaient le bacille de Löffler au bout de 4 jours dans la moitié des cas, au bout de 7 jours dans 176 cas, au bout de 37 jours dans 4 cas; Sevestre et Méry, Tobiesen, Koplik, l'ont trouvé au bout d'un mois, Abel au bout de 60 jours.

Il est bien avéré d'autre part que les personnes en contact avec les diphthériques ou les convalescents, même lorsqu'elles recèlent le bacille de Löffler dans leur pharynx, sont bien loin d'être toutes exposées à contracter la diphthérie, bien qu'elles soient susceptibles peut-être de la disséminer; il existe un état réfractaire incontestable chez nombre d'individus vis-à-vis la diphthérie. Wassermann pense que cet état réfractaire naturel tient à une action antitoxique du sérum, qui, d'après ses recherches peut dans ces cas, à la dose de 1 cent. cube, neutraliser la quantité de poison diphthérique 20 fois mortelle pour le cobaye; il a trouvé cet état antitoxique 7 fois sur 8 chez des personnes âgées de plus de 40 ans, 10 fois sur 14 chez des personnes de 20 à 40 ans, et 5 fois sur 10 chez les enfants. D'autre part, Fischl (1895) a constaté que le sang des nouveau-nés possèdent fréquemment un pouvoir antitoxique, sans pour cela être bactéricide vis-à-vis le bacille de Löffler; injecté dans le péritoine, même après chauffage à 55°, il est curatif contre

la diphthérie inoculée au lapin : sur 83 nouveau-nés, 68 possédaient un sang antitoxique, soit 83 p. 100.

Pour apprécier exactement la part de l'action préservatrice du sérum, il serait utile de posséder de nombreux relevés indiquant dans quelles proportions, en dehors de l'usage du sérum, la diphthérie frappe les individus vivant en milieu contaminé : on peut d'ailleurs supposer à juste titre que le nombre des contagionnés varie avec les milieux, la gravité de l'épidémie, la quantité et la densité des malades, les mesures prophylactiques employées, etc. Il est utile aussi de se souvenir que, d'une façon générale, l'immunisation expérimentale produite par le sérum, remarquable par la rapidité de son apparition, est essentiellement passagère, tout en étant proportionnelle à la quantité de sérum introduite et à la puissance de son pouvoir actif : expérimentalement aussi, le pouvoir préventif du sérum antidiphthérique est inférieur à son pouvoir curatif. D'ailleurs, chez les diphthériques guéris après sérothérapie, la récidive est possible dans des délais assez proches de l'application du sérum, au bout de 25 jours (Perregaux), de 28 et de 40 jours (Gœbel), ce qui permet de prévoir que l'action prophylactique du sérum n'est que relative et passagère.

Le pouvoir préservatif du sérum dépendrait, d'après certains auteurs, de la dose employée : au début, Behring et Ehrlich recommandaient, pour les injections prémunisatrices, de s'en tenir à 1/10 de la dose thérapeutique, Behring conseille actuellement le 1/4 de la dose thérapeutique : l'effet préservatif plus sûr pourrait se prolonger ainsi 18 semaines; petit à petit, d'ailleurs, l'antitoxine finit par s'éliminer par les sécrétions.

Afin de mieux juger par les chiffres de la valeur préservatrice du sérum antidiphthérique, il faudrait pouvoir placer parallèlement le nombre des contagionnés après sérum, et des contagionnés sans sérum, dans un même milieu et dans une même épidémie : jusqu'à présent, ce parallèle ne peut guère être fait, et l'on doit se borner à l'examen des statistiques isolées.

Sur 128 personnes en contact avec des diphthériques et inoculées préventivement, Roux n'observa pas un cas de diphthérie; Peck, durant une épidémie de diphthérie dans un asile d'enfants à New-York, injecta prophylactiquement 500 enfants, chez lesquels pas un cas de diphthérie ne se produisit; Beumer, sur 14 injections préservatrices, n'eut pas de diphthéries; Aronson en constata 2 sur 130 cas d'injections; Schuler 1 sur 53; Hager, 3 sur 35; Hilbert, 7 sur 64; Baginsky, 8 sur 72, etc.; d'après ces auteurs, les diphthéries observées dans ces conditions étaient bénignes. Mais en présence de toutes ces statistiques très diverses, il est fort difficile de décider quelle part il faut faire à l'action préservatrice du sérum, aux mesures générales de prophylaxie, qu'il n'est pas permis de reléguer, et qui, d'ailleurs, entrent de plus en plus dans les mœurs.

Gillet, qui a recherché la date de l'apparition de la maladie lorsqu'elle se produisait après l'injection préservatrice, trouve que 11 fois elle se déclara le jour même de l'inoculation, qui ne pouvait, dans ces conditions, empêcher la diphthérie; 12 fois elle se montra du 2ᵉ au 3ᵉ jour après l'injection, 8 fois du 4ᵉ au 6ᵉ, 2 fois du 7ᵉ au 10ᵉ, 7 fois du 11ᵉ au 30ᵉ, 3 fois après le 30ᵉ. Aussi les partisans de l'inoculation prémunisatrice, en face de l'éveil plus ou moins tardif de la diphthérie ou d'une contagion possible chez les personnes injectées prophylactiquement, conseillent-ils de renouveler la dose préservatrice au bout de quelques semaines.

Bien que quelques chiffres soient en faveur de l'action préservatrice du sérum, l'opinion, manquant de termes précis de comparaison, demeure en suspens en face des statistiques moins favorables. La question des injections préventives ne doit pas être considérée comme résolue : récemment encore, Krasnobaeff rapportait qu'après 344 injections préventives faites dans les hôpitaux d'enfants en Russie, on observa 7 cas de diphthérie avec 3 cas de mort, soit une mortalité de 2,03 p. 100; la mortalité par diphthérie dans les mêmes hôpitaux fut à peu près la même, 2,71 p. 100 chez les enfants non injectés préventivement.

L'action préventive du sérum, bien que très probable, n'étant pas formellement démontrée chez l'homme, cette action étant en tout cas passagère, il demeure actuellement parfaitement légitime de s'abstenir, le cas échéant, de l'emploi des injections préservatrices. Alors qu'en face d'une diphthérie authentique il est une faute, en certaines conditions, de ne pas solliciter les effets curatifs spécifiques du sérum, il est téméraire, en vue d'une diphthérie éventuelle, de soumettre dans le but d'une préservation hypothétique, un organisme sain aux effets d'un sérum étranger chargé de principes dont la formule chimique, comme l'action intime sur les cellules, demeurent entourées d'obscurités, de l'exposer aux accidents possibles de la sérothérapie, si rares, si minimes fussent-ils : le cas de mort subite survenu récemment chez l'enfant d'un médecin de Berlin à la suite d'une injection prophylactique, impose d'ailleurs la prudence. Tout au plus, en présence de l'inefficacité ou de l'insuffisance des mesures hygiéniques et prophylactiques habituelles rigoureusement appliquées, la sérothérapie préventive trouverait-elle son indication dans une épidémie de diphthérie tenace, rebelle, meurtrière.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3ᵉ Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

De l'application des sérums au traitement de la diphthérie et du tétanos,

Par M. P. Haushalter,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Il y a moins d'un siècle, commençait l'histoire réelle de la diphthérie : l'inflammation locale spécifique, la diphthérite de Bretonneau, devenait, avec Trousseau, la diphthérie, une maladie générale et infectieuse. Puis s'ouvre la phase fertile du règne de l'anatomie pathologique. Enfin Klebs, en 1883, découvre l'agent soupçonné de l'infection diphthérique, et Lœffler (1884) isole, cultive ce bacille et annonce que le sérum solidifié est le milieu d'élection pour cette culture : à l'aide des cultures, il reproduit la maladie chez l'animal.

Bien des doutes persistaient encore sur la spécificité du bacille de Klebs-Löffler, lorsqu'en 1888 Roux et Yersin commencèrent, sur l'agent infectieux de la diphthérie et sur ses poisons, la série de leurs mémorables recherches. De patientes investigations sur la bactériologie des angines membraneuses complètent la bactériologie de la diphthérie (Wurtz et Bourges, Barbier, Martin et Chailloux, Widal et Bezançon, Veillon, Lemoine, etc.).

Un fait primordial mérite d'être mis en relief dans l'histoire bactériologique de la diphthérie : le bacille ne se retrouve jamais en dehors de la fausse membrane; la plupart des symptômes généraux sont d'ordre toxique, et Roux et Yersin donnent la preuve expérimentale de l'existence de la toxine. La plupart des

auteurs tendent actuellement à ranger cette toxine parmi les diastases.

I. Vaccination expérimentale antidiphthérique. — Après les essais de Hoffmann (1887) et de Frænkel, Behring et Kitasato (1890) annoncent avoir non seulement vacciné des animaux contre la diphthérie, mais même guéri des animaux infectés. Parmi les divers procédés d'immunisation mis en œuvre, l'inoculation de cultures additionnées de trichlorure d'iode mérite seule d'être conservée.

Behring, dès 1893, songe à appliquer au traitement de la diphthérie humaine les données de l'expérimentation, et 60 enfants diphthériques inoculés avec le sérum d'animaux immunisés lui donnent 24 guérisons.

Roux qui, depuis 1891, poursuivait la solution du problème de l'immunisation des animaux contre la diphthérie, faisait entrer définitivement l'usage du sérum antidiphthérique dans la pratique. Son procédé est l'application, avec une heureuse modification, de la méthode utilisée par Behring, en 1890. Dès février 1894, Roux fait appliquer au traitement de la diphthérie le sérum des immunisés, sous la direction de MM. Martin et Chailloux; au congrès de Budapesth (septembre 1894), il fait sa célèbre communication et donne les résultats obtenus dans 300 cas; par cette méthode, la mortalité de 60 pour 100 était abaissée à 26 pour 100.

II. Immunisation du cheval. Préparation du sérum antidiphthérique. — Le cheval est actuellement l'animal de choix pour la production du sérum thérapeutique, parce qu'il peut en fournir de grandes quantités, qu'il présente une tolérance relative pour la toxine, enfin que son sérum normal est peu toxique pour l'homme. La méthode actuelle d'immunisation du cheval est celle des injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de toxine diphthérique.

On commence par l'injection de 1/4 de cent. cube de la toxine additionnée de 1/3 d'une solution iodée à 1 p. 100. L'injection est renouvelée au bout de quelques jours, et, après plusieurs semaines, par l'emploi de doses progressivement croissantes, on arrive à injecter 250 cent. cubes de poison actif, ne déterminant qu'une réaction modérée. Le cheval est apte alors à fournir un sérum antitoxique de 50 000 à 100 000.

III. Le sérum et le lait antidiphthériques. Calcul de la valeur antitoxique du sérum. — La filtration sur filtre Chamberland, faisant tomber le pouvoir immunisant de 100 à 30, ne peut être employée pour la stérilisation du sérum; il doit donc être recueilli et gardé aseptiquement.

D'après plusieurs expérimentateurs, le lait, chez les animaux femelles immunisées, peut devenir source d'antitoxine, et ce lait, d'après Ehrlich, serait à peu près le seul agent de l'immunité chez les petits, mais l'antitoxine du lait ne semble guère, jusqu'à présent, être entrée dans la pratique.

Au point de vue des applications à la clinique, il est de la plus haute importance de pouvoir calculer la valeur antitoxique d'un sérum thérapeutique. Plusieurs procédés permettent de réaliser ce calcul; Roux considère comme suffisamment antitoxique le sérum qui, à la dose de 1/100 de cent. cube, protège un cobaye de 500 grammes contre les effets d'une inoculation de 1/2 cent. cube de culture virulente pratiquée 24 heures après. Actuellement en Allemagne, Behring et Ehrlich n'emploient plus que la méthode d'essai, dite *des mélanges*.

IV. Action du sérum antidiphthérique dans la diphthéri expérimentale. — Le sérum normal est toxique. La dos toxique mortelle de sérum antidiphthérique injectée dans le veines paraît être de 1 c.c. 5 par kilogramme d'animal.

L'inoculation d'un mélange de sérum et de poison diphthérique au cobaye ne produit ni symptômes locaux, ni symptômes généraux, si la neutralisation est exacte. Le sérum se montre bien plus puissant si on inocule, non la toxine, mais le bacille. Chez l'animal atteint de diphthérie trachéale ou vulvaire, l'injection de sérum arrête l'extension des membranes, amène leur chute, atténue ou supprime les symptômes généraux, même en intervenant 24 heures après l'inoculation virulente. Les résultats ne sont plus les mêmes s'il s'agit d'une diphthérie associée à 'infection streptococcique,

V. Mode d'action du sérum antidiphthérique dans la diphthérie. — Pour expliquer l'action spéciale du sérum, Behring et Kitasato admirent que le poison est neutralisé dans le corps de l'animal par l'antitoxine, comme il l'est *in vitro*. Les objections de Buchner, les expériences de Roux et Martin tendent à contredire cette hypothèse de la neutralisation. Le sérum, d'après Roux, agit, non sur le poison diphthérique, mais sur l'organisme, facteur variable; ce sont les effets physiologiques qui se neutralisent, plutôt que les actions chimiques. A côté du pouvoir stimulant exercé sur les cellules de l'organisme, le sérum antidiphthérique possède un pouvoir bactéricide ou atténuateur; il se comporte donc comme un véritable antiseptique chimique.

VI. Sérum antidiphthérique dans la diphthérie humaine. — Dans l'application du sérum antitoxique au traitement de la diphthérie humaine, la question de la dose injectée a une importance primordiale; cette dose doit varier suivant la puissance du sérum, l'âge du sujet, la gravité et la période de la maladie. Avec le sérum de Roux, dans les cas d'apparence bénigne, chez l'enfant, on commence par une injection de 10 cent. cubes. Dans les cas graves ou associés, il y a avantage à débuter par une forte dose, 20 cent. cubes. Chez l'adulte, la dose initiale ne doit pas être inférieure à 30 cent. cubes. L'intervalle entre la première et la deuxième injection doit être en moyenne de 24 heures.

L'injection de sérum est pratiquée avec des instruments aseptiques appropriés, dans le tissu cellulaire du dos. Chantemesse (1896) cependant, en raison de la sensibilité spéciale de certains sujets a essayé dans trois cas, d'introduire le sérum par la voie rectale; l'efficacité de la méthode lui a paru la même que dans l'injection sous-cutanée.

Sous l'influence de l'injection, la fausse membrane disparaît en 2 ou 3 jours, pour les formes légères, 3 ou 4 jours pour les formes intenses. En même temps que disparaissent les membranes, l'engorgement ganglionnaire s'éteint. Parallèlement, l'état général se relève; souvent, une véritable transfiguration s'effectue.

A la suite de la première injection, Variot admet comme assez fréquente l'élévation passagère de la température. En tout cas, le sérum ne semble pas produire une défervescence analogue à la crise des maladies.

Le sérum ne paraît pas prévenir les paralysies de la diphthérie.

L'albuminurie, d'après Roux, Moizard, Baginsky, est moins fréquente chez les enfants traités par le sérum. D'après d'autres cliniciens, le sérum n'empêche pas l'albuminurie (Le Gendre). Les injections de sérum antidiphthériques sont chez l'homme la cause de modifications urinaires passagères, qui paraissent bien être le résultat de l'action du sérum sur la nutrition; (augmentation de la diurèse, augmentation de la densité de l'urine, hyperazoturie, augmentation des phosphates, diminution des chlorures).

Du côté de la peau, on observe quelquefois des réactions diverses : érythème localisé ou généralisé, purpura. L'arthropathie, si rare dans la diphthérie, est devenue moins exceptionnelle depuis l'emploi du sérum.

Dans quelques cas, plusieurs jours après l'injection, d'habitude assez tardivement, on a vu se développer un cortège de symptômes alarmants, que Sevestre et Hutinel attribuent à des infections secondaires et non au au sérum. En tout cas, il paraît fort difficile, jusqu'à nouvel ordre, de décider ce qui, dans les accidents graves post-sérothérapiques, revient d'une part à l'infection secondaire, et d'autre part au sérum normalement véhicule de ferments.

VII. Résultats généraux de la sérothérapie antidiphthérique. — Voir la *Gazette* du 6 août, p. 571.

VIII. Des indications de la sérothérapie antidiphthérique' — Voir p. 781.

De l'application du sérum antitétanique au traitement du tétanos. — La nature infectieuse du tétanos était soupçonnée depuis longtemps, un bacille spécial fut rencontré exclusivement dans le tétanos par Nicolaïer. Mais c'est à Kitasato surtout (1883) que revient le mérite d'avoir établi la spécificité

du bacille de Nicolaïer. Enfin, Vaillard établit sur des bases expérimentales irréfutables le rôle des associations microbiennes dans le tétanos.

Le poison tétanique, un des plus puissants qui soient connus, a été particulièrement étudié par Vaillard et Vincent (1891). Il paraît devoir être regardé comme de nature diastasique. D'après Courmont et Doyon, le poison agit sur les extrémités périphériques des nerfs sensibles, dont il augmente l'excitabilité.

1° *Vaccination et immunisation expérimentale antitétanique; sérum antitétanique.* — Behring et Kitasato procuraient au lapin l'immunité contre le tétanos par l'injection de bouillon de culture filtré de bacilles tétaniques, suivie d'une injection de trichlorure d'iode. Vaillard utilisa les propriétés vaccinantes des cultures filtrées et chauffées. Roux (1891) indiquait une méthode expéditive, dérivée de la méthode primitive de Behring, basée sur l'atténuation du poison tétanique par l'iode. En 1890, Behring et Kitasato découvrirent la propriété antitoxique des animaux immunisés, et aussitôt commencent les premiers essais de sérothérapie antitétanique chez l'homme.

La méthode d'immunisation du cheval, employée par Roux et Vaillard est celle des injections progressives de toxine et d'eau iodée. La mensuration de l'activité du sérum ainsi obtenu se fait en France suivant la notation primitive de Behring. Dans sa protection contre le bacille tétanique, c'est non pas sur le bacille, mais bien sur l'organisme et ses cellules qu'agit le sérum immunisateur.

2° *Du sérum antitétanique dans le tétanos expérimental.* — Roux et Vaillard concluent de leurs expériences, qu'il est très difficile d'obtenir la guérison du tétanos chez l'animal, lorsque le traitement sérothérapique est institué après le début des accidents tétaniques. L'impuissance du sérum antitoxique à guérir ou à enrayer le tétanos déclaré se comprend, si l'on songe que l'apparition des premiers symptômes indique une intoxication déjà complète et surtout une action élective du poison sur certaines parties du système nerveux. Roux et Vaillard ont étudié l'influence du sérum injecté avant l'apparition des symptômes tétaniques, chez des animaux inoculés sous la peau et concluent que, dans ces conditions, le sérum peut prévenir l'apparition des accidents.

3° *Du sérum antitétanique dans le tétanos humain.* — Le sérum destiné au traitement du tétanos chez l'homme existe sous forme sèche, sous forme liquide ou sous la forme connue sous le nom d'antitoxine de Tizzoni. 44 observations recueillies ont donné une mortalité de 40 p. 100, alors que la mortalité, auparavant, était, aux armées, de 84,5 p. 100.

L'impression générale qui se dégage de la lecture de toutes les observations de tétanos soumis à la sérothérapie, c'est que le sérum ne paraît pas avoir influencé la marche ou l'issue des formes graves et rapides, et que, dans les cas où la terminaison a été heureuse, la guérison semble s'être produite indépendamment de l'action du sérum.

Si le sérum demeure impuissant vis-à-vis du tétanos déclaré, il reste expérimentalement prouvé qu'en immunisant l'organisme au début de la période d'incubation, il peut enrayer la maladie dans sa phase prététanique. Cette immunisation, réalisée en médecine vétérinaire, n'est pas sans rencontrer de grandes difficultés pratiques dans la médecine humaine. Son indication se posera plus souvent dans certaines régions où le tétanos est relativement fréquent. La sérothérapie antitétanique peut devenir une ressource prophylactique précieuse dans la chirurgie de guerre.

Pathogénie des coagulations sanguines intra-vasculaires.

Résumé du rapport lu par M. Mayet,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

I. Conditions expérimentales de la coagulation ou du maintien à l'état fluide du sang dans l'organisme ou en dehors de l'organisme. — La cause principale, de beaucoup la plus importante, du maintien à l'état fluide du sang est l'*action de la paroi vasculaire normale,* action non encore expliquée, ne pouvant être assimilée à aucun phénomène chimico-physique. La nécessité de l'intégrité absolue de la membrane interne des vaisseaux a été affirmée par la presque totalité des auteurs, et les histologistes ont déterminé d'une façon plus précise cette condition, en constatant que l'endothélium devait être absolument normal pour que cette action anticoagulante fût absolue. Cependant, toute lésion de l'endothélium vasculaire ne détermine pas la coagulation : car la rapidité de la circulation soustrait le sang au contact du point altéré, et ce dernier garde sa fluidité normale.

Chez le vivant, les *éléments figurés* prennent une part active à la coagulation quand la paroi est lésée. Hayem donne aux hématoblastes le principal rôle comme fournissant les éléments de la fibrine et produisant la coagulation par leur altération; mais il est certain que cette influence est exagérée. Renaut, au contraire, a dénié aux éléments figurés toute action sur la coagulation; mais la persistance de la coagulation dans le sang de grenouille osmiqué prouve simplement que le fibrinogène et le ferment ne proviennent pas en totalité des éléments figurés existants et ne prouve pas qu'ils n'en produisent pas.

Le *fibrinogène*, principe albuminoïde qui, par sa transformation moléculaire, fournit la fibrine, existe en permanence dans le plasma. Il provient de la désintégration incessante des leucocytes vieillis et des hématoblastes. D'ailleurs, le ferment de la fibrine ou des corps qui peuvent agir comme lui, existe dans une multitude d'organes et de tissus. Le pouvoir anticoagulant de la paroi s'exerce en empêchant, par une action inexpliquée, le fibrine-ferment de déterminer le dédoublement du fibrinogène avec combinaison d'un des corps produits avec la chaux contenue dans le plasma.

Au cours d'expériences d'injection de *produits solubles du cancer,* j'ai souvent été arrêté par la coagulation du sang dans le vaisseau. On peut en conclure que le suc cancéreux a une action excitante de la coagulation comme le fibrine-ferment existant dans divers liquides organiques.

Vaquez a, le premier, fait des observations relatives à l'influence exercée par les toxines sur la coagulation en dehors des vaisseaux, au moyen de cultures filtrées du *staphylococcus aureus.* Mes expériences consécutives m'ont fait admettre, comme prouvé, que le streptocoque et le staphylocoque doré, par leurs produits solubles, hâtent beaucoup la coagulation, et c'est une présomption pour croire qu'ils peuvent la mettre en train, alors que le sang ne se coagulerait pas sans l'influence de cette cause.

L'*introduction des microbes* soit dans le sang circulant, soit dans le sang ralenti dans son cours chez l'animal vivant, a été réalisée par Vaquez. Le caillot s'est seulement formé du côté de la paroi lésée, et des streptocoques ont été retrouvés en ce point.

II. Pathogénie des coagulations intra-vasculaires, d'après les données expérimentales cliniques et nécroscopiques. Données générales et classification. — Les caillots formés dans les vaisseaux ont été divisés par Hayem et Zahn en diverses classes. Les caillots de battage, en général blancs, se formant dans un vaisseau dont la paroi est lésée localement, mais où la circulation n'est pas interrompue. Les caillots de stase, produits dans un vaisseau complètement oblitéré, antérieurement à la coagulation, sont rouges ou d'un rouge noirâtre. Les caillots mixtes se produisent dans des cas où le dépôt successif des couches diverses aboutit à l'oblitération complète, mais tardivement. L'élément adjuvant de stase a une influence accessoire, mais rendue probable par ce fait que les coagulations pathologiques se produisent là où la rapidité du sang est moindre.

Les thromboses vasculaires peuvent, d'après le rôle variable des conditions productrices, être réparties en plusieurs catégories :

1° Les coagulations causées exclusivement par des altérations vasculaires de cause extérieure aux veines et aux artères;

2° Les coagulations causées exclusivement et primitivement par des altérations vasculaires nées d'un processus pathologique interne local, sans altération notable du sang;

3° Les coagulations liées à l'hypoglobulie et aux altérations du sang qui l'accompagnent, lesquelles n'agissent qu'avec intervention, comme cause immédiate et nécessaire, d'une altération de la paroi;

4° Les coagulations où l'altération primitive du sang joue le rôle principal prédisposant et efficient;

5° Les coagulations infectieuses où les microbes, par leurs produits solubles, jouent de beaucoup le principal rôle.

III. — **Étude des diverses classes de thrombose, en particulier au point de vue pathogénique.** — *a*) Les coagulations causées exclusivement et primitivement par des altérations vasculaires de cause extérieure fournissent un moyen d'apprécier le rôle de la paroi lésée dans toute sa pureté. Le rétrécissement seul du vaisseau ne suffit pas à amener la coagulation; une altération de l'endothélium doit s'y joindre, altération due aux troubles de la circulation propre de la paroi vasculaire. Ce processus se réalise dans la compression digitale prolongée des artères, dans les cals vicieux ou le déplacement des fragments osseux après les fractures. Malgré le rôle adjuvant que peuvent jouer les hématoblastes, les observations de Zahn et de Pitres sont trop précises et trop concordantes pour ne pas admettre le rôle prépondérant des leucocytes dans la formation des thromboses blanches.

b) Les coagulations causées exclusivement et primitivement par des altérations vasculaires, nées d'un processus pathologique local interne, sans altération du sang, jouant un rôle efficient dans la thrombose, reconnaissent des causes variées.

Ce sont d'abord les varices où le ralentissement circulatoire devient extrême et où l'endothélium, gêné par des lésions exagérées, ne peut plus proliférer régulièrement et se crevasse en devenant le point de départ de la coagulation.

Ce sont les anévrysmes de l'aorte, dans lesquels la rapidité et l'énergie du courant compensent, au moins un certain temps, la destruction de la membrane interne et empêchent momentanément la coagulation. Même résultat dans l'athérome de l'aorte.

Dans les artères périphériques, surtout dans les artères cérébrales, les sylviennes en première ligne, l'altération de la paroi est évidemment l'unique cause de la thrombose.

L'artérite subaiguë préside aussi aux oblitérations de la fin de l'aorte qui déterminent chez les chevaux la boiterie intermittente.

Enfin, la phlébite primitive, sans intervention microbienne, paraît réalisée par le rhumatisme.

c) Parmi les thromboses, dans lesquelles la lésion primitive du sang joue le principal rôle comme préparant la coagulation, où la cause occasionnelle immédiate fréquente est un trouble de la paroi vasculaire, parfois peut-être une cause d'altération surajoutée du sang, il faut citer la thrombose chlorotique. Les conditions favorables à la coagulation sont réalisées chez les chlorotiques grâce à l'augmentation de fibrine, à la présence d'une grande quantité d'hématoblastes et à l'abaissement de densité du plasma. Malgré les assertions de Vaquez, une observation de Rendu, avec constatation nécroscopique, permet d'affirmer que, dans certains cas de thrombose, il n'y a aucune altération des parois.

d) Dans les thromboses dues exclusivement à une lésion primitive du sang, il faut ranger la thrombose scorbutique : il semble démontré, en effet, que cette maladie peut produire des thromboses sans altérations des parois.

e) En étudiant les thromboses marastiques proprement dites, on voit que les coagulations non liées à l'infection surajoutée sont rares, et il faudrait une nouvelle étude approfondie pour affirmer qu'elles présentent réellement cette nature.

f) L'infection est la cause évidente de la grande majorité des cas de *phlegmatia alba dolens*. Il est impossible de le démontrer d'une façon plus péremptoire que ne l'ont fait Doléris, Widal et surtout Vaquez. Deux modes d'action peuvent se réaliser : 1° les microbes n'agissent qu'après une lésion de la paroi, c'est le mode certain et le moins contestable; toutes les observations de Vaquez, suivies d'autopsie, l'établissent; 2° le second mode d'action qu'on peut supposer est l'action directe coagulante du microbe sur le sang, sans lésion de la paroi ou avec une lésion seulement consécutive à la coagulation.

Les thromboses infectieuses se réalisent dans de nombreux cas :

1° Le rôle des microorganismes dans la phlegmatia puerpérale a été trop bien exposé par Doléris pour qu'il soit nécessaire de s'y appesantir.

2° Les suppurations pleurales, justiciables d'un des microbes pyogènes, plus souvent du streptocoque, sont assez souvent compliquées de thromboses. Haushalter en a cité un cas du plus grand intérêt, où les thromboses se sont produites dans des artères, la sylvienne et la cérébrale antérieure chez un enfant.

3° Le pneumocoque peut être l'origine de thromboses, plusieurs cas l'ont démontré.

4° Les thromboses observées au cours du rhumatisme blennorrhagique rentrent absolument dans le cadre des coagulations infectieuses.

5° Les thromboses consécutives à la tuberculose paraissent plus rares qu'on ne pourrait le croire, en raison des conditions très favorables à la culture des microbes secondaires que réalisent les phthisiques.

6° La thrombose consécutive à la fièvre typhoïde n'est pas due au bacille d'Eberth, mais au streptocoque.

7° Enfin, il est absolument certain que les thromboses des cancéreux sont habituellement consécutives à une infection surajoutée. M. Vaquez a trop bien développé les motifs qui doivent le faire admettre en les appuyant, pour qu'on puisse le contester.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Follet (Léon). *De la présence, notamment dans le sang et dans le suc des tumeurs, de plaques bactérigènes.*

M. Bodin (E). *Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines.* (Steinheil.)

M. Frey (Georges). *De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires et membraneux.* N° 562. (H. Jouve.)

M. Mendailles (Georges). *Des mastites puerpérales et de leur traitement.* N° 417. (Steinheil.)

M. Lafon (A). *Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale.* N° 430. (H. Jouve.)

Mlle Dumitrescu (Marie). *Contribution à l'étude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical.* N° 361. (Steinheil.)

D'après M. Léon Follet, il existe dans l'économie des sujets atteints des maladies infectieuses, et notamment dans le sang, le sperme, le mucus utérin, le suc des tumeurs, des plaques, qu'il propose d'appeler *plaques bactérigènes*, qui se colorent par le violet du dahlia et qui se présentent soit sous forme d'utricules, soit sous forme de gouttelettes. Ces plaques auraient pour fonction de produire des microbes qui ne seraient autre chose que les formes destinées à propager l'espèce au dehors, la plante elle-même étant constituée par une matière gélatineuse dont les plaques bactérigènes représenteraient les organes reproducteurs.

L'auteur estime que, dans des conditions spéciales, le bacille de Koch peut subir des transformations évolutives et donner naissance à un organisme polymorphe. Il décrit aussi un microbe polymorphe provenant de produits épithéliomateux.

Parmi les autres opinions émises dans ce travail nous citerons celle qui considère les métrites comme fréquemment dues à une infection descendante d'origine interne.

On voit par ce résumé succinct qu'il y a dans la thèse de M. Follet bien des assertions qui diffèrent beaucoup des opinions admises. Aussi l'auteur souhaite-t-il lui-même que ses recherches soient reprises et vérifiées.

Nous savons depuis les recherches de Sabouraud que l'on a confondu dernièrement sous le nom de trichophytie deux mycoses bien distinctes : la tondante rebelle due au *microsporum Audouini*, et la trichophytie vraie qui n'est pas une entité morbide univoque.

M. Bodin dans sa thèse démontre qu'il faut, au sujet des teignes tondantes du cheval, opérer la même division.

Certaines de ces tondantes équines sont dues à un microsporum, que l'auteur décrit dans la première partie de son travail.

C'est ce champignon qui cause l'herpès contagieux des poulains. Pour la première fois M. Bodin a observé l'inoculation de l'herpès contagieux des poulains à la peau glabre de l'homme adulte sous la forme d'une lésion circinée érythémateuse, superficielle et d'évolution lente.

Il étudie les cultures et les caractères botaniques de ce parasite, et considère le microsporum du cheval comme distinct, mais voisin du microsporum Audouini de l'enfant.

La deuxième partie du travail de M. Bodin est consacrée aux trichophyties vraies du cheval qui sont de 4 espèces; deux avaient déjà été signalées par Sabouraud : les deux espèces nouvelles ont été trouvées par M. Bodin au cours d'épidémies équines s'accompagnant d'inoculations humaines.

Au cours de cette longue étude certains points sont mis en relief d'une façon toute spéciale, nous en signalerons quelques-uns :

C'est d'abord la réfutation définitive de l'opinion de Viral qui soutenait l'unité trichophytique et pensait que les espèces trichophytiques n'étaient dues qu'au pléomorphisme d'un trichophyton.

Puis c'est la démonstration définitive par les inoculations expérimentales du rôle pyogène des trichophytons d'origine équine, pouvoir pyogène déjà signalé par MM. Duclaux et Sabouraud.

C'est encore l'origine saprophytique des teignes, hypothèse extrêmement séduisante que MM. Sabouraud et Bodin soutiennent depuis plusieurs années. Enfin M. Bodin fait l'étude mycologique des parasites et divise les trichophytons du cheval en deux classes botaniques bien distinctes : 1° les *trichophytons ordinaires*, caractérisés par la fructification conidienne en grappe, et 2° les trichophytons qui ne donnent jamais de fructification en grappe et se rapprochent au point de vue botanique des favus; l'auteur les appelle *trichophytons faviformes*. Il insiste sur l'importance de ce groupe mycologique nouveau qui nous démontre l'existence de termes mycologiques de passage entre les trichophytons et les favus et qui fait pressentir qu'au point de vue clinique il existe également des formes de transition entre ces deux mycoses : trichophyties et favus.

Dans sa thèse, M. Frey rappelle que la rétention à l'intérieur de la cavité utérine de débris placentaires ou membraneux est susceptible de provoquer des accidents immédiats et tardifs, qui ne sont pas seulement d'origine septique. Ils peuvent être également dus au défaut d'involution utérine (hémorrhagies, fausses métrites, troubles de statique, prolapsus) ou à la prolifération des débris retenus qui sont le point de départ de formations néoplasiques, tantôt bénignes, tantôt malignes. Les accidents infectieux ou hémorrhagiques aigus ou suraigus, qui menacent d'une façon immédiate la vie de la mère doivent être traités au plus vite par le curettage et les irrigations antiseptiques. Telle est l'opinion de l'auteur toutes les fois qu'il y a rétention simple; le même traitement doit être appliqué à titre prophylactique. Le curettage doit être précoce (*après les 48 premières heures*) avec les réserves de M. le professeur Pinard ; mais le fait d'éviter la fièvre par les irrigations antiseptiques ne suffit pas pour garantir les femmes de tous les accidents des suites de couches.

Les causes vraiment efficientes des abcès du sein sont les agents microbiens et, le plus souvent, la stase laiteuse, comme le dit dans sa thèse M. G. Mendailles. La diminution rapide et sans cause connue du poids de l'enfant est un signe précieux pour dépister la galactophorite commençante. Le diagnostic de la galactophoro-mastite et du phlegmon du sein dans les « cas limites » ne peut pas se faire d'une façon certaine. L'abcès classique est d'origine canaliculaire. Les lésions sont d'abord systématiques, portant en premier lieu sur les épithéliums, principalement sur l'épithélium sécréteur. Les lésions sont plus tard diffuses; intéressant le tissu conjonctif interlobaire et pouvant envahir un ou plusieurs lobes.

Le traitement prophylactique et le traitement de Chassaignac-Budin font diminuer considérablement le nombre des phlegmons du sein. Le flambage permet d'obtenir une guérison sûre et relativement rapide des abcès du sein.

La ligne d'incision dans le pli sous-mammaire rend la cicatrice peu visible. La question d'esthétique est ainsi résolue, et la glande mammaire, après ce traitement, fonctionne fort bien dans les allaitements postérieurs.

Sous le nom d'hémiplégies puerpérales M. Lafon n'entend que les hémiplégies survenant après l'accouchement et provoquées par l'état puerpéral. L'hémiplégie puerpérale est un accident rare qui reconnaît des causes diverses : hémorrhagie cérébrale, congestion, anémie, thrombose, embolie, œdèmes, abcès métastatiques du cerveau. Les symptômes variables avec la cause qui a produit la paralysie ne présentent pas de caractères propres à l'hémiplégie puerpérale. Le trop petit nombre d'observations connues ne permet pas d'établir des conclusions rigoureuses au point de vue de la fréquence de ces hémiplégies suivant l'âge, le nombre des grossesses, etc. Mais le pronostic en est sévère, et on doit instituer un traitement en rapport avec la cause de la paralysie.

Les absences congénitales du vagin sont totales ou partielles coïncidant avec un défaut dans l'évolution de l'utérus, ou un appareil génital profond bien développé. Au point de vue symptomatique, il faut distinguer, d'après Mlle Dumitrescu, trois catégories de faits : ceux dans lesquels l'absence du vagin se complique d'accidents de rétention menstruelle et de l'apparition d'une poche sanguine, hématocolpos, hématomètre, hématosalpingite; ceux dans lesquels le vice de conformation ne s'accompagne que de phénomènes de molimen menstruel, sans coexistence d'une poche sanguine; enfin ceux dans lesquels l'anomalie vaginale ne constitue qu'une difformité et une infirmité sexuelle et ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels sérieux.

La création d'un vagin artificiel constitue, tantôt une intervention de nécessité, tantôt une opération de complaisance. Les procédés d'opération autoplastique, sont actuellement ceux auxquels on doit, dans la mesure du possible, donner la préférence; car ils mettent le mieux à l'abri des rétractions cicatricielles. Néanmoins, les résultats définitifs sont souvent très précaires.

Lorsqu'il existe un soupçon d'utérus, on devra conduire le travail d'approche jusqu'à ce qu'on soit arrivé à son contact; si l'on échoue, on peut, ainsi que l'a fait M. Gérard-Marchant, rechercher la matrice par la voie hypogastrique et essayer de la fixer à demeure au fond du néo-vagin.

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Delavalle (François). *Du choix du procédé opératoire dans la cataracte congénitale.*

Dans la cataracte congénitale, l'opération par l'extraction est, pour M. Delavalle, préférable à tout autre mode opératoire.

La discision produit souvent, si l'ouverture de la cristalloïde est assez grande, un gonflement considérable des masses cristalliniennes qui peut donner lieu à des accidents glaucomateux ou iridocyclitiques. Si l'ouverture n'est pas assez grande, il faut refaire plusieurs discisions pour faire résorber la presque totalité des couches restées. En tout cas, la capsule, doublée d'une certaine quantité de fibres opacifiées, constitue trop souvent des cataractes secondaires. La discision ne prévient pas complètement contre les accidents suppuratifs.

L'aspiration donne de meilleurs résultats, mais ne s'applique qu'à un certain nombre de cas bien déterminés. Sachant que la cataracte congénitale peut contenir un noyau dur, il vaut mieux faire d'emblée l'extraction, soit l'extraction simple de Travers, soit l'opération à grand lambeau avec ou sans iridectomie. Chez les jeunes sujets, on devra le plus souvent donner du chloroforme. Les résultats parus sont excellents.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Leucocytose et alcalescence du sang (Ueber Leukocytose und Blutalkalescenz), par Caro (*Zeitschr. f. klin. Medic.*. 1896, vol. XXX, p. 339). — L'auteur a fait ses recherches sur une vingtaine de malades, chez lesquels il provoquait une leucocytose par l'injection sous-cutanée de spermine ou de pilocarpine, ou de tuberculine, et dont il examinait ensuite l'alcalescence du sang par le procédé de Lœwy.

Ces recherches lui ont montré : 1° que l'injection de spermine, de pilocarpine ou de tuberculine provoquait ordinairement une augmentation très passagère, suivie d'une diminution de l'alcalescence du sang; 2° que cette augmentation et cette diminution étaient d'une si courte durée qu'elles ne pouvaient avoir aucun effet thérapeutique; 3° que, chez l'homme du moins, il n'existait aucun rapport fixe entre l'alcalescence du sang et le nombre de leucocytes.

Diabète conjugal (Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten), par Oppler et Kulz (*Berlin. klin. Wochenschr.*, nos 26 et 27). — Les auteurs ont réuni dans leur travail 67 cas de diabète conjugal dont 10 personnels; dans leur 10 cas ils ont établi très soigneusement les antécédents de chacun des époux diabétiques afin de montrer que l'apparition du diabète chez le conjoint s'explique parfaitement par ce que nous savons sur l'étiologie générale du diabète sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse de la contagion mutuelle.

D'un autre côté, en comparant le nombre de cas de diabète conjugal à celui des diabétiques observés par certains auteurs qui ont donné des statistiques, ils ont établi que le diabète conjugal ne s'observe que dans 1,08 p. 100 des cas de diabète. Si l'on considère le nombre d'observations de diabète simple qui ne sont pas publiées, on arrive à conclure que le diabète conjugal est exceptionnel et qu'il peut fort bien s'agir dans ces cas d'une simple coïncidence.

Acidité de l'urine à l'état normal (Ueber die Saureausfuhr in menschlichen Harn unter physiologischen Bedingungen), par Haussmann (*Zeitschr. f. klin. Medic.*, 1896, vol. XXX, p. 350). — Les recherches faites sur 3 individus bien portants qui se trouvaient dans les mêmes conditions physiologiques et hygiéniques, ont montré que, pendant le jour, l'acidité absolue de l'urine est la plus élevée au matin, baisse dans l'après-midi et se maintient à une hauteur moyenne pendant la nuit.

Le repas du midi diminue l'acidité de l'urine, pendant les 4 à 6 heures qui le suivent. Sous ce rapport, il n'existe aucune différence entre un repas composé de viande ou de légumes ou de viande et de légumes à la fois.

Une diurèse abondante diminue la valeur relative de l'acidité de l'urine, mais augmente indirectement la quantité des acides éliminés. Une diurèse peu élevée a, au contraire, pour résultat, la rétention des acides dans l'organisme.

Les bains chauds à la température de 30 à 32° paraissent diminuer l'élimination des acides, contrairement au travail musculaire qui augmente la diurèse et la quantité des acides de l'urine. L'administration de jus de citron n'exerce aucune influence appréciable sur l'acidité de l'urine.

Le pneumocoque de Fränkel (Studien über den Diplococcus Pneumoniae), par Lévy et Steinmetz (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, 1896, vol. XXXVII, p. 89). — Les auteurs ont constaté qu'il existe des variétés nombreuses du diplocoque lancéolé, mais que les différences ne sont pas assez tranchées pour permettre la création d'autant d'espèces.

Pour ce qui est du développement du pneumocoque sur culture, ils ont constaté que ce développement se fait le mieux sur des milieux riches en substances albuminoïdes, qui conservent, malgré l'addition de ces substances, le degré d'alcalescence nécessaire. Mais, même en l'absence de substances albuminoïdes, le pneumocoque se développe, à la condition de le mettre à l'abri de l'air. On peut en conclure que c'est sous l'influence de l'air que le pneumocoque périt si vite dans les cultures aérobies. Les milieux liquides sur lesquels le pneumocoque s'est développé seulement pendant 24 heures deviennent impropres à une nouvelle culture.

Parmi les variétés du pneumocoque, les auteurs attirent l'attention sur une espèce qu'ils ont autrefois trouvée dans un cas d'otite et qu'ils ont retrouvée dans les crachats de 5 pneumoniques entrés à l'hôpital de Strasbourg pendant l'hiver de 1893-1894. Ce pneumocoque poussait sur gélatine, à une température de 16-18 degrés, le long de la piqûre, plus abondamment en profondeur qu'à la surface; il était relativement très virulent pour le lapin, et ne peptonisait pas la gélatine. D'un autre côté, la pneumonie n'avait pas chez ces malades les caractères typiques : les crachats étaient fluides, jaunes; l'affection durait 2, 3 et 4 semaines, la chute de la température ne s'était pas faite brusquement. Malgré tout cela, les auteurs ne pensent pas qu'il s'agisse là d'une nouvelle espèce invariable du pneumocoque. Les deux grandes espèces établies récemment par Foa, l'espèce toxique et l'espèce infectieuse leur paraissent fort problématiques, d'autant plus, qu'avec le même pneumocoque, ils ont obtenu, sur la même espèce animale, tantôt des phénomènes d'intoxication, tantôt des phénomènes d'infection.

La virulence du pneumocoque de Fraenkel varie avec sa provenance, et ceci explique pourquoi les résultats des recherches expérimentales varient tellement suivant les auteurs.

Mais les recherches expérimentales sur la formation des toxines dans les milieux de culture ont constamment donné aux auteurs des résultats négatifs. Les essais de vaccination contre le pneumocoque ont également échoué.

CHIRURGIE

Gangrène diabétique (Ueber diabetischen Brand), par Kœnig (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 25, p. 553). — L'auteur est d'avis de se borner au traitement anti-diabétique et à l'antisepsie sèche chez les diabétiques qui présentent des complications gangréneuses. Le plus souvent on arrive à limiter la gangrène par ces deux procédés. Mais il existe aussi des cas où malgré le régime rigoureux et le traitement local par l'antisepsie sèche, la gangrène fait des progrès, la fièvre persiste et le malade tombe dans le coma. Dans 2 cas de ce genre où il s'agissait d'une gangrène envahissante du pied, l'auteur n'a pas hésité à faire l'amputation aseptique de la cuisse, bien que les 2 malades présentassent de la fièvre et montrassent les signes prodromiques du coma. Les accidents se dissipèrent très rapidement et les 2 malades ont guéri dans d'excellentes conditions.

L'auteur considère donc l'amputation comme le seul moyen de salut, ou malgré le régime de l'antisepsie sèche, la gangrène progresse et les malades présentent une tendance au coma.

Strumite à diplocoques de Fränkel-Weichselbaum avec pneumonie métastatique secondaire (Ein Fall von acuter Strumitis durch Diplococcus, u.s.w.), par Heddaeus (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 21, p. 492). — Il s'agit dans l'observation que publie l'auteur d'un homme chez lequel il s'était développé depuis 2 ans un goître typique. La tumeur commença à augmenter de volume depuis 3 mois et devint en même temps douloureuse. Le médecin fit d'abord des applications de pommade puis dernièrement ponctionna la tumeur. La ponction, au lieu de soulager le malade, provoqua une augmentation des phénomènes inflammatoires.

A l'examen du malade on trouva un goître kystique à droite et un goître parenchymateux à gauche, tous les deux présentant des phénomènes d'inflammation. Il existait en outre une température de 39°, mais l'exploration de tous les organes resta négative. Le lendemain on pratiqua sous la cocaïne l'énucléation du goître kystique, et 24 heures après le malade présentait tous les signes d'une pneumonie franche de la base droite.

L'examen bactériologique du liquide hémorrhagique contenu dans le goître kystique montra la présence des diplocoques de Fränkel-Weichselbaum. Les mêmes diplocoques se trouvaient aussi dans les crachats.

D'après l'auteur il s'agissait là d'une pneumonie métastatique consécutive à une strumite à diplocoques. Le mode d'invasion du goître par les diplocoques reste indéterminé.

Traitement du pied bot congénital (Zur Heilung des angeborenen Klumpfusses), par Vulpius (*München. med Wochen-*

schrift, 1896, n° 21, p. 494). — L'auteur rapporte 10 observations, avec photographies, de pieds bots traités avec succès par le redressement modelé d'après le procédé de Lorenz. Après le redressement on met un appareil plâtré qui prend le pied et la jambe jusqu'au genou et qui est renforcé sous la plante du pied par des copeaux de bois. Au bout de quelques jours, le malade peut marcher avec son appareil et un soulier en cuir approprié.

Pendant la période post-opératoire on aura à fortifier les muscles de la jambe par le massage et l'électricité. L'appareil, qu'on change de temps en temps, peut être enlevé au bout de 2 à 3 mois.

GYNÉCOLOGIE

Injections intra-cervicales de glycérine comme moyen de provoquer l'accouchement (Glycérine zur Einleitung der Geburtsthätigkeit), par Kossmann (*Therapeut. Monatsheft*, 1896, n° 6, p. 312). — Les injections intra-utérines de glycérine, préconisées, il y a deux ans, par Pelzer comme moyen sûr et rapide de provoquer l'accouchement, ont été abandonnées très rapidement après qu'on a publié des cas où ces injections avaient provoqué des phénomènes d'intoxication grave, qui plusieurs fois se sont terminés par la mort. D'après l'auteur, les résultats funestes, qui ont fait abandonner la méthode, tenaient à la quantité par trop grande (60 à 80 gr.) de glycérine qu'on injectait, et, en second lieu, à ce que les injections étaient faites trop haut, c'est-à-dire entre les membranes et le corps même de l'utérus. Aussi, dans 2 cas où il existait l'indication de provoquer l'accouchement à huit mois, l'auteur n'a pas hésité à injecter dans le col 5 grammes de glycérine et de mettre un colpeurynter dans le vagin. Dans les deux cas l'effet des injections fut d'amener rapidement l'accouchement sans la moindre complication.

L'auteur conclut donc que :

1° L'injection de 5 centimètres cubes de glycérine dans la cavité cervicale suffit pour provoquer des contractions vigoureuses.

2° Cette quantité de glycérine ne comporte aucun danger de néphrite ou d'autres lésions.

3° Les injections intra-cervicales de glycérine exposent moins à l'infection que les injections entre les membranes et le corps de l'utérus et ces injections intra-cervicales doivent, pour la même raison, être préférées à la ponction des membranes, à l'introduction d'une sonde ou des tiges de laminaire, au placement d'un colpeurynter dans le vagin.

4° Le placement d'un colpeurynter après l'injection de glycérine.

5° Dans tous les cas, sauf peut-être l'éclampsie, où il existe l'indication de provoquer l'accouchement, on aura recours, en premier lieu, à l'injection intra-cervicale de 5 grammes de glycérine, suivie du placement d'un colpeurynter.

Sucre dans l'urine et le liquide amniotique (Traubenzucker im Harn und Fruchtwasser), par Rassa (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 25, p. 657). — Chez une primipare de 28 ans, à bassin rétréci, l'auteur constata la présence dans l'urine d'une petite quantité de sucre (0,46 p. 100). Ayant à faire l'accouchement avant terme nécessité par la conformation, l'auteur eut recours à la ponction de l'œuf : l'examen du liquide amniotique ainsi obtenu montra qu'il renfermait également du sucre (0,345).

L'enfant vint au monde mais succomba au bout de 32 heures à la faiblesse. La glycosurie de la mère, après avoir progressivement diminué, disparut au 6e jour.

Paralysie faciale chez un nouveau-né après un accouchement spontané (Fall von Facialisparesie bei einem Neugeborenen nach spontaner Geburt), par Knapp (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 27, p. 705). — La paralysie faciale du nouveau-né est fréquente après les applications de forceps. Dans le cas observé par l'auteur, l'accouchement, bien qu'il ait duré assez longtemps (26 heures) par le fait d'un léger rétrécissement du bassin, se termina spontanément. L'enfant vint pourtant au monde avec une paralysie faciale gauche totale se manifestant par du ptosis, l'aplatissement de la moitié gauche de la face, l'effacement du pli naso-labial, l'abaissement de la commissure des lèvres, etc. Tous ces phénomènes disparurent au bout de 48 heures.

Comme cause de la paralysie on pouvait incriminer une véritable usure de la peau, un sillon qui allait jusqu'à l'os et se trouvait sur le frontal gauche à 3 millimètres au-dessus de l'arcade sourcilière. Le sillon produit par compression exercée par le promontoire au moment du passage de la tête était entouré d'un œdème très accusé. La pression et l'œdème ont donc pu comprimer les branches du facial et créer ainsi une paralysie faciale périphérique.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Daturine.

Définition. — Alcaloïde extrait du *Datura stramonium*.

Solubilité. — La daturine est presque insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et le chloroforme. On n'a, à notre connaissance, préparé aucun sel de cet alcaloïde. Aussi, en raison de sa faible solubilité, s'adresse-t-on de préférence à l'*extrait aqueux de stramoine*, qui est soluble dans l'eau et contient environ 10 p. 100 de daturine.

Antidote. — Esérine (Amagat).

Propriétés thérapeutiques. — La daturine est antispasmodique, mydriatique, antisudorale. Elle est moins toxique que l'atropine, et pourrait, dans les cas de sueurs profuses, lui être heureusement substituée. Elle est, en outre, légèrement hypnotique.

A ces différents titres, elle a été employée avec des succès variés contre les névralgies, le tétanos céphalique, les tremblements divers, l'hyperidrose, l'emphysème pulmonaire (Lorent). Dans ce dernier cas, il vaut mieux utiliser la voie gastrique et s'adresser exclusivement à l'extrait de stramoine.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* de 1 à 3 centigrammes d'extrait aqueux de stramoine, de 2 à 5 milligrammes de daturine, par injection et par 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — L'extrait de stramoine en solution aqueuse, est peu douloureux localement. La daturine amène au contraire une très vive sensation de brûlure, en raison du véhicule employé.

b) *Eloignés.* — Environ 20 minutes après l'injection, sécheresse dans la gorge, légère accélération du pouls, dilatation de la pupille, tendance au sommeil. S'arrêter s'il y a des hallucinations ou du vertige.

L'élimination se fait très rapidement par les reins (Oulmont et Laurent).

FORMULES

Extrait aqueux de stramoine . . .	1 gr.
Eau distillée.	60 gr.

1/4 à 1 centimètre cube.

(Laurent et Oulmont, Lorent.)

Extrait aqueux de stramoine . . .	0 gr. 10
Eau distillée.	10 gr.

1 à 3 centimètres cubes.

(Malacrida.)

Daturine	0 gr. 05
Chloroforme.	3 gr.
Vaseline liquide	7 gr.

1/2 à 1 centimètre cube.

(Lorenz.)

G. Maurange.

Traitement des sueurs nocturnes des phthisiques.

D'après M. Joguet.

La liste des moyens employés pour tarir les sueurs des phthisiques est longue. Parmi les nombreux médicaments qui ont été conseillés, on peut citer l'acétate de plomb, l'atropine, l'agaric blanc, l'acide camphorique.

L'acétate de plomb a été prescrit contre les sueur profuses des phthisiques, à la dose de trois, trente et même soixante centigrammes. Cependant Trousseau et Pidoux ont vainement cherché à constater son efficacité. De plus, ce médicament a l'inconvénient de provoquer l'intoxication saturnine, pour peu que l'usage en soit prolongé. Gubler a vu le liseré saturnin se manifester au bord libre des gencives, une dizaine de jours seulement après le début du traitement interne par l'acétate de plomb. Hérard a rapporté un cas d'intoxication saturnine grave, survenue chez une femme qui n'avait pas pris au delà d'une dizaine de jours la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes de sel plombique. Legougeux a cité trois cas où des accidents graves, la mort même une fois ont suivi l'emploi thérapeutique de ce médicament.

L'atropine est d'un usage beaucoup plus général. Ce médicament est considéré par la plupart des auteurs comme le plus efficace. Il a été employé pour la première fois en France par Vulpian, contre les sueurs profuses de la phthisie, du rhumatisme, de la fièvre typhoïde. Certains individus présentent à l'action de l'atropine une sensibilité très grande et en particulier, les tuberculeux. Il n'est pas rare, en effet, de voir, chez eux, une dose de un milligramme provoquer des phénomènes délirants. De plus, si l'atropine suspend l'activité des glandes sudoripares, elle entraine aussi celle des glandes salivaires et bucco-pharyngiennes, d'où sécheresse et rougeur de la gorge. Pour qu'on peu veuille en prolonger l'emploi, les phénomènes s'accentuent, le goût s'altère, les aliments donnent dans la bouche une sensation de grattement, d'âcreté, et les malades perdent ainsi le peu d'appétit qui leur restait.

Un des agents les meilleurs, et les plus communément employés aussi, est l'agaric blanc. En effet, l'agaric, aux doses de 25 centigrammes à 1 gramme, fait souvent diminuer les sueurs des phthisiques, mais son action est inconstante et temporaire.

C'est aussi le reproche que nous ferons à l'acide camphorique. L'étude comparative, entre ce médicament et le tellurate de soude a été faite par Combemale (de Lille) qui a conclu à la supériorité du tellurate de soude.

C'est Neusser, à Vienne, qui, le premier, en 1890, a expérimenté l'action thérapeutique du tellurate. Cet auteur, après avoir constaté l'action bactéricide de ce médicament, a eu l'idée de rechercher quelle serait l'action du tellurate sur le bacille de Koch. C'est ainsi qu'il fit administrer à cinquante et un tuberculeux des doses de deux centigrammes de tellurate de potasse en pilules.

Il n'a constaté aucune influence sur l'évolution de la maladie, mais il put observer chez tous les malades soumis à ce traitement la suppression complète des sueurs nocturnes. Il suffit, d'après lui, d'une pilule de deux centigrammes en vingt-quatre heures; ce n'est que rarement et dans des cas rebelles qu'on est obligé de doubler la dose. Il n'est survenu, ajoute-t-il, de phénomènes secondaires fâcheu, que lorsque le tellurate avait été administré pendant plusieurs jour à la dose de six centigrammes par jour. Un inconvénient de la médication par le tellurate de potasse, c'est qu'après son administration la respiration du malade répand l'odeur de l'ail.

M. Joguet, qui a essayé le tellurate de soude chez une vingtaine de phthisiques, conseille d'administrer ce médicament de la façon suivante :

On commence toujours par administrer deux centigrammes de tellurate *pro die*. Cette dose a toujours été suffisante pour les cas de tuberculose au premier degré, ou dans tous les cas on obtient un résultat durable et complet, avec un traitement continué pendant trois jours.

Dans le cas de tuberculose au deuxième et au troisième degré, on a à combattre des sueurs tenaces et généralisées, et il est nécessaire d'augmenter les doses.

On essaye les prises de deux centigrammes, mais le résultat n'est que très médiocre, et forcément on est amené à porter la dose jusqu'à cinq centigrammes et dans la plupart des cas on obtient des succès durables et complets.

Cette dose de cinq centigrammes est très bien supportée par le malade et ne provoque aucun accident.

Chez un des malades, M. Joguet, voyant les sueurs revenir avec une ténacité désespérante, a porté la dose jusqu'à sept centigrammes. Cette dose a causé des troubles digestifs assez intenses, tels que diarrhée et coliques.

On ne doit donc pas dépasser la dose de cinq centigrammes ; et, pour obtenir un résultat persistant, il est nécessaire de continuer cette dose pendant trois jours, en moyenne.

Dans quatre cas le résultat a été médiocre; ces quatre cas ce sont terminés par la mort. L'inefficacité du médicament est donc d'un pronostic grave.

Comment prescrire le tellurate de soude?

M. Barié le donnait sous forme de pilules. On peut aussi l'administrer en potion, ce qui est facile à cause de la solubilité de ce sel dans l'eau et dans l'alcool. C'est sous cette forme, que M. Barth, médecin de l'hôpital Broussais, l'administre à ses malades. On peut forumler ainsi :

Tellurate de soude.	10 ou 20 centigr.
Alcool à 90° bon goût	50 gr.

Une cuillerée à café, matin et soir, dans de l'eau sucrée.

Le tellurate de soude, par son action certaine et prolongée contre les sueurs des phthisiques (16 succès sur 20 cas), doit être placé au premier rang des médicaments antisudorifiques.

Mais il présente un inconvénient, c'est l'odeur alliacée qu'il donne à l'haleine.

Cet inconvénient est du reste passager puisqu'il cesse dès que l'on supprime le médicament ; et nous avons vu qu'un traitement de trois jours a suffi dans la majorité des cas. En vérité, cet inconvénient est bien léger si on le met en parallèle avec l'immense bienfait qu'il produit aux malades, avec le repos et le sommeil qu'il leur procure. Cette odeur peut, il est vrai, être désagréable pour l'entourage, mais ce n'est pas une considération de ce genre qui doit faire rejeter l'emploi du tellurate de soude (1).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La variole à Marseille.

INCURIE DE L'ADMINISTRATION. — NÉCESSITÉ DE RÉFORMER D'URGENCE LE SERVICE SANITAIRE.

Le très remarquable rapport que M. Hervieux adresse chaque année à M. le Ministre de l'intérieur sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France présente cette année un intérêt tout spécial et mérite d'être signalé à l'attention publique.

Il serait très regrettable en effet que les faits qu'il relève et les mesures qu'il propose restassent ignorés jusqu'à la publication officielle du document qui les résume. Et puisque les habitudes, sinon le règlement de l'Académie ne permettent malheureusement pas de le faire paraître dans le *Bulletin*, il importe tout au moins que la presse médicale en fasse ressortir l'importance.

Il s'agit en effet de l'incurie coupable avec laquelle, au mépris des lois et des règlements relatifs à l'hygiène pu-

1. Joguet, De l'action du tellurate de soude contre les sueurs des phthisique, (thèse de Paris, 1896).

blique, l'administration municipale de Marseille laisse se développer dans cette ville des épidémies de variole de plus en plus meurtrières alors que, dans toutes les villes civilisées et particulièrement en Allemagne, où la vaccination est obligatoire, la variole a été pour ainsi dire supprimée.

Voici en effet quelques chiffres relevés dans l'un des tableaux annexés au rapport de M. Hervieux. Avant 1874, la mortalité par variole sur 100 000 habitants était à Berlin de 632,5 (en 1871); de 138,6 (en 1872). Elle est tombée en 1874 à 2,4 et depuis 1885 elle varie entre 0,07 chiffre minimum et 0,4 chiffre maximum. A Breslau elle tombe de 356,7 (en 1871) et 282,5 (en 1872), à 0 pendant un grand nombre d'années et 0,6 en 1887, 0,3 en 1892. Mêmes résultats approximatifs à Hambourg, Munich, Dresde. Donc, en Allemagne, l'application de la loi sur la vaccination et la revaccination obligatoires a supprimé la variole.

En France où, depuis 30 ans, tous les médecins qu'intéresse la question de la mortalité variolique ont vainement réclamé une loi analogue, avec une constance et une énergie qui ne se sont jamais démenties, la mortalité variolique a pu cependant être diminuée notablement partout où les administrations municipales se sont montrées soucieuses des intérêts qui leur sont confiés.

Dès l'année dernière, dans un rapport dont les conclusions n'ont pu, malgré leur évidence, provoquer l'intervention de M. le Ministre de l'intérieur, M. Hervieux avait montré qu'une épidémie, née à Paris à la fin de 1892, avait été jugulée par les mesures prises, tandis que la même épidémie, loin de s'éteindre, n'avait fait que progresser à Marseille. Dans le premier semestre de 1894 on y comptait 52 victimes; on en enregistra 115 dans le second. A Paris on prit les mesures les plus énergiques. — il n'est que juste de rappeler à ce propos ce que put réaliser à cet égard notre ami le Dr A.-J. Martin — et le nombre des décès, qui avait été de 155 dans le premier semestre 1894, ne fut plus que de 11 dans le second, de 16 dans toute l'année 1895 et de 2 ou 3 dans le premier semestre 1896. A Marseille on ne fit rien et l'on compte dès lors 738 décès, au lieu de 16 à Paris, dans l'année 1895 et 358 dans le premier *trimestre* de 1896.

Comment se fait-il, dit à ce propos M. Hervieux, que depuis deux ans Paris jouisse d'une immunité presque complète à l'endroit de la variole, tandis que Marseille reste toujours en proie à toutes les rigueurs du fléau? C'est qu'à Paris, dès les premières atteintes de l'épidémie, les vaccinations gratuites organisées sur une vaste échelle dans les mairies, les hôpitaux, à l'Académie, à domicile, ont opposé une résistance énergique aux envahissements du mal, tandis qu'à Marseille cette précieuse ressource a été quelque peu négligée.

En vain soutiendra-t-on qu'à Marseille existe une population ouvrière composée en grande partie d'émigrants italiens qui vivent entassés dans des taudis infects et qui opposent une grande résistance à se soumettre aux lois de l'hygiène. Ces conditions défavorables se rencontrent à Paris et dans toutes les grandes villes. Ce que nous avons dit plus haut des villes allemandes démontre cependant qu'on y arrive à juguler la variole.

Ce que Paris a fait, ajoute M. Hervieux, Marseille peut le faire et Marseille le fera en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par les lois existantes. Exceptionnellement armée du droit de se défendre contre une épidémie violente, elle imposera à sa population le bénéfice d'une obligation vaccinale temporaire. Elle multipliera, s'il y a lieu, les services de vaccination gratuites Elle confiera aux médecins inspecteurs le soin de pénétrer dans les écoles tant privées que publiques et d'y pratiquer les opérations vaccinales nécessaires. Elle exigera la revaccination des élèves des lycées, des beaux-arts, des conservatoires, etc., du personnel des administrations, des ouvriers appartenant aux manufactures de l'Etat et aux compagnies de navigation, en un mot de toutes les collectivités. Elle imposera aux médecins la déclaration des cas de variole qu'ils sont appelés à soigner et aux habitants la désinfection des locaux occupés par les varioleux, ainsi que des objets mobiliers et des vêtements qui ont servi à ces derniers. Elle devra enfin, pour obtenir cette désinfection, organiser un service municipal d'assainissement et installer des étuves en nombre proportionné au chiffre de la population. L'obligation appliquée dans ces conditions est souveraine. L'expérience l'a montré.

Voici ce qu'il eût fallu faire depuis longtemps. Si l'on songe que depuis 1872, c'est-à-dire en 23 ans, Marseille a perdu 8 430 de ses habitants par suite de variole, on ne saurait stigmatiser trop sévèrement l'incurie de ses administrateurs.

En présence d'un obituaire aussi effrayant, dit encore M. Hervieux, n'est-il pas permis de se demander où s'arrêtera cette lugubre liste des victimes de la variole, si les pouvoirs publics n'interviennent pas pour faire cesser un état de choses aussi navrant. Remarquez, Monsieur le Ministre, qu'il ne s'agit pas ici d'une épidémie imprévue, éclatant sous l'empire d'une cause fortuite, au milieu d'un état sanitaire excellent. Il s'agit d'une endémie des plus graves régnant depuis un temps indéterminé dans une ville maintes fois éprouvée par les fléaux les plus redoutables tels que la peste et le choléra.

A l'époque où l'on ne connaissait ni la vaccine animale, ni la puissance des revaccinations, ni les moyens d'assainissement, ni les procédés de désinfection, l'édilité marseillaise pouvait se croire désarmée en présence des épidémies varioliques qui se succédaient dans son enceinte avec une si lamentable persistance, mais elle sait aujourd'hui qu'elle peut compter absolument sur l'efficacité de ces mesures préventives et nous ne voulons pas douter que dores et déjà elle s'empresse d'y recourir.

Dans le cas inadmissible où ces mesures seraient négligées, la permanence du fléau variolique à Marseille deviendrait une menace pour le reste du pays. L'importance commerciale de cette ville, ses relations avec les autres parties de la France, la facilité des communications constituent autant de causes favorables à la transmission du principe infectieux. L'Etat ne peut donc se désintéresser d'une situation qui tendrait à s'éterniser si le remède par excellence n'y était pas appliqué. Mais alors ce n'est plus de l'obligation temporaire qu'il s'agirait, mais bien de l'obligation légale, permanente, telle qu'elle se pratique depuis 1874 dans l'Empire allemand.

Nous avons dit plus haut ce qu'a produit en Allemagne la loi sur les vaccinations et revaccinations obligatoires et nous souhaitons vivement que l'exemple de Marseille motive de nouvelles instances devant le Parlement français. Mais, en attendant qu'une loi nouvelle soit promulguée, il importe que l'opinion publique, à Marseille surtout, réveille de sa coupable apathie une administration à la tête de laquelle se trouve placé un médecin. Si les intérêts de la santé et de la moralité publiques ne peuvent la toucher, qu'on fasse valoir près d'elles les intérêts commerciaux de la ville de Marseille. Le jour où l'on connaîtra son état sanitaire, on fermera les portes de l'étranger à ses vaisseaux suspects de variole.

Il n'est donc que temps d'aviser. Que M. le Dr Flaissières, maire de Marseille, se fasse envoyer une copie du rapport officiel de l'Académie de médecine, et qu'il agisse au plus tôt!

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Paralysie temporaire des membres supérieurs et inférieurs au cours d'un embarras gastrique fébrile,

Par M. ROUX,

Médecin aide-major au 7° Bataillon de chasseurs.

Nous avons eu l'occasion d'observer, vers la fin du mois de mars, un homme du 7° Bataillon de chasseurs à pied, qui présenta, au cours d'un embarras gastrique qui paraissait sans gravité, des phénomènes paralytiques remarquables par la brusquerie et la soudaineté de leur début, leur mode de distribution, tout autant que par la disparition rapide de ces mêmes accidents. La rareté de cas analogues et les considérations pathogéniques intéressantes que pouvait soulever cette observation nous ont engagé à la relater. En voici le résumé :

S..., 22 ans. Aucune tare héréditaire. Pas d'alcoolisme pas de syphilis, ni de stigmates hystériques. Aucune maladie antérieure. Dès le 20 mars 1896, symptômes d'embarras gastrique : cet homme exécute cependant son service jusqu'au 27 mars : à cette date, il se présente à l'examen du médecin : il se plaint de lassitude générale, avec insomnie, céphalée, anorexie : la langue est saburrale : pas de diarrhée. Rien aux autres appareils. La température est de 37° 7. On porte le diagnostic d'embarras gastrique et on exempte le malade de tout service, en lui disant de revenir à la visite.

Le lendemain S... ne se présente pas au médecin et reprend son service : mais, dans la soirée du 29 mars, il éprouve une telle lassitude qu'il est contraint de garder le lit : céphalée, insomnie, douleurs au niveau des reins, s'irradiant en ceinture jusqu'à l'abdomen. Dans la nuit, vers 4 heures du matin (30 mars), brusquement, sensation de froid dans les membres supérieurs et inférieurs, avec crampes et fourmillements. Bientôt il ne sent plus ses bras et ses jambes, qui sont comme « morts », pour employer sa propre expression. Il constate en même temps qu'il ne peut plus les mouvoir.

A la visite du matin, M. le médecin major Cardot le trouve dans l'état suivant : décubitus horizontal ; faciès vultueux : T. 39°. L'abattement est très accusé : il existe de la somnolence, plutôt que de l'obnubilation intellectuelle, car le malade répond bien aux questions qui lui sont posées à haute voix : mais il a de la dysarthrie, à un degré assez accusé. En dehors de ce symptôme, on ne constate, à la face, qu'un léger tremblement de la langue, sans déviation.

Paralysie complète de 4 membres : les inférieurs à peine contracturés, les supérieurs en flaccidité complète. Réflexes rotuliens diminués. Intégrité des sphincters. Diminution générale de la sensibilité à la douleur.

Symptômes d'embarras gastrique, du côté de l'appareil digestif. Rien aux autres appareils.

Le 31 mars, nous procédons à un nouvel examen.

L'état général s'est un peu amélioré : sueurs abondantes à la face et sur le tronc,

T. 38° hier soir ; 38°4 ce matin.

SYSTÈME NERVEUX. — Le malade est moins abattu : légère céphalée : insomnie.

Système moteur. A la face, rien de spécial ; les mots sont articulés nettement, sans hésitation ; pas de déviation de la bouche, ni de la langue : rien aux paupières et à l'iris. Les muscles du cou ne sont nullement paralysés, pas plus que les muscles respiratoires et ceux de l'abdomen. Intégrité des sphincters. Les membres supérieurs exécutent de faibles mouvements d'abduction : mais le malade ne peut les relever au-dessus du plan du lit : si on relève un bras pendant un instant, pour l'abandonner ensuite à lui-même, il tombe en état de flaccidité complète. Dans les membres inférieurs, légers mouvements de flexion ; le malade ne peut se tenir debout : ses jambes lui refusent tout service. Les réflexes rotuliens sont légèrement diminués.

Sensibilité. Rien du côté des organes des sens. Légère anesthésie sans analgésie, au niveau des membres paralysés. Pas d'autres troubles sensitifs.

Troubles trophiques. Le tégument des membres paralysés est pâle : il n'est le siège d'aucune sécrétion sudorale et donne à la main une sensation de froid marquée.

APPAREIL DIGESTIF. — Anorexie ; constipation. Langue saburrale. Rien au foie et à la rate. Les autres appareils n'offrent rien de particulier : l'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Sans relater le reste de l'observation, nous dirons que l'état de notre malade alla s'améliorant chaque jour davantage. Le 2 mars, apyrexie complète ; le 8 mars, les mouvements des membres étaient complètement récupérés ; des mensurations, pratiquées sur les membres atteints, au début et à la fin de la maladie, ne révélaient aucune atrophie appréciable.

Nous voilà donc en présence d'une paralysie flasque des membres supérieurs et inférieurs, sans troubles sensitifs bien marqués : ce qui nous permet de rapporter à une lésion des cornes antérieures les troubles paralytiques. Ce diagnostic anatomique une fois établi, reste à savoir si le cas que nous avons observé peut s'accommoder d'une forme déjà décrite en pathologie nerveuse et quelle en a été la cause déterminante.

Sans vouloir établir un diagnostic absolu, nous som-

mes frappé des nombreuses analogies que présente cette observation avec la maladie décrite par Duchenne sous le nom de « paralysie spinale aiguë de l'adulte. » Début brusque, avec fièvre élevée; céphalalgie, somnolence, douleurs dans les lombes, paralysie flasque et massive, portant surtout sur les membres et survenant rapidement; intégrité des sphincters : tels sont les symptômes que l'on observe dans l'affection décrite par Duchenne : ils sont absolument identiques à ceux que nous avons observés. Il est vrai que, dans la paralysie spinale, ces troubles moteurs du début, après une période de régression, finissent par se localiser dans un membre ou un segment de membre voué à l'atrophie et à l'impotence : notre malade n'aurait donc parcouru que la première étape de la maladie, fait qui n'a rien d'extraordinaire, dans la paralysie infantile, en effet, dont les observations sont plus nombreuses et plus variées que celles de la paralysie spinale, on a observé des formes abortives, désignées du nom de « paralysies transitoires » (Kennedy) disparaissant rapidement et laissant après elles une guérison complète.

Quant à la pathogénie de cette paralysie, il nous paraît qu'on peut en trouver la raison dans l'embarras gastrique) au cours duquel elle est survenue : la production de cet épisode aigu a été favorisée par les fatigues que s'est imposées le malade : cet homme, en effet, qui, pour des raisons particulières, ne tenait pas être hospitalisé, ne s'est présenté au médecin que 10 jours après le début de sa maladie.

Telles sont les considérations que la clinique nous permet d'établir. Pour ce qui est de savoir quels sont les agents infectieux producteurs de l'embarras gastrique et sa cause immédiate, par conséquent, des accidents observés, nous ne pouvons que soupçonner leur identité : ce serait le bacille d'Eberth, pour ceux qui considèrent l'embarras gastrique comme une forme atténuée de la fièvre typhoïde. D'autres mettent en cause divers agents infectieux et, en particulier, le coli-bacillle, hôte habituel de notre tube digestif.

Quoiqu'il en soit et quel qu'ait été l'agent infectieux, ne retenant que le fait d'une infection d'origine gastro-intestinale, nous pouvons expliquer notre observation, à la lumière des données expérimentales. Depuis les expériences de Charrin, sur le bacille pyocyanique, bientôt suivies de celles de Roux et Yersin sur la diphthérie, nous savons que les agents infectieux produisent volontiers des paralysies : le bacille d'Eberth et le coli-bacille (Gilbert) ont pour le névraxe une attraction particulière. D'autre part, comme le disait M. le professeur Vaillard (Congrès de médecine), l'expérimentation montre que les lésions produites par les agents infectieux se concentrent d'une manière prépondérante et toute particulière sur les grandes cellules des cornes antérieures ; à l'autopsie, les lésions sont surtout marquées au niveau des renflements cervicaux et lombaires. Ces constatations cadrent bien avec notre observation, où les troubles moteurs étaient prépondérants et localisés exclusivement aux membres.

Atteintes par les toxines, il semble bien que les cellules motrices aient été paralysées, si l'on peut dire, intoxiquées : d'où suspension de leurs fonctions. Mais cette action toxique, comparable à celle qui produit les paralysies diphthéritiques, a été tout éphémère et n'a pas abouti à des lésions irrémédiables.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, maintenant que la question des infections médullaires est à l'ordre du jour : d'autant que nous avons pu rattacher les troubles paralytiques à une infection préétablie, alors qu'une observation insuffisante aurait pu nous faire croire à la genèse de localisations médullaires ayant débuté avec toutes les apparences de la spontanéité.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

DISCUSSION

1re Question : *Applications des sérums sanguins au traitement des maladies.*

Rapporteurs : MM. G.-H. Roger (1), Haushalter (2).

Sérothérapie antistaphylococcique.

M. Capman (de Montpellier) a immunisé des chiens par injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de cultures filtrées de staphylocoques. Il a constaté que le sérum de ces chiens possède des propriétés antimicrobiennes et antitoxiques; mais il importe d'attendre, pour recueillir le sérum, 15 jours à 3 semaines après le retour de la température à la normale, sinon l'on s'expose à recueillir un sérum toxique.

Il faut, pour prévenir l'infection, une dose bien moindre que pour la guérir. La toxine est plus facilement annihilée que les virus vivants. L'infection sanguine d'emblée nécessite des doses plus massives que les lésions locales. Enfin la dose varie avec la virulence du microbe employé, et avec la race, l'âge et l'état de santé antérieure des animaux.

M. Denys (de Louvain). — Le staphylocoque sécrète un poison pour les leucocytes (leucocidine); en effet le sérum des animaux inoculés, dilué dans 500 fois son poids de sérum normal du lapin, tue rapidement les leucocytes sous le microscope. Le sérum des lapins vaccinés renferme une substance contraire (antileucocidine) qui, en quantité minime, neutralise la précédente.

Sérothérapie antidiphthérique à Marseille.

M. d'Astros (de Marseille) communique les résultats de ses recherches sur la diphthérie du 1er janvier 1895 au 1er juillet 1896. Il a pratiqué 1064 examens bactériologiques, et observé 668 cas de diphthérie, savoir :

Diphthérie pure	. . . .	399
—	associée au streptocoque . . .	89
—	— au staphylocoque. . .	61
—	— à un coccus.	106
—	— à divers bacilles . . .	13

La mortalité globale des cas de diphthérie traités par le sérum est de 17,7 p. 100.

En 1895, la mortalité brute avait été dans les angines sans croup de 13,8 p. 100 et dans les croups de 36,8 p. 100. Élimination faite des cas de mort avant 24 heures, elle avait été de 11,4 p. 100 et 28,7 p. 100.

Sérothérapie du cancer.

M. L. Dubois, en inoculant aux animaux des fragments broyés de cancer humain, a obtenu plusieurs fois la production de tumeurs. Avec le sérum des animaux, il a fait quelques tentatives de sérothérapie chez l'homme. Dans 2 cas, l'injection quotidienne de 2 à 3 centim. cubes au voisinage de la tumeur a été suivie de la transformation fibreuse d'un cancer du sein non ulcéré et d'un épithélioma du front. Dans un 3e cas, il n'y

1. Voir *Gazette*, p. 757 et 770.
2. Voir *Gazette*, p. 751. 781 et 784.

eut qu'un simple arrêt dans la marche du néoplasme : il s'agissait d'un épithélioma de récidive, très ulcéré et fongueux, siégeant à la lèvre.

Sérothérapie de la variole.

M. Béclère résume les 19 observations qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris et de Marseille sur la sérothérapie de la variole. La quantité totale de sérum de génisse vaccinée qu'il a injectée sous la peau a été ordinairement d'un litre à un litre 1/2 chez l'adulte (et jusqu'à 1 600 centim. cubes), de 1/8 à 1/2 litre chez l'enfant. Aux adultes, il est difficile d'injecter plus du 50e de leur poids, mais un enfant de 3 mois 1/2 a reçu le 25e de son poids, et deux autres, de 21 mois et de 26 jours, ont reçu le 20e de leur poids de sérum.

Le sérum de génisse semble mieux supporté par l'organisme humain que le sérum de cheval, car ces injections considérables n'ont provoqué d'autres accidents que des exanthèmes morbilliformes, survenant sans fièvre, 6 à 10 jours après l'injection et accompagnés parfois de quelques élevures d'urticaire.

M. Béclère attend pour se prononcer sur l'action de ce sérum sur l'évolution de la variole un plus grand nombre d'observations.

Sérothérapie dans les maladies mentales

MM. Mairet et **Vires** (de Montpellier) ont fait des tentatives de sérothérapie chez deux aliénés; le résultat a été négatif dans un cas et positif dans un autre. Ils concluent : 1° que le sérum sanguin d'un maniaque injecté à un maniaque en pleine excitation est inoffensif soit localement, soit au point de vue de la nutrition générale; 2° que les effets hypnogènes de ce sérum sont très nets et très profonds.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Virulence du bacille tuberculeux.

M. L. Dubois distingue deux sortes de virulence : 1° une virulence expérimentale, artificielle, à forme toxique, où les sécrétions bactériennes possèdent une toxicité intense ; l'animal inoculé meurt alors sans lésions; 2° une virulence clinique, à forme proliférative, où le pouvoir de reproduction du bacille atteint son maximum : l'animal meurt alors avec des lésions généralisées. Il a vu mourir des cobayes 11 et 7 jours après l'inoculation, avec des granulations tuberculeuses généralisées. Cette virulence est due à une modification de l'organisme qui en fait un terrain favorable à la pullulation du bacille.

Vaccine et lèpre.

MM. Auché et **Carrière** (de Bordeaux). — La contagion de la lèpre par la vaccination est niée par certains auteurs (Rake), admise par d'autres (Swift, Tabb, Baum). Nous avons revacciné un sujet lépreux au niveau d'une région saine et au niveau d'un lépromé anesthésique, et nous avons constaté que la vaccine ne modifie pas l'évolution de la lèpre, ni la lèpre celle de la vaccine. Sur la région malade, la vésico-pustule vaccinale renfermait des bacilles lépreux. On en trouvait également dans la vésico-pustule de la région saine. Ces constatations démontrent qu'il serait dangereux de prendre du vaccin chez un lépreux, même sur une région saine en apparence.

Microbes du vaccin.

MM. Boureau et **Chaumier**. — On a dit que le vaccin perd peu à peu les microbes cultivables qu'il contient, lorsqu'on le conserve pendant 2 ou 3 mois. Mais ces microbes ne disparaissent que lorsque le vaccin a perdu sa virulence.

Ils ont obtenu par l'ensemencement du vaccin de nombreux microbes (*B. subtilis, B. luteus, B. termo, Micrococcus flavus, Proteus vulgaris, Cladothrix*, bacille fluorescent, divers bacilles indéterminés) et des staphylocoques (*albus, aureus, cereus*). Ces staphylocoques paraissent constituer une partie utile du vaccin, et notamment le *cereus albus*. Si l'on râcle la surface d'une culture de ce dernier microbe sur gélose, on constate que la gélose n'est plus apte au développement d'une nouvelle culture, mais qu'elle permet le développement des autres microbes du vaccin.

En expérimentant sur des génisses, ces auteurs ont vu que le *staphylococcus cereus albus* ne donne pas, lorsqu'il est inoculé seul, de pustules vaccinales. Mais si du vaccin a été inoculé parallèlement sur une autre partie du corps de l'animal, des pustules efficaces se développent au point d'inoculation du staphylocoque. Ce dernier microbe, s'il n'est pas le microbe spécifique du vaccin, serait donc un microbe d'appel, favorisant le développement de pustules surnuméraires.

M. Saint-Yves Ménard rappelle qu'il a indiqué avec M. Chambon que la pulpe vaccinale glycérinée, conservée en tubes scellés, perd peu à peu ses microbes cultivables, tout en gardant sa virulence vaccinale. Au bout de 6 semaines ou 2 mois, cette pulpe n'est pas complètement aseptique, mais donne de bonnes éruptions vaccinales. Pour qu'elle soit tout à fait aseptique, il faut quelquefois plus d'une année, mais les propriétés vaccinales n'en persistent pas moins. Il ne croit donc pas que les parasites associés du vaccin interviennent dans sa virulence thérapeutique.

Infection et symétrie.

M. Charrin. — On a remarqué depuis longtemps que les lésions infectieuses se distribuaient souvent d'une façon symétrique. Il m'a paru intéressant, à une époque où les questions de pathogénie sont à l'ordre du jour, de chercher à élucider, dans la mesure du possible, le mécanisme de ces lésions bilatérales.

Les mécanismes sont multiples suivant les cas.

Les néphrites infectieuses sont symétriques parce que la fonction d'élimination appelle dans le rein et les microbes et surtout les toxines, éléments générateurs de ces néphrites. Or, cette fonction existe aussi bien à droite qu'à gauche, c'est la symétrie de la fonction qui fait la symétrie de la lésion; il en est de même pour les capsules surrénales.

Le mécanisme est parfois plus complexe, moins banal.

Certains virus ne produisent pas d'infarctus microbiens à droite, dans un rein, sans en produire dans l'autre rein. Cela tient à ce que, pour oblitérer les capillaires, le microbe, l'agent obstructeur variant peu de volume, il faut que la lumière à oblitérer se rétrécisse.

C'est précisément ce que font là certaines toxines, d'après M. Bouchard. Or, elles agissent en impressionnant les centres, comme je l'ai vu avec Gley; elles paralysent ces centres dilatateurs; partant, cette influence se produit nécessairement des deux côtés.

Cette action sur les centres peut modifier deux régions homologues, deux bras, deux cuisses; elle peut provoquer la greffe homologue de l'infection sur deux zones modifiées de la même façon.

On retrouve encore ce mécanisme dans les faits suivants. Un œil, un rein malade agissent sur l'autre, grâce aux centres; ils modifient son état, sa circulation, comme la main droite baignée dans l'eau modifie la gauche. Un germe en circulation ira se fixer sur ces tissus modifiés; la symétrie se réalisera secondairement. L'expérience prouve ces données.

Il est aisé de démontrer cette action par des preuves en quelque sorte inverses. Chez les hémiplégiques, le vaccin évolue inégalement. Je coupe le sciatique et l'infection est asymétrique; si le névraxe est dépourvu de symétrie, l'infection cesse d'être symétrique.

Ainsi l'infection engendre la symétrie, mais, grâce au système nerveux, l'axiome clinique ancien, qui voit dans cette symétrie la preuve de l'action de ce système nerveux, reste debout.

Désinfection par le formol.

MM. Bosc et **Bataillé** ont étudié l'action désinfectante du formol et de sa toxicité. Ils concluent que :

1° Les vapeurs de formol, même à saturation, doivent être considérées comme un agent très sérieux de désinfection.

2° Le formol introduit dans les veines a une toxicité très considérable et entraîne des lésions graves, surtout du côté du sang et de l'appareil respiratoire.

3° Les vapeurs de formol, même à saturation, ne sont réellement nuisibles que lorsque leur action a été prolongée pendant un temps très long; dans la pratique de la désinfection, elles sont dépourvues de tout danger.

4° Les applications directes de formol, en solution même étendue, sur les tissus avivés sont dangereuses; elles produisent une inflammation et une nécrose rapide et étendue.

M. A. Brochet expose le principe d'un appareil destiné à produire la formaldéhyde gazeuse, en dissociant, sous l'influence d'un courant d'air chaud, soit les polymères solides de l'aldéhyde formique, soit la solution commerciale, et passe en revue les différents facteurs influant sur la désinfection : quantité, temps, humidité, température.

Lésions et bactériologie de l'étranglement intestinal.

MM. Bosc et **Blanc** (de Montpellier). — Nous avons étudié les *lésions de l'intestin étranglé ou engoué* sur des pièces fraîches prélevées chez l'homme, au moment de l'opération, et chez des animaux auxquels on avait fait des étranglements ou des volvulus.

Lésions macroscopiques. — La *coloration* varie du rouge vineux au brun noirâtre; sur ce fond apparaissent des *ecchymoses sous-péritonéales* sous forme d'un pointillé inégal, de sugillations, ou de taches de grandeur variables; elles siègent surtout sur le bord de l'intestin opposé au hile mésentérique, et sont plus prononcées au sommet de l'anse. La muqueuse est rouge, au début, avec un fin pointillé qui peut aller jusqu'à l'ecchymose volumineuse; plus tard apparaissent des taches hémorrhagiques, noirâtres, sur un fond desquamé ou ulcéré.

Sur une coupe transversale, les ecchymoses sont surtout prononcées dans la muqueuse, la sous-muqueuse et la couche sous-péritonéale : l'hémorrhagie peut infiltrer toute la paroi, de la muqueuse à la séreuse.

La *consistance* et le *volume* suivent une marche parallèle à la coloration : distendue, au début, par les gaz, l'anse devient ensuite plate, molle, friable lorsque la coloration des taches passe au rouge noir; la perforation survient bientôt si l'obstacle persiste. Le contenu est du gaz et un liquide grisâtre, avec peu ou pas de matières alvines; plus tard, c'est une sorte de purée sanguinolente ou franchement hémorrhagique.

Les *lésions histologiques* ont été déjà étudiées en partie par MM. Cornil et Tchistowitch (1889). Nous voudrions mettre en relief l'importance pronostique et physiologique des ecchymoses sous-péritonéales et montrer le rapport étroit qui unit le processus hémorrhagique et le processus dégénératif.

Les lésions vasculaires se produisent dès le début. C'est d'abord une période de stase avec ruptures capillaires précoces dans la muqueuse et la région sous-péritonéale; puis les vaisseaux se dilatent à l'extrême, triplent de volume, et il se fait des *thromboses*, surtout dans la sous-muqueuse. Sous l'influence de la poussée des globules rouges et de la dégénération des parois vasculaires, il se fait des inondations sanguines dans les tissus nécrosés, en particulier dans la muqueuse, la sous-muqueuse et les foyers de dégénérescence hyaline de la musculeuse. Dans les points les plus atteints, l'hémorrhagie détermine ainsi une large voie de communication entre la muqueuse ulcérée et le péritoine.

On voit les relations étroites qui unissent le processus de nécrose et l'hémorrhagie; de là, l'importance clinique de ces ecchymoses sous-péritonéales.

Les fibres musculaires transversales représentent la partie la plus résistante de la paroi intestinale; nous verrons tout à l'heure l'importance de ce fait.

La marche rapide de la nécrose et des hémorrhagies est expliquée, en partie, par l'action du colibacille et de ses toxines : nous connaissons leur action vaso-dilatatrice, hémorrhagipare, dégénérative.

Recherche des microbes dans la paroi. — Lorsque les lésions sont légères, sans desquamation épithéliale, on ne trouve aucun microorganisme, ni dans les tuniques, ni à la surface du péritoine.

S'il y a desquamation épithéliale et nécrose légère de la muqueuse, avec petits foyers hémorrhagiques disséminés, on trouve des bactéries dans la muqueuse, la sous-muqueuse et à la surface du péritoine; on n'arrive pas à en découvrir dans la musculeuse, sauf, parfois, dans l'intérieur des vaisseaux dilatés. Si la nécrose de la muqueuse est plus intense, et s'il existe des hémorrhagies diffuses, surtout dans la musculeuse avec dissociation des tissus, on trouve de nombreux microbes dans la muqueuse et la sous-muqueuse, on en voit des traînées dans les hémorrhagies de la musculeuse et de la sous-séreuse et à la surface du péritoine; on en trouve également, mais en petit nombre, dans les vaisseaux.

Mécanisme de la pénétration microbienne. — Tant que l'épithélium est intact, il joue le rôle de barrière infranchissable. Lorsque la nécrose l'a détruit partiellement et qu'il existe une dilatation vasculaire marquée, avec foyers hémorrhagiques disséminés, la pénétration microbienne se fait facilement à travers la muqueuse, le long des vaisseaux de la villosité convergeant vers le chylifère central, ou par insinuation entre les cellules désagrégées, ou par la voie vasculaire; à travers la sous-muqueuse, elle se fait dans les lacunes dilatées, dans les foyers de diapédèse rouge et blanche et par les vaisseaux; mais la musculaire oppose une énergique barrière à la pénétration directe, et les microbes ne franchissent la tunique transversale que par la voie vasculaire sanguine et abordent le péritoine par les foyers de nécrose hémorrhagique sous-péritonéaux de la couche musculaire longitudinale.

Lorsque le nécrose et l'hémorrhagie combinées ont fait de la muqueuse et de la sous-muqueuse un vrai bouillon de culture pour les microbes, et dissocié complètement les autres tuniques, les microbes trouvent un chemin direct largement ouvert, qui les conduit en traînées à travers les foyers hémorrhagiques, de la muqueuse au péritoine.

On trouve surtout le colibacille dans le sac herniaire et les parois intestinales. Ce bacille a acquis dans l'intestin une virulence très considérable, ainsi que Roger l'avait déjà démontré; la virulence du coli passé dans le sac serait, au contraire, bien plus faible.

Les hémorrhagies et la nécrose doivent être considérées comme les deux facteurs essentiels et simultanés de la pénétration microbienne dans le péritoine. Les ecchymoses sous-péritonéales des anses étranglées ou engouées devront toujours attirer l'attention du chirurgien, et lui fournir des indications utiles pour l'intervention.

Hémiplégie et mutisme hystériques.

M. Ferrier communique un cas d'hystérie observé chez un soldat qui perdit brusquement connaissance et resta dans le coma pendant 3 jours avec une température normale. Lorsqu'il revint à lui il présentait du mutisme et une hémiplégie droite avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Troubles trophiques des dents dans l'hystérie.

M. P. Sollier (de Paris) rapporte 2 cas de troubles trophiques des dents survenus chez des sujets atteints d'anorexie hystérique. Ces troubles consistent en une atrophie de la dent débutant par une érosion de l'émail, suivie de désagrégation de la dent devenue très friable et qui s'accomplit sans carie sèche ni humide. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux. C'est seulement à la longue que le collet et la racine présentent des altérations.

L'évolution a été très rapide et en 2 mois toutes les dents furent réduites à l'état de chicots qu'il fallut extraire.

Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale.

MM. Picot et **J. Hobbs** (Bordeaux) communiquent l'histoire clinique et anatomo-pathologique complète d'un malade qui a succombé à une paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale diagnostiquée pendant la vie. Il s'agissait d'un homme de 66 ans ayant eu auparavant plusieurs ictus apoplectiques

suivis d'hémiplégie droite ou gauche et qui, 3 mois avant son entrée à l'hôpital, a été pris subitement d'une paralysie frappant d'emblée les lèvres, la langue, le pharynx et le larynx. Le voile du palais et les muscles masticateurs étaient respectés.

L'articulation des mots et la phonation étaient supprimées. Le premier temps de la déglutition ne pouvait être effectué par suite de la paralysie de la langue qui n'était pas atrophiée et dont les fonctions sensorielles et sensitives avaient persisté. Pas d'hypersécrétion salivaire. Le réflexe pharyngien avait disparu; par contre, le réflexe massétérin était exagéré.

Pas d'anomalies dans les réactions électriques, pas de paralysie des membres.

La soudaineté et la simultanéité des accidents paralytiques fait porter le diagnostic de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale étant donné les ictus apoplectiques antérieurs. Du reste, la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic : le malade mourut 5 mois après son entrée à l'hôpital; par conséquent 8 mois après le début de son affection sans que celle-ci ait varié un seul instant et sans avoir progressé. Les ptérygoïdiens n'ont jamais été atteints. A peine, peut-on dire que le sujet a présenté des signes de paralysie diaphragmatique quelques heures avant sa mort.

A l'autopsie, on trouva dans l'épaisseur des méninges des petites tumeurs kystiques (qui ne sont pas dues à des cysticerques) du volume variable d'un pois à une noisette comprimant l'écorce cérébrale : 1° à droite, sur la 1re frontale au niveau du pli de passage qui relie cette circonvolution à la frontale ascendante et au niveau de la 1re temporale à 3 centimètres en avant du fond de la scissure sylvienne; 2° à gauche, sur la moitié de la hauteur des frontale et pariétale ascendantes.

Les artères sont légèrement athéromateuses.

Sur des coupes pratiquées sur l'hémisphère droit parallèlement à la scissure de Rolando, on trouve au niveau de la frontale ascendante dans le noyau caudé en avant de la couche optique une petite perte de substance du volume d'un pois, de couleur ocreuse, limitée en bas par une mince couche de substance grise qui le sépare du ventricule latéral, en arrière par la couche optique, en haut et en dehors par la capsule interne et en avant par un vestige du noyau caudé non complètement détruit.

Sur la coupe passant à 1 centimètre en avant de la frontale ascendante, on trouve une perte de substance située en dehors du noyau lenticulaire à la partie la plus inférieure de l'insula, ayant détruit le tiers externe de la capsule externe et de l'avant-mur.

Sur l'hémisphère gauche, on trouve dans le tiers antérieur du lobe frontal, au milieu du centre ovale, un petit foyer gros comme une lentille de couleur ocreuse.

Rien à l'œil nu sur des coupes du bulbe et de la protubérance.

Les pièces sont fixées par le liquide de Muller et y restent plongées 3 mois. Après déshydratation, enrobement à la celloïdine, coloration 1° par la méthode de Pal, 2° par le picro-carmin de Ranvier, 3° par l'éosine hématoxylique, nous concluons à l'existence de foyers hémorrhagiques anciens siégeant dans le cerveau, à l'intégrité de tous les noyaux bulbaires des nerfs crâniens, à l'intégrité des grandes cellules des cornes antérieures et du faisceau pyramidal dans la moelle cervicale. La langue et les nerfs périphériques n'ont pas été examinés.

Les examens nécropsique et microscopique sont donc venus confirmer le diagnostic porté en clinique de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, due selon toute probabilité à deux foyers d'hémorrhagie ancienne ayant détruit à droite une partie du noyau caudé et de l'avant-mur et accessoirement à un petit foyer siégeant dans le milieu de la portion antérieure du centre ovale gauche.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

7e Session, tenue à Nancy du 1er au 6 août 1896.

DISCUSSION

Les hallucinations de l'ouïe.

Rapporteur : M. Séglas (1).

M. Vallon. — La pathogénie des hallucinations a été interprétée de deux façons différentes : les uns en font un phénomène purement cérébral : les autres, au contraire, incriminent uniquement les lésions du sens correspondant. M. Séglas a peut-être été trop impartial; il semble n'avoir pas voulu prendre un parti. Quant à moi, qui n'ai pas besoin de l'impartialité d'un rapporteur, je dis hautement qu'il n'y a pas d'hallucination d'origine périphérique : toutes sont cérébrales. Nombreuses sont évidemment les représentations mentales objectives; mais ce ne sont pas des hallucinations. Pour qu'il y ait hallucination, il faut que cette représentation mentale se détache du sujet; il faut que ce sujet ne se sache pas auteur de cette perception, que cette perception lui vienne du dehors.

L'origine cérébrale des hallucinations est encore prouvée par quelques faits cliniques : dans le délire des persécutions, ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les hallucinations apparaissent; dans ces cas, quel est le rôle des sens? Nul, évidemment.

Quel est véritablement l'action des sens dans la production des hallucinations? Lorsqu'il y a lésion d'un sens, il y a impression : ce n'est plus une hallucination, mais bien une illusion.

En résumé, il me semble que l'on peut classer ainsi les troubles sensoriels siégeant dans la sphère de l'ouïe :

1° Troubles cérébraux produisant les hallucinations vraies;

2° Troubles ayant un point de départ à la périphérie, se subdivisant eux-mêmes :

a) Point de départ dans l'appareil sensoriel, produisant ainsi soit la sensation subjective vraie, soit la sensation subjective mal interprétée.

b) Point de départ en dehors produisant l'illusion, c'est-à-dire une sensation réelle mal interprétée.

On ne désigne pas ainsi du même nom des phénomènes différents dans leur origine et dans leur évolution; les uns sont des hallucinations vraies, les autres sont des pseudo-hallucinations.

M. Ballet. — La discussion doit porter sur ce point de savoir s'il faut adopter la théorie de Tamburini ou la modifier. Il faut revenir à la théorie intellectuelle adaptée aux exigences actuelles. L'hallucination est une perception sans objet. Sa physiologie pathologique se rapproche de celle de la perception normale. Un phénomène de perception est un phénomène complexe exigeant une impression extérieure auditive transmise à un centre cérébral auditif. Ce centre, dans la perception normale, a un rôle particulier.

Il y a 3 sortes de perception : 1° une perception brute du son, se passant au niveau du centre auditif; 2° une perception différenciée, par exemple la perception du son d'une cloche. Ce n'est plus alors le centre précédent qui agit : il y a association, à l'impression auditive, d'autres images. Le centre auditif agit en commun avec les centres visuel et tactile.

Le centre auditif ne permet de percevoir que les sensations brutes de son. Dès que le son est différencié, ce centre ne suffit plus; on peut se demander où se fait la synthèse de cet ensemble d'images qui constitue la perception. Y a-t-il un point du cerveau où se fait la perception? M. Bernheim le croit. Je pense que l'on peut supposer que l'impression de ce centre réveille les autres images sans qu'il y ait de centre distinct nécessaire. L'hallucination ne peut être expliquée par la théorie sensorielle.

Dans une autre théorie, celle de Tamburini, l'hallucination est une illusion extériorisée; c'est une sorte d'épilepsie du centre sensoriel. Cette comparaison est fausse. Il y a théoriquement

1. Voir *Gazette*, p. 763.

entre ces deux phénomènes une grande différence. L'épilepsie partielle résulte de l'excitation d'un centre moteur qui donne tout ce qu'il peut donner. Au contraire, l'excitation du centre auditif ne lui fait pas donner tout ce qu'il renferme d'impressions, mais une très petite partie seulement.

Les maladies qui donnent fréquemment des hallucinations ne s'accompagnent pas, d'ailleurs, d'épilepsie partielle. Aussi j'estime que, pour qu'une hallucination vraie ait lieu, il est nécessaire de faire intervenir les centres d'images et les voies d'associations. On peut invoquer, en faveur de la théorie intellectuelle, une série d'arguments cliniques. Ainsi, chez les persécutés, dans les hallucinations visuelles de l'hystérie, il existe un état mental particulier, temporaire, passager, créé de toutes pièces. Dans d'autres cas où l'hallucination paraît isolée, il y a la même préexistence d'un état mental particulier, comme cela s'observe dans les cas d'apparitions se manifestant à un grand nombre de personnes. Il y a donc préexistence, dans les cas d'hallucination, d'un état mental antérieur qui y prédispose. C'est ce qu'on observe chez les alcooliques hallucinés.

En résumé, le rôle du centre sensitif doit être limité à la création, dans l'hallucination, de la perception du son brut, le reste étant créé par les centres corticaux associés, visuels, tactiles. Les impressions sensorielles objectives ou subjectives peuvent intervenir dans la production des hallucinations. Elles ne les produiront pas chez tout le monde, mais seulement chez ceux qui sont soit alcooliques, soit chargés d'un passé mental grave. Comme l'a dit M. Séglas, l'hallucination n'est pas seulement un délire des sensations, sauf dans ses formes élémentaires; dans ses formes élevées, elle constitue un phénomène complexe. L'hallucination est donc plus qu'une excitation du centre auditif. Il y faut ajouter l'intervention des centres corticaux sensoriels.

M. Régis (de Bordeaux). — Une grande partie du rapport de M. Séglas a été partagé entre la part corticale et la sensorielle. Pourtant l'idée générale de son rapport est que l'hallucination implique l'intervention des centres corticaux. Mais cette intervention n'est pas condition suffisante et nécessaire de l'hallucination, et les sens sont la cause efficiente, sinon provocatrice de l'hallucination.

Tout le monde, sauf M. Fowry, admet les hallucinations unilatérales. M. Fowry dit que les malades ne savent pas s'observer. C'est aller loin que de rejeter les propres observations des malades. En réalité les hallucinations unilatérales existent. Beaucoup de faits et de travaux le confirment. Leur cause première réside dans une lésion de l'organe des sens qui les réalise. Le centre cortical est l'épanouissement de l'organe en quelque sorte. Les troubles peuvent être purement fonctionnels. Les diverses positions de l'organe, la fermeture d'une ou de l'autre oreille, le traitement mis en vigueur, viennent à l'appui de ce que j'avance. J'observe en ce moment à Bordeaux une jeune femme, mélancolique à idée fixe qui, ayant perdu son enfant, voyait toujours à 30 centimètres de son pied un trou béant. En fermant l'œil droit, elle voyait le trou, en fermant l'œil gauche, elle ne le voyait pas. Elle présentait de l'hémianesthésie droite, et du rétrécissement visuel.

M. Séglas dit que l'unilatéralité n'est qu'apparente. Je crois que le fait que j'apporte doit recevoir une autre interprétation : chez les malades sujets à des bruits subjectifs dans une oreille, la fermeture de l'autre renforce le bruit subjectif de la première.

Quelles sont les lésions des organes du sens dans les cas d'hallucinations unilatérales? Les observations complètes manquent. Je fais, quant à moi, toujours examiner mes malades par des spécialistes des yeux ou de l'oreille dans les cas d'hallucinations sensorielles. Il y a toujours soit ankylose de la chaîne, soit otite catarrhale ou scléreuse. Plus la lésion est périphérique, plus l'hallucination est psycho-motrice. Dans les cas — celui de Mabille par exemple — de guérison de lésions périphériques, les hallucinations disparaissent; elles étaient psycho-sensorielles.

Un point sur lequel je veux appeler l'attention, c'est la coïncidence de l'hallucination unilatérale avec un délire lucide, avec la conscience du terre-à-terre de l'hallucination. Ceci pour répondre à M. Ballet. De 4 cas que j'ai publiés, je veux rappeler le suivant. Il s'agit d'un jeune homme qui *s'entendait* interpeller dans la rue, se retournait et disait : « C'est mon oreille qui a fait cela ». Il semble donc qu'il n'y avait pas là d'état mental préexistant ni spécial.

Au sujet de la pathogénie des hallucinations de l'ouïe, et pour l'éclairer, je vous citerai cette observation. C'est une femme qui, il y a 18 ans, eut un choc moral, avec bourdonnements dans l'oreille gauche. Rien à droite. Il y a 6 mois, elle eut l'influenza, avec des accès de fièvre intermittente. Son bourdonnement d'oreille s'accrut, devint une vraie hallucination, bruit de tempête en avril pendant 10 jours, puis son de cor de chasse lointain jouant le même air 8 jours de suite, puis une voix de jeune femme chantant la *Marseillaise*. Quand elle avait entendu la musique militaire, il lui restait toute la journée des bruits de fanfare dans l'ouïe. Elle dort par des moyens artificiels. Le bourdonnement, indépendamment de cela, est continuel, parfois coupé de bruits distsncts, de voix isolées disant des paroles articulées. Jamais elle n'entendit d'injures, ni n'a présenté de troubles mentaux. Si l'on bouche l'oreille gauche, le bruit croît; l'oreille droite, il diminue. La malade n'a jamais offert de signes d'hallucination psycho-motrice. La malade aurait pourtant une sorte de direction centrifuge de ses hallucinations, de ses bruits qu'elle dit « naître dans sa tête ». Elle ajoute qu'ils sont dus à son imagination; parfois même elle se raisonne, dit que ce n'est pas possible qu'elle ait « des chanteurs dans sa tête ». Elle a donc conscience, même à un tel point qu'elle évite d'aller à l'église, de rencontrer les musiques militaires pour ne pas provoquer ses hallucinations auditives plus tard. La malade considère ses hallucinations comme son propre écho.

A droite elle n'a jamais présenté d'hallucinations, non plus que de parésie et de troubles de la sensibilité générale. Le résumé de l'examen de son oreille, fait par un confrère spécialiste, donne une otite catarrhale avec ankylose de la chaîne; traitement vain jusqu'ici. Ainsi voilà une hallucination latérale correspondant à une lésion de l'organe du sens du même côté, et devenue hallucination par le fait d'une infection influenzique, mais jusque-là simple sensation, bruits subjectifs. Cette hallucination est du type sensorio-moteur, non du type psycho-sensoriel pur. Enfin il est à noter, chez ma malade, une conscience absolue de l'hallucination qui est en somme corrigée par la raison.

Quant à l'écho-hallucination, c'est, il me semble, une excitation avec choc en retour. L'excitation de la périphérie stimule le centre cortical de perception, et l'image se réfléchit dans l'organe où siège la lésion. Il y a deux courants, l'un centripète, l'autre centrifuge, de sensations; d'où deux types d'hallucinations.

La condition de l'hallucination est l'excitation du centre cortical, mais il faut faire une part à l'excitation ou à la lésion du sens, point de départ ou d'arrivée, seul ou à la fois. L'hallucination est donc, à mon avis, un phénomène cortico-sensoriel.

M. Marie rapporte quelques observations d'hallucinations unilatérales. Un malade, mort hémiplégique, avait présenté des idées de persécution avec latéralisation des images visuelles et auditives à gauche. Le malade mourut d'hémiplégie gauche. On pourrait y voir une corrélation directe; quelques cas analogues ont été cités. D'autre part, des lésions unilatérales de l'ouïe ont pu améliorer des hallucinations unilatérales.

Une autre observation a trait à un malade qui a eu des hallucinations de l'ouïe à la suite d'une tentative de suicide, la balle du revolver ayant touché le conduit auditif. Il ne semble pas y avoir eu de lésions périphériques appréciables. Le malade a eu des idées délirantes pendant 7 ans, puis a eu des hallucinations visuelles religieuses. Les hallucinations auditives qui ont duré 7 ans ne s'accompagnaient pas d'hallucinations visuelles. Le malade n'a jamais vu ses interlocuteurs fictifs.

M. P. Parisot (de Nancy) montre un cerveau portant une tumeur située dans la région orbitaire du lobe frontal droit, sans lésion du pli courbe. Le malade n'avait aucun symptôme vésanique, n'était pas alcoolique. D'abord il eut des accès d'épilepsie locale de la face gauche, puis généralisée des deux côtés, avec parésie du côté gauche subsistant quelques heures après l'accès. Il avait, en outre, des hallucinations de l'ouïe et de la vue après chaque crise pendant 4 à 5 jours. L'intelligence était nette dans l'intervalle. L'autopsie a confirmé le diagnostic de tumeur cérébrale qui avait été porté.

Il semble qu'on soit là en présence d'une hallucination par excitation du centre auditif.

M. W. Serbski (Russie) veut insister sur la théorie des

hallucinations due à un auteur russe, Karwinski ; les aliénistes oublient toujours dans l'encéphale les centres sous-corticaux. Or Meynert pense que la perception réelle est toujours fondée sur la participation de ces centres ; leur défaut de participation aboutirait non plus à une perception réelle mais à une représentation sans objet. Dans les hallucinations, ce ne sont pas seulement les centres corticaux mais aussi les sous-corticaux qui sont troublés. M. Karwinski a développé la théorie de Meynert; dans les hallucinations psychiques (pseudo-hallucinations ou hallucinations motrices) le malade ne voit pas et n'entend pas comme un homme normal. Il voit seulement mentalement; il n'entend pas le son extérieur, il entend seulement dans sa tête comme un langage intérieur. Dans ces cas les centres sous-corticaux ne prennent aucune part dans la production des hallucinations psychiques; c'est l'écorce seule qui les produit. Ainsi les hallucinations vraies nécessitent l'intervention de l'écorce et des centres sous-corticaux, les hallucinations psychiques celle de l'écorce seule.

MM. Garnier et **Vallon** objectent à M. Régis que les faits qu'il vient de signaler sont des illusions plutôt que des hallucinations.

M. Régis répond qu'on ne doit plus admettre entre ces deux termes une ligne de démarcation tranchée.

M. Pitres. — J'ai fait sur les hallucinations et les illusions des amputés des observations cliniques et des expériences qui pourraient peut-être servir à la physiologie des hallucinations en général. Certains malades n'ont plus la sensation de leur membre amputé ; la vue d'un chien, le passage dans une foule la fait réapparaître. D'autres sentent leur pied-fantôme quand ils n'ont pas le pilon appliqué. Weir Mitchel a montré que l'électrisation des muscles d'un moignon, chez un amputé dépourvu de sensations relatives au membre absent, suscite la reviviscence du membre-fantôme. J'ai vérifié plusieurs fois l'exactitude de ce fait. En revanche, par la cocaïnisation du moignon, en des points où existaient des sensations de pied-fantôme, on fait disparaître l'illusion de l'existence de ce pied.

Dans les théories générales de l'hallucination, ces faits doivent être pris en considération; l'excitation périphérique joue un rôle ici comme peut-être dans l'oreille pour ce qui est des hallucinations de l'ouïe.

M. Séglas, pour clore la discussion, montre l'importance dans l'hallucination de l'ouïe de l'association des centres corticaux; quant aux lésions de l'appareil de transmission, elles ne paraissent jouer de rôle que dans la localisation extérieure de l'hallucination.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Des psychopathies gastriques.

M. Sollier (de Paris). — La nouvelle variété de psychopathie gastrique sur laquelle je désire appeler aujourd'hui l'attention consiste essentiellement dans une appréhension de la digestion, une sorte de phobie, qui pousse les malades à redouter les effets que l'ingestion des aliments ou leur digestion gastrique sont capables de produire (étouffements, palpitations, vertiges, congestion cérébrale), pouvant même entraîner la mort.

Le début a lieu d'une manière insidieuse, sous un prétexte quelconque. L'appétit peut être conservé, mais présente toujours des irrégularités (inappétence complète, alternant avec des accès de boulimie). Les sujets, par suite de leur appréhension de mal digérer, restreignent leur alimentation sous tous les rapports (choix des aliments et quantité), et perdent vite l'habitude de manger. Ils en arrivent même à ne plus savoir les mouvements nécessaires à la mastication et à la déglutition. Ils essaient de tous les régimes, de tous les médicaments, et chaque tentative, après avoir été suivie d'une amélioration au début, ne tarde pas à laisser reparaître les mêmes troubles. Les malades ne songent plus absolument qu'à leur alimentation et à leur digestion, prenant toutes les précautions imaginables pour préparer et faciliter cette digestion, et arrivent ainsi à se faire une existence à part plus ou moins compliquée. Ils restreignent non seulement leurs fonctions digestives, mais tout le champ de leur activité physique, intellectuelle et morale. Le plus souvent, d'ailleurs, leur entourage contribue à entretenir cet état mental, cette appréhension.

La relation qui existe entre le système nerveux central et l'appareil digestif est mise en évidence, outre l'état mental, par des troubles de sensibilité de la zone gastrique, et par le retentissement de toutes les impressions digestives dans le cerveau, que signalent eux-mêmes les malades. Cet état peut s'accompagner de rumination et parfois même de vomissements. L'état général n'est pas altéré; le sommeil est ordinairement assez bien conservé. Il y a parfois une dilatation passagère de l'estomac, et souvent de la constipation.

Le pronostic n'est pas très grave au point de vue de la vie, mais il est sérieux en raison du trouble apporté dans l'exercice de toutes les fonctions de l'existence. La durée de cette affection peut être extrêmement longue.

Le diagnostic doit être fait avec l'anorexie hystérique, l'anorexie mentale, la dilatation de l'estomac, les diverses dyspepsies.

Le seul traitement consiste à soustraire le sujet à l'influence de son entourage qui est le plus souvent fâcheux, puis à lui redonner l'habitude de s'alimenter normalement en le forçant d'*emblée* à ingérer la quantité nécessaire d'aliments, et en le rassurant sur les suites que doit avoir l'alimentation qu'il est habitué à redouter.

A propos d'un cas d'hyperostose crânienne chez une femme épileptique.

M. Pichenot (de Montdevergnes). — J'ai fait récemment l'autopsie d'une épileptique, qui présentait au niveau de la région frontale plusieurs renflements osseux extrêmement durs et volumineux. Cette femme, chez laquelle on ne constatait aucun antécédent héréditaire ou personnel, avait toujours été peu intelligente. A l'âge de 9 ans, elle reçut au niveau du front un coup à la suite duquel se développa une petite tumeur qui augmenta progressivement de volume, mais ce n'est qu'à l'âge de 15 ans que se montrèrent les premiers accès d'épilepsie. Ceux-ci étaient accompagnés de crises d'agitation avec impulsions. A 19 ans, cette malade entra à l'asile de Montdevergnes et y resta jusqu'à sa mort, qui eut lieu à 40 ans, à la suite d'accidents méningés consécutifs à des crises d'épilepsie répétées.

L'examen du crâne, qui était remarquable par ses proportions exagérées, démontra l'existence d'une énorme hyperostose externe intéressant le frontal et les pariétaux avec épaississement considérable de ces os et du cuir chevelu. Les sutures fronto-pariétale et interpariétale avaient disparu. Sur la face externe et antérieure de la calotte crânienne il existait des villosités et des aiguilles osseuses enchevêtrées qui lui donnaient l'aspect d'une éponge.

A elle seule la calotte du crâne pesait 1 885 grammes. Le poids total du squelette osseux de la tête était de 2 649 grammes. En y ajoutant celui de l'encéphale et des parties molles, le poids de la tête dépassait 4 kilogrammes; sur les autres parties du squelette, on ne trouva aucune trace d'exostose ou d'hyperostose pouvant faire présumer la syphilis.

Du délire de persécution à double forme.

M. Vallon. — On sait qu'il existe deux grandes classes de persécutés : les persécutés hallucinés (type Lasègue) et les persécutés raisonnants (type Falret). En général, les persécutés raisonnants ne sont dangereux que pour une ou deux personnes, celles dont ils croient avoir à se plaindre et qu'ils ont choisies pour se venger de leurs prétendues persécutions. Au contraire, les persécutés hallucinés — et c'est un point qui n'a pas été mis suffisamment en relief — sont dangereux pour tout le monde. Obsédés par leurs hallucinations qui ne les quittent ni jour, ni nuit, irrités de s'entendre dire des injures, ces malades rendent responsables de leurs tourments le premier passant venu. « Celui-ci, disent-ils, payera pour les autres ».

Dans quelques cas assez rares, un délire de persécution avec hallucinations peut coexister avec un délire de persécution à forme raisonnante; j'en ai observé récemment un exemple. Chez ce malade, homme très intelligent, sortant d'une grande

École de l'Etat, les idées de persécution ont pris naissance à la suite du refus d'une concession de chemin de fer qu'il avait sollicitée. A partir de ce moment, il a accablé les ministres de réclamations, et n'a pas tardé à se faire arrêter. En l'examinant je n'ai pas été peu surpris de constater que cet homme avait des hallucinations de l'ouïe à la façon des persécutés ordinaires, mais celles-ci ne se seraient manifestées que 7 ou 8 ans après l'apparition des idées de persécution. On se trouve donc ici en présence d'une association assez curieuse, un délire de persécution classique et un délire de persécution à forme raisonnante. Cette constatation a une certaine importance car, comme je le disais en commençant, cet homme n'est pas seulement dangereux pour le ministre qui lui a refusé sa concession de chemin de fer, mais encore pour toutes les personnes qu'il serait appelé à rencontrer s'il n'était pas interné, et cela parce qu'en dehors de ses idées de persécution anciennes, il a des hallucinations qui, à un moment donné, peuvent être le point de départ d'actes très graves.

Démence sénile et toxicité urinaire.

MM. Parisot et **Lévy** (de Nancy). — Dans les cas de démence sénile simple sans délire que nous avons observés, la toxicité urinaire a varié dans de notables proportions sans que le fond démentiel ait été influencé.

Au contraire, dans les cas de démence avec délire vésanique (maniaque ou hypocondriaque), nous avons remarqué que l'apparition du délire était toujours précédée d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui nous a permis de prévoir à plusieurs reprises la réapparition des accès délirants.

La phobie de la rougeur ou éreuthophobie.

MM. Pitres et **Régis**. — La peur de la rougeur ou *éreuthophobie*, qu'il ne faut pas confondre avec l'*érythrophobie* (peur de la couleur rouge), est une manifestation assez fréquente de la dégénérescence mentale, de la neurasthénie et même de l'hystérie. On peut l'observer, quoique à un moindre degré, chez des sujets absolument normaux.

Les faits que nous avons observés nous permettent de distinguer trois degrés d'éreuthose : 1° une *éreuthose simple* passagère, fugace; 2° une *éreuthose émotive* plus prolongée, plus accentuée; 3° enfin, une *éreuthose obsédante* : celle-ci seule constitue une véritable phobie; elle se manifeste d'une façon incessante et se montre extrêmement tenace; en outre, elle résiste à tous les moyens de traitement, de sorte que les malheureux qui en sont atteints semblent voués à perpétuité à une véritable torture morale. Nous n'avons obtenu une amélioration notable que dans un seul cas où la peur de la rougeur était liée à l'hystérie.

De la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile.

M. Parisot. — On peut observer chez certains déments séniles un délire spécial qui naît et se développe sous l'influence d'une véritable suggestion spontanée ou provoquée en dehors, bien entendu, de tout état hypnotique. Un exemple fera mieux comprendre le phénomène auquel je fais allusion.

J'ai dans mon service un vieillard de 76 ans, atteint de démence simple, sénile. De temps à autre cet homme qui, habituellement ne délire pas, tient des propos ou se compose une attitude tout à fait en désaccord avec ses propos ou son attitude habituels. Un jour, par exemple, il se croit soldat, l'asile est une caserne, la salle où il couche est l'infirmerie, etc. Un autre jour, il se promène majestueusement, armé d'un grand manche à balai avec lequel il frappe le sol à intervalles rythmés. Lorsqu'on lui demande ce qu'il fait, il répond qu' « il conduit la mariée à la sacristie », et à toutes les questions qu'on lui pose sur les nouvelles fonctions dont il se pare, il fait des réponses appropriées. Ces états délirants sont très fugaces, ils durent à peine quelques instants. J'ai cru d'abord qu'ils se manifestaient spontanément et étaient le produit de l'automatisme cérébral, je n'ai pas tardé cependant à me convaincre qu'ils étaient le résultat d'une suggestion. Il suffit, en effet, de donner à ce malade l'attitude du soldat au port d'arme, pour lui suggérer l'idée qu'il est militaire ou de lui mettre entre les mains des attributs plus ou moins grossiers d'un suisse d'église, pour qu'il se persuade qu'il remplit encore cette profession comme autrefois. Il est à remarquer, en effet, que les éléments du délire qui surviennent au cours de la démence sénile sont toujours empruntés à des périodes de la vie antérieure des malades. Il est probable que le sens musculaire intervient dans l'élucubration de ce délire.

Certaines sensations musculaires réveillent chez le dément d'anciennes impressions qui avaient laissé par leur répétition ou leur intensité une trace profonde dans la cellule nerveuse, et, grâce à des associations dynamiques fortement cohérentes, remettent en pleine lumière un état de conscience antérieur : ainsi se trouve transformé l'individu psychique actuel en un autre plus jeune; oublieux du présent, tout entier dans le passé, il sent, il pense, il agit avec un cerveau vieux, mais qui ne contient plus qu'un reliquat de souvenirs contemporains de la jeunesse.

Le dément sénile est suggestible, mais son champ de suggestibilité est limité puisque son cerveau lui interdit toute acquisition nouvelle. Je n'ai jamais pu suggérer à un dément que des actes accomplis autrefois ni le transformer en des personnages autres que ceux dont il avait tenu jadis le rôle.

Paralysie générale consécutive à une intoxication suraiguë par les vapeurs d'huile d'aniline.

M. Etienne (de Nancy) communique, au nom de M. Spillmann et au sien, l'observation d'un malade, employé dans une droguerie, qui, à la suite d'une intoxication suraiguë par des vapeurs d'huile d'aniline, fut atteint d'un ictus apoplectique avec cyanose, ralentissement du pouls, dilatation des pupilles, etc. Peu à peu ces accidents se dissipèrent, mais au lieu de revenir à la santé, cet homme présente, aujourd'hui, tous les signes de la paralysie générale progressive. On constate chez lui des troubles de l'intelligence, une diminution de la mémoire et une perversion complète des sentiments affectifs et moraux. Il présente, en outre, un embarras très marqué de la parole et de temps à autre il est atteint d'attaques apoplectiformes passagères tout à fait analogues à celles qui s'observent au cours de la paralysie générale.

Sur un cas de délire chronique religieux à hallucinations auditives et visuelles.

MM. Vallon et **Marie** communiquent l'observation d'un délirant systématique mystique, halluciné de l'ouïe, à la suite d'un coup de revolver à la tempe, tentative de suicide commise dans la période d'inquiétude.

Le malade entend un ennemi différent, logé dans chacune de ses oreilles, mais il perçoit alternativement chacun d'eux des deux oreilles à la fois.

Parvenu à la 2° phase de son évolution, il contemple des visions consolantes divines. Elles sont peu nombreuses et toujours les mêmes — Dieu, la Vierge — radieuses, immobiles et muettes, en un mot, totalement différentes des visions de l'alcoolique, et, en quelque sorte, exclusives des hallucinations auditives, avec lesquelles elles alternent.

Jamais les visions ne parlent, et on ne voit pas les ennemis qui parlent.

Il semble y avoir irradiation et alternance de l'éréthisme auditif à son summum, par rapport à la sphère visuelle.

On en pourrait tirer des déductions au point de vue de la séméiologie spéciale des délires chroniques mystiques, et même au point de vue de leur mécanisme cortico-psychique différent dans les délires chroniques ordinaires.

Faits cliniques pour servir à l'étude anatomo-pathologique des hallucinations.

MM. Marie et **Bonnet**. — Les auteurs, s'appuyant sur une autopsie de délirant chronique, mort dans la démence

finale avec foyer organique (hémiplégie gauche), développent l'hypothèse d'une corrélation possible entre certains phénomènes et des lésions corticales consécutives. L'hallucination serait alors comparable à certaines déviations conjuguées de la tête et des yeux comme valeur séméiologique de lésions centrales.

La lésion terminale des centres sensoriels serait l'aboutissant d'un processus antérieur, d'éréthisme se traduisant, tout d'abord, par une hallucination déterminée et persistante, latéralisée dans le cas sur lequel ils s'appuient, c'est-à-dire vue, entendue, objectivée dans le plan latéral gauche, bien que binoculaire ou biauriculaire (hémiplégie finale correspondante). Les cas sont fréquents de vieux persécutés accusant constamment à leurs hallucinations une origine extérieure orientée de façon précise et stéréotypée.

Le pointage minutieux de ces cas avec l'observation continuée jusqu'à la phase des lésions organiques finales (phase démentielle), pourrait permettre d'éclairer la question d'une façon anatomo-clinique.

A défaut de cas nombreux qui nécessitent une observation de longue haleine, les auteurs rapportent des cas analogues déjà publiés (cas de P. Garnier, Lecoff, Ferré, etc.).

L'hérédité croisée, d'après l'expérimentation.

M. Crocq fils (de Bruxelles). — L'hérédité croisée a été contestée dans ces derniers temps, principalement par André Sanson, qui la qualifie de pure chimère. Je crois cependant que, bien qu'elle ne se manifeste pas d'une manière tout à fait constante, son existence est bien réelle. Expérimentalement, avec des sujets vierges de tout croisement, j'ai pu observer très fréquemment l'existence de l'hérédité croisée chez les poules et les pigeons; 2 animaux de races différentes, vierges de tout contact, ont procuré 12 rejetons parmi lesquels 8 avaient les caractères maternels, c'étaient des mâles, 4 avaient les caractères du père, et c'étaient des femelles. Cette expérience, refaite à différentes reprises, a donné presque toujours des résultats concluants; lorsque au lieu d'isoler un mâle avec une femelle, je plaçais le mâle avec plusieurs femelles, l'hérédité croisée était moins manifeste. Il ressort de tout cela que, à mon avis, on a été trop loin en niant l'existence de l'hérédité croisée et en la considérant comme une pure chimère; l'hérédité croisée est réelle; mais elle peut être troublée dans ses manifestations par de nombreuses circonstances qu'il serait intéressant de déterminer.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Pour que les expériences de M. Crocq fussent tout à fait démonstratives, il faudrait, selon moi, que les sujets auxquels il s'est adressé fussent vierges : on sait, en effet, que les germes de plusieurs espèces animales peuvent recevoir d'un premier accouplement une imprégnation suffisante pour imprimer des modifications aux portées ultérieures de ces animaux.

L'acrocyanose.

M. Crocq fils (de Bruxelles). — Le syndrome auquel je donne le nom d'acrocyanose n'est ni la maladie de Raynaud, ni l'œdème bleu de Charcot, quoiqu'il se rapproche, par certaines particularités, de ces deux affections. J'en ai observé 2 cas typiques chez 2 jeunes femmes hystériques.

Tandis que la cyanose de Raynaud se manifeste par accès suivis d'une période de réaction, qu'elle s'accompagne de douleurs souvent très vives, qu'elle favorise la production de phlyctènes et de gangrènes, qu'elle produit l'abolition de la sensibilité cutanée des parties atteintes, l'acrocyanose est permanente, elle donne lieu à des douleurs peu intenses, elle ne s'accompagne pas de syncope locale, elle ne provoque pas l'apparition de gangrènes ni de phlyctènes et ne produit aucune abolition de la sensibilité.

Tandis que l'œdème bleu de Charcot se caractérise par une cyanose avec œdème accompagnant une paralysie, une parésie ou une contracture et donne lieu à des douleurs très intenses; l'acrocyanose, au contraire, se montre sans œdème, sans paralysie, sans parésie, sans douleurs bien intenses. La maladie de Raynaud, l'œdème bleu de Charcot et l'acrocyanose reconnaissent toutes trois pour cause des perturbations des centres nerveux; mais cette dernière me semble être plus spécialement un phénomène hystérique vaso-moteur.

Lésions médullaires par toxines microbiennes

M. H. Claude. — J'ai étudié les lésions médullaires provoquées par les intoxications microbiennes dans 4 cas qui se répartissent ainsi : 1° Un cobaye intoxiqué lentement (7 semaines) par les toxines de bacterium coli est atteint de paralysie d'une, puis de deux pattes. 2° Un chien intoxiqué par la toxine tétanique (2 mois), présente une monoplégie postérieure, puis une paraplégie, enfin une quadriplégie. 3° Un lapin intoxiqué par la toxine pyocyanique meurt sans paralysie. 4° Un chien intoxiqué par la toxine diphthérique (1 mois) offre une parésie des pattes postérieures.

En dehors des grosses lésions vasculaires, des hémorrhagies diffuses ou dans les gaines des foyers de ramollissement, de la prolifération leucocytaire, nous avons observé des altérations cellulaires, variables avec le degré d'intensité de l'intoxication, et la localisation des toxiques sur les différentes régions de la moelle. La lésion brutale de la cellule comme dans les intoxications aiguës détermine la nécrose de la cellule; la substance chromatique rendue homogène se colore uniformément, ainsi que la substance achromatique; le protoplasma se fissure, présente des vacuoles; les prolongements protoplasmiques brisés se distinguent mal; finalement la cellule, attaquée par les leucocytes et les cellules névrogliques, disparaît peu à peu. Dans les intoxications lentes, on observe tous les degrés des altérations cellulaires et, à côté d'éléments intacts, on en rencontre qui sont entièrement dégénérés. Le plus souvent, la substance chromatique se résout peu à peu en granulations plus ou moins fines et irrégulières et se groupe autour du noyau qui se colore d'une façon plus intense. Les prolongements protoplasmiques se distinguent moins bien; leurs éléments chromatiques s'amincissent et prennent moins la matière colorante. Enfin, d'autres cellules plus malades peuvent présenter l'aspect homogène uniformément coloré que nous indiquions plus haut, ou bien subir une atrophie avec disposition progressive de la substance chromatique, le noyau vésiculeux et hypertrophié se distinguant encore, entouré d'une petite zone de protoplasma dégénéré.

Mais les altérations cellulaires n'existent pas seulement chez les animaux présentant des troubles nerveux. En l'absence de tout phénomène apparent et de toute lésion des nerfs, on peut constater, chez l'animal intoxiqué, des altérations cellulaires primitives bien décelées par la méthode de Nissl et qui démontrent nettement la vulnérabilité des centres nerveux dans les intoxications, ainsi que la possibilité d'altérations labiles, sinon de lésions lentes et à évolutions progressives.

Pachyméningite kystique guérie par la craniectomie.

M. A. Voisin (de Paris) relate l'observation d'une malade âgée de 21 ans qui était atteinte depuis 3 ans d'une céphalée excessivement intense siégeant dans la région temporo-faciale gauche. Cette céphalée avait entraîné un état mélancolique avec idées de suicide. En outre, des attaques convulsives, des vomissements incoercibles, de l'hémiparésie droite et une hémiplégie faciale compliquaient cet état qui avait résisté à tous les moyens ordinaires de traitement

Une craniectomie pratiquée au niveau de la région temporale gauche mit à découvert un lac séreux enkysté, qui s'était creusé une loge au niveau des circonvolutions cérébrales. La guérison a été obtenue.

Épilepsie partielle dans l'acromégalie.

MM. F. Raymond et **A. Souques.** — Il s'agit d'un homme de 54 ans, atteint, depuis 3 ans, de crises d'épilepsie partielle, qui se répètent tous les 15 jours environ. Les secousses convulsives se limitent au membre supérieur droit et au côté droit de la face.

Un examen méthodique, et plusieurs fois répété pendant un an, n'a pas permis de retrouver les conditions étiologiques

habituelles de l'épilepsie jacksonienne. D'autre part, cet homme est un acromégalique depuis plusieurs années.

Ses crises convulsives doivent être mises sur le compte de l'acromégalie. Dans l'acromégalie, en effet, la glande pituitaire est augmentée de volume, au point de constituer une véritable tumeur cérébrale, qui comprime les parties voisines. Cette hypertrophie de la glande pituitaire entraîne la céphalée et les troubles oculaires qu'on rencontre si souvent dans la *maladie de Marie*. C'est elle qui est également cause de l'épilepsie partielle, présentée par le malade. Comme toute tumeur cérébrale, située en dehors de la zone motrice, elle actionne à distance, par voie réflexe, les centres moteurs.

L'épilepsie partielle doit donc prendre place parmi les signes accessoires de l'acromégalie.

Des lésions médullaires consécutives à des sections nerveuses et à l'anémie de la moelle.

M. G. Ballet. — Je désire vous soumettre quelques considérations au sujet des lésions médullaires que l'on observe soit à la suite de la section d'un nerf périphérique, soit consécutivement à l'anémie artificielle de la moelle. Je me bornerai à la description des altérations qui, dans l'un et l'autre de ces cas, se localisent sur la cellule nerveuse.

Lorsqu'on examine, au moyen de la méthode de Nissl, la moelle d'un cobaye chez lequel on a pratiqué préalablement une section du nerf sciatique, on constate que les cellules nerveuses sont déformées et que les granulations chromatophiles ont subi des altérations variables pouvant aller jusqu'à leur complète disparition. En outre, sur plusieurs points les prolongements de ces cellules ont disparu. Ces lésions expérimentales reproduisent exactement celles que l'on rencontre dans les polynévrites, ce qui prouve bien, pour le dire en passant, que les lésions de la moelle dans les polynévrites sont secondaires et non primitives, comme quelques auteurs l'avaient prétendu.

Les mêmes altérations cellulaires se rencontrent à la suite de l'anémie artificielle de la moelle, que l'on réalise en liant ou en comprimant transitoirement l'aorte sur la colonne vertébrale; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les paralysies consécutives à ces ligatures ou à cette compression de l'aorte peuvent disparaître, alors que les altérations des granulations chromatophiles subsistent. Mes expériences ne me permettent pas encore de dire quelle est la durée de la persistance des altérations cellulaires, mais le fait de leur survivance aux troubles fonctionnels qu'elles engendrent ne méritait pas moins d'être signalé.

Je ferai remarquer, en terminant, que le jour où l'on étudiera la cellule cérébrale en ayant recours à la technique qui nous sert aujourd'hui pour l'examen de la cellule spinale, on y découvrira des lésions qui nous donneront la clef d'un certain nombre de psychoses ou de vésanies considérées actuellement comme des affections *sine materia*.

Un cas de paralysie générale progressive de longue durée.

M. Lapointe (d'Auxerre) communique l'observation d'un malade présentant tous les signes cliniques d'une paralysie générale progressive, et qui n'est mort qu'au bout de 25 ans en état de démence. L'auteur conclut de ce fait, dans lequel l'autopsie a confirmé le diagnostic porté pendant la vie, que la paralysie générale peut avoir une évolution beaucoup plus longue qu'on ne l'admet généralement.

M. Arnaud (de Paris) fait remarquer que l'examen macroscopique du cerveau et des méninges est insuffisant pour affirmer l'existence d'une paralysie générale progressive et qu'il est absolument nécessaire, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un cas à évolution anormale, d'avoir recours à un examen microscopique pour fournir la preuve de l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 Août 1896.

(Suite.)

Toxicité du genièvre.

MM. Surmont et **Delval.** — Le genièvre consommé dans la région du Nord est une liqueur dont le titre alcoométrique, de 47° à 49° environ dans les trois quarts des cas, peut être encore notablement abaissé par la manipulation qu'il subit chez les marchands en détail.

Le genièvre contient de l'alcool vinique et très peu d'impuretés. La nécessité où se trouve le marchand de l'offrir limpide et incolore au client le protège contre les falsifications. Aussi, dans 81,25 p. 100 des cas, contient-il moins de 1 p. 1000 de fuselol. La proportion maxima trouvée par les auteurs n'a jamais dépassé 1,649 p. 1000. L'acidité du genièvre n'est jamais très forte (30 centigr. par litre au maximum).

Le coefficient toxique du genièvre pris dans les débits de boissons, mesuré par le procédé de MM. Joffroy et Serveaux (coefficient toxique expérimental de ces auteurs), est variable d'un échantillon à l'autre, parce que la composition de cette liqueur artificielle est elle-même modifiée, surtout par les coupages qu'elle subit.

Les genièvres les plus dangereux sont ceux que l'on trouve dans les cafés de premier ordre. Leur coefficient toxique moyen est 17 gr. 31. Les genièvres les moins dangereux se rencontrent dans les cabarets de bas étage; leur coefficient toxique moyen est 28,70. Le coefficient moyen du groupe intermédiaire est 23 gr. 17. Le premier groupe comprend environ 43 p. 100 des échantillons; le deuxième 36 p. 100; le troisième 21 p. 100.

Le genièvre, liqueur industrielle type, est une boisson relativement peu toxique. Même ceux de notre premier groupe le sont bien moins que la plupart des liqueurs dites naturelles.

Les accidents incontestables et très fréquents dans le Nord, constatés à la suite de l'emploi du genièvre, doivent donc être attribués à la quantité de liquide absorbé et non pas à sa mauvaise qualité.

L'analyse chimique d'un échantillon de genièvre (richesse alcoométrique, dosage du fusel et des acides) ne suffit pas dans tous les cas à donner une idée complète et exacte de sa nocivité. Il convient d'y joindre l'analyse expérimentale.

La toxicité du genièvre tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il contient; les impuretés, formées d'environ 994 parties sur 1 000 d'alcools supérieurs, ont un rôle toujours moins important et presque nul dans les cas où la toxicité du liquide est peu marquée.

Dans la lutte contre l'alcoolisme par le genièvre, le but que doivent poursuivre le législateur, l'hygiéniste et le médecin est donc de restreindre l'usage de cette liqueur et non pas d'en améliorer la qualité.

Séance du 18 Août 1896.

Lèpre aïnoïde; étude de ses lésions, principalement sur le squelette, par les rayons Röntgen.

Note de M. le Dr Lardy

Chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople

Photographie radiographique par M. Isoard

Présentées à l'*Académie de médecine* par **M. Berger.**

Le malade dont la main est radiographiée est un Arménien d'Erzeroum, où la lèpre est fréquente. Il est âgé de 22 ans et son affection a débuté dès l'enfance.

Il présente à la main gauche tous les types de la lèpre nerveuse, soit : une atrophie très marquée de tous les muscles

innervés par le nerf cubital et la déformation en griffe cubitale. Le groupe du médian est touché mais, comme de coutume, à un degré beaucoup moindre. On sent le nerf cubital, dans la région du coude, induré comme un cordon de la grosseur d'un crayon, ce qui est un des signes de la lèpre.

La main gauche présente également les déformations de l'aïnhum. Le petit doigt a sa 2e phalange étranglée à sa base par un sillon profond qui le sépare presque entièrement du reste du doigt : les rayons X ont fait disparaître complètement ce lambeau cutané, l'os correspondant ayant été détruit. L'annulaire présente au milieu de la phalange médiane un autre sillon oblique de forme peu accusée. L'index a, vers sa base, un sillon caractéristique d'aïnhum se dessinant très nettement sur la radiographie; les parties molles seules ont été intéressées. On voit que la dégénérescence aïnoïde a produit un appel de la peau des parties voisines et a déterminé de la sorte la



palmure de l'espace interdigital de l'index et du médius à la hauteur du sillon en question. La 3e phalange de cet index a déjà disparu par un processus analogue, et il ne reste plus de la phalangette qu'un débris d'os insignifiant; cette lésion est très nettement indiquée par la radiographie. Enfin, la 2e phalange du pouce a presque complètement disparu quoique le doigt ne porte pas de sillon d'aïnhum.

« Nous avons déjà observé avec le Dr Zambaco-Pacha, dit M. Lardy, plusieurs lépreux de Constantinople, et nous ne conservons pas de doute sur la nature de cette affection purement lépreuse. Chez une malade atteinte d'aïnhum à la main depuis de longues années, nous avons dû faire, pour cause de gangrène, l'amputation des deux jambes. Le Dr Nicolle, directeur de l'Institut impérial de bactériologie, a trouvé le bacille lépreux dans les nerfs des deux pièces soumises à son examen. »

Quant au malade auquel se rapporte la photographie, il souffre uniquement de la gêne apportée aux mouvements de la main par la griffe cubitale. Le sillon se prononce de plus en plus au niveau des doigts atteints; toute la partie située à la périphérie s'atrophie peu à peu et diminue de volume, jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un moignon gros comme une forte verrue, se détachant finalement par accident.

La sensibilité de la main, intacte pour les régions innervées par le radial, est diminuée dans la région du médian et presque abolie dans la zone du cubital.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Pleurotomie avec résection costale limitée. Guérison.

M. Ferrier présente un malade qui, pendant la convalescence d'une diphthérie, fut atteint, fin de mai, de pleurésie purulente du côté gauche ; cette pleurésie fut traitée par trois ponctions successives qui furent pratiquées en moins de deux semaines. L'état général et local parut s'améliorer, et le malade fut envoyé en convalescence à la fin de juillet. Chez lui il ne tarda pas à tomber malade ; il se mit à tousser et présenta de la fièvre; on lui fit appliquer des couches réitérées de teinture d'iode sur le côté. Dans le courant d'octobre, il vit s'ouvrir, au niveau de la partie supérieure du thorax (2e espace intercostal gauche), un abcès qui donna issue à une forte quantité de pus; huit jours après apparaissait une nouvelle ouverture à la partie inférieure (7e espace intercostal) au-devant de la ligne axillaire. Ces deux ouvertures devinrent l'origine de fistules qui laissèrent écouler du pus en abondance. Le malade tomba dans un état de cachexie profonde; il eut de l'œdème des malléoles.

Le 5 février, il entre à l'hôpital Desgenettes; l'examen du pus sur lamelles, et après culture, révéla des streptocoques nombreux. Le 15 février, large incision au niveau du foyer fistuleux inférieur avec résection de deux côtes (7e et 8e) sur une longueur de trois centimètres à partir du cartilage costal; après un abondant lavage à l'eau boriquée, deux gros drains furent placés dans la cavité. Ceux-ci furent enlevés le 15 mars; en date du 15 avril le malade est actuellement totalement guéri depuis deux semaines.

Cette observation montre l'insuccès des ponctions dans le traitement des pleurésies purulentes.

On sait, depuis les recherches de Netter, que, seules, les pleurésies purulentes à pneumocoques sont susceptibles de guérir parfois par la simple ponction; dans tous les milieux où l'analyse bactériologique ne peut être faite d'une façon complète, il y a tout avantage, pour éviter des mécomptes ultérieurs, d'avoir recours d'emblée à l'incision antispetique.

Il y a lieu de remarquer en outre que la résection de deux fragments de côtes peu étendus a permis d'obtenir une guérison rapide, et cependant il s'agissait d'une pleurésie purulente déjà ancienne dans laquelle le poumon avait dû probablement contracter des adhérences multiples et résistantes. Donc, avant d'en venir à l'effondrement de la paroi thoracique, il y aurait, lieu, dans le cas de pleurésie purulente moyennement ancienne, de voir ce que peuvent donner des résections costales plus limitées. Une résection partielle de côte permettrait une issue facile aux sécrétions pleurales, pourrait peut-être, dans certains cas, suffire pour modifier d'une façon favorable l'état des parois de la cavité purulente et obtenir la cicatrisation.

M. Rioblanc. — J'ai observé à la fin d'octobre 1895 un soldat opéré à Tarbes au mois de juin précédent, dans l'aisselle gauche, pour une pleurésie purulente. Il était porteur, outre la cicatrice de cette intervention, complètement fermée, d'une tuméfaction froide et réductible qui siégeait en avant de la poitrine, en dehors des cartilages costaux, au niveau de la sixième côte et des cinquième et sixième espaces intercostaux. L'ensemble des caractères de cette tuméfaction et la constatation à la base du thorax, dans l'aisselle et en arrière, d'une zone de matité avec souffle montraient qu'il s'agissait d'une collection enkystée de la plèvre, reliquat de l'ancienne affection ou récidive, tendant à s'ouvrir spontanément à l'extérieur. L'état général périclitait; une fièvre de résorption, caractérisée par un tracé à grandes oscillations, prouvait qu'il était urgent de donner issue au plus.

Dans la nuit qui précéda l'intervention — 24 octobre — sous le pansement humide appliqué pour antiseptiser la région, la

cicatrice axillaire se rompit; du pus s'écoula, la tuméfaction antérieure disparut. Je fis une incision sur l'ancienne cicatrice, et trouvant l'espace intercostal très rétréci, je réséquai environ quatre centimètres des côtes sus et sous-jacentes. Contre-ouverture en avant au point où s'était amorcé le travail de fistulisation; double drainage. Dès le soir la température tombait à 37°, pour ne plus se relever, et un mois et demi après la cicatrisation était complète.

Le point sur lequel je désire insister surtout est celui-ci : L'examen du pus, dont voulut bien se charger mon collègue M. Ferrier, a révélé l'existence exclusive de staphylocoques. Or il est admis aujourd'hui, depuis les recherches de Netter, « qu'un épanchement pleurétique où l'on ne trouve que des staphylocoques est toujours, ou tout au moins le plus souvent, de nature tuberculeuse. »

En rapprochant cette notion de ce fait que le malade était sujet à s'enrhumer et que, dans ses antécédents héréditaires, on retrouvait la même prédisposition aux affections des bronches, il était logique d'admettre, chez ce malade, la nature bacillaire de la pleurésie et de porter un pronostic défavorable. Rien n'eût été moins exact : ce malade a guéri très simplement et très complètement; il a quitté l'hôpital et l'armée avec un état général excellent, ne toussant pas et ne présentant à l'examen le plus minutieux de la poitrine aucun signe suspect; de plus, deux cobayes inoculés le jour de l'opération n'ont été nullement incommodés par cette inoculation et, sacrifiés, le premier à la fin de décembre et le second à la fin de janvier, ils n'ont présenté aucune lésion tuberculeuse, à l'autopsie.

Ce fait m'a paru pouvoir être rapproché de celui que vient de vous présenter M. Ferrier. De tous les deux découle, il me semble, cette conclusion : que les données bactériologiques actuelles sur la pleurésie purulente sont incertaines et sujettes à revision, et que baser sur elles le pronostic et le traitement de cette affection serait s'exposer à de sérieux mécomptes.

M. Ganglophe. — Malgré l'importance des travaux de Netter, tout le monde est d'avis qu'il faut inciser la plèvre dès qu'il y a du pus, peu importe qu'il soit dû à des pneumocoques ou à d'autres micro-organismes. Toutes les pleurésies purulentes non tuberculeuses guérissent par la pleurotomie simple; dans le cas contraire, la pleurotomie, aussi bien que la résection costale ne donnent que des résultats médiocres, des fistules persistent et l'état général ne se relève pas.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ITALIE

ACADÉMIE DE FLORENCE

1er Semestre 1896.

Septicémie et sclérème du nouveau-né.

M. Comba a rapporté l'observation d'un enfant né à 8 mois 1/2; et chez lequel quelques jours après la naissance apparurent un ictère et une induration de la peau des membres inférieurs, du dos et de la face. A l'hôpital, où l'enfant fut apporté le 7e jour, on trouva à l'examen de l'aphonie, une respiration superficielle et irrégulière, un pouls imperceptible, une température rectale de 36°, de l'ictère, de la rigidité des muscles de la face et des membres inférieurs, une induration scléreuse généralisée type, de la matité aux deux bases. L'enfant mourut 9 heures après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une infiltration séreuse de la couche cellulaire sous-cutanée et des muscles des membres, une bronchite diffuse et de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire aux deux bases, un foie de couleur jaunâtre, une rate rougeâtre de volume normal, les reins pâles. L'examen histologique montra, à l'intérieur des bronches, la présence de nombreux bacilles encapsulés, une dégénérescence graisseuse des reins avec nécrose de l'épithélium des tubuli et exsudat séreux dans les capsules glomérulaires, une hypérémie de la couche corticale.

L'examen bactériologique du sang pris dans le cœur et dans les poumons, 8 heures après la mort, montra la présence d'un bacille qui, par ses caractères morphologiques, son mode de culture et son action pathogène sur les animaux, a pu être identifié avec le bacille de Friedlander. La rate, les reins, le foie, la peau et les muscles ne renfermaient pas de microorganismes.

D'après M. Comba l'infection, qui a eu lieu par l'appareil respiratoire, a eu 2 conséquences : 1° l'exagération de la destruction des globules; 2° une néphrite grave par son étendue et par son intensité, ayant déterminé une insuffisance rénale. C'est à cette insuffisance rénale qu'il faudrait, d'après M. Comba, attribuer le rôle principal dans la pathogénie du sclérème chez l'enfant.

Leucocytose dans les maladies infectieuses.

M. Trambusti a étudié les modifications suivies par les leucocytes au cours de maladies infectieuses, notamment dans la diphthérie. Ses recherches ont été faites sur des lapins auxquels il injectait soit des cultures virulentes du bacille de Löffler, soit des quantités variables de toxines diphthériques, et dont il examinait ensuite la moelle osseuse. Les résultats ont été les suivants :

1° La moelle osseuse, au cours du processus infectieux diphthérique réagit; l'activité fonctionnelle des éléments cellulaires qui entrent dans sa constitution s'accroît.

2° Cette exagération de l'activité fonctionnelle des éléments cellulaires se rapporte à la fonction sécrétoire plus active, qui se manifeste microscopiquement par une plus grande quantité de granulations, aussi bien de celles qui se trouvent dans l'intérieur du cytoplasma que de celles qui sont libres.

3° Cette activité fonctionnelle plus énergique des éléments cellulaires diminue de plus en plus, au fur et à mesure que le processus infectieux fait des progrès et que les matières toxiques s'accumulent dans l'organisme. Les toxines agissent à petites doses, comme des stimulants de l'énergie cellulaire; à haute dose, au contraire, ils agissent comme des paralysants.

Empoisonnement par l'acide nitrique.

M. Vitali a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu ayant succombé le 4e jour à un empoisonnement par l'acide nitrique. Il constata, dans la cavité pleurale et le péricarde, une grande quantité d'un liquide couleur de poix; le cœur était atteint de dégénérescence graisseuse, le foie présentait les mêmes lésions, les reins étaient congestionnés. Le sang, pris dans les veines fémorales et dans le cœur, contenait de nombreuses gouttes graisseuses et avait une réaction acide très prononcée; la bile, également acide, donnait la réaction de l'acide nitrique. Après avoir fait des recherches sur des animaux et examiné un certain nombre de malades atteints d'atrophie du foie jaune aiguë, M. Vitali est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le sang peut subir la réaction acide pendant l'agonie aussi bien que pendant la vie.

2° La pénétration de la graisse libre dans le système circulatoire peut résulter de la dégénérescence du foie et de l'absorption consécutive des produits dégénérés.

3° L'acide nitrique peut aussi passer dans le système circulatoire sous forme d'albuminates acides.

4° Dans l'atrophie jaune aiguë du foie, il s'agit probablement d'une intoxication générale d'origine primitivement infectieuse; les altérations des organes résultent, dans cette affection, d'un processus dégénératif, de sorte qu'il y a une grande analogie entre cette affection et les intoxications aiguës exogènes.

5° Les altérations rénales, dans les cas d'intoxication exogène ou endogène, portent presque entièrement sur les éléments épithéliaux des tubuli contorti; les lésions du glomérule et de la capsule sont presque insignifiantes.

6° La quantité d'albumine dans les urines ne peut pas toujours être considérée comme un symptôme de la gravité des altérations rénales.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

L'albuminurie cyclique et l'albuminurie minima.

RAPPORT DE M. X. ARNOZAN (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

I

ALBUMINURIE CYCLIQUE. — S'il est une variété d'albuminurie qui ait excité dans ces dernières années la curiosité des médecins, c'est à coup sûr celle que l'on a nommée bien à tort albuminurie transitoire, albuminurie des adolescents, albuminurie intermittente, dont Pavy a caractérisé l'évolution en l'appelant albuminurie cyclique et dont Teissier a consacré l'existence en la baptisant : maladie de Pavy.

Le hasard d'abord, les recherches minutieuses et méthodiques ensuite ont montré que chez certains sujets, l'albuminurie ne se rencontrait qu'à des heures déterminées, en dehors desquelles l'urine en était complètement dépourvue. On n'a vu là d'abord qu'une bizarrerie, un fait singulier, une rareté clinique : puis, les observations se multipliant, on a pu les grouper de manière à décrire à part ce type morbide et on en a fait une maladie spéciale. Il semble aujourd'hui que l'on réagisse contre cette tendance et qu'on ne doive voir dans ces cas que des formes atténuées de l'albuminurie chronique. Les personnes que cette question intéresse au point de vue historique trouveront tous les renseignements possibles en 1887 dans la thèse de M. Merley (2), inspirée par M. Teissier, et dans la *Revue* de M. W. Dubreuilh (3); en 1896, dans une leçon clinique de M. Marie (4).

Le cycle diurne. — Il est incontestable que le type clinique est très net, et que le cycle diurne des phénomènes est absolument remarquable. Le malade, en général un jeune sujet, rend au réveil une urine limpide et totalement dépourvue d'albumine. Puis, dès qu'il est levé, l'albumine apparaît, augmente jusque vers 4, 5 ou 6 heures du soir, et diminue ensuite, de telle façon qu'entre 8 et 10 heures, au moment du coucher, elle a presque ou même absolument disparu. Cette évolution que ramène chaque journée, montre bien que la digestion du premier repas est le signal de l'apparition de l'albumine; mais celle-ci disparaît pendant la digestion du dîner, preuve irréfutable que cette albuminurie n'est pas uniquement d'origine alimentaire. Fait curieux, et sur lequel presque tous les observateurs insistent avec complaisance : le séjour au lit empêche l'apparition de l'albumine, pendant le jour, et la station debout la fait reparaître pendant la nuit (1). Ce n'est pas le mouvement qu'il faut ici mettre en cause, quoi qu'en aient pensé d'abord MM. Bouchard et Charrin : le mouvement ne modifie rien si le sujet est maintenu au lit; c'est la position debout. Les auteurs sont presque unanimes sur ce point, et les expériences de M. Marie sont sur ce point très concluantes.

Le cycle urologique. — M. Teissier (2), poursuivant les études urologiques de ce type morbide plus loin que la simple recherche de l'albumine, constate d'abord que celle-ci n'est jamais très abondante et ne dépasse pas 1 gramme par litre, que son arrivée dans l'urine est précédée d'une abondante émission de matières colorantes, et suivie d'une forte excrétion d'urates, puis d'urée : matières colorantes, albuminurie, uraturie, azoturie, telles sont les quatre phases que présente le cycle habituel de la maladie de Pavy. Ajoutons que le sujet conserve les attributs extérieurs de la santé, que c'est tout au plus si le teint est un peu pâle, l'haleine un peu courte. Il n'y a ni œdème, ni hypertrophie du cœur, ni hypertension artérielle. Mais on constate fréquemment de la neurasthénie.

Est-ce une entité morbide spéciale? — Jusqu'ici, tout le monde est d'accord; mais si nous poursuivons cet examen sommaire, les divergences ne vont pas tarder à se manifester. Les uns, avec Pavy, Teissier, Merley, W. Dubreuilh, font de ce type morbide une maladie à part; les autres avec Oswald, Beckmann, Landi, et avant tous Lecorché et Talamon le considèrent comme une variété d'albuminurie se rattachant au mal de Bright. La question de doctrine entraîne avec elle une question de pronostic des plus graves; les premiers affirment que l'albuminurie cyclique est chronique, les seconds la regardent comme appartenant le plus souvent à la phase latente des néphrites chroniques. On ne peut laisser en suspens une question de cette importance.

Étiologie. — Les points sur lesquels porte le conflit, les arguments que s'opposent les champions des deux camps sont relatifs à l'étiologie, à certains caractères de l'urine, au cycle lui-même, à la marche de l'affection. 1° Ce n'est pas une étiologie banale, que celle de la maladie de Pavy; d'après Teissier, elle appartient surtout aux jeunes sujets de la classe aisée, à ceux dont les parents arthritiques, adonnés aux carrières libérales, mais ayant toujours plus ou moins cette neurasthénie qu'entraînent les soucis de ces professions, donnent à leurs enfants des tempéraments à nutrition retardée. Les adversaires ne contestent pas le fait, mais ils notent aussi que bien souvent l'albuminurie cyclique succède à une maladie infectieuse. rougeole, grippe, diphthérie, scarlatine, etc., circonstance qui la rapproche bien au point de vue étiologique des néphrites vulgaires.

Absence d'éléments figurés. — 2° On a prétendu que l'urine des cycliques ne contenait pas d'éléments figurés, et c'est même là un des arguments les plus importants

1. Extrait du rapport sur le *Pronostic des albuminuries* (Congrès de médecine de Nancy, 1896).
2. MERLEY, thèse de Lyon, 1887.
3. W. DUBREUILH, *Revue de médecine*, 1887.
4. MARIE, *Semaine médicale*, 1896.

1. BOUCHARD et CHARRIN, *Société de biologie*, mai 1893.
2. TEISSIER, Congrès de l'A. F. A. S., Grenoble, 1885, et *Lyon médical*, 1887.

qu'on a mis en avant pour faire du type qui nous occupe une albuminurie sans néphrite. Or, c'est un argument auquel il faut renoncer depuis que la centrifugation permet de déceler les moindres débris épithéliaux, les plus petites colonies microbiennes. Kraus, Oswald, Landi y découvrent des cylindres. Dans un cas que j'observe en ce moment, l'urine du matin, pauvre en streptocoques, en contient le soir une quantité considérable, et présente matin et soir d'abondants staphylocoques; c'est une petite néphrite infectieuse consécutive à une rougeole.

Rapports du cycle albuminurique avec le cycle de la toxicité urinaire. — 3° L'évolution diurne de cette albuminurie serait, au dire de ses promoteurs, un caractère tellement important qu'il suffirait à légitimer la place spéciale qu'on lui a réservée dans le cadre nosologique. A cela, Lecorché et Talamon font observer que chez la plupart des brightiques, l'albumine subit des variations tout à fait semblables à celles de la maladie de Pavy; elle est en plus petite quantité le matin, augmente dans la journée et diminue le soir. Si elle est très peu abondante, la diminution matinale et vespérale ira jusqu'à la disparition, il ne restera que l'albumine du jour. Un mal de Bright atténué est donc identique à la maladie de Pavy, que dès lors il n'y a pas lieu de considérer comme une espèce morbide distincte. Cette assimilation est parfaitement juste, au moins à ce point de vue; mais ces auteurs vont trop loin en écrivant : « L'intermittence n'est pas un phénomène spécial, que l'on puisse attribuer à un prétendu cycle physiologique : c'est un fait connexe à la faible teneur de l'urine en albumine (1). »

Il me semble au contraire que le cycle est en général parfaitement net, et ce qui explique à mon sens comment les oscillations diurnes de l'albuminurie se retrouvent aussi bien dans le mal de Bright confirmé que dans la maladie de Pavy, c'est qu'elles sont calquées sur les variations normales de la toxicité urinaire. On trouve en effet dans une note de Bouchard les détails suivants : « A la fin de la période de veille, à l'instant précis où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au minimum, à partir de ce moment, elle augmente incessamment et régulièrement pendant 16 heures, d'abord pendant le sommeil, puis pendant la première moitié de la période de veille. Au moment du réveil, l'intensité toxique est cinq fois plus considérable qu'au début du sommeil, 8 heures après le réveil, elle est neuf fois plus grande, elle est alors au maximum. A partir de ce moment, la décroissance commence, elle se fait deux fois plus vite que la croissance, et en 8 heures, elle est revenue au minimum au début d'une nouvelle période de sommeil (2). »

Ainsi c'est 8 heures après le réveil, c'est-à-dire entre 2 et 4 heures de l'après-midi, que la toxicité normale de l'urine est au maximum. N'est-il pas intéressant de voir que c'est juste à ce moment que l'albuminurie est à son maximum. Le rein malade exsude d'autant plus d'albumine que l'urine qu'il excrète est plus toxique, fait très curieux et qui nous aidera à comprendre comment l'albuminurie peut se lier aux auto-intoxications. Néphrite chronique et maladie de Pavy suivent dans leurs variations diverses les variations de la toxicité urinaire normale : le cycle n'appartient ni à la première, ni à la seconde, il relève de la physiologie. Le rein sain laisse passer sans en souffrir les urines faiblement toxiques de la nuit, et les urines fortement toxiques du jour. S'il est atteint d'inflammation, l'albumine transsudera constamment avec l'urine; mais il y en aura moins avec l'urine faiblement toxique de la nuit qu'avec l'urine fortement toxique du jour. Entre les cas absolument physiologiques et les cas franchement morbides, trouveront place les albuminuries cycliques, dans lesquelles le rein très légèrement malade suffira à donner sans mélange l'urine faiblement toxique de la nuit, mais manifestera sa souffrance en exsudant de l'albumine avec l'urine fortement toxique du jour.

Influence de la position verticale. — Quelques auteurs, surtout M. Marie, qui ne peut s'empêcher de considérer la maladie de Pavy comme une entité morbide, insistent beaucoup sur l'influence de la station verticale, et avec Stirling en font plutôt une albuminurie de posture qu'une albuminurie vraiment cyclique. Les effets de la position verticale sont à coup sûr des plus curieux : l'albumine n'apparaît pas si le sujet reste étendu. J'ai même vu une jeune fille atteinte de cette affection qui, étant restée au lit 4 jours à l'occasion d'une varicelle, n'eut pas du tout d'albumine pendant ce laps de temps. Mais la preuve que la station verticale ne doit venir cependant qu'en seconde ligne, c'est que dans l'après-midi, alors même que le malade continue à marcher, l'albuminurie diminue et peut même disparaître avant que le malade se recouche. L'action cyclique est ici manifeste.

Evolution clinique. — 4° Toutes ces considérations doivent d'ailleurs céder le pas au jugement de la clinique. Que deviennent les albuminuries cycliques? Les partisans de l'entité morbide font observer que, l'urologie mise à part, les sujets sont bien portants, tout au plus accordent-ils un peu de neurasthénie. Ce serait déjà bien quelque chose, la neurasthénie n'étant pas de ces symptômes avec lesquels on a le droit de ne pas compter. Mais il y a souvent bien autre chose : l'un présente un peu d'œdème de la face, l'autre des céphalées, de l'essoufflement, de l'inaptitude au travail; celui-ci est pâle, anémique, languissant. Les hémorrhagies sont souvent signalées, parfois même l'hémoptysie. D'autre fois on signale le gonflement des pieds, les crampes, la gastralgie, d'autres fois encore les troubles vaso-moteurs les plus singuliers, de telle façon qu'il faut être singulièrement optimiste pour définir l'albuminurie cyclique comme survenant chez des individus en apparence bien portants.

Sans s'attarder à ces quelques troubles, qui pourtant empoisonnent la vie de ceux qui les subissent, on insiste beaucoup sur la bénignité de l'affection. Tel malade est resté en observation 8 ans, et il n'est pas mort; tel autre a fini par voir son albumine disparaître; plus nombreux encore sont ceux dont l'état persiste sans se modifier. Ce n'est donc pas la même affection que le mal de Bright. A cela Lecorché et Talamon répondent avec infiniment de justesse : tout le monde admet que le mal de Bright se prépare par de longs prodromes, on lui reconnaît de longues étapes préurémiques, quelquefois même des étapes préalbuminuriques. Mais ces phases prémonitoires on les reconstitue le plus souvent pour chaque malade par les commémoratifs. Avant d'être définitivement étiqueté brightique l'un a eu pendant de longues années des épistaxis, des troubles dyspeptiques, l'autre a été toute sa vie incapable de tout travail. Qui sait si à ce moment l'un et l'autre n'avaient pas déjà de l'albuminurie cyclique? et inversement, quand nous rencontrons une maladie de Pavy, qui peut affirmer qu'elle ne prépare pas peu à peu une néphrite chronique? Ce n'est malheureusement pas une hypothèse pure; cette trans-

1. Lecorché et Talamon, Cas d'albuminurie intermittente consécutive à une néphrite grippale (*Médecine moderne*, 1892, p. 549).
2. Ch. Bouchard, Toxicité urinaire (*Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 205).

formation a été vue (Lecorché et Talamon), Landi a soigné une jeune fille, chez qui à chaque époque menstruelle revenait un peu d'œdème au front et aux joues, et chez qui l'albuminurie cyclique finit par devenir permanente.

Pour ma part, malgré l'autorité et la sympathie des noms des partisans de l'entité morbide, je n'hésite pas à considérer l'albuminurie cyclique comme la manifestation d'une néphrite légère, pouvant peu à peu aboutir au mal de Bright.

Le pronostic. — Est-ce à dire que son pronostic soit fatal, que la chronicité et l'urémie soient le lot inévitable des cycliques? Telle n'est point notre pensée. Le syndrome de Teissier-Pavy est l'indice d'une néphrite légère : cette néphrite peut mal tourner. Mais elle peut aussi évoluer d'une façon favorable. Il n'est pas nécessaire que l'on en meure pour affirmer le diagnostic. Je crois au contraire que l'albuminurie cyclique peut guérir; les cas de Teissier et Merley en font foi, et Landi a même cité un cas très intéressant où une albuminurie permanente a fini par guérir après avoir passé par une période d'albuminurie cyclique. La lésion rénale dont ce syndrome est la caractéristique est une lésion curable; sa guérison n'est pas certaine, mais elle est possible, elle est peut-être même assez fréquente, ce qui n'est pas une raison pour en faire une maladie séparée des néphrites qui ne guérissent pas.

D'après quels signes pourra-t-on préjuger la marche ultérieure d'une albuminurie cyclique? Le peu d'ancienneté de la maladie, le peu d'abondance de l'albumine, le peu de durée de la phase albuminurique de chaque jour seront des signes favorables. Si je l'osais, je dirais que la nucléo-albumine est d'un meilleur augure que la sérine; car elle semble provenir de la désintégration d'épithéliums presque normaux, se rencontre au début et à la fin de plusieurs albuminuries et paraît se rattacher à des lésions encore superficielles ou en voie de réparation, la sérine provenant de lésions plus constituées. Mais ce n'est encore là qu'une donnée trop vague. Enfin l'état général de la santé a une importance considérable. Si le sujet est réellement bien portant, le pronostic reste bon; si les troubles neurasthéniques ou vaso-moteurs s'accentuent, c'est que la maladie s'aggrave; si l'albuminurie devient permanente, la chronicité est établie; si le cœur s'hypertrophie, c'est le mal de Bright constitué. Mais même dans les cas où cette terminaison redoutable a eu lieu, la maladie a lentement évolué, de telle façon que, soit comme pronostic immédiat, soit comme pronostic éloigné, le syndrome de Pavy-Teissier laisse généralement au malade et au médecin de longues et réconfortantes espérances.

Albuminuries intermittentes non cycliques. — Toutes les albuminuries intermittentes ne sont pas des albuminuries cycliques. Dans quelques cas l'albuminurie est plus abondante le matin que le soir; chez certains malades, elle se montre sous l'influence d'accès d'asthme ou d'accès convulsifs; quelquefois elle survient comme manifestation de fièvre paludéenne, et se rattache alors le plus souvent à l'hémiglobinurie paroxystique. Ces diverses formes ne pourraient être bien étudiées qu'avec des documents nouveaux.

II

Les albuminuries minima. — A l'albuminurie cyclique, il faut rattacher un certain groupe d'albuminuries, un peu confus peut-être au point de vue pathogénique, mais assez reconnaissable au point de vue clinique par la petite quantité d'albumine que contient l'urine et par la bénignité au moins apparente des symptômes concomitants : pour ne rien préjuger, nous l'appellerons avec Lecorché et Talamon, groupe des *albuminuries minima.*

Les malades de cette catégorie ne procèdent pas tous de la même origine. Les uns sont des sujets qui ont eu antérieurement une néphrite infectieuse et qui n'en ont jamais complètement guéri. Les autres sont des jeunes gens à hérédité plus ou moins arthritique, chez lesquels des migraines précoces ou quelques autres signes font épier par le médecin les premiers symptômes caractéristiques de la diathèse goutteuse. D'autres enfin sont des gens riches, bien nourris, mangeant chaque jour un peu plus qu'il ne faudrait et ne consommant pas par un exercice nécessaire le surplus de leur alimentation. Quelques-uns, comme A. Robin l'a si bien observé, sont en même temps phosphaturiques et neurasthéniques (1).

Le trait commun qui réunit ces malades, c'est la continuité et la faible quantité de leur albuminurie. A quelque moment qu'on l'examine, on trouve toujours de l'albumine mais on en trouve toujours très peu : 0 gr. 25, 0 gr. 30, 0 gr. 50, rarement davantage.

Le chiffre peut cependant s'élever jusqu'à 1 gramme sans qu'on ait encore le droit de supprimer l'épithète de minima. Suivant Teissier, il faudrait distinguer deux ordres de cas : dans le premier, le malade a une dose quasi-invariable d'albumine, que n'influencent ni le régime, ni l'exercice, ni le travail musculaire, ni aucune circonstance physiologique. Dans le second, le chiffre de l'albumine reste habituellement le même, mais est nettement influencé par certaines conditions. Un malade est sensible au refroidissement, un autre à la fatigue, un autre au régime, et Teissier cite le cas d'un ancien scarlatineux qui ne pouvait prendre du bouillon de bœuf sans voir son albuminurie augmentée dans de très notables proportions.

Albuminurie de l'adolescence. — La pathogénie de ces états a plus préoccupé les médecins que leur évolution clinique. Comme ils sont fréquents chez les jeunes sujets, on a voulu en faire un incident de la croissance, incident moitié physiologique, moitié pathologique, et on les a appelées *albuminurie de l'adolescence.* Sans mettre en doute que cette période de la vie ne soit favorable à l'apparition de ces phénomènes, nous ne pouvons considérer cette cause comme suffisante, et nous pensons qu'une circonstance pathologique doit toujours ajouter son influence à celle de l'âge. Le nom proposé est donc insuffisant.

Albuminurie résiduale. — Le nom d'*albuminurie résiduale* a été proposé pour viser les cas où il s'agissait de néphrites aiguës incomplètement guéries, ou de périodes de rémissions dans le cours d'une néphrite chronique. La résolution de l'inflammation rénale a été incomplète; quelques points malades laissent encore passer de l'albumine, et il semble que désormais la chronicité soit acquise et que rien ne puisse faire disparaître ces reliques de néphrite (2). Cuffer et Brault (3) d'une part, Bard (4), de l'autre, précisent de façons un peu différentes la signification de ces albuminuries résiduales.

Albuminuries parcellaires. — Les premiers les appellent *parcellaires*, indiquant ainsi que dans le rein quelques lobules, quelques glomérules sont seuls restés malades, le

1. A. Robin, Les albuminuries phosphaturiques (*Bull. Acad. médecine*, 1893).

2. Teissier, *Traité de thérapeutique appliquée*, d'A. Robin, fasc. 2, p. 86.

3. Brault, *loc. cit.*

4. Bard, Persistance de l'albumine dans les urines après la guérison des néphrites épithéliales aiguës (*Lyon médical*, 1894, p. 355).

reste de l'organe ayant récupéré son état normal. L'anatomie pathologique donne souvent raison à cette opinion, en montrant que dans le rein, comme d'ailleurs dans tous les organes, les lésions procèdent par îlots séparés. Si le nombre des îlots compromis est peu considérable, la survie pourra être très longue, mais vienne un refroidissement, une maladie infectieuse, un nouveau lot de glomérules et de tubes va être compromis et perdu pour la dépuration urinaire. Peu à peu, sous l'influence de ces soustractions successives, un moment arrivera où le champ de la sécrétion urinaire sera trop restreint et où l'anémie éclatera, comme l'asphyxie lorsque le poumon a été peu à peu diminué par une série de broncho-pneumonies. Si ces atteintes successives ne se produisent pas, aucune évolution fâcheuse ne menace le malade ; mais il garde indéfiniment son albuminurie.

Albuminurie cicatricielle. — Celle-ci, dans l'hypothèse de Bard, mériterait le nom de *cicatricielle.* D'après le professeur lyonnais, certaines néphrites se termineraient par une régénération imparfaite des épithéliums qui, dans ce nouvel état, seraient impropres à retenir l'albumine du sang. De là ces albuminuries à petite dose, mais indéfinies, qui ne menacent pas plus l'existence qu'une cicatrice cutanée. L'hypothèse est ingénieuse : elle s'appuie sur quelques faits où le microscope a montré des altérations épithéliales spéciales, mais elle a besoin de confirmation. Il est certainement plus sage de laisser à ces états le nom d'albuminurie *minima.* Il ne préjuge ni la nature, ni la cause et indique seulement le seul fait facilement constatable : la faible dose de l'albumine.

Ces albuminuries ne sont d'ailleurs pas bien différentes par leurs caractères et par leurs symptômes généraux de l'albuminurie cyclique, et nous nous permettons de supposer que dans bien des cas elles sont réellement cycliques. L'usage est établi maintenant de faire analyser par les chimistes un échantillon du mélange de l'urine des 24 heures. Or, que l'urine d'un cyclique soit examinée ainsi et le malade sera immédiatement classé parmi les albuminuriques minima. Au contraire, qu'on prenne séparément l'urine du matin et celle du soir de plusieurs albuminuriques minima et on en verra quelques-uns passer dans la catégorie des cycliques.

Albuminurie phosphaturique. — L'albuminurie phosphaturique de M. A. Robin, du moins à son degré le plus simple, rentre dans cette catégorie. Il montre lui-même qu'elle a été confondue maintes fois avec l'albuminurie intermittente ou cyclique, mais il la distingue par la phosphaturie qui l'accompagne, par la diminution des oxydations azotées, et comme ces phénomènes urologiques démontrent à son avis une dénutrition exagérée des organes riches en phosphore, il établit que le trouble primitif est un trouble de nutrition, que la petite albuminurie qui en résulte est d'origine dyscrasique, il montre en même temps que dans ses deux premiers degrés elle doit comprendre une partie des cas que les neurologistes englobent sous le nom collectif de neurasthénie. A des degrés plus avancés elle se rapprocherait du mal de Bright et finirait même par se confondre avec lui.

Marche et pronostic. — Sans nous arrêter à ces considérations pourtant assez importantes, et en prenant les faits tels qu'ils nous sont livrés, cherchons quelle est la marche de ces albuminuries. Quelquefois elles guérissent. Cette terminaison est possible, quand il n'y a pas d'hérédité fâcheuse, quand il s'agit d'un reste de néphrite infectieuse légère.

Albuminurie prégoutteuse. — Quelquefois elle est le prélude d'un accès de goutte franche : c'est alors l'*albuminurie prégoutteuse* sur laquelle Lecorché et Talamon et Teissier ont si justement insisté. Quelquefois enfin elle est le prélude ou plutôt le premier acte d'un mal de Bright qui se déroule peu à peu ou rapidement avec ses phénomènes classiques.

Influence de l'hérédité. — Certaines circonstances permettent de prévoir l'évolution qui va suivre, quand on connaît leur influence dans l'albuminurie. La première, c'est l'hérédité. Lecorché et Talamon ont signalé l'hérédité directe du mal de Bright, et ils ont parfaitement raison. Je ne sais quel auteur a signalé une famille où l'albuminurie se transmet de génération en génération et chez laquelle d'anciens portraits, aux faces bouffies, laissent soupçonner que l'albuminurie remonte fort loin dans les siècles passés. Je connais pour ma part une famille où une brightique, sœur d'un brightique, a une petite fille atteinte d'albuminurie cyclique et dont un fils a eu une néphrite infectieuse grave. Les affections du cœur, celles du poumon, celles de l'encéphale, celles de l'estomac sont héréditaires. Pourquoi celles du rein échapperaient-elles à cette loi? Est-il interdit de croire qu'on peut transmettre à ses enfants de mauvais reins, comme on leur transmet mauvais d'autres organes, c'est-à-dire des reins dont l'épithélium est fragile, mal défendu contre les causes morbides. La ressemblance aux ascendants qui s'accuse dans des détails insignifiants, tels que la couleur des cheveux, la nuance de la peau, etc., ne pourrait-elle s'affirmer dans la structure intime des organes essentiels de la vie? Aussi doit-on redouter l'albuminurie même minima, quand elle atteint un sujet dont l'hérédité rénale est fâcheuse.

L'hérédité goutteuse ou arthritique doit inspirer des préoccupations analogues, à l'égard de la goutte; c'est dans ces conditions que l'albuminurie minima a justifié souvent son nom de prégoutteuse; car elle précède ou la goutte articulaire ou la gravelle.

Influence du régime. — Enfin, dernière condition à bien établir, il faut tenir compte du régime. Mon distingué collègue et ami, le Dr Carles, qui fait annuellement un grand nombre d'analyses urinaires, est arrivé à se convaincre que la généralité des habitants du quartier riche où il habite est nantie d'une albuminurie minima. Au contraire, ayant eu occasion d'examiner, il y a quelques années, l'urine de 20 religieuses pauvres et sobres (Petites Sœurs des pauvres), il ne la constata que chez une seule déjà âgée. Ces classifications sociales des albuminuries ont bien leur importance; elles font saisir sur le vif l'importance du régime et de l'hygiène individuelle. « D'ailleurs, ajoute M. Carles, ce qui m'a frappé en dehors de sa fréquence, c'est que cette maladie est merveilleusement supportée... et qu'après des années, elle finit par disparaître, quand la dose d'albumine ne dépasse pas 0 gr. 50 par litre au maximum (1). »

L'hérédité et le régime sont les deux conditions maîtresses du pronostic de l'albuminurie minima. Sont-elles bonnes, elle guérira ou tout au plus persistera indéfiniment sans complications. Sont-elles mauvaises, le sujet devra s'attendre, suivant les circonstances, à la goutte, à la gravelle ou au mal de Bright. Ces considérations s'appliquent tout aussi exactement à l'albuminurie cyclique.

1. Carles, Note inédite.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

Le pronostic des albuminuries.

Rapport de M. X. Arnozan

Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

I. **Les albumines urinaires.** — Ce qui manque pour établir avec précision le pronostic et même le diagnostic des albuminuries, c'est une base chimique indiscutable. Nombre d'auteurs ont conclu à la multiplicité des albumines urinaires en se fondant sur les différences dressées dans la température de la coagulation, dans la coagulation en présence des mêmes réactifs, dans la déviation du rayon polarisé, la rétractilité ou non-rétractilité du coagulum et la composition élémentaire. On peut admettre, comme réellement distinctes, les trois espèces que l'analyse élémentaire sépare nettement : la nucléo-albumine, la sérine et la globuline.

II. **Valeur séméiologique de l'albuminurie.** — a) *De l'albuminurie physiologique.* On peut rapporter à trois les doctrines proposées à ce sujet : 1° l'albumine est un élément de l'urine normale; 2° l'albumine peut apparaître accidentellement dans l'urine, en dehors de tout état morbide; 3° l'albuminurie est toujours pathologique.

La plupart des médecins et des chimistes repoussent la première théorie, soutenue par Klengden et Senator.

Pour d'autres auteurs, l'albumine n'est pas un élément normal de l'urine, mais elle peut s'y rencontrer sans qu'on soit malade. Les conditions qu'ils invoquent comme favorables à la production de cette albuminurie transitoire sont justement les mêmes qui aggravent les albuminuries vraiment pathologiques. D'ailleurs, en pressant un peu les partisans de cette théorie, ils finissent par avouer que cette albuminurie est souvent le premier stade, un mode de début de la néphrite.

Par élimination, on se trouve ainsi réduit à adopter la troisième hypothèse brillamment défendue par Lecorché et Talamon qui considère toute albuminurie comme un phénomène pathologique.

b) *Peu d'importance de la quantité d'albumine urinaire.* — La perte en albumine dans les néphrites est le plus souvent trop peu considérable pour assombrir à elle seule le pronostic. Mais elle s'ajoute aux autres influences cachectisantes.

c) *Théories pathogéniques de l'albuminurie.* — On est loin d'être d'accord sur le trouble fonctionnel ou la lésion matérielle que l'albuminurie indique :

1° D'après Gubler, Semmola et Robin, l'albuminurie, au moins dans ses formes chroniques, et avant tout le résultat d'une altération sanguine.

2° Pendant longtemps, on avait pensé que l'excès de pression dans le système vasculaire favorisait la filtration de l'albumine; mais on n'a pas tardé à démontrer qu'un excès de tension artérielle, avec grande vitesse du courant sanguin, était une des meilleures conditions pour faire cesser l'albuminurie. A la théorie de l'excès de pression a été ainsi substituée celle du ralentissement du cours du sang,

3° Enfin, dans la plupart des cas sans doute, ce sont les lésions de l'épithélium rénal qui paraissent être la condition immédiate de l'albuminurie. Tous les épithéliums enflammés exsudent des quantités plus ou moins grandes d'albumine. Ce qui caractérise le rein enflammé au point de vue physiologique, c'est *l'imperméabilité,* ce n'est pas une facilité plus grande à se laisser traverser par les éléments du sans ; et, dans ces circonstances, il est assez rationnel de croire que *l'albumine ne vient pas directement du sang, mais qu'elle est exsudée à la surface des tubes ou des glomérules malades.*

d) *Signification pathologique de l'albuminurie.* — La signification séméiologique de l'albuminurie ainsi comprise sera celle de l'exsudat dans toute inflammation catarrhale, c'est-à-dire une signification d'importance très relative au point de vue du pronostic; ce n'est que rapprochée des symptômes qui l'accompagnent, qu'elle peut prendre une importance pronostique de premier ordre. La recherche des éléments figurés (cylindres, globules rouges, leucocytes, microbes) nous renseignera, dans une certaine mesure, sur l'état du rein et la nature des lésions. L'analyse qualitative et quantitative de l'urine, la détermination de la toxicité nous apprendront l'état de la fonction rénale.

III. **Pronostic des néphrites infectieuses et des néphrites toxiques.** — Nous retrancherons de notre sujet ce qui concerne le mal de Bright bien constitué. En pareil cas, en effet la marche presque fatale, presque incurable de l'albuminurie ne fait de doute pour personne, et il serait superflu d'y insister, il n'y a pas de discussion possible.

1° *Néphrites infectieuses.* Le pronostic des albuminuries infectieuses est jugé d'une façon singulièrement différente par les auteurs, suivant qu'ils s'occupent des néphrites aiguës ou du mal de Bright. Il est évident que toute albuminurie, constatée au cours d'une infection, ne grève pas d'une façon fatale la vie ultérieure du sujet; mais chez nombre de fébricitants, l'albuminurie prend souvent, soit immédiatement, soit pour plus tard, un caractère fâcheux, surtout dans les formes rénales des maladies infectieuses. Dans les néphrites infectieuses, l'altération rénale est le résultat non seulement du premier microbe pathogène, mais très souvent aussi de microbes associés. Concuremment avec cette néphrite, et grâce à elle, la maladie première s'aggrave. Cependant, malgré l'albuminurie, elle arrive généralement à la convalescence; la néphrite alors pourra guérir, plus ou moins tardivement, ou passer à l'état chronique. Il est à remarquer que, dans les cas de guérison parfaite, albumine et microbes ont simultanément disparu de l'urine, tandis que la persistance de l'albumine, après la disparition des bactéries, semble indiquer que l'on est sur le chemin de la chronicité.

Quelquefois, ces néphrites peuvent être la seule et unique manifestation d'une infection.

Les néphrites dues aux seuls germes pathogènes ou pyogènes vulgaires méritent une mention spéciale. Les néphrites à staphylocoques se rencontrent presque toujours au cours d'une pyosepticémie chirurgicale. Rien de spécial non plus n'a été noté à l'égard de l'albuminurie que détermine le streptocoque. Quant aux néphrites coli-bacillaires, elles peuvent être non seulement d'origine ascendante, mais aussi d'origine sanguine.

2° *Néphrites toxi-infectieuses.* Il paraît démontré que les germes pathogènes de certaines infections agissent sur les reins, non par eux-mêmes, mais par leurs toxines : tel est le cas dans la diphthérie et le choléra. Ce que les toxines produisent quelquefois, les antitoxines ne peuvent-elles jamais le réaliser? Il serait téméraire de rien affirmer à ce sujet, mais on ne saurait à cet égard user de trop de prudence : il ne me paraît pas douteux qu'elles ne provoquent souvent de l'albuminurie.

IV. **Les albuminuries toxiques.** — Pas un médicament, pour ainsi dire, n'est incapable de provoquer, à certains moments, de l'albuminurie. Un des plus incriminés a été le chloroforme : MM. Binaud et Rullier ont d'ailleurs constaté l'aggravation de l'albuminurie préexistante dans plus de 10 p. 100 des cas d'anesthésie chloroformique.

La néphrite cantharidienne est trop connue pour que ce soit utile d'y insister. Le vésicatoire est sûrement dangereux dans beaucoup de cas, surtout le grand vésicatoire à application prolongée; mais, dans l'état apyrétique, le vésicatoire a encore de nombreuses indications à remplir, sans préjudice pour le malade.

V. **L'albuminurie cyclique et l'albuminurie minima.** — (Voir p. 805.)

VI. **Albuminurie dans les maladies chroniques.** — 1° *Albuminurie cardiaque.* L'albuminurie est une complication fréquente des maladies de cœur. Elimination complète et rapide des matériaux azotés, malgré le peu d'abondance de l'urine, conservation de la fonction rénale, malgré l'albuminurie : voilà ses traits essentiels. D'ailleurs, le pronostic en est favorable; il en est autrement dans les albuminuries survenant au cours d'affections

pulmonaires à retentissement cardiaque : elles indiquent une capitulation prochaine.

2° *Albuminurie dans les auto-intoxications.* Les circonstances où l'albumine est le résultat d'auto-intoxications sont très nombreuses. Une des premières à mentionner, c'est le surmenage. On peut en rapprocher les albuminuries *a frigore*. Les albuminuries par brûlures ont un pronostic bénin, puisqu'elles sont tout à fait passagères. Quant à celles qui dépendent des dermatoses, on est frappé de leur rareté. Le mauvais fonctionnement de l'appareil digestif peut déterminer l'albuminurie, qui est fréquente, en effet, soit dans la dilatation de l'estomac, soit dans les entérites. Ce qui caractérise cette albuminurie, c'est l'absence d'éléments figurés dans l'urine, c'est la toxicité du contenu gastrique, ce sont les variations du chiffre de l'albumine avec les repas, c'est sa curabilité. Enfin l'albuminurie apparaît encore dans les intoxications d'origine hépatique.

3° *Albuminurie dans les maladies du système nerveux.* L'expérience de Claude Bernard, qui provoquait l'albuminurie en piquant le bulbe en un point déterminé, semblait faire prévoir que l'albuminurie deviendrait un symptôme de certaines maladies nerveuses, peut-être même un signe de localisation encéphalique, mais il n'en a rien été. On n'a pu réunir assez de cas, pour constituer un groupe net et bien défini d'albuminurie dépendant du système nerveux.

4° *Albuminurie des diabétiques.* L'albuminurie est une complication fréquente du diabète sucré; il en existe une forme grave et une forme bénigne. Mais même bénigne, elle grève singulièrement le pronostic du diabète, surtout quand son augmentation coïncide avec la diminution du sucre.

5° *Albuminurie des tuberculeux.* Dans la tuberculose l'albuminurie peut revêtir diverses formes. La tuberculose rénale se caractérise par les troubles de la miction, les hématuries, le mélange de pus à l'urine, la présence des bacilles de Koch dans ce liquide. Une seconde catégorie comprend les cas nombreux de phthisie vulgaire, dans lesquels on constate de l'albuminurie d'une manière intermittente, véritable albuminurie par auto-intoxication. Enfin, une dernière classe comprend les albuminuries d'origine tuberculeuse, survenant chez les sujets dont la tuberculose est encore latente, invisible, insaisissable, celles que M. Tessier a si justement appelées prétuberculeuses.

VII. *Albuminurie héréditaire des nouveau-nés.* — Il est intéressant d'étudier la transmission de l'albuminurie de la mère à l'enfant. Des autopsies ont montré qu'en cas de mort de la mère et de l'enfant, les altérations rénales étaient identiques dans les 2 cas. Il est légitime de conclure que l'albuminurie de la mère peut se transmettre à l'enfant, que cette transmission semble plus facile quand la mère a eu des attaques d'éclampsie; que l'albuminurie de l'enfant peut se prolonger au delà des premiers jours de la vie; qu'elle prépare, pour plus tard, le terrain à des néphrites infectieuses graves, quand l'enfant sera atteint des maladies pyrétiques auxquelles peu de personnes peuvent échapper (scarlatine, oreillons, etc.).

Rapport de M. Ch. Talamon,

Médecin de l'hôpital Tenon.

On a voulu faire de l'albuminurie un phénomène physiologique. C'est, à notre avis, pousser trop loin les conséquences d'un fait qui, pour si fréquent qu'il soit, n'est cependant pas la règle. Quand au groupe des albuminuries dites fonctionnelles sa création ne se justifierait que si l'on pouvait assigner à ces albuminuries des caractères nettement distinctifs des albuminuries par lésion rénale.

I. Éléments du pronostic de l'albuminurie. — C'est seulement de l'association et de la comparaison des données multiples exposées ci-dessous qu'on peut espérer déduire une appréciation aussi rapprochée que possible des conséquences réelles de la lésion rénale.

A. Caractères de l'albuminurie. — La *quantité d'albumine* est le fait le plus facile à constater, mais aussi le plus trompeur, si on le considère isolément. La seule règle pronostique précise est celle-ci : une proportion élevée d'albumine coexistant d'une manière permanente avec une polyurie de 2 à 4 litres est toujours d'un pronostic grave. L'albuminurie ne nous révèle que l'état d'une partie du rein lésé, la partie qu'on pourrait appeler la zone mobile des lésions; la zone fixe, la zone des régions mortes et cicatrisées, échappe, par sa destruction même, à ce moyen d'appréciation.

Il ne faut rien exagérer cependant; la quantité d'albumine peut, dans des conditions déterminées, servir à fixer, dans une certaine mesure, le pronostic immédiat. La diminution de l'albuminurie accompagnant la polyurie indique l'arrêt du processus inflammatoire ou, du moins, sa tendance à se limiter.

Pour ce qui est de la *qualité* de l'albumine, la non-rétractilité du coagulum sous l'influence de la chaleur tient simplement, le plus souvent, à la quantité de l'albumine. Les qualités chimiques de l'albumine urinaire offrent plus d'intérêt. D'une manière générale, il nous a semblé que l'abaissement du quotient albumineux, c'est-à-dire du rapport de la globuline à la sérine, est toujours un signe d'aggravation.

Je ne crois pas que *l'intermittence de l'albuminurie* ait la valeur pronostique qu'on a voulu lui attribuer. Les variations quotidiennes n'ont aucune signification précise au point de vue de l'évolution de la maladie.

B. Composition du milieu urinaire. — Une forte proportion d'albumine dans une urine pâle, abondante, de faible densité, pauvre en urée, en acide urique et en éléments minéraux, indique toujours une néphrite chronique avancée et comporte un pronostic absolument grave.

Une faible proportion d'albumine dans une urine colorée, peu ou moyennement abondante, d'une densité normale ou élevée, riche en urée et en acide urique, est toujours d'un pronostic immédiat bénin. Ces deux propositions peuvent être admises comme règles fixes sans exception, au moins, pour la première. Mais, en dehors de ces termes extrêmes, on peut demander aux variations des principes constituants de l'urine quelques éléments de pronostic. Les variations de *l'eau urinaire* tiennent le premier rang. Elles sont, en effet, la meilleure mesure de la tension artérielle.

Les variations de *l'urée* peuvent nous renseigner sur deux points principaux : le mode de fonctionnement des échanges nutritifs dans l'ensemble de l'organisme, et, le degré d'altération des cellules tubulaires. Le difficile est de faire la part de ces deux facteurs : ce qu'on peut affirmer, c'est qu'une proportion d'urée normale ou au-dessus de la normale ne peut qu'être d'un bon pronostic.

Quant aux éléments figurés, le fait d'en retrouver par la centrifugation dans les urines les plus normales, ne présentant pas trace d'albumine, a enlevé toute valeur à tout ce qu'on a dit de ces cylindres comme moyen de diagnostic entre les albuminuries liées à une lésion rénale et les albuminuries prétendues fonctionnelles. Cependant, l'abondance et l'aspect de certains cylindres peuvent renseigner, jusqu'à un certain point, sur l'étendue des lésions tubulaires et sur la nature des lésions rénales.

C. Conditions étiologiques et pathogéniques. — Dans un premier groupe des faits, la notion étiologique impose un pronostic bénin : ce sont les albuminuries qui tiennent à un trouble de la circulation, le plus grand nombre des albuminuries fébriles, et enfin les albuminuries épisodiques qui se produisent au cours des affections aiguës ou chroniques.

Dans un second groupe, il faut ranger les faits où les conditions étiologiques précises impriment, d'emblée et par elles-mêmes, à l'albuminurie un caractère de gravité constant : ce sont les faits où l'amylose est fréquente.

Dans un troisième groupe de cas, la notion étiologique ne nous fournit que des données insuffisantes; il en est ainsi pour les albuminuries toxiques, les albuminuries du diabète et de la grossesse.

D. Conditions individuelles du sujet atteint. — L'*âge* est un facteur pronostique d'une grande valeur. D'une manière générale, on peut dire que chez un adulte ou un jeune homme le pronostic est beaucoup moins grave qu'à un autre âge :

1° Parce que les autopsies nous montrent que le symptôme est d'ordinaire, dans la vieillesse, en rapport avec une atrophie avancée de l'organe;

2° Parce que nous savons que, passé 50 ans, une lésion chronique du rein n'a aucune tendance à la rétrocession;

3° Parce que, chez un homme âgé, atteint d'une lésion organique quelconque, la rupture de l'équilibre fonctionnel entre un organe lésé et l'organisme est plus facile que dans le jeune âge.

Quant au rôle de l'*hérédité* dans l'évolution de l'albuminurie, il est mal connu. L'hérédité entre cependant en ligne de compte dans le pronostic des albuminuries juvéniles intermittentes; dans ces cas, il faut sérieusement réserver l'avenir, et craindre la formation du petit rein granuleux.

E. Phénomènes associés ou connexes en rapport avec l'albuminurie. — 1° *Phénomènes d'ordre circulatoire.* — L'hypertrophie du cœur, l'induration des artères indiquent une atrophie rénale avancée, et le pronostic découle du diagnostic.

2° *Phénomènes d'ordre nerveux.* — Parmi ceux-ci, il faut distinguer les symptômes graves, coma, convulsions, délire, etc., qui relèvent de l'urémie, des simples troubles nerveux, sensoriels et sensitifs. Ces derniers n'acquièrent de valeur pronostique que lorsqu'ils se constatent chez un sujet atteint d'une albuminurie chronique; ils constituent alors les signes d'une urémie atténuée. Mais ils ne sont le plus souvent, que les manifestations variées d'un état nerveux, associé parfois lui-même à la goutte, au rhumatisme, à l'alcoolisme, à l'artério-sclérose, etc.

3° *Etat général.* — L'anémie et l'asthénie circulatoire et nerveuse, par leur association avec l'albuminurie, sont susceptibles d'en modifier, dans un sens plus ou moins fâcheux, la valeur pronostique, mais ne sont pas directement proportionnelles à la gravité de l'albuminurie.

II. Pronostic des diverses variétés d'albuminurie. — Ce qui domine le pronostic de toute albuminurie, c'est la crainte du mal de Bright. Il faut savoir d'abord que le pronostic *immédiat* n'entraîne pas nécessairement le pronostic *éloigné*. L'albuminurie scarlatineuse aiguë par exemple peut guérir absolument, en dépit de sa gravité immédiate, sans conséquences pour l'avenir. Au contraire, l'albuminurie goutteuse ou saturnine, essentiellement bénigne, laissera des craintes persistantes au point de vue de son évolution ultérieure vers l'atrophie rénale.

Pour poser d'une manière absolue les règles du pronostic, il faudrait d'abord résoudre les deux questions suivantes :

1° Pendant combien de temps l'albuminurie peut-elle coexister, chez un sujet, avec les apparences de la bonne santé, sans déterminer de troubles morbides sérieux?

2° Sur 100 albuminuriques, combien finissent par aboutir à un mal de Bright confirmé?

Il n'est pas probable qu'on puisse de longtemps encore répondre à ces deux questions; et il faut nous borner, pour le moment, à enregistrer, pour chaque catégorie d'albuminuries, les probabilités qui atténuent ou aggravent le pronostic suivant le cas.

1° *Albuminuries fébriles.* — L'albuminurie, constante dans les maladies fébriles, traduit simplement la perturbation apportée à l'innervation vaso-motrice du rein par la toxine que secrète l'agent pathogène.

D'une manière générale, la quantité d'albumine est plus forte dans les cas graves; mais il faut savoir que cette albuminurie n'est pas la cause de la gravité de la maladie.

On peut dire qu'une albuminurie abondante ou une albuminurie hémorrhagique indique une altération plus étendue ou plus sérieuse du rein que des traces minimes ou intermittentes d'albumine.

La règle est que l'albuminurie fébrile précoce disparaisse complètement avec la fièvre. Mais elle peut aussi : 1° persister sans s'aggraver, sous une forme continue ou intermittente; 2° persister en s'aggravant; 3° ou reparaître sous la forme d'un mal de Bright aigu avec toutes ses conséquences. Cette persistance ou ces aggravations peuvent, d'ailleurs, être secondaires à l'intervention d'une cause nouvelle, vice de régime, refroidissement, infection surajoutée, existence antérieure d'une lésion rénale latente.

Le pronostic de l'albuminurie secondaire des maladies aiguës est nécessairement plus grave que celui de l'albuminurie initiale, simple épiphénomène fébrile.

Le fait intéressant serait de préciser dans quelle mesure le mal de Bright est l'aboutissant de ces différentes variétés d'albuminuries secondaires. Mais c'est là un problème dont la solution exacte ne me paraît guère possible. Cependant, on peut dire que, dans l'étiologie du mal de Bright, la scarlatine doit occuper le même rôle prépondérant que le rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie des affections cardiaques.

2° *Albuminurie cardiaque.* — L'albuminurie cardiaque est le type des albuminuries par stase veineuse, par ralentissement du courant sanguin et abaissement de la pression glomérulaire. Sans aucune valeur pronostique propre, elle indique simplement un état que les phénomènes concomitants, la dyspnée, la congestion pulmonaire, l'œdème des jambes, permettent suffisamment d'apprécier.

Le rein cardiaque proprement dit, le gros rein violet de la stase veineuse, peut-il aboutir directement à un petit rein contracté? Je ne le crois pas; il n'en aurait pas le temps.

Mais, la permanence de l'albuminurie chez un cardiaque, en dehors des crises d'asystolie, ne peut avoir qu'un pronostic sérieux. Elle suppose, en effet, le développement d'une lésion rénale à marche chronique.

En opposition aux maladies mitrales, la coexistence de l'albuminurie avec une affection aortique et, en particulier, avec l'insuffisance aortique est toujours de mauvais augure, surtout s'il s'agit d'un sujet encore jeune. Elle est, en effet, dans ce cas, soit l'indice d'une asystolie menaçante par affaiblissement du myocarde, soit la preuve d'une néphrite concomitante.

L'insuffisance aortique peut encore jouer le rôle de cause déterminante (embolie) ou favorisante (infection secondaire).

3° *Albuminurie saturnine.* — L'intoxication plombique professionnelle réalise une véritable expérience clinique au point de vue des lésions rénales.

Le plus souvent, l'albuminurie est transitoire ou intermittente, au début. Puis l'albuminurie devient, en général, continue et plus abondante au moment d'une crise de colique de plomb ou à l'occasion d'une maladie aiguë quelconque. Ce n'est, d'ordinaire, qu'après 40 ans que les symptômes propres de l'atrophie rénale commencent à se manifester et, en particulier, la polyurie nocturne.

Mais, comme pour toutes les néphrites chroniques, l'action de la cause principale et initiale n'est pas seule en jeu dans le processus anatomique.

Quoiqu'il en soit, on peut dire qu'une albuminurie constatée dans les premières années de l'intoxication a, par cela même, un pronostic immédiat tout autre que l'albuminurie d'un saturnin âgé de 40 à 50 ans.

4° *Albuminurie goutteuse.* — Dans le saturnisme, le poison pathogène vient du dehors; dans la goutte, il est autochtone, fabriqué par les cellules de l'organisme. Mais dans les deux cas, il agit avec la même lenteur progressive et ses effets sont les mêmes sur le rein comme sur les autres organes.

Au point de vue du pronostic, il faut, tout d'abord, distinguer deux grandes catégories de cas : ceux dans lesquels l'urine conserve les caractères que M. Lecorché a assignés à l'urine du goutteux azoturique, à nutrition trop active (urine d'abondance moyenne, acide, rouge, riche en urée, acide phosphorique et en principes minéraux); ceux dans lesquels l'urine offre les caractères inverses, est pâle, décolorée, abondante, de densité faible, très appauvrie en principes constituants.

La première catégorie est constituée par l'albuminurie précoce ou pré-goutteuse. Elle peut guérir et disparaître, surtout si l'on arrive à modifier l'état dystrophique dont la surcharge urique du sang est l'indice; c'est dire que la guérison est exceptionnelle.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que, tant que les urines conserveront ces caractères de richesse en urée et en acide urique avec une densité et une coloration normales ou au-dessus de la normale, on doit admettre que la lésion est peu étendue ou fonctionnellement compensée et que, dès lors, il n'y a pas d'accidents immédiats ou prochains à redouter du fait même de l'albuminurie.

Pour la deuxième catégorie de cas, la situation est nette; le pronostic de l'albuminurie, immédiat ou prochain, est toujours mauvais. L'albuminurie est transitoire, intermittente, tant que l'hypertrophie du cœur, l'exagération de la tension artérielle ne sont pas apparues. Le pronostic se règle sur les variations de la quantité d'urine, et l'œdème et les phénomènes urémiques ne

tardent pas à venir attester l'existence des lésions profondes du rein goutteux de Todd.

Enfin, lorsque l'urine albumineuse est en même temps chargée de mucus et de pus, lorsque l'on peut conclure à l'association des lésions pyélitiques et rénales, l'ammonniémie et l'urémie se combinent pour hâter la terminaison fatale.

5° *Albuminurie diabétique.* — M. Lecorché pense que cette albuminurie, qui n'est pas en rapport avec l'intensité de la glycosurie, relève non du diabète même, mais bien d'une uricémie goutteuse coexistante. Les autres cas d'albuminurie se rattachent à des lésions cardiaques ou à une tuberculose pulmonaire compliquant le diabète.

Déduction faite de ce cas, l'association de l'albuminurie à la glycosurie serait donc, par elle-même, d'une valeur pronostique plutôt favorable, en ce sens, qu'elle autorise à diagnostiquer un diabète goutteux, c'est-à-dire la forme la moins grave et la plus maniable du diabète. D'autre part, le pronostic de l'albuminurie même est relativement bon, en raison de la lenteur du processus lésionnel et de la longue tolérance de l'organisme pour les albuminuries de ce genre.

Mais, à côté de ces albuminuries légères, existent des albuminuries abondantes, d'autant plus graves que le régime qui convient à l'albuminurie est précisément celui qui est le plus contraire à la glycosurie.

6° *Albuminurie de la grossesse.* — Sur 100 femmes enceintes albuminuriques, 1,7 seulement devient éclamptique, ce qui constitue une proportion assez rassurante.

Ce n'est pas, l'albuminurie qui crée le danger; elle n'est qu'un signal d'alarme.

Ce qui donne une physionomie spéciale à l'albuminurie gravidique, c'est l'existence des deux phénomènes : compression et dilatation des uretères, surcharge graisseuse des épithéliums canaliculaires, qui seuls, à notre avis, sont en raison directe avec la gestation.

Quant à l'évolution de l'albuminurie même, il faut distinguer. L'albuminurie post- ou co-éclamptique est une albuminurie toxique ou nerveuse, dont le pronostic se confond avec celui de l'éclampsie : si l'éclampsie guérit, l'albumine disparaît avec elle, en quelques jours.

L'albuminurie du travail est un phénomène épisodique, qui n'a pas grande importance.

L'albuminurie post-partum, l'albuminurie puerpérale est une albuminurie infectieuse, fébrile, et son pronostic est celui de toutes les albuminuries fébriles.

Reste l'albuminurie constatée au cours même de la grossesse, qui, pour nous, se rattache toujours ou à une néphrite évidente ou latente, antérieure à la conception, ou à quelque affection accidentelle et intercurrente, qui aurait aussi bien déterminé de l'albuminurie en dehors de toute grossesse.

Ici, nous avons trois pronostics à faire : le pronostic immédiat, le pronostic prochain et le pronostic éloigné.

Tant que l'albuminurie reste minima, c'est-à-dire ne dépasse pas 1 gramme p. 1000, on n'a pas à redouter d'accidents du fait de l'albuminurie même. Quand l'albuminurie est abondante, dépassant 2 p. 1000, le pronostic revêt immédiatement une gravité, immédiatement une sévérité extrême, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Mais la fréquence de cette albuminurie grave est très faible ; car le rapport des albuminuries graves à toutes les albuminuries gravidiques est 1,4 p. 100.

Cependant, le pronostic prochain des albuminuries gravidiques, prises en bloc, doit être réservé, parce que nous ne pouvons affirmer que les accidents graves ne se produisent pas, et parce que nous en connaissons tout le danger quand ils se produisent.

Quant au pronostic éloigné, il est basé sur cette observation qu'il semble se faire une sorte d'adaptation de l'organisme aux altérations rénales de la grossesse, car les accidents des poussées aiguës sont beaucoup plus fréquents et beaucoup plus graves chez les primipares que chez les multipares.

7° *Albuminuries tuberculeuses.* — Sur 100 tuberculeux pris au hasard, la moitié au moins présente de l'albumine dans l'urine. Toutes les causes de l'albuminurie se trouvent, en effet, réunies chez les tuberculeux : infection primitive ou secondaire, fièvre, poussées d'inflammation aiguë, troubles vasculaires, gêne de l'hématose, troubles digestifs, diarrhée.

Il existe une variété spéciale, décrite par Teissier, variété d'albuminurie qu'il faut, je crois, considérer comme l'analogue de ces pseudo-chloroses ou de ces anémies qualifiées aussi de *pré-tuberculeuses*, et qui ne sont, en réalité, que la première manifestation de l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine. Cette albuminurie peut guérir complètement, mais elle peut aussi persister et présenter la première étape d'une néphrite ultérieure plus grave.

En dehors de cette variété spéciale d'albuminurie prodromique, les albuminuries tuberculeuses sont au nombre de trois principales, et toutes trois ont une signification des plus graves : l'albuminurie purulente, l'albuminurie hémorrhagique continue et l'albuminurie polyurique. La première résulte d'une pyélonéphrite tuberculeuse, la seconde est quelque fois la conséquence d'une tuberculose rénale, mais, le plus souvent, résulte d'une imprégnation de la substance rénale par la tuberculine ; la troisième est l'indice de la dégénérescence amyloïde des artérioles rénales.

8° *Albuminuries syphilitiques.* — Outre la production des gommes rénales, de la générescence amyloïde, il existe des néphrites légères ou graves, déterminées, dès la période secondaire, par la toxine syphilitique. La syphilis héréditaire peut même produire l'albuminurie.

Toutes ces albuminuries syphilitiques peuvent guérir, et guérir radicalement, par le traitement mercuriel ; comme pour toutes les lésions syphilitiques, le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce et la lésion elle-même plus récente. Aussi ce pronostic s'applique-t il surtout aux néphrites de la période secondaire.

9° *Albuminuries minima.* — Nous avons appelé albuminuries minima, les albuminuries de médiocre abondance, dont le taux oscille autour de 0, 50 p. 1000, et qui évoluent pendant des années d'une manière absolument latente, ou du moins sans apporter grand trouble au fonctionnement normal de l'organisme.

Nous avons essayé, M. Lecorché et moi, d'établir quelques catégories au point de vue pronostique, parmi ces albuminuries minima.

Il en est une qui s'impose, c'est celle qui est fondée sur l'âge du sujet. La présence de quelques traces d'albumine dans l'urine ne saurait avoir la même importance dans la jeunesse que dans l'âge mûr ou la vieillesse. Chez les jeunes gens, l'albuminurie minima comporte donc un pronostic immédiat toujours bénin. Elle n'implique des réserves que pour l'avenir. Un certain nombre de ces cas sont purement transitoires ; d'autres, tout en persistant des années, peuvent cependant guérir, mais le reste, et le chiffre en est considérable, constitue la première étape du mal de Bright.

C'est pour vous préciser ces évolutions différentes, que nous avons proposé les catégories suivantes d'albuminurie minima chez les jeunes gens :

a) Albuminuries minima post-infectieuses, qui sont une « séquelle », une suite des maladies microbiennes. Ces albuminuries sont celles dont le pronostic éloigné aussi bien qu'immédiat est le moins grave.

b) Albuminurie minima des uricémiques, pré-goutteuse. Elle peut guérir, mais elle aboutit le plus souvent au petit rein goutteux.

c) Albuminuries minima héréditaires ou familiales. L'albuminurie ninima héréditaire est celle dont le pronostic éloigné comporte le plus de réserves ; elle aboutit au mal de Bright confirmé.

L'albuminurie minima sénile est passible de réserves plus grandes encore. Elle n'est pas la même dans tous les cas.

Elle n'est pas, en effet, liée nécessairement à une atrophie granuleuse des reins. L'atrophie lisse, sans hypertrophie du cœur gauche, avec athérome plus ou moins marqué des artères, est au moins aussi fréquente. D'autre part, il y a des cas où l'artério-sclérose est seule en cause ; le malade est, à proprement parler, un cardiaque, et l'albuminurie, habituellement intermittente, n'a d'autre valeur que celle d'une albuminurie cardiaque ordinaire.

10° *Albuminuries brightiques.* — Je nomme ainsi les albuminuries liées à des lésions profondes et diffuses du rein, et associées à l'œdème, à la dilatation, avec ou sans hypertrophie du cœur, et à l'urémie.

Un albuminurique ayant présenté des accidents brightiques peut-il guérir ?

Pour qu'une albuminurie brightique soit considérée comme définitivement guérie, il faut :

1° Que l'albuminurie disparaisse complètement ;

2° Que la polyurie critique ne persiste pas et que l'excrétion de l'eau redevienne normale ;

3° Que la proportion des principes constituants, urée, sels et matériaux organiques, remonte et reste au taux physiologique ;

4° Que le cœur ne s'hypertrophie pas ;

5° Que ces conditions persistent pendant plusieurs années.

Une guérison ainsi caractérisée est possible pour les albuminuries brightiques aiguës ; mais la guérison absolue doit être tenue pour extrêmement rare. La règle est que la guérison soit seulement relative ou *fonctionnelle*.

Pouvons-nous préciser la durée de cette guérison fonctionnelle, de cette période de compensation ou de tolérance ? Ceci dépend de l'exactitude de notre diagnostic. Lorsque l'on est autorisé à croire à l'existence d'un petit rein rouge granuleux, on doit prévoir que la survie ne dépassera guère trois ou quatre ans. Si on diagnostique un gros rein blanc graisseux et amyloïde, la terminaison fatale ne saurait guère être retardée au delà de cinq à six mois.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Chambrin (Jean-Marie). *Sur un cas de tératologie. Malformations des extrémités thoraciques et abdominales d'origine congénitale.* N° 432. (Steinheil.)

M. Barasch (Albert). *Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique.* N° 512. (Soc. d'édit. scient.)

M. Thomas de la Plesse (Joseph). *Etude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique.* N° 482. (H. Jouve.)

M. Rosemblat. *De l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hématocèles pelviennes.* N° 254.

M. Thévenard (Paul). *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine.* N° 261. (H. Jouve.)

M. Bertrand (Maurice). *Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs abdominales.* N° 316. (H. Jouve.)

M. Duvrac (Ernest). *Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude.* N° 412. (H. Jouve.)

M. Chambrin décrit l'histoire d'un sujet atteint de nombreux vices de conformation des extrémités thoraciques et abdominales qui sont pour lui d'origine congénitale. La cause première paraît être une compression de l'embryon par l'amnios qui a subi un arrêt de développement. De cette compression il est résulté une union des extrémités palmaires et plantaires ayant entraîné par là même toutes les difformités constatées. Les anomalies que présente ce sujet ne sont pas assez graves pour qu'on en puisse faire un monstre ; il doit rentrer dans la division des hémitéries ou demi-monstres.

Dans sa thèse, M. Barasch rappelle que la syphilis héréditaire ne se traduit pas par des lésions purement syphilitiques ; au contraire, le plus souvent elle consiste en une série de manifestations causées par une perturbation profonde de la nutrition, par une influence dystrophique. Tantôt elle arrête le développement du produit de la conception dans l'utérus et devient cause des accouchements prématurés et de la mort du fœtus à divers âges ; quelquefois elle tue le fœtus sans lésions ; elle le tue seulement en vertu d'une débilité native qui ne lui laisse pas assez de force pour vivre ; tantôt elle arrête le développement de certains organes ; des testicules, de l'ovaire, même du cerveau en créant des sujets qui manquent d'intelligence, des imbéciles et des idiots. Mais quelquefois son influence reste limitée ; elle crée des malformations diverses : malformations dentaires, nasales, oculaires ; bec-de-lièvre, hydrocéphalie, pied bot, etc. Quelquefois enfin, son influence néfaste porte sur tout l'être qu'elle frappe d'une déchéance organique tellement profonde qu'elle abaisse l'individu jusqu'à l'infantilisme et même le nanisme. Ces manifestations dystrophiques pourraient être comparées, suivant l'auteur, aux manifestations dystrophiques analogues provoquées expérimentalement sur les animaux par l'injection de diverses toxines.

De son travail M. Thomas de la Plesse conclut que la syphilis héréditaire peut se compliquer, comme la syphilis acquise, d'adénopathies trachéo-bronchiques. Comme dans la syphilis acquise, et plus souvent peut-être, l'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique, souvent liée à des lésions pulmonaires de même nature, peut exister sans qu'aucune syphilose pulmonaire ait été constatée. La nature syphilitique de ces adénopathies est démontrée par les commémoratifs, l'existence de la triade d'Hutchinson plus ou moins complète, et par les guérisons rapides qu'a données le traitement mixte.

Le pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique bien traitée est bénin ; la guérison est survenue dans tous les cas publiés jusqu'à ce jour.

M. Rosemblat conclut de son étude que l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est une opération très bénigne et éminemment conservatrice, qui peut être faite dans les états aigus et subaigus. Le procédé opératoire soit avec l'instrument de Laroyenne, soit avec le bistouri est très simple. L'antisepsie vaginale peut être suffisante et on peut éviter facilement la plupart des accidents, comme la blessure de l'artère et des organes voisins. Les fistules sont rares ; elles peuvent souvent être évitées par un drainage bien fait et suffisamment prolongé ; elles guérissent souvent spontanément ; si elles persistent, une autre intervention serait indiquée. L'incision vaginale donne une guérison définitive dans les cas de pelvipéritonite puerpérale ou annexielle, de phlegmons des ligaments larges, de collections tubaires unilatérales, à poche unique ; dans les hématocèles rétro-utérines proprement dites et les hématocèles suppurées. Elle peut donner une guérison définitive dans les collections multiloculaires, collections haut situées, à condition que toutes les poches puissent être atteintes par le vagin. Elle peut donner une guérison définitive dans les cas de collections tubaires bilatérales, à poches uniques ou multiples, mais souvent ces collections ne sont justiciables que d'une laparotomie ou d'une hystérectomie.

L'incision vaginale doit être tentée dans tous les cas de suppurations pelviennes, quand l'état général de la malade ne permet pas d'intervenir par une opération grave, ou quand le diagnostic de bilatéralité n'est pas certain, ou lorsque la malade est jeune et vigoureuse.

D'ailleurs cette méthode n'empêche pas une intervention ultérieure si elle est nécessaire.

L'hématocèle rétro-utérine est un hématome intrapéritonéal situé dans le cul-de-sac de Douglas, et résultant d'une hémorrhagie annexielle ; 95 fois p. 100, cette hémorrhagie a pour cause la rupture ou l'avortement intrapéritonéal d'une grossesse ectopique. Mais il ne faut cependant pas confondre, surtout au point de vue des indications opératoires, grossesse ectopique et hématocèle. Telle est l'opinion que défend dans sa thèse M. Thévenard. Le traitement qui s'impose, au moment de l'hémorrhagie, de l'inondation péritonéale, est la laparotomie. L'incision du cul-de-sac postérieur du vagin suivie d'un drainage est, au contraire, l'opération de choix pour l'hématocèle rétro-utérine proprement dite. Cette intervention est simple, bénigne, efficace.

Il est toujours possible d'enlever par cette incision l'annexe malade, ce qui souvent est inutile, les lésions dues à la grossesse semblant le plus souvent guérir spontanément.

Dans le cas où l'on trouverait de doubles et graves lésions des annexes, on peut terminer par l'hystérectomie.

Même en admettant qu'il y ait toujours des lésions graves,

nécessitant l'ablation au moins de l'annexe gravide, et qu'il ne soit possible de l'enlever que par la laparotomie, la prudence voudrait que cette intervention ne fût jamais alors que secondaire; lorsque le contenu presque toujours septique de l'hématocèle est évacué, que le cul-de-sac de Douglas est désinfecté, on ne court plus le risque des accidents graves dus à l'issue dans le péritoine de quelques éléments septiques. Il faudrait donc agir comme dans l'appendicite où dans un premier temps, on évacue le phlegmon et plus tard on enlève l'appendice à froid.

Les fausses tumeurs abdominales peuvent exposer à de très graves erreurs; les exemples en sont nombreux, aussi doit-on, d'après M. Bertrand, chercher une règle de conduite qui permette de les éviter. Chaque fois qu'à l'abdomen on rencontrera une tumeur mobile, fugace, tympanique, brusquement survenue, on songera à la possibilité d'une fausse tumeur d'origine nerveuse. Si après un examen complet il reste quelque doute dans l'esprit, on aura recours aux anesthésiques, la tumeur fantôme ne résiste pas à l'éther ou au chloroforme. S'il s'agit d'un organe déplacé, et qu'une disposition particulière de la paroi empêche d'en percevoir les contours, on ira le chercher à la place qu'il devrait normalement occuper, suivant les procédés antérieurement indiqués. On n'oubliera pas enfin que l'accumulation de solides, de liquides et de gaz dans des cavités naturelles peuvent produire des tumeurs durant de quelques heures à quelques semaines qui se terminent spontanément pour peu qu'on pense à leur origine et à l'obstacle qui peut les produire.

Le traitement du cancer inopérable de l'utérus ne semble pas encore trouvé. Pour les cas où l'opération n'est pas possible, M. Duvrac pense avoir rencontré dans le chlorate de soude un palliatif véritable du cancer de l'utérus, puisque dans un cas il a vu une survie de 3 ans. Ce traitement n'aura de valeur qu'autant qu'il sera poursuivi longtemps et accompagné d'une hygiène irréprochable. Pour cette raison il ne le croit possible à employer qu'à l'hôpital, dans les hospices ou dans la clientèle assez aisée pour appeler le médecin d'une façon suivie.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Brindel (Edouard-Victorien-Aimé). *De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites.* N° 9.

M. Ricaud (Joseph-Raymond). *Essai sur la thérapeutique immunisante.* N° 15.

D'après M. Brindel la thyrotomie est indiquée toutes les fois qu'un corps étranger ou une tumeur bénigne siégeant dans le larynx ne peuvent être extraits par les voies naturelles, avec ou sans trachéotomie; dans les cas de fracture du larynx avec déplacement des fragments; quand il y a sténose cicatricielle non dilatable; dans les cas de tumeur maligne intrinsèque, *bien limitée*, non encore infiltrée dans le squelette cartilagineux.

Les contre-indications sont rares. Le jeune âge rend l'intervention plus difficile, mais n'empêche pas d'y avoir recours. La faiblesse du sujet à cause du choc opératoire peut seule arrêter le chirurgien.

La thyrotomie verticale est seule rationnelle. On y joindra le plus souvent la trachéotomie dans la même séance à moins que des accidents graves ne l'aient déjà rendue indispensable.

L'hémostase la plus parfaite est nécessaire avant l'ouverture de la trachée. On se servira avec avantage de la canule de Trendelenburg à platine modifiée. On n'enlèvera la canule trachéale qu'après guérison complète de la plaie laryngée ou après délai suffisant pour constater la non-récidive sur place de la tumeur.

Aux complications opératoires, on doit ajouter un état syncopal, probablement réflexe, qu'on attribuait jusqu'ici à la chloroformisation.

La thyrotomie n'entrave pas le développement du larynx. Les deux ailes du thyroïde se soudent par un tissu fibreux très dense, auquel se substitue probablement à la longue du tissu cartilagineux.

Les troubles de la respiration et de la phonation après thyrotomie verticale médiane ne sont pas imputables à l'opération.

Pour M. Ricaud l'immunité est une modification dynamique dans la vie des cellules due à un rhythme nouveau dans les mouvements vitaux. Ce rhythme est canalisé dans les premiers ramuscules nerveux, qui le transmettent à toute l'économie. Il en résulte que les cellules créent les ferments, produits qui permettent de résister aux poisons.

Ces phénomènes obéissent à des causes nombreuses : épuisement du milieu, substance surajoutée (expérience de Raulin sur le développement de l'aspergillus), rôle de l'accoutumance (expérience de Stahl sur l'assuétude des végétaux), pouvoir protecteur des humeurs et surtout phagocytose.

Usant de l'enseignement que donne l'étude des maladies infectieuses, l'auteur pense qu'il faut tenter d'atteindre les variations nutritives, c'est-à-dire viser la fonction nerveuse qui vibre suivant la rhythmique nutrition cellulaire. On choisira d'abord les agents qui ont sur elle une merveilleuse puissance : produits microbiens et sérum contre les maladies infectieuses, venins chauffés ou non avec les sérums contre le venin des serpents et les poisons végétaux ; l'histothérapie contre les maladies trophiques. A certains poisons on pourra en opposer d'autres, le curare à la digitaline, par exemple, ou le butyl-chloral à la strychnine (expérience de Grigorescu). On se souviendra aussi que si certains poisons en neutralisent d'autres, la réciproque peut ne pas être vraie. Exemple : le sérum antirabique est très bon contre le venin, mais l'inverse n'a pas lieu.

On devra joindre à tout cela les influences psychiques, calmes et lénifiantes dans quelques cas, excitantes dans d'autres, ainsi que les agents physiques, chaleur, lumière, électricité, hydrothérapie, altitude, etc. Employer tous ces modes à la fois, c'est faire un traitement total, c'est-à-dire bénéficier de leur efficacité maximum; mais ils doivent être employés dans un même sens, sinon, on n'obtient qu'un résultat différentiel.

L'immunisation est la thérapeutique de l'avenir, car elle correspond à une augmentation de la vitalité. Cette stimulation qu'elle donne à toutes les cellules produit, par une surélévation, la nouvelle qualité d'être inaccessible à certaines attaques, sans que rien de ce qui était acquis soit diminué. L'hérédité de ces qualités nouvelles est un phénomène d'induction vitale, les cellules somatiques engendrent des courants moléculaires qui dotent les cellules génératives d'un attribut de plus, de même que l'accouplement temporaire des infusoires est nécessaire, après 215 à 330 générations asexuées, pour rajeunir les deux individus et leur permettre encore la génération asexuée (expérience de Maupas).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Le pouvoir désinfectant de la formaline (Zur Bedeutung des Formalins als Desinfectionsmittel), par Walter (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.*, 1896, vol. XXI, p. 421). — Conclusions : 1° La formaline, en solution à 1 pour 1000, arrête le développement de la bactéridie charbonneuse, du vibrion cholérique, du bacille typhique, du staphylocoque doré, du bacille de la diphthérie. Les vapeurs très diluées de formaline agissent de la même façon.

2° La solution de formaline à 1 pour 100 tue les cultures pures des microorganismes pathogènes en l'espace d'une heure. Cette action bactéricide est encore plus appréciable dans les solutions alcooliques diluées de formaline.

3° La solution de formaline à 3 pour 100, additionnée au besoin d'alcool, aseptise complètement les mains. Des recherches ultérieures montreront si, dans ces conditions, la peau est attaquée ou non.

4° Les pulvérisations de formaline désinfectent complètement les étoffes artificiellement infectées avec des cultures virulentes. Au bout de vingt-quatre heures, les vêtements et les effets de cuir se trouvent complètement désinfectés sans être endommagés.

5° Une solution de formaline à 1 pour 100 désodorise instantanément les matières fécales; une solution à 10 pour 100 les rend stériles dans l'espace de dix minutes.

Méningite typhique (Zur Kenntniss der Meningitis typhosa), par Kuhnau (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 25, p. 558). — Le cas que publie l'auteur se rapporte à un homme de trente-deux ans, entré à l'hôpital pour une fièvre typhoïde grave, avec hémorrhagies intestinales, et qui succomba au début de la troisième semaine, dans le coma, au milieu d'une série de symptômes méningitiques. A l'autopsie, à côté des lésions classiques de l'intestin, on trouva une méningite purulente de la convexité et de la base.

L'examen bactériologique complet du pus des méninges, de même que celui de la rate et des ganglions mésentériques, montra l'existence des bacilles typhiques, Les mêmes bacilles furent trouvés dans le sang pris par piqûre, pendant la vie, dans la veine médiane du bras, et ensemencé sur différents milieux.

La méningite était donc, dans ce cas, produite par une infection, par voie sanguine, des méninges, par le bacille d'Eberth.

Influence de l'atropine sur la respiration (Ueber den schädlichen Einfluss der Atropins auf die Athmung), par Unverricht (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n°s 24 et 25). — Il résulte des recherches cliniques et expérimentales de l'auteur que l'atropine au lieu d'agir comme excitant de la respiration, exerce sur elle une action plutôt dépressive, et que par conséquent l'atropine est contre-indiquée dans le traitement de l'intoxication grave par la morphine.

Pneumonie croupale avec bacille formant de l'hydrogène sulfuré (Schwefelwasserstoffbildender Bacillus als erreger von Pneumonia crouposa), par Muller (*Centralb. f. inn. Mediz.*, 1896, n° 26, p. 665). — Le cas que décrit l'auteur se rapporte à un homme de 56 ans qui, après 3 semaines de malaise général, est entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une pneumonie de la base, bien que la fièvre, le jour de l'entrée du malade, ne fût que de 38°6. Le lendemain, la fièvre toujours oscillant entre 38°-39°, la pneumonie envahit le lobe moyen. La défervescence se fait pourtant au 9° jour. Mais le lendemain la température monte à 39° et en même temps on constate tous les signes d'une pneumonie au début de la base gauche. Deux jours après la fièvre tombe, et l'on constate que l'urine, dont l'examen chimique n'avait jusqu'à présent révélé rien de particulier, exhale une forte odeur d'hydrogène. Le malade succomba 48 heures plus tard avec des phénomènes d'asthénie générale.

L'examen bactériologique de l'urine, fait le jour où l'on a constaté l'odeur d'hydrogène sulfuré, a montré la présence d'un bacille qui sur tous les milieux formait de l'hydrogène. D'après ces caractères morphologiques et biologiques on pouvait le placer dans le groupe du colibacille. Ce bacille fut retrouvé dans les crachats du malade, dans le sang de la veine crurale, pris une heure après la mort. L'autopsie montra les lésions classiques de la pneumonie franche.

L'auteur ne parle pas de l'examen bactériologique des poumons, et malgré cette lacune il n'hésite pas à considérer le bacille trouvé dans l'urine comme l'agent effectif de la pneumonie. A l'appui, il fait remarquer que la pneumonie a eu dans ce cas une marche un peu particulière, à savoir une longue période d'incubation (3 semaines) et une température moins élevée que celle qu'on voit ordinairement.

Alcalescence du sang (Ueber das Verhalten der Blutalkalescenz des Menschen), par Strauss (*Zeitsch. f. klin. Mediz.*, 1896, vol. XXX, p. 317). — Les recherches de l'auteur faites à l'aide du procédé dosimétrique de Lœwy, ont porté : 1° sur le sang des individus bien portants ou des malades dont l'affection ne provoque pas de modifications du liquide sanguin; 2° sur le sang des malades fébricitants ou atteints d'affections dyscrasiques, donnant lieu à une modification du sang (cancer, diabète, goutte, leucémie, etc.).

Les recherches relatives au premier groupe, et se rapportant, par conséquent, à un état physiologique, ont donné les résultats suivants :

La valeur moyenne de l'alcalescence du sang chez l'individu bien portant, adulte, est de 300 à 350 milligrammes NaOH par 100 cent. cubes de sang (procédé de Lœwy). Cette valeur moyenne est tout à fait générale, en ce sens qu'on peut rencontrer des valeurs au-dessus et au-dessous de ce chiffre, sans qu'il soit question d'état pathologique. Chez le même individu, l'alcalescence du sang ne change pas, dans la journée, d'une façon appréciable; mais, si l'on compare les valeurs de l'alcalescence, chez le même individu, à plusieurs jours d'intervalle, on peut rencontrer des modifications assez notables, ne dépassant pas les limites physiologiques. Parmi toutes les causes, la digestion semble pouvoir augmenter l'alcalescence du sang.

Chez les fébricitants, contrairement à l'opinion générale, l'auteur n'a pu constater l'existence régulière d'une diminution de l'alcalescence : dans certains cas, l'alcalescence était restée dans les limites normales, dans quelques cas, elle était même manifestement augmentée; dans aucun cas, enfin, on ne trouva de valeurs qu'on aurait pu considérer comme particulièrement basses. Il en a été de même des malades atteints d'affections cancéreuses et pour lesquels on admettait aussi une diminution constante de l'alcalescence du sang. Enfin, la même inconstance a été constatée chez les malades atteints de dyscrasies, anémie, leucémie, anémie pernicieuse, diabète, goutte, etc.

L'alcalescence du sang, chez l'homme, paraît à l'auteur un phénomène constant, stable au même titre que la température, la glycémie, etc., qu'il est très difficile de modifier. Si l'on veut augmenter artificiellement l'alcalescence du sang par l'administration des alcalins, on trouve que les alcalins sont éliminés avec l'urine, qui devient alcaline, tandis que l'alcalescence du sang ne change pas. Si l'on essaie de diminuer l'alcalescence du sang par l'administration d'acides, on trouve, dans l'urine, l'excès d'acides combinés à l'ammoniaque, c'est-à-dire que l'organisme y répond par une surproduction d'ammoniaque, en gardant l'alcalescence normale du sang. D'après l'auteur, il se pourrait que le foie intervînt encore dans ce phénomène, en emmagasinant l'excès d'alcalis ou d'acides, et en ne laissant passer, dans la circulation, que la quantité qui peut être éliminée par le rein.

MÉDECINE PRATIQUE

Chlorose. — Chloro-anémies.

La chlorose vraie, non symptomatique d'une tuberculose au début ou d'une lésion viscérale, devient de plus en plus rare. Elle a fait place à la neurasthénie ou à des formes mixtes dans lesquelles les symptômes d'*hypoplasie hématique*, c'est-à-dire la diminution du nombre et des propriétés vitales des hématies, persistent alors que cependant l'aspect général des malades ne rappelle plus le type si bien décrit par Hayem.

Mais, dans ces formes mixtes, aussi bien que dans les chloro-anémies liées à des troubles menstruels, digestifs ou nerveux primitifs, la médication ferrugineuse donne toujours de bons résultats, lorsqu'elle est associée à une hygiène convenable.

Voici à ce point de vue les indications et les formules les plus essentielles.

1° Éviter toute cause de fatigue physique et toute émotion morale. Vivre au grand air, sans marches prolongées. Garder le repos au lit pendant 8 à 10 heures sur 24.

2° Faire tous les matins une lotion d'eau alcoolisée froide sur toute la surface du corps et faire suivre cette lotion d'une friction sèche très rapide avec un peignoir de molleton. Se recoucher ensuite pendant une demi-heure.

S'il est possible, remplacer la lotion par une douche froide.

3° Alimentation aussi reconstituante que possible, riche en viandes noires. Vin de Bordeaux blanc ou rouge aux repas.

Pour exciter l'appétit, prendre avant chacun des deux principaux repas dans un verre à bordeaux de bière de malt ou de maltine X à XV des gouttes suivantes :

Teinture de Baumé.	ââ 5 gr.
Teinture de rhubarbe.	
Teinture de badiane	

ou encore une cuillerée à café de l'élixir suivant :

Teinture de noix vomique.	2 gr.
Elixir stomachique de Stoughton. . .	150 gr.

4° Au milieu de chacun des deux principaux repas, pendant 15 jours par mois, prendre une ou deux des pilules suivantes :

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal.	0 gr. 15
Poudre de réglisse	0 gr. 02
Sirop de gomme.	Q. s.

pour une pilule.

ou bien une ou deux des pilules suivantes :

Lactate de fer et de manganèse . . .	0 gr. 15
Carbonate de soude.	0 gr. 05
Conserve de roses.	Q. s.

pour une pilule

ou enfin une pincée (environ 0gr30) de *protoxalate de fer* que l'on avalera avec un verre à liqueur de limonade chlorhydrique.

Acide chlorhydrique pur	2 gr.
Sirop de limons.	50 gr.
Eau distillée	200 gr.

5° Les 15 jours suivants on remplacera le fer par les préparations à base de phosphates, l'arsenic suivant les formules ci-dessous :

Phosphate neutre de potasse . . .	15 gr.
Arséniate de soude.	0 gr. 05
Sirop d'écorces d'oranges amères .	50 gr.
Vin de quinquina.	450 gr.
Acide phosphorique.	L gouttes.

ou bien :

Phosphate neutre de potasse . . .	15 gr.
Glycérophosphate de chaux. . . .	10 gr.
Arséniate de soude.	0 gr. 05
Sirop de quinquina.	50 gr.
Vin de Grenache.	450 gr.

L. Lereboullet.

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Digitale (Infusion de feuilles de).

Botanique. — La digitale est une plante de la famille des Scrofulariées, dont les feuilles contiennent un principe actif, *la digitaline* qui sera étudiée à part dans un prochain article.

Propriétés thérapeutiques. — La digitale est un médicament régulateur et sédatif du cœur et en outre un puissant diurétique. Elle est spécialement indiquée dans les affections mitrales non compensées, avec œdème plus ou moins marqué des membres inférieurs et phénomènes congestifs du côté du poumon. Depuis longtemps employée par la voie gastrique sous forme d'infusion de feuilles, de poudre de feuilles, de teinture, d'extrait aqueux, elle est quelquefois mal tolérée par les malades, qui présentent des congestions viscérales passives. D'autre part ces préparations et en particulier l'extrait de digitale — trop peu employé, à notre avis, dans la pratique médicale courante — paraissent souvent mieux agir que le principe actif isolé (digitaline). On a donc eu la pensée de se servir de la voie sous-cutanée pour utiliser cette action plus complète, fournie par la totalité des principes de la feuille de digitale. Ces essais ont été couronnés de succès entre les mains de Zienetz, Stolnikoff, Passerini. Dans les affections mitrales avec l'œdème, la pneumonie avec collapsus, la fièvre typhoïde à forme adynamique, l'endocardite d'origine streptococcique, les injections sous-cutanées de digitale ont donné des résultats remarquables. L'action sur les reins est surtout rapide et encore les doses employées jusqu'ici pourraient-elles être doublées sans inconvénient.

Une autre application de la digitale qui mérite d'être signalée a été faite par Schilling (de Nuremberg) chez les malades porteurs d'affections valvulaires, qu'il faut opérer d'urgence. Il pratique avant l'intervention une injection hypodermique, représentant 10 centigrammes de feuilles de digitale, pour prévenir le collapsus cardiaque pendant la chloroformisation. C'est une pratique recommandable : car, dans l'anesthésie, le danger est au cœur et non à la respiration. Ce sont des considérations de cet ordre qui nous ont conduit nous-même à préconiser avec P. Langlois, l'injection de spartéine avant la narcose chloroformique.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 2 à 20 centigrammes par injection et par 24 heures. Dans les cas graves d'asystolie ou de collapsus cardiaque imminent nous estimons que ces doses peuvent être aisément doublées surtout si l'on peut mettre entre chaque injection un intervalle suffisant.

La digitale ne doit pas être, en règle générale, administrée plus de 5 jours de suite, de crainte de l'accumulation possible. Néanmoins, ce phénomène est plus exceptionnel que l'on ne le pense généralement, et, surtout lorsque l'on emploie la voie hypodermique, l'usage des préparations de digitale, principalement de celles qui agissent, peut-il être poursuivi sans danger, pendant 10 et même 15 jours consécutifs.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — L'injection est peu douloureuse si elle a été soigneusement filtrée et récemment préparée ; elle s'accompagne d'un léger sentiment de cuisson qui ne persiste pas au-delà d'un quart d'heure.

b) *Eloignés.* — La pression artérielle s'élève, le cœur se régularise, la diurèse s'établit, souvent même dès la première injection de 20 centigrammes.

FORMULES

Feuilles de digitale	0 gr. 30
à infuser dans	
Eau bouillante	10 gr.

2 à 5 et même 10 c. c. par jour.

(Zienetz.)

Teinture de feuilles de digitale. .	3 gr.
au 10e	
Vaseline liquide médicinale . . .	10 gr.

3 c. c. par jour.

(Préparation peu recommandée.)

(Passerini.)

Feuilles de digitale.	1 gr.
à infuser dans	
Eau bouillante.	10 gr.

1 c. c. 1/4 d'heure avant la chloroformisation.

(Schilling.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Trois cas de thrombose de la veine cave inférieure (1),

Par MM. P. Haushalter et G. Etienne,

Agrégés à la Faculté de Nancy.

La thrombose de la veine cave inférieure est un phénomène rare, puisque Lombardini (2), dans une thèse toute récente, n'en a réuni que 13 cas; encore bon nombre d'entre eux ne sont-ils pas suivis d'autopsie, et le diagnostic ne paraît pas évident dans tous les faits rapportés.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de 3 malades atteints de cette lésion; voici leurs observations résumées :

La première concerne une petite phthisique âgée de 11 ans, entrée au commencement de l'année courante à la clinique des enfants; au bout de quelques jours, elle présenta un léger œdème douloureux de la jambe gauche avec accentuation de la circulation veineuse périphérique. On diagnostiqua un début de phlegmatia alba dolens. Œdème dur, douleur et circulation collatérale disparurent après 10 à 15 jours; l'enfant se cachectisa de plus en plus et succomba au bout de 6 semaines.

A l'autopsie, on trouva les lésions vulgaires de la tuberculose pulmonaire ulcéreuse et de l'entérite tuberculeuse; mais, dans les deux veines fémorales existait un thrombus blanc, fibrineux, descendant jusqu'au-dessus du creux poplité, pénétrant l'origine de la saphène interne, remontant dans les veines iliaques externes obstruées complètement par un caillot fibrineux qui se terminait en pointe dans la veine cave inférieure au niveau de l'abouchement des deux veines rénales. Dans toutes ses parties, le caillot se continuait sans interruption, sauf sur un court espace de la veine fémorale gauche, où un caillot cruorique se trouvait compris entre deux coagulations fibrineuses. Le caillot fibrineux était assez intimement adhérent à la paroi veineuse; des coupes microscopiques, comprenant la paroi veineuse et le caillot, montrent le caillot composé de fibrine, entrecoupé de tractus et d'amas leucocytiques en continuité intime avec la paroi interne de la veine; cette paroi interne présente par place les lésions d'une endophlébite végétante, de date déjà ancienne, les bourgeons endophlébitiques étant traversés de vaisseaux néoformés largement développés (1).

Une seconde observation (2) se rapporte à un jeune homme âgé de 18 ans, qui succomba à une tuberculose pulmonaire dans le service de M. le professeur Bernheim.

On ne constata qu'un œdème très léger des membres inférieurs, sans le syndrome phlegmatia alba dolens. A l'autopsie, on trouva une thrombose étendue de la veine crurale jusqu'à la veine cave, avec caillot mou dans la veine fémorale.

La troisième observation est celle d'un jeune homme, également tuberculeux, qui présenta un œdème des membres inférieurs sans phlegmatia. Des deux côtés, l'autopsie décela l'existence d'une thrombose des veines fémorales étendue jusqu'à la veine cave, avec formation du caillot dur classique.

Dans la première de ces observations, la recherche des microbes sur les coupes fut négative; de même l'ensemencement pratiqué avec des fragments de caillot demeura stérile, ce qui s'explique par l'ancienneté relative de la lésion; celle-ci fut cependant fort probablement le fait d'une infection localisée à la paroi de la veine; d'ailleurs depuis l'époque où apparurent chez la petite malade les signes éphémères d'une phlegmatia alba dolens au début, jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, le tracé thermique présenta les hautes oscillations habituelles dans les septicémies secondaires.

Dans la deuxième observation, la méthode des cultures démontra dans le caillot l'existence d'un streptocoque qui troubla le bouillon en masse, sans tendance à la sédimentation, qui donna des cultures apparentes sur pomme de terre; ce streptocoque, inoculé dans le tissu cellulaire de l'oreille d'un lapin produisit un érysipèle expérimental et entraîna la mort au 7e jour.

Dans ces trois cas, la thrombose de la veine cave fut latente, et la lésion fut une trouvaille d'autopsie. Comment peut-on expliquer que la thrombose d'un semblable vaisseau puisse passer inaperçue, alors que la thrombose d'une veine fémorale peut donner naissance au syndrome si frappant de la phlegmatia alba dolens? Comment cette thrombose de la veine fémorale, qui peut donner lieu à la phlegmatia alba dolens, peut-elle aussi, dans d'autres cas, rester presque latente? Lorsque les gros troncs profonds sont seuls intéressés, quand les veines de la jambe, du pied, et les veines superficielles sont indemnes, les anastomoses entre le domaine de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure suffisent à amener une circulation collatérale qui assure la suppléance et permet de comprendre l'absence d'œdème. Or, dans notre première observation, les veines de la jambe étaient libres un peu au-dessous de l'origine de la saphène interne; dans les deux autres, les veines de la partie inférieure de la jambe et du pied étaient manifestement indemnes.

Au contraire, si l'obstruction veineuse occupe non seulement les gros troncs, mais est aussi généralisée aux

1. Communication faite au *Congrès de médecine de Nancy*, le 7 août 1896.
2. Lombardini, Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine cave inférieure (*thèse* Paris, 1896).

1. Haushalter, Thrombose de la veine cave inférieure (*Soc. de méd. de Nancy*, 26 février 1896).
2. G. Etienne, Les pyosepticémies médicales, 1893, p. 344.

origines veineuses de l'extrémité et de la surface du membre, le retour du sang est tari à son origine et l'œdème apparaît ; la douleur peut alors résulter des altérations nerveuses amenées par la phlébite et la thrombose des ramuscules veineuses intra-nerveuses (Vaquez) ; la phlegmatia alba dolens est constituée. Nous avons eu, en 1893, l'occasion d'observer un fait fort net de ce genre, rapporté par l'un de nous (1).

Dans tous ces cas, la thrombose est survenue à la phase ultime de la phthisie pulmonaire ; les maladies dans lesquelles la phlegmatia alba dolens est la plus fréquente, sont la tuberculose, la fièvre typhoïde, le cancer de l'estomac, c'est-à-dire en somme, les maladies dans lesquelles on observe d'une façon à peu près constante l'extension de la lésion aux ganglions lymphatiques ou leur infection.

Peut-être, dans ces cas, comme l'a déjà supposé l'un de nous (2), l'infection de la paroi veineuse se fait-elle par la paroi externe au contact direct des ganglions lymphatiques voisins de la veine iliaque, ou du ganglion profond appliqué dans le canal crural contre la veine fémorale. Ce processus suppose évidemment la contamination préalable des ganglions périveineux, pelviens et cruraux, cette contamination s'effectuant suivant le *mode rétrograde* à la suite de *l'infection* constante des ganglions abdominaux. Les faits de circulation et d'infection rétrograde dans les lymphatiques sont d'ailleurs bien connus des anatomistes et des cliniciens : ils sont possibles chaque fois que les lymphatiques sont distendus, dilatés, pour une raison quelconque, par la stase lymphatique ou l'inflammation (3).

Donc, contamination des ganglions iliaques ou cruraux, inoculation du tissu cellulaire périveineux par les ganglions, périphlébite, endophlébite secondaire, précipitation de la fibrine, tel nous paraît être dans certains cas, l'enchaînement des phénomènes.

Lors de nos premières recherches, il nous manquait, pour asseoir cette hypothèse, la recherche des éléments microbiens dans les ganglions périveineux ; depuis lors, à plusieurs reprises, nous y avons rencontré le bacille d'Eberth au cours de la fièvre typhoïde.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

DISCUSSION

2e Question : *Coagulations sanguines intra-vasculaires.*

Rapporteurs : MM. Mayet (4) et Vaquez (5).

Pathogénie des thromboses.

M. Maurel (de Toulouse) conclut de ses observations :

1° Qu'au moins dans la plupart des cas, les thromboses, à leur début, sont leucocytiques ;

2° Que les thromboses peuvent commencer dans les artères ou dans les veines, quand leur endothélium est altéré, mais que le plus souvent, elles commencent dans les capillaires ;

3° Que ces thromboses peuvent être fibrineuses ou non fibrineuses ;

4° Que tout en admettant qu'il doit y avoir des exceptions, jusqu'à présent, il semble que le plus souvent les thromboses fibrineuses sont d'origine microbienne.

Thrombose des veines coronaires du cœur.

M. G. Etienne rapporte l'observation d'un garçon de 18 ans, entré à l'hôpital, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. L'évolution se fit normalement, lorsqu'au 51e jour de la maladie, le malade tomba dans le collapsus et mourut 3 jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva une thrombose de la grande veine coronaire cardiaque, se manifestant par la présence d'un cordon dur, saillant, au milieu du muscle cardiaque flasque. L'examen histologique ne laisse pas de doute sur la nature de la lésion.

Thrombose de la veine cave inférieure.

MM. Haushalter et **Etienne** (voir p. 817).

M. Widal communique l'observation d'un malade chez qui se sont développés, à la suite d'une blessure par éclat d'obus, en 1870, les signes d'une phlébite fémorale, qui s'est étendue ensuite à la veine iliaque et qui semble atteindre maintenant la veine cave inférieure.

Ce fait montre, qu'à côté des phlébites aiguës ou subaiguës, il est des phlébites à marche chronique et lente, mettant de longues années à s'étendre aux segments voisins ; dans ces conditions, le sang se coagule, oblitère le vaisseau, et la thrombose suit pas à pas la phlébite. C'est alors que la circulation collatérale se développe, avec une intensité remarquable. Dans ce cas, la phlébite, partant du haut de la fémorale, semble avoir mis plus de 20 ans à oblitérer l'iliaque primitive et le processus semble maintenant commencer à s'étendre à la veine cave. Par contre, on peut observer, comme M. Widal l'a vu récemment, l'oblitération complète de la veine cave inférieure et des iliaques sans développement de circulation collatérale et même sans œdème marqué. Peut-être, dans ce cas, le processus d'oblitération a-t-il une marche plus aiguë.

M. Sabrazès. — Le long des veines atteintes de thrombose dans la *phlegmatia alba dolens* des tuberculeux et des cancéreux, on trouve, ainsi que nous l'avons constaté, M. Mongour et moi, des chapelets ganglionnaires qui témoignent de la nature infectieuse du processus phlébitique. Chez les tuberculeux, ces ganglions peuvent présenter des lésions spécifiques et des bacilles ; mais dans d'autres cas, ils sont simplement hypertrophiés, atteints d'adénite, sans tubercules, ni bacilles. Dans 2 cas, nous avons pu déceler des bacilles tuberculeux dans le caillot et la paroi externe de la voie iliaque externe oblitérée. Dans plusieurs autres cas, la recherche des microbes est restée négative.

Même chez les cancéreux, on observe, le long des veines atteintes de *phlegmatia alba dolens*, des ganglions purement inflammatoires et non néoplasiques.

Ces constatations plaident en faveur d'une infection veineuse, dans tous les cas. Mais l'examen intervient trop tard, trop longtemps après le début du processus phlébitique pour permettre de juger du point d'attaque du vaisseau.

Phlébite rhumatismale.

MM. Widal et **Sicard.** — Les cas authentiques de phlébite rhumatismale sont rares. Dans sa thèse récente, M. Gatay n'en a rassemblé que 16 dont 1 seul avec examen histologique et microbiologique (voir *Gazette*, 1896, p. 133).

Nous en avons observé un exemple chez une jeune femme de 28 ans, qui, après une première attaque rhumatismale survenue 4 ans auparavant, entrait à l'hôpital pour une seconde attaque compliquée d'endo-péricardite. Au 31e jour, apparaît un œdème du membre supérieur droit qui débute par la main, puis remonte jusqu'à l'épaule ; on sentait un cordon induré, douloureux à la pression, sur le trajet de la veine humérale et un

1. Haushalter et De Langenhagen, Complications multiples dans un cas de phthisie (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1896).

2. Haushalter, Phlegmatia alba dolens et bacille typhique dans la fièvre typhoïde (*Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 518).

3. P. Poirier, Lymphatiques des organes génitaux de la femme, 1890.

4. Voir *Gazette*, p. 786.

5. Voir *Gazette*, p. 762.

lacis veineux se dessinait à la partie supérieure du bras et dans la région sous-claviculaire. La malade étant morte par asphyxie 10 jours après le début de l'œdème, on trouve à l'autopsie une thrombose de toutes les veines du membre avec un maximum de lésions au niveau de l'axillaire, à un centimètre environ de l'abouchement des deux humérales. La lésion histologique consistait en une endophlébite sans périphlébite; le caillot était en quelques endroits pénétré par les végétations conjonctivo-vasculaires de la tunique interne.

Aucun microbe n'a pu être décelé soit par les préparations colorées, soit par la culture du contenu des veines malades recueilli à l'autopsie. Le sang de la malade, puisé dans une veine du membre opposé, la veille de la mort, n'a donné non plus aucune culture.

M. Achard (note communiquée par M. Widal). — J'ai observé 2 cas de phlébite rhumatismale légère. L'un concerne une jeune femme de 21 ans, chez qui, en pleine poussée de rhumatisme aigu, survint un léger œdème de la cuisse et une douleur localisée sur le trajet de la veine fémorale. Il s'agissait là d'une forme vraisemblablement arrêtée au stade préoblitérant.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 27 ans qui, à la fin d'une attaque de rhumatisme, fut prise de symptômes, légers aussi, de phlébite fémorale, avec douleur sur le trajet veineux, cordon induré et noueux, léger œdème. Il est encore vraisemblable qu'il n'y avait pas d'oblitération et que le cordon induré était dû seulement à de la périphlébite.

Endartérite oblitérante.

M. A. Heydenreich communique l'observation d'un homme qui fut pris, à 31 ans, de douleurs localisées aux deux mains et au mollet droit, paraissant et disparaissant tour à tour. Au bout de 3 mois, à la suite d'une piqûre insignifiante sous l'ongle de l'index droit, il se forma en ce point une crevasse entourée d'une induration et accompagnée de vives douleurs; une escharre ne tarda pas à paraître, l'ongle tomba et la phalange se montra à nu. La gangrène progressa ensuite, et, au bout de 8 mois, le malade se fit amputer les 2 dernières phalanges.

Peu de temps après, les orteils du côté droit devenaient brusquement bleus et insensibles, et les 3 derniers doigts de la main droite ne tardaient pas à être envahis de la même façon. A la main, la gangrène affecta la forme sèche et aboutit au bout de 2 ans à l'élimination des 2 dernières phalanges de chaque doigt. Au pied, la gangrène, après avoir débuté sous la forme sèche, attaque lentement l'avant-pied sous la forme humide.

Les pulsations artérielles étaient à peine perceptibles ou même manquaient totalement au-dessus des parties mortifiées. La sensibilité était intacte en dehors des points gangrenés. Il existait des douleurs violentes, mais localisées au niveau des foyers du sphacèle; elles affectaient le caractère de causalgie. En raison de ces souffrances 4 ans après le début de la maladie, l'amputation sus-malléolaire fut pratiquée. Cependant, l'affection continua sa marche progressive. De petites escarres, suivies d'ulcérations, se montrèrent sur ce qui restait de l'index droit, puis sur la main gauche jusque-là indemne. Puis survinrent des crises d'angine de poitrine. Enfin, 5 ans 1/2 après le début de l'affection, le malade succomba au cours d'un de ces accès. A l'autopsie, on trouva les lésions les plus importantes dans le système vasculaire. Déjà, sur ce membre amputé, M. Baraban avait constaté dans les artères les lésions de l'endartérite oblitérante; les veines présentaient des lésions semblables. A la mort du malade, on put constater que les lésions artérielles s'étendaient à un grand nombre d'artères, la fémorale, la radiale, la sylvienne, les artères coronaires, etc.; les artères les plus volumineuses, quoique rétrécies, restaient toutefois perméables.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes. La durée de l'affection a été relativement longue; elle a atteint 5 ans 1/2. Pendant toute cette durée, le mal n'a cessé de progresser, frappant successivement les membres supérieurs, les membres inférieurs, puis les viscères, enfin se terminant par une crise d'angine de poitrine due à l'oblitération des artères coronaires. Le phénomène de la claudication intermittente, assez habituel dans l'endartérite oblitérante, a manqué. Les symptômes caractéristiques ont été : les douleurs qui ont précédé les autres manifestations et ont toujours persisté; la gangrène à forme sèche ou humide apparaissant sur les extrémités; l'affaiblissement ou disparition des pulsations artérielles; enfin la tendance envahissante de la maladie.

3° Question : *Variétés et pronostic des albuminuries.*

Rapporteurs : MM. Arnozan (1), Talamon (2)

Variétés et pronostic des albuminuries.

M. Teissier (de Lyon). — Nous sommes aujourd'hui à peu près fixés sur le pronostic des *néphrites chroniques vulgaires*. Quelle que soit leur forme anatomique, nous savons que ce pronostic est subordonné au degré de la perméabilité rénale, que la recherche de la toxicité urinaire nous permet d'apprécier, et au degré de la résistance du cœur, dont l'auscultation et les caractères du rythme cardiaque, du bruit de galop principalement, nous donnent approximativement la mesure; le coefficient d'oxydation nous renseigne aussi sur le degré d'activité des échanges organiques; l'hérédité du malade, enfin, tient sous sa dépendance la nature des déterminations viscérales capables de les compliquer ou d'en marquer la fin.

Je ne m'occuperai ici que des *albuminuries* d'une interprétation plus difficile, celles qu'on a appelées surtout *intermittentes*, *cycliques*, *fonctionnelles* ou *minima*, et dont la valeur séméiologique est encore sujette à discussion. J'étudierai aussi l'albuminurie d'origine complexe des diabétiques, et je tirerai quelques conclusions générales de l'examen comparatif des faits nombreux que j'ai recueillis depuis 20 ans, au point de vue de la question si délicate de l'assurance sur la vie, de l'admission aux Ecoles de l'Etat ou du mariage, points que les rapporteurs ont passés sous silence dans leur travail pourtant si complet.

Il me paraît indispensable de conserver en clinique cette division si pratique des albuminuries en *albuminuries fonctionnelles*, c'est-à-dire sans lésion rénale sérieuse, et en *albuminuries organiques* ou *brightiques*. Le terme d'*albuminurie physiologique* (quelle que soit l'idée qu'on s'en fasse) doit être abandonné : toutes les albuminuries, même les albuminuries brightiques, sont des albuminuries physiologiques. La seule notion nécessaire et qu'il suffit de conserver dans la pratique, c'est qu'à côté des albuminuries qui trahissent un état dégénératif de l'organe, il y en a un certain nombre qui n'évoluent jamais vers la désorganisation brightique. Beaucoup d'*albuminuries intermittentes* font partie de ces dernières; mais parmi elles il est indispensable d'établir des catégories; c'est faute de l'avoir fait qu'une certaine confusion persiste encore dans les esprits.

Il importe de distinguer les albuminuries *minima* de Talamon, les albuminuries *intermittentes* qui survivent comme une épave des néphrites infectieuses aiguës et que j'ai appelées des albuminuries *résiduales*, l'albuminurie à *cycle matutinal* si fréquente chez les jeunes sujets atteints de rétrécissement mitral et dont je poursuis encore l'étude, mais surtout ces 2 types si nettement différenciés : l'*albuminurie intermittente cyclique* à cycle diurne des jeunes sujets issus de souche arthritique, que j'ai décrite avec Merley sous le nom de maladie de Pavy, et qu'au Congrès de Lyon j'ai proposé d'appeler *prégoutteuse*, par opposition à ce second type à cycle matutinal qui a fait l'objet d'études toutes récentes, et que j'ai nommé albuminurie *prétuberculeuse*. Ces deux formes d'albuminurie sont particulièrement intéressantes au point de vue du pronostic.

Je n'insisterai pas sur les caractères cliniques spéciaux de l'albuminurie prétuberculeuse telle que je la conçois avec son cycle matutinal, les troubles généraux de la santé qui l'accompagnent, et sa disparition au moment des déterminations viscérales de la tuberculose; les faits nouveaux que j'ai observés ne font que confirmer ceux qui figurent dans mes communications

1. Voir *Gazette*, p. 805 et 809.
2. Voir *Gazette*, p. 810.

antérieures et dans la thèse de Bory. Je tiens à faire remarquer toutefois qu'en me les faisant considérer, avec M. Talamon, comme étant de pronostic bénin, on ne traduirait pas exactement ma pensée. Sans doute, en pareil cas, la lésion rénale est peu de chose, mais la signification de l'albuminurie n'en est pas moins sévère, puisqu'elle trahit l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine. Assurément, le sujet pourra plus tard refaire de l'albuminurie, *ce qui est rare cependant*, dans le cours de l'évolution bacillaire, mais ce sera au même titre que tous les tuberculeux : l'albuminurie du début ne peut, en semblable occurrence, être considérée comme ayant préparé le néphrite ultérieure.

Mais à côté de ces faits, il en est d'autres moins sombres assurément, où l'albuminurie disparaît sans que la tuberculose viscérale se soit manifestée : ces cas sont rares et encore à l'étude. Toutefois, les expériences de Grancher et Martin nous permettent déjà d'espérer que l'interprétation que j'en donnais il y a 2 ans, à savoir l'immunisation due en ce cas à l'imprégnation par la tuberculine, et dont l'albuminurie du début était la conséquence, n'était pas une simple hypothèse.

Quant à *l'albuminurie cyclique à type diurne* des jeunes sujets, celle dont la signification a été le plus discutée, depuis 10 ans que je suis attentivement l'observation d'individus dont l'histoire a été rapportée dans la thèse de Merley et que j'accumule des observations nouvelles, je suis en mesure d'affirmer formellement sa *bénignité intrinsèque* : « Un malade affecté d'albuminurie à type Pavy n'est pas plus exposé à faire à l'âge mûr de la néphrite goutteuse que tout autre sujet issu de famille arthritique. » Sur les 28 patients que j'ai eu l'occasion d'observer, pas un n'est mort; 24 sont absolument débarrassés de leur albuminurie depuis plusieurs années, 4 seulement en ont eu un retour passager; 4 jeunes filles sont aujourd'hui mariées et mères de plusieurs enfants ; une seule a vu reparaître l'albuminurie pendant la grossesse ; aucune n'a eu de crise éclamptique. Je crois donc être bien fondé à dire que le syndrome que j'ai décrit avec Pavy *est bien quelque chose de spécial* : ce n'est ni l'albuminurie minima de M. Talamon, ni l'albuminurie résiduale (les infections ne sauraient être invoquées dans nos observations comme cause de l'albuminurie intermittente) ; ce n'est pas non plus l'albuminurie des gens bien portants, dont nous avons fait l'histoire avec le Dr Finot : nos sujets sont des malades, on l'a fait remarquer avec raison, puisque ce sont des uricémiques ; il s'agit bien là d'une forme particulière d'albuminurie, et il n'est pas tout à fait exact d'affirmer qu'un albuminurique à type Pavy ressemble absolument à un brightique atténué, ou inversement. Le cyclique à type Pavy se différencie nettement par le cycle urinaire qui nous paraît constant : excrétion considérable de matières colorantes, uraturie, albuminurie, azoturie, puis au même moment, et souvent exclusivement à ce moment, *l'hypotension artérielle*, enfin l'augmentation constante de la toxicité urinaire. Je ne crois donc pas que les objections qui nous ont été faites reposent sur un nombre de cas cliniques suffisants et sur des recherches assez précises non pour détruire le type clinique — personne ne le conteste — mais pour en modifier la signification. L'albuminurie cyclique à type Pavy se trouve, au point de vue de l'évolution ultérieure vers la néphrite goutteuse, dans les mêmes conditions de proportionnalité que le goutteux qui aura évité cette phase prémonitoire de l'imprégnation diathésique.

L'albuminurie des diabétiques a été bien étudiée par les rapporteurs et, s'ils nous considèrent comme l'envisageant d'une façon un peu trop optimiste, ils nous paraissent, de leur côté, en avoir un peu accentué la gravité, ces divergences de vue résultant du défaut de catégorisation. Je crois qu'au point de vue clinique, il est bon de conserver la division que j'ai proposée. Dans le diabète, l'albuminurie figure, d'après nos observations, dans 64 p. 100 des cas, mais elle est loin de se présenter avec les mêmes caractères :

1° Dans 20 p. 100 des cas elle alterne avec la glycosurie (*albuminurie alternante*);

2° Chez 40 p. 100 des malades, elle coexiste avec le diabète (*albuminurie concomitante*);

3° Enfin, dans 40 p. 100 des cas, elle remplace la glycosurie (*albuminurie substitutive*).

Mais ce dernier pourcentage est trop faible, une partie des albuminuries du second type, soit 50 p. 100, évoluant naturellement vers le troisième. Chacun de ces types appelle un pronostic différent. L'albuminurie alternante, celle des diabétiques goutteux ou obèses, est toujours de moyenne intensité, souvent à maximum diurne et dépend, la plupart du temps, du régime imposé au diabétique ; elle n'a aucune gravité et comporte seulement des prescriptions diététiques spéciales ; elle ne prédispose ni à la néphrite, ni à la cataracte, ni à la tuberculose, comme cela se voit, au contraire, pour la seconde forme, l'albuminurie concomitante. Parmi les malades de cette catégorie, la moitié deviendront brightiques ou présenteront des altérations spéciales du rein (lésion d'Armani). La distinction ne pourra se faire que d'après l'étude minutieuse de l'influence du régime, de l'état du cœur, des caractères de l'urine et des troubles généraux relevant de l'auto-intoxication d'origine rénale. Peut-être, dans les cas destinés à passer à la néphrite chronique, l'abolition du réflexe patellaire est-elle un peu plus fréquente.

Restent les conséquences pratiques à tirer de ces considérations au point de vue des questions si délicates que nous avons indiquées. Pour les néphrites avérées, il ne saurait y avoir d'hésitation; mais pour les albuminuries intermittentes, il faut choisir. Les albuminuries minima ou résiduales doivent être considérées avec réserve. Il y a eu *néphrite*, il reste une épine, un état morbide susceptible de se réveiller sous l'influence d'une fatigue exagérée, d'une infection intercurrente ou d'une grossesse.

L'exception ne me paraît devoir être faite que pour ces cas, où l'albuminurie persistante n'est influencée ni par le régime, ni par l'exercice, chez les sujets dont le cœur est normal, où l'hypertension artérielle est absente et la toxicité urinaire physiologique.

Les albuminuries cycliques à type matutinal trahissent le plus souvent l'existence d'un rétrécissement mitral larvé ou d'une tuberculose menaçante ; dans les 2 cas, l'abstention devient la règle, sauf toutefois pour les faits exceptionnels d'albuminurie prétuberculeuse suivie peut-être d'immunisation.

Mais je n'hésite pas à déclarer que les albuminuriques à type Pavy peuvent être admis à l'assurance sur la vie, comme dans les grandes Ecoles, surtout s'il est bien démontré que leur cœur est absolument normal, qu'ils ne présentent pas d'hypotoxicité urinaire et surtout qu'ils n'ont pas de brightiques dans leurs ascendants. Dans ces circonstances, cette considération me paraît prépondérante.

J'ai démontré tout à l'heure que les jeunes filles atteintes de ce genre d'albuminurie cyclique avaient bien supporté la grossesse une fois mariées et qu'aucune d'elles n'avait présenté de crise éclamptique pendant la gestation ni pendant le travail. Les faits cliniques, souverains juges en pareils cas, me paraissent ainsi trancher la question du mariage.

M. Bard croit que les albuminuries intermittentes sont surtout d'origine nerveuse, il se fonde sur la fréquence des émotions dans la détermination de ces albuminuries.

Les albuminuries du mal de Bright ont été sacrifiées dans les deux rapports. Quels sont les éléments du pronostic?

On a dit que c'était la détermination fonctionnelle du rein ; mais les états fonctionnels sont mobiles ; le rein peut être complètement fermé pour un temps très court sans que la mort s'ensuive.

Quelles sont les conditions à envisager?

La recherche des cylindres importe énormément dans les néphrites épithéliales (leur présence, leurs caractères, leurs dimensions en largeur). Si les dimensions des cylindres sont celles d'un tube contourné cela témoigne d'une altération de début. La quantité des cylindres (amorphes, épithéliaux, granuleux, etc.) est à considérer. Dans ces poussées aiguës, les cylindres épithéliaux granuleux abondent. C'est donc une enquête sur la modalité de la lésion et son pronostic ultérieur.

Dans un mémoire intitulé *De la persistance de l'albumine après la guérison des néphrites épithéliales aiguës*, je disais que peut-être souvent c'étaient là des albuminuries minima. Je pense que beaucoup d'albuminuries minima cependant peuvent être purement fonctionnelles et sans gravité.

M. Talamon m'a fait dire que la cicatrice dans mes cas témoignait de la *guérison*; une cicatrice entraîne toujours des troubles fonctionnels. J'ai dit simplement que les albuminuries

consécutives aux infections aiguës du rein ne comportaient pas un pronostic grave.

Dans le mal de Bright les éléments de pronostic sont constitués par l'appréciation des poussées inflammatoires, la recherche des cylindres, la notion de longue survie possible après des néphrites aiguës quand il ne reste qu'une cicatrice et aussi la notion des poussées actives surajoutées.

M. Cassaët rappelle que le rein n'est pas un simple filtre, mais qu'il a des propriétés de sélection sur les divers éléments du sérum (urée, etc.) dont il faut tenir compte dans l'appréciation des phénomènes d'albuminurie. Il insiste sur l'intérêt qui s'attache à ses recherches relatives aux lésions des reins et du foie chez les fœtus de femmes éclamptiques et sur leurs conséquences relatives à l'hérédité et à la congénitalité.

M. Barthélemy (de Paris). — Dans l'albuminurie des syphilitiques, il convient de distinguer nettement l'albuminurie mercurielle de celle qui est due à l'existence d'une néphrite chronique tardive, leur pronostic étant essentiellement différent.

L'albuminurie est, en second lieu, très grave dans l'hérédo-syphilis, et la plupart des enfants qui succombent à cette albuminurie présentent déjà des lésions de néphrite interstitielle commençante.

M. Crocq père (de Bruxelles) croit que l'albuminurie reconnait dans tous les cas un point de départ identique : la desquamation de l'épithélium. Il n'y a donc pas d'albuminurie physiologique, elle est impossible; mais l'albuminurie peut être passagère, transitoire si la lésion l'est elle-même, si l'épithélium desquamé se régénère complètement.

M. Dubois (de Châtel-sur-Moselle). — L'albuminurie prétuberculeuse peut être due, à mon avis, non seulement à la tuberculine, mais aussi au bacille tuberculeux; l'expérimentation est là pour le démontrer.

Sur l'asphyxie locale des extrémités dans l'albuminurie.

M. Magnol (de Montpellier) communique une observation d'albuminurie, dans laquelle le phénomène primordial semble avoir été l'asphyxie des extrémités. Il s'agit d'un jeune homme à antécédents artério-scléreux héréditaires, chez lequel se montra de la cyanose des extrémités, sans lésion cardiaque. 2 ans après apparut, à la suite de marches militaires, un œdème notable des jambes et de la face, qui le fit admettre à l'hôpital. On trouva, dans ses urines, une notable quantité d'albumine (0 gr. 50 à 1 gr. en 24 heures). Le régime lacté, appliqué de suite, fut impusisant à faire ditparaitre l'albumine.

M. Magnol pense que ce signe, analogue au phénomène du doigt mort (Dieulafoy), et d'origine vaso-motrice comme lui, doit être retenu et signalé comme première manifestation du trouble circulatoire dont l'albuminurie peut devenir le résultat.

Il croit aussi que cet état particulier des vaisseaux périphériques peut renseigner utilement sur l'état des vaisseaux du rein, et, par conséquent, servir à poser le pronostic des néphrites.

Variétés chimiques de l'albuminurie.

M. Schmitt. — Sur 65 enfants appartenant à la classe aisée, placés dans les mêmes conditions, avec tous les caractères d'une santé parfaite, j'en ai trouvé 7 dont les urines contiennent de l'albumine, 2 d'entre eux ont eu, l'un il y a 18 mois, l'autre il y a 2 ans 1/2, une maladie, légère d'ailleurs. La quantité d'albumine est de 50 centigrammes au plus. C'est de la sérine. Les 5 autres (10 à 13 ans) n'ont eu aucune maladie infectieuse, n'ont aucun antécédent néphrétique personnel ou héréditaire. Leurs urines sont un peu pâles (n° 3 de Vogel), de quantité et densité normales, 1020 à 1022, de toxicité normale, parfois cependant avec exagération des urates et phosphates et quelques cylindroïdes. Chez tous les 5, l'albuminurie légère (50 centigrammes par litre) est intermittente (le soir) et ne s'exagère pas par les exercices physiques, l'alimentation, etc. Chez l'un il y a phosphaturie assez abondante.

Dans leurs urines, les réactifs donnent tantôt une simple opalescence, tantôt un dépôt floconneux; le sulfate de magnésie y donne un précipité, la chaleur seule, suivant la teneur en albumine, peut ne donner qu'un faible trouble à l'ébullition, mais par l'addition d'une goutte d'acide acétique ou nitrique, le trouble s'accuse et, au refroidissement, des flocons plus ou moins abondants se déposent.

Si l'on commence par additionner à froid l'urine d'acide acétique, l'urine devient plus ou moins fortement opalescente et si l'on élimine ce précipité au besoin par une filtration sous pression à travers un filtre de porcelaine, aucun des réactifs, même les plus sensibles, n'indique aucune trace de matière albumineuse. Ces diverses réactions, que corroborent l'existence dans le résidu insoluble d'une digestion artificielle d'un élément phosphoré, indiquent qu'il s'agit là d'une nucléo-albumine, sans trace de sérine ou de globuline, et depuis 6 mois je n'ai jamais trouvé dans ces urines que de la nucléo-albumine. Chez 2 jeunes épileptiques de mon service, chaque accès est suivi de nucléo-albuminurie pendant 3 jours. Cette albuminurie spéciale ne paraît pas dépendre d'une altération rénale, mais d'une modification dans la crase sanguine à déterminer (destructions globulaires, modifications de l'hématopoièse?).

M. Garnier (de Nancy) insiste sur l'étude chimique. Il peut exister dans l'urine 4 variétés connues de matières albuminoïdes :

1° Une matière qui peut s'identifier à la sérine du sérum sanguin.

2° Une matière qui peut s'identifier à la globuline du sérum sanguin.

3° Des propeptones dont il n'existe aucune trace dans le sang à l'état normal et qui proviennent vraisemblablement de la résorption de propeptones accumulées dans certains foyers suppuratifs. On avait pensé qu'il s'agissait de peptones, mais Senator a montré qu'il n'en était rien.

4° Les nucléo-albumines, dont on ne parle que depuis 2 ou 3 ans et qui sont en réalité l'ancienne mucine urinaire.

Je m'occuperai surtout de la nucléo-albumine : ses caractères analytiques sont des plus nets : c'est un corps qui est coagulé à froid par l'acide acétique, le coagulum ne se redissout pas dans un excès d'acide.

Une trace d'acide minéral précipite la nucléo-albumine qui se redissout dans un excès d'acide. Que se passe-t-il dans une urine acide?

Vous savez que cette acidité est surtout due au phosphate acide de sodium; chez l'homme comme chez la femme l'urine un peu opalescente après l'émission ne tarde pas à s'éclaircir et donne un précipité qui est la mucine d'autrefois, la nucléo-albumine d'aujourd'hui. Ce précipité forme un nuage floconneux au fond du vase. L'élimination de nucléo-albumine est constante dans l'urine, mais elle ne s'y trouve qu'en quantité extrêmement minime, aussi les réactifs usuels ne suffisent plus à la déceler. Si elle augmente, on obtient la réaction de l'albuminurie dite physiologique.

Quelles sont les réactions de la nucléo-albumine applicables en clinique? L'isolement chimique de cette substance est une opération délicate de laboratoire. Pour les besoins de la clinique, on utilisera la réaction par l'acide acétique. La présence des sels dans l'urine retarde la réaction; aussi faut-il diluer cette urine, l'aciduler et laisser un dépôt se faire. Si un louche se produit, il ne se dissout pas dans un excès d'acide acétique, ce qui permet de distinguer la nucléo-albumine de la globuline. Quant à la sérine, elle n'est pas coagulée par l'acide acétique.

Le précipité produit par l'acide acétique doit se dissoudre dans l'acide chlorhydrique et dans la potasse.

Il est inutile et dangereux de saturer l'urine avec le sulfate de magnésie qui est le plus souvent impur.

Si l'on a constaté dans une urine la présence de nucléo-albumine, pour affirmer scientifiquement la présence de ce corps, il sera bon de soumettre la totalité de l'urine d'une journée à l'analyse, en vue de l'extraction de la nucléo-albumine, pour caractériser cette dernière, en recherchant l'acide phosphorique qui entre dans sa molécule (coagulation à chaud, digestion dans le suc gastrique, calcination, etc.).

La nucléo-albumine existe dans le lait (la caséine est une nucléo-albumine). Le régime lacté est-il la cause du passage de la nucléo-albumine dans certaines urines? Je me suis soumis moi-même à un régime de 4 litres de lait par jour et j'ai procédé à un examen quotidien des urines; la présence de la nucléo-

albumine n'a pu être caractérisée dans l'urine. Chez l'homme sain, par conséquent (s'il m'est permis de généraliser le fait), bien que le régime lacté introduise dans le tube digestif une nucléo-albumine (la caséine), on n'observe pas dans ces conditions de nucléo-albuminurie. Par contre, chez le chien soumis au régime lacté, la nucléo-albumine apparaît dans les urines et disparaît sous l'influence du régime mixte.

Obermeier admet que la nucléo-albuminurie peut être d'origine vésicale, rénale ou hématogène. Suivant lui, dans certains cas, la nucléo-albumine proviendrait du sang, ce qui concorderait avec les conclusions de M. Schmitt, mais rien ne démontre ces conclusions.

L'expérience prouve que la nucléine et la nucléo-albumine font toujours partie intégrante des éléments cellulaires. Liebermann a montré que dans le parenchyme rénal on trouve :

a) De la lécithine-albumine;

b) De la nucléo-albumine.

La coexistence de ces deux corps se retrouve dans le jaune d'œuf dont la vitelline est une nucléo-albumine. Cette coexistence s'observe dans d'autres tissus.

Je considère la nucléo-albumine comme ayant une origine néphrétique et non hématique. Je suis donc en désaccord avec M. Schmitt.

M. G. Linossier. — La séparation des albumines urinaires (j'entends les albumines précipitables par la chaleur et par l'acide azotique, à l'exclusion des autres matières albuminoïdes) en espèces chimiques définies et leur distinction par des réactions chimiques sûres sont, dans l'état actuel de nos connaissances sur la constitution de ces corps complexes, absolument irréalisables.

Ne peut-on toutefois, en recherchant l'albumine par les procédés usuels, tirer de l'observation des conditions de la précipitation quelques renseignements utiles à la clinique? Je crois que si.

L'albumine d'origine néphrétique présente, quand on la précipite dans une urine, une physionomie spéciale qui, pour un observateur attentif et rompu aux manipulations de la chimie pathologique, permet jusqu'à un certain point de la distinguer des albumines de physionomie différente à pronostic généralement moins sévère.

Cette note a pour but de dégager quelques traits principaux de cette physionomie spéciale. Les observations qui suivent se rapportent à l'albumine précipitée de l'urine par la méthode de Heller, c'est-à-dire en laissant couler, le long des parois d'un verre à expériences contenant l'urine, quelques c.c. d'acide azotique.

J'emploie toujours dans cette recherche l'acide azotique pur à 40° Baumé qui, plus dense que l'acide azotique du commerce, se mélange moins à l'urine.

1° *Vitesse de production de l'anneau.* — Moindre est la quantité d'albumine, plus l'anneau se forme lentement (entre 3 et 5 minutes si la proportion est de 0,003 p. 100 d'après Brandberg qui a fondé sur ce fait un procédé de dosage). Mais, dans certains cas, le retard dans la production de l'anneau est plus grand que ne le comporte la proportion de l'albumine. Il est arrivé à tous les médecins de conclure après essai à l'absence d'albumine dans une urine, et, un instant après, en jetant un coup d'œil sur le verre à réactions abandonné à lui-même, d'y constater la présence d'un anneau albumineux très net.

2° *Aspect de l'anneau.* — L'anneau qui se forme dans une urine de brightique est opaque, très nettement limité sur ses deux faces. Dans d'autres urines, l'anneau est plus épais, pour la même quantité d'albumine, moins opaque, bien moins nettement limité.

3° *Situation de l'anneau.* — L'anneau dans l'urine de brightique se produit presque exactement au point de contact de l'acide azotique et de l'urine. Dans d'autres urines il se forme plus haut, et, à cette occasion, je fais observer que *très souvent* on considère comme anneaux d'acide urique, à cause de leur position dans le verre à expériences, des anneaux constitués en réalité par de l'albumine.

Le retard dans la formation de l'anneau, son opacité moindre, sa diffusion plus grande, sa formation dans la partie élevée du verre à expériences, sont des signes de pronostic favorables.

Tous ces caractères réunis constituent ce que j'ai appelé plus haut la physionomie de l'albumine. Ils sont beaucoup plus cliniques que chimiques. Ils ne prouvent en rien une différence dans la constitution des albumines précipitées; ils peuvent être seulement la conséquence des différences dans la constitution de l'urine où se fait la précipitation, mais peu importe si les conclusions auxquelles ils conduisent sont exactes.

A ce point de vue, ils ne sont pas infaillibles plus que la plupart des symptômes cliniques; isolément ils n'ont qu'une valeur médiocre; groupés ils en acquièrent assez pour qu'on puisse tirer de leur observation un bénéfice sérieux.

De l'action des bains d'air chaud dans l'albuminurie.

M. Carrieu (de Montpellier). — L'emploi des bains d'air chaud dans le traitement des albuminuries est très ancien, mais il est délaissé de nos jours. Nous les préférons aux bains de vapeur, qui ont de nombreux inconvénients (congestions, sudations irrégulières) et aux bains chauds qui ne produisent pas de sudations. La peau est, en effet, un émonctoire important par lequel s'éliminent bien des matériaux solides et beaucoup de toxines. La sudation produite par le bain d'air soulage donc le rein en dirigeant vers une autre voie une partie des principes qu'il doit éliminer et qui viendraient l'encombrer.

De plus, l'application de la chaleur au tégument externe a pour effet de régulariser les échanges tout comme les autres excitations (frictions à la brosse, au gant de crin, etc.), et les albuminuriques sont souvent des malades chez lesquels les combustions se font mal, sont déviées du type normal.

Le bain d'air chaud remplira donc deux indications principales : il allégera le rein par la sudation abondante qu'il produit, et régularisera les échanges organiques.

La façon de le donner est des plus simples : un lit ordinaire d'hôpital avec cerceau pour maintenir les couvertures élevées autour du malade, un fourneau à alcool avec tuyau se rendant sous les couvertures font les frais de l'installation. Le malade, couché dans ce lit, la tête hors des couvertures, pouvant ainsi respirer à l'air libre, reste dans l'air chauffé à environ 40° durant 20 minutes. Cette opération est répétée tous les 3 ou 4 jours.

Les effets physiologiques immédiats se traduisent par une sensation de chaleur nullement désagréable, une sudation abondante, accompagnées d'accélération du pouls (à peu près vingt pulsations de plus qu'à l'état normal) et d'élévation thermique du corps (1° à 2°). La respiration n'est nullement embarrassée. Il ne se produit aucun accident, sauf quelques palpitations et de la céphalée pendant les premiers bains. Ces symptômes durent encore 1 heure après le bain, puis ils vont en s'atténuant; la sueur est le phénomène qui persiste le plus longtemps.

Les effets thérapeutiques se manifestent par les modifications des urines, dont la quantité diminue le lendemain du bain; puis une polyurie assez intense mais passagère survient, le jour suivant, comme si le rein reposé éliminait avec plus de facilité. La densité de l'urine suit une marche inverse de celle de la quantité, fait à prévoir. L'urée ne subit guère de modifications. Le taux de l'albumine diminue fortement le lendemain du bain pour augmenter les jours suivants, mais sans revenir au chiffre antérieur; peu à peu cette diminution devient persistante et fait même place à la disparition complète de l'albuminurie.

Les bains d'air chaud sont indiqués dans les cas de néphrite subaiguë et chronique à forme épithéliale; ils sont proscrits, au contraire, dans les formes vasculo-conjonctives. Enfin, ils sont contre-indiqués lorsqu'il y a coexistence de l'artériosclérose, de dermatoses ou d'un état nerveux.

De l'utilité des purgatifs dans l'albuminurie.

M. Magnol et **Carrieu** (de Montpellier) pensent que chez un grand nombre de malades ils ont pu observer des effets excellents de l'emploi des purgatifs drastiques répétés. Les proportions d'albumine diminuaient notablement après la médication; jamais ils n'ont observé aucun accident : il n'y a eu notamment ni entérite, ni dépérissement.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement de la chlorose par l'ovarine.

MM. Spillmann et **G. Etienne** ont traité 6 chlorotiques par la substance ovarienne sous forme d'ovaires de brebis à l'état frais, de substance ovarienne desséchée et de suc ovarien préparé par la méthode de Brown-Séquard-d'Arsonval.

Toutes les malades ont éprouvé, dès la première prise, des douleurs très vives, localisées surtout dans la région du bas-ventre, avec céphalée et douleurs musculaires vagues; chez 2 malades, on a vu la température s'élever de quelques dixièmes, s'élevant à 37°8 et 38°, le pouls montant de 76 à 100.

Chez 3 malades, les résultats éloignés ont été nettement favorables; rapidement, l'état général s'est remonté, la pâleur a diminué, le nombre des globules blancs a augmenté et les forces sont revenues.

Les règles supprimées depuis 3 mois 1/2, ont reparu 15 jours après le début du traitement, chez une malade, au bout de 3 mois chez une autre.

En résumé, dans le traitement de la chlorose, l'ovarine, en favorisant l'élimination des toxines et en introduisant dans l'organisme un principe antitoxique, semble avoir une action favorable sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules, sur la réapparition de la menstruation.

Myxœdème congénital.

M. Simon présente un enfant de 5 ans, atteint de myxœdème congénital, traité par la médication thyroïdienne et sensiblement amélioré. Cette médication eut pour inconvénient de déterminer une élévation de température persistante et un amaigrissement assez accentués pour nécessiter la cessation du traitement.

Médication thyroïdienne.

M. Bourneville expose les résultats dus à la médication thyroïdienne sur des idiots ou imbéciles atteints de myxœdème infantile, d'obésité, d'arrêt de développement physique (*nanisme*).

Cette médication chez les myxœdémateux facilite le traitement médico-pédagogique d'une façon indubitable. Elle a une action très remarquable sur la croissance, en particulier sur la taille.

Maladie d'Addison avec absence de capsules surrénales.

M. A. Rispal (de Toulouse). — Les observations de maladie d'Addison, avec absence de capsules surrénales constatée à l'autopsie, sont tout à fait exceptionnelles; nous n'avons pu rassembler que 2 cas de ce genre, appartenant l'un à Fletcher, l'autre à Kent Spender.

Nous en avons observé un 3e cas, dont nous rapportons l'observation clinique et anatomique complète. Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans qui, en l'absence de tout antécédent pathologique, et sans cause connue, a été atteint de maladie d'Addison (mélanodermie cutanée et muqueuse, douleurs, amaigrissement, cachexie et asthénie progressives, troubles gastro-intestinaux) terminés par la mort au bout de 10 mois environ.

Contrairement à notre attente, l'autopsie a révélé non seulement l'absence de toute lésion tuberculeuse viscérale, mais surtout l'absence des 2 capsules surrénales, et l'intégrité parfaite des branches et des ganglions du système nerveux sympathique abdominal.

Traitement, chez les enfants, de la fièvre intermittente parfaite à quinine, à transformation et à dégradations successives des types.

M. Treille. — La fièvre intermittente parfaite à quinine est très rare chez les enfants, chez qui elle comporte un pronostic aussi favorable que celle des adultes. Comme celle-ci, elle ne se transforme pas en fièvre dite pernicieuse ou continue, ou rémittente, et elle ne crée pas plus la cachexie paludéenne que la mégalosplénie durable. On l'enraye quand on veut, et pour 5 jours au moins, avec une dose convenable d'un sel de quinine donnée au début de l'accès.

Traitement de la scarlatine maligne par le sérum antidiphthérique. Application de la méthode à d'autres cas.

M. Fourrier (de Briey). — J'ai eu l'occasion de faire usage du sérum antidiphthérique chez un jeune enfant présentant une angine au cours d'une fièvre scarlatine grave. La situation était désespérée au moment où le traitement fut mis en vigueur, mais dès la première injection, le coma dans lequel était plongé l'enfant disparut et les injections consécutives amenèrent une guérison rapide.

Depuis j'ai appliqué, dans 5 cas semblables, le sérum antidiphthérique, et je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire, que je recommande dans tous les cas graves de scarlatine maligne.

Traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle.

MM. Lannois et **Linossier** (de Lyon). — Depuis notre dernière communication sur l'usage des applications locales de salicylate de méthyle (voir *Gazette*, p. 293), nous avons eu l'occasion d'employer avec avantage ce médicament dans différents cas de rhumatisme, soit qu'il y eût lieu d'obtenir une action locale, soit que les médicaments dirigés habituellement contre cette affection fussent mal tolérés par l'estomac.

D'après nos observatipns, le salicylate de méthyle agit bien dans le rhumatisme articulaire aigu, mais il ne doit être employé dans ce cas que si l'ingestion des médicaments salicylés a échoué, en raison des difficultés de son application sur des articulations très douloureuses.

Au contraire, dans les formes subaiguë et chronique, dans les poussées douloureuses qui se produisent de temps à autre dans les diverses variétés de rhumatisme déformant, l'absorption sur place du salicylate de méthyle agit aussi bien que l'absorption buccale des médicaments salicylés et lui est souvent supérieure.

Traitement du diabète arthritique par le dosage de l'alimentation.

M. E. Maurel. — L'observation clinique et des recherches expérimentales ayant conduit M. Maurel à considérer la suralimentation comme la cause la plus importante du diabète arthritique, il a voulu soumettre cette opinion à une épreuve clinique. Si, en effet, cette hypothèse était exacte, il devait pouvoir enrayer et peut-être améliorer le diabète en ramenant l'alimentation à la nature normale, et cela, sans être obligé de s'astreindre à un régime exclusif. Or, les résultats ont dépassé ses espérances, et M. Maurel cite 16 cas de diabète traités d'après ces idées, sur lesquels 10 ont été suivis de guérison et 6 sont en voie d'amélioration marquée : sur ces cas, 14 lui appartiennent et 2 lui ont été communiqués par M. Baylac, chef de clinique médicale à Toulouse. Il fait remarquer, de plus, que, par amélioration, il n'entend pas seulement la diminution ou la disparition du sucre seul, mais aussi de tous les autres symptômes du diabète.

En outre, M. Maurel a fait l'application de ces idées à d'autres formes de l'arthritisme et avec le même résultat. Depuis 6 ans, il a pu réunir 160 cas d'arthritiques ainsi traités et tous guéris ou notablement améliorés. Toutefois, il établit, à ce point de vue, une différence entre l'arthritisme acquis ou arrivé à la seconde guérison, et l'hérédo-arthritisme; seul, le premier relevait d'une manière sûre et rapide de ce traitement. Quoique utile dans les formes scléro-arthritiques, qui toutes s'accompagent de lésions de tissus ou d'organes, son action serait moins marquée. Les formes qu'on relevait le plus souvent

sont : la gravelle, l'obésité, le diabète, l'albuminurie arthritique, la séborrhée, les hypersécrétions muqueuses et la goutte. M. Maurel se base, pour régler l'alimentation, sur les données qu'il a fait connaître au Congrès pour l'avancement des sciences de Bordeaux, en 1895, et qu'il rappelle rapidement. Toutefois, au début du traitement, il reste au-dessous de ces rations. Il termine en faisant ressortir que ces idées ne tirent pas leur importance seulement de leurs applications au traitement du diabète, mais aussi de leurs applications au traitement de nombreuses autres formes arthritiques, et surtout du jour qu'elles pourraient jeter sur la pathogénie si obscure de ce groupe d'affections.

Observations sur le traitement du diabète.

M. Mossé (de Toulouse). — Dans le traitement du diabète, les idées sont encore assez différentes pour qu'on ait pu proposer deux modifications opposées, selon que l'on admet qu'il y ait excès ou ralentissement de la nutrition. J'ai donné à une malade de l'antipyrine qui a diminué le sucre, l'acide urique, l'urée : mais cette diminution n'a été que passagère. La levure de bière ne m'a donné aucun résultat.

J'ai adminisiré le pancréas frais à la dose quotidienne de 30 grammes, mais je n'ai guère été plus heureux.

La pierre angulaire de la méthode thérapeutique dans le diabète reste encore le régime. L'action médicamenteuse doit être très surveillée, car ses effets peuvent parfois être nuisibles, comme peut l'indiquer l'étude complète du syndrome urologique.

Traitement des affections des voies respiratoires par les bains chauds.

M. Lemoine (de Lille). — Les faits sur lesquels je vais attirer l'attention ont été observés depuis 1895, par conséquent en même temps que les faits semblables que M. Renaut (de Lyon) a communiqués en mars 1896 à l'Académie de médecine. Ils témoignent la confiance ainsi d'une façon d'autant plus certaine, que je viens non pas pour soulever une question de priorité, mais proclamer l'excellence de la méthode de M. Renaut. Ayant eu à traiter, en 1888, une petite fille de 11 ans, atteinte de broncho-pneumonie, suite de rougeole, je me rappelai une phrase de Rilliet et Barthet, qui conseillait les bains chauds dans ce cas : je les employai, et ayant réussi à faire disparaître en 24 heures tous les symptômes graves, je les employai toujours dans les cas de ce genre.

J'emploie les bains chauds d'une façon systématique : si les cas sont graves et si la température reste élevée, je les donne de 3 en 3 heures. Dans les autres cas, je les répète, dès que la température arrive à 39°. Par conséquent, moins le cas est sérieux, moins il y a de bains par 24 heures. Cependant, je n'en donne jamais moins de 2 le matin et 1 le soir.

Ces bains durent, selon les maladies, de 5 à 10 minutes. Leur température varie entre 36° et 38°. Pendant toute la durée du bain, une compresse imbibée d'eau froide est maintenue sur la tête pour l'empêcher de se congestionner. Après chaque bain, l'enfant est roulé dans une couverture, et on lui fait boire une cuillerée à café de grog. Les indications des bains chauds dans les maladies des voies respiratoires sont très nombreuses. Il faut tout d'abord considérer leur action préventive. Dès que l'enfant tousse, alors même que l'auscultation ne révèle que quelques râles, on peut le mettre au bain, et il est rare qu'après le 2e ou le 3e bain, il n'y ait pas retour absolu à la santé. Pour leur action curative, il faut les employer dans tous les cas de bronchites simples, capillaires, broncho-pneumonies primitives et secondaires et pneumonies, à quelque période de la maladie que l'on soit appelé auprès du malade. Toujours on donnera les bains systématiquement, le thermomètre à la main. Quand le cas est grave, il faut commencer par donner un bain sinapisé d'une durée variable, celle qui est nécessaire pour avoir la rubéfaction de la peau. Ce bain n'est renouvelé qu'une fois par 24 heures s'il y a lieu. Le reste du temps, on donnera des bains simples. Les effets de cette méthode sont fort rapides à se produire. Il est très rare qu'on soit forcé de donner des bains pendant plus de 3 jours.

Dès le premier, il se fait une détente. La température baisse un peu. L'enfant respire mieux, devient plus calme et s'endort. Les bains suivants accentuent ce mieux et commencent à faire disparaître les signes d'auscultations; le plus souvent, on voit la température tomber, par exemple, en un jour, de 39°8 à 38°2, pour ne plus remonter. Les bains paraissent exercer une action sur le système nerveux, sur les fonctions de la peau et des reins, et sur la température.

MM. Bard et **Cassaët** protestent contre les allégations de M. Lemoine, et insistent sur l'importance de la balnéation froide dans les broncho-pneumonies infantiles.

Injections intraveineuses massives de la solution salée simple dans les infections.

MM. Vedel et **Bosc** (de Montpellier). — Voici les effets des injections intraveineuses sur 3 types différents de maladies infectieuses : choléra, pneumonie, septicémie. Dans tous ces cas, l'injection a été réellement massive. Nous avons injecté, en moyenne, 1 500 centim. cubes de la solution salée simple en 15 à 20 minutes. Nous sommes ici, par rapport au poids du corps de l'homme, dans les conditions optima de quantité et de vitesse que nous avons déterminées chez l'animal infecté.

Dans le choléra, maladie qui se rapproche de l'infection colibacillaire, l'injection intraveineuse a pu produire une jugulation de la maladie.

Pendant l'injection, l'état général se modifie rapidement; le pouls devient énergique, les intermittences disparaissent, la pression sanguine se relève, la respiration se fait plus ample et plus facile, la température s'élève progressivement. Après l'injection, ces effets continuent, mais au bout de 30 à 40 minutes, survient une période de réaction critique, ressemblant à un accès paludéen avec stade de froid et stade de chaleur. Le stade de froid débute par un frisson violent, un pouls fréquent, inégal, une respiration accélérée, des spasmes, et une élévation rapide de la température centrale et périphérique, pouvant atteindre 40°5 dans l'aisselle, 41°5 dans le rectum. Dans le stade de chaleur qui suit, la face devient vultueuse, les conjonctives injectées, la respiration haletante, le pouls très accéléré, les réflexes tendineux exagérés et la température reste élevée; puis tous ces phénomènes diminuent progressivement après une durée d'environ 4 heures, dans laquelle il se produit des mictions, de la diarrhée, des sueurs. A la suite de cette réaction, la température peut se fixer à la normale et la guérison survenir, mais celle-ci peut être précédée de nouvelles réactions passagères et de rechutes.

Nous avons traité aussi 2 cas de pneumonie. Dans un cas, il s'agissait d'une pneumonie migratrice du sommet avec adynamie, chez un alcoolique, pneumonie évoluant avec une température élevée depuis 10 jours. Sous l'influence de l'injection intraveineuse, nous avons vu se développer les mêmes phénomènes que ceux que nous venons de décrire dans une maladie hypothermisante, comme le choléra. En quelques heures, la température, après être montée à 40°2, est tombée à 36°5 et s'est fixée à la normale après quelques légères oscillations. On ne peut pas dire que l'injection ait provoqué la production d'une crise naturelle, car il s'agissait d'une infection à marche envahissante, sans tendance à la résolution.

Dans le second cas, il a fallu pratiquer 2 injections intraveineuses. A la suite de chacune d'elles, nous avons vu se manifester encore des phénomènes réactionnels identiques, et quoique la pneumonie évoluât depuis 11 jours et qu'on eût fait la première injection en pleine poussée aiguë, on peut dire que la maladie a été arrêtée. Si la fixation à la normale n'a pas suivi la première injection, c'est qu'il existait une complication pleurétique qui a rendu moins rapide la guérison.

Dans 2 cas de septicémie à staphylocoques, avec foyers purulents disséminés et fièvre à grandes oscillations, les injections intraveineuses ont provoqué encore les effets généraux que nous connaissons. Ici, dans aucun cas, l'injection n'a été suivie immédiatement de guérison par fixation à la normale; mais l'état général s'est amélioré, le pouls a repris de l'énergie, la tension sanguine s'est relevée d'une façon durable, les oscillations thermiques sont devenues moins fortes et les foyers purulents ont montré de la tendance à se circonscrire et à dispa-

raitre. Les malades sont ainsi arrivés insensiblement, mais toujours progressivement, à la guérison sous l'influence de plusieurs injections, alors que, cependant, la première avait été faite dans un état désespéré.

L'ensemble des phénomènes réactionnels que nous avons produits a la valeur d'un véritable mouvement critique, capable dans les cas d'infection aiguë de faire triompher immédiatement l'organisme, et, dans les cas d'infection à évolution lente entretenue par des foyers purulents, de remonter les forces de l'organisme, de facon à permettre la continuation de la lutte et la guérison.

Il y a toujours indication dans le cas de maladies infectieuses pour les injections intraveineuses salées telles que nous les préconisons. Ici, comme pour les infections expérimentales, il convient de faire l'injection le plus près possible du début de la maladie, et les indications d'urgence seront données surtout par l'état du pouls, de la pression sanguine, de la diurèse et de l'état général.

Application des rayons Rœntgen à l'étude d'un cas de pseudo-ostéo-arthropathie hypertrophiante.

M. Vedel (de Montpellier). — Je présente les photographies comparatives par les rayons ordinaires et par les rayons X d'une main qui, au point de vue symptomatique, reproduit exactement les déformations indiquées par M. Marie, comme propres à l'ostéo-athropathie hypertrophiante pneumique.

Il s'agit d'un malade atteint de maladie bleue, en relation avec une malformation congénitale du cœur, une communication interventriculaire, qui présente en outre une inversion complète des viscères et une artériosclérose généralisée.

De plus, et c'est le seul point qui nous intéresse actuellement, ce malade présente des déformations des doigts et des orteils dignes d'intérêt.

Je ne m'occuperai que de l'état des mains, parce que c'est là que les altérations sont le plus marquées.

Comme le montrent les photographies que je dois à l'obligeance de M. Imbert, on trouve, au niveau des dernières phalanges, l'aspect caractéristique de l'ostéo-artropathie hypertrophiante. Les phalangettes, en hyperextension, sont très augmentées de volume, et en discordance avec celui des autres phalanges. Les ongles sont élargis, courbés en « verre de montre » allongés et recourbés en « bec de perroquet ».

On croyait à l'hypertrophie osseuse.

Or, la photographie Rœntgen montre jusqu'à l'évidence qu'il n'en est rien.

L'hypertrophie porte tout entière sur les téguments.

Comment expliquer ce résultat, si différent de ce que l'on observe dans la maladie de Marie?

D'abord, dans le cas présent, l'origine pneumique ne peut être invoquée, et les déformations digitales remontent à la naissance.

En second lieu, il n'y a pas d'ostéo-artropathie.

Nous ferons remarquer que notre malade est atteint de maladie bleue; le moindre effort provoque un véritable état asphyxique. On ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre les troubles circulatoires et les déformations.

Nous pensons que les troubles si intenses de la circulation cardiaque en particulier, l'artério-sclérose et l'hyperglobulie, que présente notre malade, peuvent expliquer les déformations.

Sur un tremblement combiné au rythme respiratoire de Cheyne-Stokes.

M. Pic (de Lyon), a observé un urémique qui lui a permis d'étudier la pathogénie de la respiration périodique, et il conclut que l'existence de phénomènes coordonnés moteurs, de même que celle des oscillations coordonnées dans le domaine sensitif, sensoriel, intellectuel ou circulatoire; la comparaison de l'action de certains poisons sur l'écorce cérébrale avec les troubles respiratoires dans les maladies mentales plaident en faveur de la participation de l'écorce à la production du phénomène de Cheyne-Stokes. Ces faits confirment les données établies par M. Pachon, de Bordeaux, dans sa thèse.

Calcul stomacal volumineux.

M. Garnier montre un calcul stomacal. C'est une concrétion phosphatique, de même nature qu'un calcul vésical.

Comment en expliquer la production? C'est peut-être une rétrogression d'un calcul intestinal; mais, vu le diamètre du calcul, celui-ci n'aurait *jamais pu franchir le pylore*.

Il a pris naissance dans l'estomac. Les phosphates terreux ne peuvent provenir que de l'alimentation. Pendant la digestion, il y a des liquides acides dans l'estomac et dissolvant les phosphates terreux des éléments végétaux, par exemple. Dans l'intervalle de la digestion, la réaction muqueuse doit avoir reprécipité ces concrétions. Si la *période d'acidité eût été prédominante*, cette reprécipitation n'aurait pas eu lieu. Le mucus a servi d'agglomérant.

L'ammoniaque du phosphate amoniaco-magnésien provient des fermentations *intestinales* ayant franchi le pylore; du reste, il y avait gastrite chronique et les phénomènes de putréfaction ont pu se produire dans l'estomac.

Des lieux de formation de l'acide urique dans l'organisme humain.

M. Laval (de Sainte-Menehould). — L'acide urique résulte de la désintégration des globules blancs, des nucléo-albumines; sa formation peut donc avoir lieu dans tous les départements leucocytiques, c'est-à-dire dans presque tout l'organisme, mais surtout dans le système sanguin et lymphatique (uricémie goutteuse des leucocytoses), le foie, la rate, les glandes salivaires, sudoripares, etc., le rein principalement.

On sait que l'excrétion d'acide urique diminue à la suite des hémorrhagies.

Nous avons pu remarquer que lors de la menstruation, dès le deuxième jour, le taux de l'acide urique s'abaisse; puis cette excrétion se relève très rapidement, mais passagèrement. Ce relèvement est dû à l'augmentation du nombre des globules blancs qui accompagne les grandes hémorrhagies.

Élimination de l'urée avant et après l'accouchement.

M. Butte (Paris). — De nombreuses analyses d'urines provenant des femmes enceintes et de parturiantes m'ont montré que l'urée diminue dans les derniers jours de la grossesse; par contre, durant les premiers jours de l'accouchement, la proportion de l'urée augmente.

Cette exagération n'est guère attribuable à une augmentation de régime; elle peut s'expliquer par les modifications de l'utérus qui revient rapidement à son état normal.

Action de l'ozone sur la nutrition.

MM. Butte et **Peyron** (de Paris) font sur ce sujet une communication, de laquelle il résulte que les inhalations d'air ozonisé déterminent chez les animaux une augmentation dans les proportions de l'élimination de l'azote total, de l'urée et de l'acide phosphorique. Les combustions intimes, diminuant en pareil cas, déterminent cette élimination exagérée.

Étude sur la pathogénie et les variétés cliniques de l'ascite paludéenne.

M. H. de Brun (de Beyrouth). — L'ascite paludéenne peut être observée dans deux conditions bien différentes : tantôt elle coexiste avec d'autres épanchements et avec l'anasarque, et constitue alors une des localisations de la cachexie palustre hydroémique; tantôt, au contraire, elle existe isolément chez des malades absolument dépourvus d'œdème. La première espèce est relativement fréquente. La seconde est beaucoup plus rare; elle est peu connue; c'est sur elle que je veux attirer l'attention.

Les ascites paludéennes non hydroémiques ne reconnaissent pas toujours la même cause, et l'on peut les diviser au point de vue pathogénique en trois variétés bien distinctes :

Dans la première, je rangerai celles qui résultent de l'atrophie paludéenne du foie, macroscopiquement et microscopiquement

identique à la cirrhose alcoolique de Laënnec. Cependant comme la question étiologique a pu, dans un certain nombre de cas, donner matière à discussion, je mentionnerai deux observations personnelles qui suffiraient à lever les derniers doutes. Il s'agit de deux femmes paludéennes avérées, qui entrèrent dans mon service pour une ascite que je rattachai à une cirrhose atrophique. L'autopsie confirma le diagnostic dans les deux cas. Or, ces deux malades appartiennent à des sectes qui ne boivent jamais de vin ni de liqueurs alcooliques. Ce qui caractérise cette variété d'ascite paludéenne, c'est sa ténacité, la rapidité avec laquelle se reproduit l'épanchement après chaque ponction, et sa terminaison presque fatale.

La seconde variété, beaucoup plus rare, résulte de la périsplénite survenant au cours de la splénomégalie palustre. Elle est caractérisée par de longues et violentes douleurs spléniques survenant au cours d'un impaludisme incontestable avec hypertrophie, induration et adhérences de la rate. L'épanchement, lent à se produire, progresse sans cesse, sans provoquer, pour son propre compte, de douleurs abdominales, et sans s'accompagner au moins pendant les premiers mois, d'autres phénomènes généraux que ceux de l'impaludisme.

La troisième variété me paraît devoir être attribuée à une *congestion péritonéale* analogue aux congestions pulmonaires, rénales et spléniques qui précèdent les scléroses palustres. Elle n'a été, à ma connaissance, signalée nulle part, et est caractérisée par son début insidieux, son indolence absolue, l'absence de tout phénomène réactionnel et de toute manifestation subjective. Elle se distingne de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse par le défaut de douleurs abdominales, de frottements pleuraux, d'œdème des parois du ventre, par l'absence de virulence tuberculeuse de l'épanchement, et par la rapidité avec laquelle, sous l'influence de la quinine, on voit le liquide se résorber, en même temps que disparaissent les autres manifestations de l'impaludisme.

Onychomycose trichophytique.

MM. Bosc et **Galavielle.** — L'étude d'un cas de trichophytie cutanée généralisée nous a permis d'étudier le champignon dans l'ongle et dans les poils du dos des phalanges.

Examen direct de l'ongle. — On trouve des filaments mycéliens dichotomiés, composés de cellules carrées ou légèrement arrondies à masse protoplasmique épaisse entourée d'une membrane à double contour : leur division se fait par étirement axial du protoplasma ou par étirement latéral qui donne naissance à une ramification latérale. Le rameau se termine par une cellule allongée ou par une masse formée de 8 à 10 cellules volumineuses (spores). Il existe encore des spores latérales et des spores portées par des sortes de digitations en disque. Certaines tiges mycéliennes présentent des éléments renflés à membrane cellulosique que l'on peut assimiler à des cellules kystiques (formes de résistance). Dans certains points de l'ongle on trouve des formes irrégulières, flagellées et terminées en massue (forme de souffrance).

Cultures. — M. Sabrazès a été le premier à obtenir des cultures d'onychomycose.

Nous avons réussi à cultiver le champignon. (Les auteurs ne disent pas s'ils ont inoculé et étudié la valeur pathogène de ce trichophyton.)

M. Sabrazès. — J'ai été en effet un des premiers à montrer, dans ma thèse et dans une note communiquée à l'Académie des sciences, qu'on pouvait, par la culture et l'inoculation, établir le diagnostic *causal* d'une onychomycose. J'ai pu, dans 2 cas de favus des ongles, retirer du foyer unguéal malade des champignons dont la culture inoculée à la souris leur donne le favus mortel.

J'ai étudié la topographie du champignon dans les ongles, sur des coupes : le mycélium s'enchevêtre dans l'épiderme et envoie des rameaux droits jusqu'à la limite supérieure du derme; la bordure parasitaire, ainsi que le démontrent des photographies microscopiques, s'étend jusqu'au bord postérieur de la racine de l'ongle.

M. Arnozan. — M. Bosc pense que la trichophytie unguéale débutait par le bord libre. C'est en effet la théorie ancienne, celle qui régnait quand on croyait que la lésion se transmettait aux ongles par le grattage. Mais les observations de Celso Pellizari, celles de M. Dubreuilh et les miennes (*Archives cliniques de Bordeaux*) ont démontré que la lésion se propage le plus souvent au bord adhérent de l'ongle, à la suite d'une trichophytie cutanée de la main ou des doigts.

De quelques particularités des verrues, molluscums et végétations.

M. Barthélemy. — Ces productions sont *contagieuses, auto-inoculables*, peuvent *disparaître spontanément ou subitement*. On les observe parfois associées, dans la sphère génitale, où elles constituent des *hybrides pathologiques* très intéressantes. On peut dissocier de cette association morbide l'*élément syphilis* en faisant une injection d'huile grise (3 gouttes 1/2 correspondant à 7 centigr. de mercure) à l'aide d'une seringue spéciale exactement calibrée

Symphyse cardiaque et anévrysmes du cœur.

M. J. Hobbs (de Bordeaux). — L'existence simultanée d'une symphyse cardiaque avec un anévrysme du cœur plusieurs fois constatée a été attribuée, selon les différents auteurs, tantôt à l'endocarde, tantôt au péricarde, tantôt au myocarde.

L'examen d'un cas récent nous fait adopter la théorie myocardique. Il s'agissait d'un vieillard de 82 ans qui succomba en février 1896 à une broncho-pneumonie sans avoir jamais présenté un signe quelconque du côté du cœur.

A l'autopsie, nous trouvâmes un cœur considérable pesant 600 grammes et présentant une symphyse complète sur toute la portion antéro-externe du ventricule gauche. On notait en outre au-dessus de la pointe une petite saillie dépressible large comme une pièce de 2 francs. En arrière quelques adhérences péricardiques lâches.

A la coupe un caillot rougeâtre, déchiqueté, se détachait mal de la paroi d'une cavité peu profonde, large comme une pièce de 5 francs en argent, correspondant à la saillie extérieure. La paroi de cette cavité composée des feuillets fibreux stratifiés mesurait 6 à 7 millimètres environ.

Les coronaires ont leur paroi infiltrée de sels calcaires; la coronaire gauche à 2 centimètres de son origine est oblitérée par un long caillot mou.

Il s'agit donc d'un infarctus cardiaque produit par l'oblitération de l'artère nourricière. Le myocarde mal nourri a disparu, d'où amincissement et anévrysme de la paroi, mais, par irritation du voisinage, il s'est produit une symphyse cardiaque.

Sur des coupes microscopiques pratiquées au niveau de la paroi amincie de la formation anévrysmale, on trouve cette paroi presque uniquement composée de tissu fibreux, résistant avec des fibres élastiques, quelques néo-vaisseaux et une zone de tissu cellulaire lâche démarquant les 2 feuillets péricardiques. A peine trouve-t-on une bande de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, discontinue, de fibres musculaires atrophiées, ayant perdu leur radiation, mais non infiltrées de graisse.

En somme, il y a une symphyse cardiaque complète à ce niveau; le tissu noble ayant été remplacé par une paroi fibreuse qui a joué ici un *véritable rôle de protection et de soutien*, a permis les modifications de volume du cœur, et a écarté sinon éloigné la terminaison de l'anévrysme par rupture du cœur.

Méningisme et confusion mentale.

MM. J. Séglas et **E. Dupré.** — Certaines infections et intoxications présentent, dans leur cours ou leur décours non seulement des accidents pseudo-méningitiques (*méningisme*), mais encore des troubles intellectuels plus ou moins prolongés, curables ou mortels, et indépendants aussi de toute lésion corticoméningée saisissable, et qui doivent être actuellement rattachés à la *confusion mentale*. L'apparition simultanée, chez le même malade, des accidents de méningisme et de confusion mentale permet de distinguer une variété typhoïde ou pseudo-méningitique de confusion mentale : syndrome mixte, remarquable par la prédominance des signes somatiques sur les symptômes délirants, par les phénomènes de méningisme qui le spécifient, par la brusquerie du début, la fréquence de la fièvre et de

l'amaigrissement, la gravité du pronostic et la difficulté du diagnostic avec les différentes formes de méningite.

Le syndrome peut survenir en cours ou en décours des grandes infections, ou des intoxications, d'origine extérieure ou intérieure, ou à la suite de traumatismes, psychiques ou corporels, émotions, chutes, accouchements, opérations sur la sphère génitale de la femme, etc. Outre ces cas deutéropathiques, on peut observer l'apparition protopathique, en dehors de toute étiologie saisissable, du syndrome de méningisme et de confusion mentale, sous la forme d'un processus fébrile, de cause indéterminée, à terminaison variable et indépendant, ainsi que le démontre l'autopsie, de toute lésion méningo-corticale constante.

De grandes analogies étiologiques rapprochent ces faits des cas de polynévrite aiguë primitive ; et la clinique réunit parfois sur les mêmes sujets, dans une évolution contemporaine, les syndromes de la polynévrite et de la confusion mentale : la même cause morbide attaque alors le système nerveux à la périphérie et dans les centres.

Dans ces cas, l'enquête étiologique retrouve souvent les preuves d'un fonctionnement vicieux de l'appareil gastro-intestinal et hépatique. On peut constater alors, isolés ou associés, de la dilatation gastrique, de l'entéro-colite muco-membraneuse, de la fétidité de l'haleine, des phénomènes dyspeptiques invétérés, très variables dans leur intensité et leur expression ; les urines peuvent renfermer de la glycose, de l'urobiline, de l'indican, des urates en excès, etc. Dans ces conditions, la moindre cause occasionnelle trouble l'équilibre instable du système nerveux chroniquement intoxiqué, et provoque l'éclosion des accidents. Ces faits mettent dans toute son évidence l'importance de l'auto-intoxication dans la pathogénie de l'aliénation mentale. Contre ces accidents, l'hydrothérapie tiède ou froide, la médication évacuante et diurétique, l'antisepsie intestinale, les émissions sanguines, légères et répétées, constituent les grandes lignes d'une thérapeutique que sanctionne la pratique, et dont les indications découlent directement de la pathogénie.

Crises épileptiformes et fibromes utérins.

M. Frœlich (de Nancy). — Chez une malade atteinte de fibromes utérins, j'ai pu observer des crises d'épilepsie dont le nombre semblait augmenter parallèlement à l'accroissement de volume des néoplasmes et à l'intensité des hémorrhagies. Une hystérectomie abdominale fut faite, après laquelle les crises devinrent tout d'abord plus fréquentes, puis diminuèrent progressivement.

Il est vraisemblable d'attribuer ces crises d'épilepsie vraie au développement de la tumeur et à la profonde anémie qui en a été la conséquence, à l'irritation stomacale déterminée par l'ingestion de quantités exagérées de bromure, au nervosisme provoqué par les deux causes précédentes.

M. Bernheim. — J'ai observé des faits analogues : il s'agissait de crises épileptiformes associées à une inflammation des organes génitaux. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait albuminurie pour que ces crises se produisent.

M. Vautrin (de Nancy). — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires amène des crises d'épilepsie, que l'ablation de ces organes ne supprime pas toujours ; en outre, après l'opération on voit souvent survenir de la manie ou de la folie.

M. Crocq père. — Ces faits rentrent dans la catégorie des accidents réflexes ; il s'agit d'une impression périphérique produisant des réactions d'origine centrale.

Moelle dans la fièvre typhoïde.

M. Voinot (de Nancy), dans la moelle de 10 sujets morts de fièvre typhoïde, a toujours trouvé des lésions portant : 1° sur la myéline, qui tantôt a disparu du tube nerveux, tantôt est réduite à un anneau, à un croissant, à des granulations situées contre la névroglie ou la gaine de Schwann; 2° sur le cylindraxe, qui est souvent déplacé et déformé. Fréquemment, il est gonflé, étoilé, dissocié même. 3° Sur les cellules nerveuses, qui sont intéressées dans leur protoplasma, leurs noyaux et leurs prolongements. La névroglie, le tissu conjonctif et les vaisseaux n'offrent aucune lésion.

Exostose syphilitique du crâne.

MM. Spillmann et **Etienne.** — Le fait que nous désirons vous communiquer concerne un malade âgé de 37 ans, qui a été atteint de syphilis il y a 15 ans. Il s'est marié 2 ans après. Sa femme est accouchée une première fois d'un enfant mort-né, puis d'un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Il y a 3 ans, survient une céphalée très vive localisée à la région fronto-pariétale gauche. Cette céphalée persista pendant 15 mois, avec douleur intense provoquée par la moindre pression, puis il se produisit une attaque épileptiforme avec convulsions localisées au côté droit. Ces crises reviennent d'abord mensuellement, puis tous les 15 jours ; finalement, il y a 3 mois, à la suite d'une crise violente on constate une hémiplégie droite avec déviation de la langue à droite, trouble profond de la mémoire et aphasie. Il existait, en outre, une périostose considérable du cubitus gauche.

Le malade n'avait jamais suivi de traitement.

Sous l'influence d'injections de thymol-acétate de mercure et d'iodure à haute dose, exostose, céphalée, hémiplégie disparurent, mais une nouvelle attaque épileptiforme assez forte ayant eu lieu, le professeur Gross appliqua une couronne de trépan un peu en arrière des circonvolutions rolandiques : on ne trouva aucune lésion ; toutefois, et vraisemblablement sous l'influence de la décompression, les symptômes cérébraux se sont dissipés et le malade n'a plus eu de crises.

Auscultation des pleurétiques.

M. Hervouët. — On enseigne généralement que le bruit de souffle pleurétique et l'égophonie sont engendrés purement et simplement par la présence d'un épanchement dans la plèvre. On l'explique par le changement de consistance du tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment ainsi, le souffle serait constant dans la pleurésie. Or, il ne l'est pas. Beaucoup de cas évoluent complètement sans s'accompagner de ce phénomène stéthoscopique, quelle que soit la quantité de liquide épanché, et d'ailleurs la présence de liquide, en refoulant le poumon, est incapable d'en modifier vraiment la consistance. Il faut donc admettre que, quand il y a bruit de souffle, il est produit par une altération pulmonaire sous-jacente et indépendante (tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonies diverses, etc.), réalisant le souffle tubaire, lequel prend un timbre particulier, parce qu'il est transmis à l'oreille par une couche liquide. Le même raisonnement s'applique à l'égophonie qui est aussi inconstante que le souffle. Conclusion : le souffle pleurétique et l'égophonie nous renseignent non sur l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 Août 1896.

(Suite.)

Sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos.

M. H. de Brun (de Beyrouth). — On sait peu de choses sur la nature des altérations musculaires consécutives au tétanos chronique. Je viens relater une observation qui démontre l'existence d'un véritable raccourcissement de certains muscles. Il s'agit d'un portefaix chez lequel le tétanos, consécutif à l'application d'un cautère, laissa, après sa guérison qui fut tardive, des troubles singuliers de la marche et de la station. Le sujet marchait sur la pointe du pied, ou, pour parler plus exacte-

ment, sur l'avant-pied, le talon ne touchant jamais le sol; au repos, dans la station debout, le talon gauche restait à six centimètres du sol, le droit à quatre et demi.

Si le malade voulait appliquer par terre la totalité de la plante du pied, il ne pouvait le faire qu'en écartant lentement les jambes par un mouvement de glissement latéral, la pointe des pieds fortement tournée en dehors. Cette démarche spéciale était due à un vrai raccourcissement du triceps crural, raccourcissement qui immobilisait le pied en extension sur la jambe, les deux segments formant un angle qui ne pouvait être réduit au-dessous de 130°. Les muscles atteints présentaient un durcissement ligneux. L'altération musculaire avait également frappé le biceps du bras gauche, se localisant exclusivement aux couches profondes du muscle, et maintenant l'avant-bras dans une demi-flexion sur le bras. On sentait, dans la profondeur de la masse musculaire bicipitale, au niveau de sa face postérieure, comme une lanière résistante et inextensible se continuant inférieurement avec le tendon d'insertion du muscle, et contrastant, par sa rigidité, avec la souplesse molle de la partie superficielle.

Ce raccourcissement musculaire, qui avait également intéressé le masséter gauche, s'était développé peu à peu pendant la maladie, au milieu de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes pour empêcher le sujet de dormir, douleurs localisées dans les masses des muscles et que la pression à leur niveau, et surtout les mouvements articulaires forcés exagéraient au point de faire crier le malade. Au moment où celui-ci quitta l'hôpital, trois mois et demi après son entrée, il ne souffrait plus et présentait une grande amélioration dans la marche.

Après avoir encore cité deux autres observations personnelles présentant la plus grande analogie avec la précédente, je signalerai un certain nombre de symptômes peu connus que j'ai eu l'occasion d'étudier en Syrie où le tétanos est assez fréquent. J'insisterai sur la constipation qui résiste aux purgatifs et aux lavements, et se reproduit avec une opiniâtreté extraordinaire après chaque évacuation laborieusement provoquée.

Pendant tout le cours de la maladie, l'appétit est souvent conservé et prend, pendant la convalescence, les proportions d'une *véritable fringale*. La soif est ardente et torture les malades du commencement à la fin de l'affection.

La transpiration, variable suivant les sujets et variable également d'une heure à l'autre chez le même individu, survit à la maladie, et devient parfois, soit au cours de l'affection, soit pendant la convalescence, d'une abondance excessive, inondant le lit, sans jamais s'accompagner des améliorations qui succèdent aux transpirations critiques.

A signaler également le besoin de se déplacer. On voit souvent, au moment où les phénomènes de contracture commencent à s'atténuer, le malheureux patient, encore incapable d'un mouvement spontané, supplier qu'on modifie la position de ses membres et de son corps. On n'a pas depuis cinq minutes accédé à sa demande, qu'il la renouvelle encore, et, de nouveau, il faut le remettre sur le côté ou le placer en supination, quand le décubitus dorsal a cessé d'être pour lui une position de repos.

Séance du 25 Août 1896.

Sur la dépopulation.

M. Javal pense que, parmi les diverses solutions proposées, la meilleure est d'établir un impôt sur les familles n'ayant pas d'enfants, et que l'intervention du corps médical s'impose dans cette question.

Rôle de la graisse dans les hernies.

M. Lucas-Championnière. (Voir le numéro de dimanche prochain.)

Aïnhum et lèpre.

M. H. de Brun (de Beyrouth) ne partage pas l'opinion défendue par le Dr Zambaco, et admet, avec la grande majorité des auteurs qui ont pu étudier les deux affections, que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec troubles trophiques concomitants sont les principaux arguments que font valoir les unicistes.

Ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre. En effet, d'une part les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et d'autre part ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant : les unes, une infections plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux (frissons, frissonnements, sensibilité du malade au froid, douleurs multiples, cachexie, etc.); les autres, une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs (anesthésie dans ses différents modes, paralysies, atrophies musculaires, griffe, épaississement uniforme ou noueux des nerfs périphériques, troubles trophiques divers, panaris analgésiques, maux perforants, etc.), soit au niveau de la peau (éruptions, nodosités) ou des muqueuses (tubercules lépreux, ulcérations, altération de la cloison, etc.).

On a cité, il est vrai, des cas de lèpre localisée pendant plusieurs années à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux, se traduisant d'une façon discrète, il est vrai, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours *sur le 5e orteil*, plus rarement sur le 4e, plus rarement encore sur deux ou trois à la fois; *jamais au niveau des doigts*. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits prouvent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il sécrète une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques.

Sans doute, nous ne savons rien encore de l'agent spécifique de l'aïnhum, et il est impossible de dire si la névrite cause probable de la stricture annulaire dépend — comme la névrite pellagreuse, comme la névrite alcoolique, comme celle de l'ergotisme — d'une intoxication alimentaire, ou s'il faut y voir l'expression d'une infection bactérienne. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'examen bactériologique fait par le Dr Le Dantec a été négatif. Il paraît donc logique d'admettre que. puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Dans un article intitulé : **Médecins, prenez garde à vous**, publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 26 juillet dernier, nous avons signalé à nos confrères toute une série d'appels plus ou moins légitimes qui pouvaient être faits à leur bourse, et contre lesquels nous les mettions en garde.

Il nous revient que quelques personnes ont cru voir dans ces lignes une allusion à une publication en cours d'impression et qui a recueilli déjà de nombreuses adhésions, dont quelques-unes parmi les maîtres les plus considérables.

Nous tenons à dire que notre article n'avait et ne pouvait avoir qu'un caractère général; qu'il ne visait aucune entreprise en particulier et ne s'appliquait par conséquent pas à celle que nous signalons plus haut.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement des hémorrhagies par le sérum salé,

Par Joseph Faney.

En présence d'une hémorrhagie grave, il faut se proposer deux buts : d'un côté, fermer l'issue au liquide qui s'écoule ; de l'autre, remplacer le liquide perdu, pour maintenir toujours, dans le réservoir que représente l'appareil vasculaire, un niveau constant.

Dans la pratique, tantôt l'hémorrhagie persiste, et les deux indications précédentes sont à remplir ; tantôt elle s'est arrêtée d'elle-même, ou a été combattue efficacement ; il ne reste alors qu'à remplacer le liquide perdu, sans s'occuper de faire de l'hémostase.

Pour atteindre ce dernier but, ce n'est pas un liquide qui agisse par sa qualité, mais un liquide qui agisse par sa *quantité* qu'il faut introduire dans les vaisseaux. *La propriété qu'il doit posséder, c'est d'être inoffensif pour l'organisme.* Il ne s'agit pas ici de solutions salines complexes et concentrées. Le sérum artificiel indiqué, c'est la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 grammes p. 1000. Il faut bien le séparer des solutions concentrées à action existante et médicamenteuse, ainsi que des autres solutions salines étendues, qui contiennent en dissolution plusieurs sels, dont la présence, en dehors de celle du chlorure de sodium, parait être superflue. Ajoutons que si nous accordons à la solution physiologique le nom de sérum artificiel, c'est pour satisfaire à l'usage et pour la simplicité du langage.

Cette solution physiologique n'appartient, du reste, pas en propre à la méthode des injections sous-cutanées, elle est adoptée par la majorité des cliniciens qui pratiquent des injections intra-veineuses dans le traitement du collapsus post-hémorrhagique.

Mais ce que nous désirons surtout, c'est démontrer que ce liquide, injecté sous la peau, parvient dans le milieu circulatoire aussi rapidement que si on le réintégrait par voie vasculaire. Ce serait substituer définitivement à la transfusion du sang et aux injections intra-veineuses, c'est-à-dire à des opérations difficiles ou impossibles à pratiquer, un moyen facile et commode, à la portée de tous.

Il importe néanmoins que nous passions en revue les liquides qui furent employés jusqu'ici dans les cas de transfusion vasculaire et nous examinerons séparément le sang complet, le sang défibriné, le sérum animal, enfin la solution physiologique.

Le *sérum sanguin* de chaque espèce animale possède, suivant Hayem, des caractères physico-chimiques particuliers. Cet auteur a vu se produire d'une façon constante des accidents d'intensité variable, mais de nature identique, chez les sujets qui reçoivent dans leurs vaisseaux le sérum extrait du sang d'animaux d'espèce différente. Ces accidents paraissent tous se rattacher à la dissolution des globules du sang par le sérum injecté. Les globules perdent leur hémoglobine ; leurs stromas seuls persistent et, s'accolant entre eux, produisent de petites embolies qui vont devenir, dans tous les organes, soit l'origine de suffusion sanguines, soit des foyers d'infarctus. D'où les lésions variées que l'on observe chez les animaux en expérience, et qui consistent en ecchymoses, infiltration sanguine des muqueuses et principalement de la muqueuse intestinale, des séreuses péritonéale, péricardique, endocardique ; tuméfaction de la rate et du foie, infarctus pulmonaires, purpura, etc.

Nous appliquerons d'abord au *sang complet* les reproches que nous venons d'adresser au sérum animal. Mais, au sang complet, viennent s'appliquer des considérations spéciales qui ajoutent à sa nocuité : dans la différence de dimensions des globules rouges chez les diverses espèces animales, réside une nouvelle cause de nocuité. Les hématies produiraient, de cette façon, une obstruction, puis un arrêt de la circulation capillaire.

En outre, s'il est vrai que, quand on a injecté à un animal le sang d'un autre animal d'espèce différente, il s'opère une dissolution des hématies du premier, le sang injecté ne subit-il pas, de la part du sang de l'animal qui le reçoit, les mêmes modifications ? en un mot les deux sangs mélangés n'exercent-ils pas l'un sur l'autre une action mutuelle qui dissout leurs hématies d'une façon réciproque ? Les expériences de Landois, rapportées dans la thèse de Viault (1875) sont affirmatives à cet égard.

Enfin, qu'il provienne d'animaux de même espèce ou d'espèce différente, l'expérience de tous les jours nous montre avec quelle facilité le sang issu des vaisseaux se coagule ; aux accidents précédemment énumérés viennent s'en ajouter d'autres, de nature purement mécanique, auxquels expose la production possible des embolies dues à la formation des caillots fibrineux. Si on échappe à ces dangers, il arrivera très souvent qu'une coagulation sur place empêchera le sang transfusé de pénétrer dans les veines du malade, et l'opération de s'effectuer dans des conditions efficaces.

C'est pour obvier à cet inconvénient que Diffenbach avait proposé, dès 1828, de *défibriner le sang* destiné à être introduit dans les veines.

Mais, en même temps qu'elle supprime un certain nombre des difficultés et des périls que comporte la transfusion du sang complet, la défibrination apporte avec elle une nouvelle complication, doublée d'un nouveau danger. D'abord, cette opération n'exige pas moins d'un quart d'heure, et n'est pas compatible avec la rapidité d'exécution que commande un cas d'hémorrhagie suffi-

samment grave pour indiquer la transfusion. Peut-être, à ce point de vue seulement, la défibrination pourrait-elle être pratiquée lorsqu'il s'agit d'un cas de gravité moyenne, permettant quelque temporisation. Mais, complication plus sérieuse. d'après l'opinion de divers auteurs, les globules du sang seraient tués par l'action toute mécanique du battage qu'exige la défibrination ; ils deviendraient donc ainsi le point de départ d'embolies. Nous n'accorderons à cette vue un peu théorique qu'une valeur toute relative ; mais ce qui est certain c'est que le battage provoque la formation de petits caillots fibrineux microscopiques, capables d'occasionner des embolies capillaires ; de plus, sous la même influence du battage, les hématies sont susceptibles de s'agglomérer entre elles, et de devenir le point de départ d'embolies et d'infarctus pulmonaires. N'oublions pas non plus que le sang défibriné possède, au même titre que le sang complet et le sérum animal, des propriétés dissolvantes à l'égard des hématies.

Si l'on veut éviter cette complication commune aux trois agents que nous venons d'énumérer en employant du sang ou du sérum humain, c'est par l'impossibilité de s'en procurer qu'on est souvent arrêté. Bien qu'on ait observé nombre d'exemples de dévouement, dans les cas où il s'est agi de fournir du sang pour réparer les forces d'un blessé, ce n'est pas là une source sur laquelle on puisse compter la plupart du temps, moins encore dans les services hospitaliers que dans les familles.

Les considérations précédentes font de la transfusion, pratiquée avec un liquide naturel (sang complet, défibriné, ou sérum animal), une opération ou inutile ou nuisible.

Voyons maintenant ce que nous pouvons obtenir des *sérums artificiels*, et en particulier de la solution physiologique, le plus simple de ces sérums.

Pour pousser à l'extrême l'esprit de simplification, et puisqu'il ne s'agissait que de remplacer dans les vaisseaux une certaine quantité de liquide, on aurait pu tenter de n'y injecter que de *l'eau pure*. Mais les examens nombreux pratiqués par les histologistes nous montrent l'eau exerçant sur les hématies une action non moins destructrive que les autres liquides d'origine animale.

Par contre, l'adoption de la *solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000* par tous les expérimentateurs, histologistes et physiologistes qui cherchent un milieu convenable pour conserver, en dehors de l'organisme et le plus longtemps possible sans altération, les éléments des tissus, milite en faveur du sérum artificiel. Jamais, dans des examens pathologiques pratiqués sur un mélange de sang humain et de sérum artificiel, on n'a vu cette dissolution s'opérer d'une façon notable, et les observations cliniques et physiologiques ne mentionnent pas qu'après injection, aux animaux ou à l'homme, de sérum artificiel, on ait noté de l'hémoglobinurie ou de l'albuminurie, pourvu toutefois qu'il s'agisse d'injections pratiquées dans les cas d'anémie aiguë.

Donc le sérum artificiel, outre qu'il n'exerce pas sur les hématies une action dissolvante, outre qu'il ne contient lui-même aucun élément figuré capable d'être dissous à son tour par le sang auquel on le mélangera, ne renferme pas non plus de substance qui, comme la fibrine, fournit si souvent des coagulations. On ne saurait insister sur ces points, qui sont de toute évidence, non plus que sur la facilité avec laquelle on peut, ou se procurer ou préparer soi-même cette solution (1).

Reste à démontrer maintenant que le sérum artificiel suffit à réparer les pertes dues à une hémorrhagie considérable.

La base de la démonstration de ce fait réside tout entière dans cette loi physiologique que l'élément capital dans le maintien des fonctions circulatoires est le maintien dans les vaisseaux d'une quantité fixe de liquide. Que le liquide sanguin soit plus ou moins riche en éléments figurés, l'activité circulatoire ne se conserve pas moins intacte si la masse liquide reste dans des limites suffisantes, et les battements cardiaques s'exécutent d'autant plus normalement que la quantité le liquide contenu dans les voies circulatoires se rapproche elle-même de la normale.

Il semble bien démontré en effet que, quand chez un sujet une hémorrhagie a été assez considérable pour entraîner la mort si on n'intervient pas, à ce moment le malade possède encore un nombre de globules suffisant pour entretenir ses échanges vitaux. Pourquoi ces échanges n'ont-ils pas lieu, puisque les globules rouges, regardés comme les éléments chargés de les opérer, sont encore en assez grand nombre pour les maintenir ? C'est que ces éléments ne sont plus charriés au contact intime des tissus par la masse liquide devenue insuffisante. Et nous sommes ramenés tout naturellement aux indications que nous avions simplement énoncées dans l'exposé de notre sujet, dire que le sérum artificiel suffit à remplir ce rôle, puisque, ne possédant d'autre qualité que d'être inoffensif pour les éléments du sang et des tissus, il n'agit que par la présence de sa masse liquide.

Maintenant que nous avons réuni les motifs, qui, pour toute transfusion nous font adopter le sérum artificiel ou ou solution physiologique de chlorure de sodium à 7 p. 100, à l'exclusion de tout autre liquide, nous devons chercher à *quelle voie* nous nous adresserons de préférence pour faire pénétrer ce liquide dans le milieu circulatoire.

Kartz, en 1873, a conçu l'idée de confier le sang complet au tissu cellulaire sous-cutané, abandonnant ensuite à celui-ci le soin de le faire pénétrer à son tour jusque dans la circulation. Pourquoi cet exemple ne fut-il pas imité ?

C'est que l'avantage capital qu'on attribue à la transfusion vasculaire, réside dans la rapidité de pénétration du liquide transfusé, avantage digne, à la vérité, d'être pris en grande considération, dans des cas où, sous peine de voir le malade mourir entre ses mains, le médecin n'a pas une minute à perdre.

On ne saurait soutenir, sans risquer d'être taxé d'exagération, qu'un liquide, directement introduit dans les vaisseaux, ne se mélange au sang plus rapidement que s'il est injecté sous la peau. Mais quel temps précieux font perdre les préparatifs indispensables d'une injection intra-veineuse relativement à ceux d'une injection sous-cutanée ! D'autre part, pour parer aux dangers immédiats, est-il nécessaire de relever d'un seul coup la pression artérielle jusqu'à la normale, par l'injection rapide

1. M. Malassez vient de faire remarquer que, d'après de nombreux examens microscopiques pratiqués recemment par lui, il y avait lieu de penser que la solution physiologique à 7 p. 1000, couramment employée, était peut-être un peu trop faible ; cet auteur a en effet constaté que ce liquide exerçait sur les globules rouges une action déformante, peu accentuée, il est vrai, mais sensible ; action qu'il n'aurait pas retrouvée en employant une solution légèrement plus riche en chlorure de sodium ; il donnerait la préférence à celle qui contiendrait 10 grammes de sel p. 1 000 d'eau.

De plus, M. Dastre a récemment aussi indiqué l'utilité qu'il y aurait à choisir une solution qui, tout en respectant les hématies, ménagerait les globules blancs, mieux que ne fait la solution physiologique. Une solution à 8 p. 100, répondrait, selon cet auteur, assez bien à cette indication.

les premières gouttes du liquide injecté, qui commençant, dès qu'elles pénètrent, à relever peu à peu la pression, d'une quantité considérable de liquide, ou bien sont-ce jouent à elles seules le rôle curatif immédiat et véritablement capital, quitte ensuite, une fois qu'on est redevenu maître de la situation, à entretenir la durée de l'injection pendant un temps suffisant pour arriver à compléter la quantité de liquide qui manque à l'organisme? Les adeptes de la méthode intra-vasculaire n'attachent pas, ce nous semble, l'importance qui nous paraît logiquement attribuable au temps consacré aux préparatifs indispensables que nécessite l'exécution d'une transfusion veineuse, non plus qu'à l'action curative prédominante des portions du liquide transfusé qui arrivent les premières dans la circulation.

Quoiqu'il en soit, la valeur relative des deux méthodes reste actuellement très controversée. *L'injection intra-veineuse agit sûrement dans tous les cas; l'injection sous-cutanée ne peut être employée que dans les cas de gravité moyenne, ne comportant pas d'urgence immédiate*, soutiennent les partisans de la première méthode. *La transfusion sous-cutanée peut-elle agir sûrement, même dans les cas extrêmes?* C'est ce que nous nous proposons de montrer par une étude comparée des deux méthodes, basée sur les données que nous fourniront et la clinique et l'expérimentation physiologique.

Dans ce parallèle, il ne sera pour ainsi dire pas question de la transfusion du sang, qui, elle, rentre dans la transfusion intra-vasculaire en général, et que nous avons jugée au chapitre précédent. Adoptant sans contredit le sérum artificiel, comme seul liquide propre à la transfusion, nous ferons une étude comparée et critique de la transfusion de sérum artificiel par la voie veineuse et par la voie sous-cutanée.

Le point dominant de la question porte tout naturellement sur la rapidité de pénétration du liquide introduit par l'une et l'autre voie. Dans les expériences que nous avons faites à ce sujet, nous avons choisi le chien, et nous avons eu soin de nous procurer toujours des animaux de poids moyen et sensiblement égal.

Nous prendrons pour point de départ deux donnés nettement établies par Hayem et qui échappent à toute critique: 1° *quand un chien a perdu une quantité de sang égale au 1/19 du poids de son corps, il meurt fatalement si on l'abandonne à lui-même.*

2° *Ce chien ne revient définitivement à lui que si on pratique chez lui la transfusion intra-vasculaire de sang complet ou de sérum naturel.*

En conséquence, démontrer expérimentalement qu'un chien, saigné dans ces limites ultimes, et traité par les *injections sous-cutanées de sérum artificiel*, échappe aux accidents immédiats, puis se rétablit d'une façon définitive, ce serait donner à la transfusion sous-cutanée une valeur thérapeutique égale à celle de la transfusion intra-vasculaire. Or, nos expériences entreprises au laboratoire de M. Dastre nous semblent suffisamment établir la valeur curative de l'injection sous-cutanée, et la mettre sur le même pied que l'injection intra-veineuse. Les deux méthodes nous paraissent être équivalentes au points de vue de leurs résultats. Voyons donc si, en ajoutant à la sûreté d'action de l'injection sous-cutanée ses autres avantages, et en particulier la simplicité d'exécution, nous n'arriverons pas à la faire préférer à l'injection intra-veineuse.

Quels reproches avons-nous donc à adresser à cette dernière? On a discuté d'une façon presque interminable sur les risques que faisaient courir au malade subissant la transfusion *l'introduction de l'air dans les veines*. Les expériences si complètes d'Oré ont montré définitivement que c'était là un point négligeable.

Bien autrement importante nous paraît être la complication de la technique des injections intra-veineuses dans les cas d'*anémie post-hémorrhagique*. Certains partisans de la transfusion vasculaire soutiennent que cette opération est d'une facilité et d'une rapidité extrêmes, que l'instrumentation qu'elle comporte est d'une égale simplicité, qu'il suffit, après avoir étreint par un lien quelconque le membre où l'on veut pratiquer l'injection, de laisser les veines se gonfler au-dessous de la striction, et se dessiner nettement sous la peau, comme on le fait avant de pratiquer une saignée, de ponctionner ensuite directement à travers la peau une veine bien apparente, à l'aide d'une aiguille en communication, par un tube de caoutchouc, avec un réservoir quelconque, et de laisser l'injection se faire d'elle-même, sous une pression relativement faible Cela est exact, principalement dans les cas d'infections, où l'on avait pour but d'opérer un véritable lavage du sang chez un malade qui n'a subi aucune hémorrhagie. Mais quand il s'agit d'un malade profondément anémié par une perte de sang subite, quand le cœur se contracte à peine sur quelques gouttes de liquide, on risquerait peut-être d'attendre longtemps le gonflement de veines dans lesquelles la circulation est tellement ralentie. Il faut donc de toute nécessité dénuder la veine, y introduire une canule, la lier et pratiquer l'injection. C'est là une petite opération qui demandera un temps plus ou moins long selon l'habileté et la science du praticien, mais qui, en tous cas n'est pas négligeable, et dont la réussite sera subordonnée à la présence et à l'intervention d'un aide intelligent.

Lorsqu'on se propose d'introduire un liquide directement dans les voies circulaires, il faut de toute nécessité que ce liquide soit maintenu constamment à une *température voisine de 40°*. Cette loi devient plus impérieuse encore s'il s'agit d'un sujet anémié.

Enfin, dans un cas d'urgence immédiate, si le médecin veut gagner du temps, il se heurte à l'impossibilité: 1° de stériliser ses intruments, — et expose le sujet à la phlébite avec toutes ses suites immédiates et éloignées; 2° de stériliser et de filtrer le liquide — et l'expose alors à la septicémie, aux petites embolies et aux infarctus pulmonaires.

L'injection intra-veineuse de sérum artificiel comporte donc des complications de technique, qui, si elles sont négligées, sont capables de faire encourir au malade les plus grands dangers; qui si elles sont observées, apportent à l'opération un retard qui ne cadre pas avec la rapidité d'intervention que commande l'état morbide post-hémorrhagique. Bien plus, il n'est pas impossible qu'après avoir pris parti immédiatement pour l'injection intra-veineuse, le médecin se voie dans l'obligation de lâcher prise, soit parce qu'ayant affaire à un sujet gras, il s'évertuera à découvrir dans le tissu adipeux un cordon veineux déjà exsangue et peu apparent par lui-même, soit parce que d'autres auxiliaires tels qu'un éclairage suffisant ou le secours d'un aide lui feront défaut. Dans ces cas, sa seule chance de salut sera dans l'injection sous-cutanée, à laquelle il aurait dû s'adresser dès le début, en toute confiance.

S'il s'agit de tranfusion du sang, ces mêmes désavantages subsistent; mais en plus, c'est la difficulté de trouver un donneur de sang, c'est le danger qu'on lui fait courir à lui-même, en lui retirant une quantité de sang suffisante pour relever les forces du mourant; les exemples de mort rencontrés dans ces cas de dévouement ne sont malheureusement pas rares. Si on échappe à toutes ces

complications, de nouveau on se heurte aux entraves apportées à la pénétration du sang, par la coagulation, ou à la perte du temps consacré à la défibrination.

Après avoir exposé les inconvénients et les dangers de l'injection intra-veineuse, voyons ce que nous avons à dire de l'injection sous-cutanée :

Cette méthode comporte précisément la négation complète des reproches qu'on peut adresser à la méthode vasculaire : l'injection sous la peau n'exige qu'une simple ponction qu'on exécute sans risquer de blesser aucun organe important ; il est inutile d'élever le liquide à une température constante et de l'y maintenir. En cas d'urgence immédiate, négliger la stérilisation et des instruments et du liquide est une faute, il est vrai, mais elle n'expose le malade qu'à un abcès superficiel, dont le peu d'importance ne peut être logiquement mis en parallèle avec la gravité des accidents infectieux phlébitiques et septicémiques, des tromboses et des embolies.

Plus de temps perdu à dénuder une veine, à stériliser et à filtrer le sérum ; plus d'accidents immédiats ou éloignés, dus à une faute opératoire.

Mais, avant de conclure nettement en faveur de la méthode hypodermique, ne devons-nous pas nous demander si on doit lui accorder une valeur thérapeutique absolue, et si, dans des cas d'une exceptionnelle gravité, nous pourrons compter absolument sur son efficacité ? Nos observations cliniques et nos expérimentations nous la montrent agissant avec sûreté dans des cas où la transfusion du sang était regardée comme le seul moyen de salut. Mais ne peut-il s'en présenter d'autres, échappant à son action curative ? La gravité même de ceux dont nous avons rapporté les observations nous semble déjà commander cette conclusion que, dans la pratique, ces cas doivent être la plus rare exception.

Cependant l'observation récemment publiée d'un cas d'hémorrhagie obstétricale (1), à la suite de laquelle les injections intra-veineuses seules parurent rétablir la malade, semble infirmer la valeur de la méthode hypodermique. Si l'on prend soin de lire attentivement cette observation, on y voit qu'avant de pratiquer l'injection intra-veineuse, on fit, sans grand succès, dit-on, une injection sous-cutanée de 320 grammes de sérum, après laquelle on pratiqua la manœuvre de Braxton-Hicks, et on laissa l'accouchement se terminer spontanément. Or il nous semble surprenant que si l'injection sous-cutanée n'avait pas eu ici quelque action, on ait pu attendre le temps nécessaire à l'exécution de cette manœuvre et à la terminaison spontanée de l'accouchement, avant de recourir à la méthode intra-vasculaire ; et, de cette observation nous tirerions volontiers cette conclusion que l'injection hypodermique a dû au contraire avoir une singulière influence, si une femme anémiée à un tel point qu'elle était sans connaissance et sans pouls a pu supporter une manœuvre et faire les frais d'un accouchement spontané.

Nous ne voulons néanmoins pas être trop absolu, et, au lieu de conclure en faisant de l'hypodermoclyse une panacée contre les accidents dus à toute hémorrhagie, si grave qu'elle soit, nous regarderons l'injection intra-veineuse et l'injection sous-cutanée non comme deux méthodes antagonistes, mais comme les deux parties d'une même méthode, ayant chacune leurs indications particulières ; tout en réservant que, toujours dans les cas d'anémie aiguë post-hémorrhagique, les indications de l'injections intra-veineuse sont d'une rareté exceptionnelle, tandis que celles de l'injection sous-cutanée se rapportent à la presque totalité des cas que rencontrera le praticien dans sa carrière.

1. *Société obstétricale de France*, avril 1896.

Mais, à supposer que la gravité de l'état d'un malade fasse prendre d'emblée, au médecin, parti pour l'injection intra-veineuse, il ne devra y avoir recours qu'après avoir au préalable pris la précaution première de faire une injection hypodermique d'une quantité moyenne de sérum ; il arrivera souvent, en effet, que celle-ci permettra au malade de se soutenir pendant le temps nécessaire aux préparatifs de l'injection intra-veineuse, et qu'une fois cette dernière prête à être exécutée, elle sera devenue inutile.

Une méthode thérapeutique dont l'ambition est de prévaloir par sa simplicité, doit nécessairement comporter aussi une *technique* simple. Or ici, en cas d'urgence, tous les procédés sont bons. Pourvu qu'en fin de compte une certaine quantité de sérum ait pénétré sous la peau, peu importe par quel nouveau procédé il aura été introduit, et, dans l'exécution de ces injections, une grande part est laissée à l'initiative du praticien, qui devra s'ingénier à utiliser rapidement les objets les plus simples qui pourront se rencontrer.

Cependant, on peut poser, à propos de cette technique, quelques règles pratiques qui, si elles ne sont pas indispensables, faciliteront toujours l'opération.

Trois points sont à étudier dans ce chapitre de manuel opératoire : le liquide, les appareils injecteurs, l'injection elle-même.

A. *Liquide*. — Nous avons dit qu'en cas de nécessité immédiate, il ne paraissait pas indispensable de stériliser le liquide, et qu'il valait mieux faire courir au malade le risque d'un abcès que de tarder plus longtemps à faire l'injection. C'est ce qui se présente souvent quand le praticien est pris à l'improviste et qu'il ne dispose pas d'une solution préparée et stérilisée à l'avance.

Cependant, dans d'autres circonstances, dans un service d'accouchements, par exemple, il serait maintenant impardonnable de n'avoir pas constamment en réserve une certaine quantité de sérum, de façon à pouvoir combattre sur-le-champ les accidents immédiats dus aux hémorrhagies les plus abondantes. Il ne sera pas plus difficile, pour un praticien de ville, d'avoir aussi sa réserve de sérum stérilisé, mise à l'abri des germes infectieux dans des flacons stérilisés eux-mêmes et bien fermés. Deux litres de la solution salée semblent être la quantité minima dont on doit toujours pouvoir disposer. Cette quantité sera de préférence répartie en plusieurs flacons, de façon que, si l'on ne doit en utiliser qu'une faible partie, le reste du liquide ne soit pas contaminé, comme il arriverait si tout était contenu dans le même récipient.

Mais il y a des cas où le praticien peut être pris à l'improviste. A la campagne, il ne pourra pas toujours transporter avec lui sa solution préparée d'avance. Il faut qu'il la prépare au lit du malade et dans les proportions convenables. S'il n'a pas la précaution de posséder, confectionnés à l'avance, un certain nombre de paquets contenant 7 grammes de chlorure de sodium, il faut au moins que, dans tous les cas, il possède un critérium pratique qui lui permette d'apprécier ce poids d'une façon exacte et rapide. Aura-t-il toujours une balance sous la main ? — Non, évidemment. Et cependant, il serait très fâcheux de commettre une erreur de dosage ; le chiffre de 7 grammes est généralement prescrit et adopté ; une erreur en moins serait surtout préjudiciable, car nous avons vu, au début de ce travail que, récemment, M. Malassez avait indiqué comme préférable à cette dose de 7 p. 1000, une dose un

peu supérieure, pouvant aller jusqu'à 10 p. 1000. Nous avons voulu établir un procédé simple et compatible avec toutes les circonstances, qui permette d'apprécier la dose exacte de sel marin nécessaire pour préparer la solution physiologique :

1° Une cuillerée à café remplie exactement de sel finement pulvérisé et *fortement tassé et comprimé*, en contient exactement 7 grammes;

2° Si on verse simplement le sel dans la cuillère, sans le tasser ni le comprimer, deux cuillères à café, exactement remplies, en contiendront 9 grammes.

Voilà un moyen pratique qui permettra d'éviter toute erreur.

B. *Appareils injecteurs.* — Bien qu'un grand nombre d'appareils puissent servir à pratiquer la transfusion sous-cutanée, certains d'entre eux réunissent des avantages qui doivent en faire préférer l'emploi.

Celui qui paraît le mieux répondre aux indications multiples de simplicité, d'asepsie, de facilité de transport et de mise en œuvre est l'aspirateur de Potain; c'est, d'ailleurs, cet appareil qu'on emploie en pareil cas à la clinique Baudelocque depuis qu'on y pratique les injections sous-cutanées massives de sérum salin. Actuellement, cet instrument, utilisable dans des circonstances si diverses, est entre les mains de tous les praticiens des villes et des campagnes. En introduisant la solution salée dans le flacon qui sert de réservoir à l'appareil, et en faisant fonctionner le système en pompe foulante, on obtient, avec peu d'efforts, une pression largement suffisante pour faire pénétrer une quantité considérable de liquide dans le tissu cellulaire. Il faut se servir de l'aiguille n° 2, qui, grâce à son calibre moyen, fournit un débit suffisant, tout en ne produisant qu'une piqûre insignifiante. Varnier a montré qu'on peut de la sorte faire pénétrer 100 grammes de liquide en deux minutes, sous l'influence de trois coups de piston.

A défaut de cet instrument perfectionné, le praticien ne saurait se trouver au dépourvu. Tous les modèles de seringues peuvent servir à la transfusion séreuse sous-cutanée (seringue de Roux, seringue du ballon Champetier, etc.). Une seule complication s'impose : c'est que, dans le cas où on dispose d'une seringue non munie d'un pas de vis sur lequel peut s'adapter l'aiguille, il est nécessaire de se servir, pour relier l'aiguille à la seringue, d'un tube intermédiaire en caoutchouc.

Enfin, si on ne dispose d'aucun de ces appareils, l'injection peut se faire à l'aide d'un réservoir quelconque placé à une hauteur suffisante au-dessus du plan du lit, réservoir muni d'un tube d'écoulement, armé lui-même d'une aiguille. Tous les instruments destinés à pratiquer des irrigations vaginales ou intra-utérines, peuvent être utilisés dans ce but; il suffit de remplacer la canule par une aiguille. Les injecteurs de toutes sortes et de tous modèles, d'autres appareils tels que le vase de Mariotte, qui permet d'obtenir une pression constante, le vide-bouteille de Galante, etc., peuvent être employés avec succès. Enfin, un simple appareil improvisé, de la plus grande simplicité, tel qu'un entonnoir terminé par un tube de caoutchouc, ou une simple bouteille dans laquelle plonge un tube faisant siphon, peuvent rendre les mêmes services.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'élever le réservoir à une hauteur suffisante pour obtenir la pression nécessaire à la pénétration du liquide. Un mètre est la hauteur minima.

Il vaut mieux, pour agir vite, faire plusieurs boules d'œdème de volume moyen, et même, un réservoir qui serait muni de plusieurs tubes d'écoulement, armés chacun d'une aiguille, permettrait de faire simultanément, dans plusieurs régions du corps, plusieurs boules d'œdème.

C. *Injection.* — Les injections sous-cutanées de sérum peuvent être pratiquées en un point quelconque du corps. En raison de la richesse du tissu cellulaire et de sa laxité en cet endroit, la région fessière et la partie supéro-externe de la cuisse sont choisies de préférence. L'injection totale est répartie en un certain nombre de boules d'œdème qui, en raison de la douleur causée par la distension du tissu cellulaire, ne peuvent guère contenir chacune plus de 200 cent. cubes de liquide. Selon MM. Pinard et Wallich, ces boules d'œdème seraient totalement résorbées en une demi-heure. Un massage doux et léger en facilite la résorption d'une façon remarquable.

La douleur que produit la pénétration du liquide, qui distend et déchire les mailles du tissu cellulaire, est, sans contredit, le plus grand désavantage, le seul peut-être qu'on puisse reprocher à la méthode. Cet inconvénient ne peut avoir de l'importance que si l'on pratique des injections sous-cutanées chez un sujet qui n'a subi qu'une perte de sang peu considérable. Mais, dans les cas où il y a indication à injecter de grandes quantités de liquide, le sujet a subi une perte de de sang considérable; il est en résolution; la sensibilité est abolie, la douleur n'est plus perçue. D'ailleurs, le serait-elle, elle pourrait être regardée comme un adjuvant, agissant là au même titre que certaines méthodes thérapeutiques, telles que le marteau de Mayor qui ont pour but de faire sortir le malade du collapsus ou du coma, en provoquant chez lui une vive réaction douloureuse.

Ce qui prouve l'excellence de la méthode, c'est l'examen de 17 cas d'hémorrhagie traités à la clinique Baudelocque depuis 4 années, par l'hypodermoclyse, sous la direction de notre maître le professeur Pinard (1).

Ces 17 cas, qui ne comportent aucun décès, se divisent, au point de vue étiologique, en deux catégories qui correspondent aux deux facteurs ordinaires des grandes hémorrhagies obstétricales : 1° l'insertion du placenta sur le segment inférieur; 2° la délivrance. De ces deux causes, la première produit en général une anémie subaiguë, résultant de déperditions sanguines répétées dans le cours de la grossesse, quelquefois une perte brusque et abondante au cours du travail; à la seconde se rattachent les pertes de sang considérables et subites dues au défaut de contraction utérine, ou à l'adhérence de cotylédons placentaires. Ce sont ces hémorrhagies de la délivrance que nous avons eu surtout en vue dans nos expérimentations; car il est de toute évidence que si, dans leur traitement, la méthode que nous proposons est efficace, elle l'est *a fortiori* dans le traitement des premières. Une de nos observations, relative à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, présente un intérêt tout spécial, en ce sens qu'elle se complique d'hémophilie.

Il ne faut pas oublier un point que nous avons signalé à plusieurs reprises, mais sur lequel nous n'avons jamais insisté à dessein; nous voulons parler de la nécessité de traiter la cause locale de l'hémorrhagie en même temps que les accidents généraux. Cette question sort de notre sujet, et malgré toute son importance, nous ne devons faire que la mentionner et signaler, pour mémoire, les moyens qui favorisent l'hémostase dans les différentes sortes d'hémorrhagies utérines : injections vaginales et

1. Ces observations sont publiés *in extenso* dans la thèse récente de M. Faney.

intra-utérines très chaudes; délivrance artificielle, dans les cas d'inertie utérine ou d'adhérence anormale du placenta; déchirure large des membranes; compression de la partie du placenta décollée par le ballon Champetier ou par le membre inférieur abaissé, dans les cas d'insertion vicieuse; enfin, et dans tous les cas d'hémorrhagies, tous les moyens propres à épargner le sang qui reste encore dans les vaisseaux (compression de l'aorte, ligature des membres), à prévenir la syncope (position déclive de la tête), à faciliter la circulation en retour (élévation des membres inférieurs).

Nous devons aussi signaler les moyens complémentaires dont l'heureuse influence devra s'ajouter à celle de l'injection de sérum artificiel, aider son action et concourir avec elle au rétablissement définitif de la malade. Les observations, mieux que tout commentaire, rendent compte de l'importance de cette thérapeutique accessoire dans l'efficacité de la méthode sous-cutanée.

Ces moyens adjuvants sont :

Les inhalations d'oxygène, qui suppléent à l'insuffisance de l'hématose qu'opèrent incomplètement les hématies raréfiées.

La médication tonique et stimulante, représentée par les injections hypodermiques d'éther, dont certains auteurs contestent la valeur, mais que nos observations montrent toujours suivies d'excellents résultats; par les boissons alcooliques, champagne, grogs, et par les frictions.

Aucune de ces observations ne comporte d'élévation thermique pouvant être mise sur le compte des injections sous-cutanées. En effet, si dans quelques-unes d'entre elles les suites de couches n'ont pas été apyrétiques, on constate toujours, dans ces cas, la relation d'accidents infectieux dont la cause a été reconnue, et ayant nécessité une intervention (irrigation continue, curettage). Dans toutes les observations vierges de complications infectieuses, et qui relatent néanmoins des injections sous-cutanées, il n'y a pas eu d'élévation de température; la courbe s'est maintenue dans les limites normales. Si nous faisons cette remarque, c'est que M. le professeur Debove a signalé l'an dernier la possibililité d'élévations thermiques consécutives aux injections hypodermiques de sérum artificiel, pratiquées même avec toutes les précautions antiseptiques désirables. Dans un cas, cette ascension de la température aurait atteint 42°.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Pigeonnat (Jules-Henri). *Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins (Hystérectomie abdominale : méthode rétro-péritonéale)*. N° 573. (H. Jouve.)

M. Laroche (Marcel). *Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges*. N° 561. (H. Jouve.)

M. Riffé (Jean-Louis-Eugène). *Le typhus exanthématipue à Paris en 1894*. N° 489. (H. Jouve.)

M. Charvilhat (Gaston). *Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne*. N° 321. (P. Delmar.)

M. Zachariadès (Paul). *Sur l'existence de cellules ganglionnaires dans les racines antérieures sacrées de l'homme*. N° 524. (Steinheil.)

M. Lecœuvre (Ernest-Charles). *De l'héméralopie. Sur une épidémie d'héméralopie avec xérosis épithélial (étude séméiotique)*. N° 493. (H. Jouve.)

Dans son travail, M. Pigeonnat montre que l'extirpation d'un corps fibreux ayant été reconnue nécessaire peut se faire : par la voie vaginale pour les fibromes de petit volume; par la laparotomie pour les fibromes volumineux.

Deux méthodes se présentent à l'opérateur pour enlever le fibrome par laparotomie : l'hystérectomie supra-vaginale; l'hystérectomie totale. Les hystérectomies supra-vaginales se font par : la méthode extra-péritonéale; la méthode intra-péritonéale; la méthode rétro-péritonéale; la méthode mixte.

La méthode extra-péritonéale présente des inconvénients, néanmoins elle est plus prudente aux yeux de beaucoup de chirurgiens. Elle sera employée lorsqu'on ne sera pas sûr de son hémostase et de son asepsie et lorsque les pédicules seront volumineux et longs.

La méthode intra-péritonéale ne met pas suffisamment le péritoine à l'abri de l'infection. Elle ne convient qu'aux pédicules petits et courts.

La méthode rétro-péritonéale peut s'appliquer à tous les cas. L'exécution en est simple. Elle offre toute garantie contre l'infection, nous dit l'auteur.

La méthode mixte a tous les inconvénients des précédentes sans en avoir les avantages.

— Les hystérectomies totales se divisent en : vagino-abdominale; abdomino-vaginale; abdominale totale.

Les deux premières sont d'une exécution difficile. L'hystérectomie totale doit être un procédé de nécessité : myomes pénétrant dans le col avec hypertrophie des tissus, la confection du moignon étant impossible; fibromes développés dans les ligaments larges; fibromes avec lésion cancéreuse du col.

L'inclusion des kystes dans les ligaments larges, nous dit M. Laroche, peut-être vraie ou fausse; l'inclusion vraie est primitive ou secondaire. Les kystes primitivement inclus sont les kystes parovariens. Ils ne proviennent pas seulement du corps de Rosenmüller et du parovarium, mais peuvent encore avoir leur point de départ dans des cordons de Pflüger aberrants dans le ligament large, ce qui explique leurs différences d'aspect. Ces restes de la période embryonnaire sont compris dans l'épaisseur du ligament large, car le tissu mésenchymateux qui, pendant la vie fœtale, est sous-jacent à l'épithélium germinatif et en rapport avec le corps et le canal de Wolff, concourt à la formation du ligament large.

Les kystes secondairement inclus sont dans la presque totalité des cas des kystes ovariques. — Les causes qui produisent l'inclusion d'un kyste de l'ovaire sont encore mal connues et probablement multiples : ovarite et périovarite, anomalies de situation et déplacements de l'ovaire, congestions utéro-ovariennes, ovaires surnuméraires. La fausse inclusion se produit à la faveur du déplacement de la trompe et d'exsudats inflammatoires qui donnent à la tumeur, pourtant extra- et rétro-ligamentaire, l'apparence d'une tumeur intra-ligamentaire.

Le typhus exanthématique, dont l'endémicité est bien démontrée en Bretagne, a paru pendant plus de deux ans devoir s'acclimater à Paris. D'après M. Riffé, l'épidémie de 1894 ne fut vraisemblablement qu'un réveil de celle de 1893. Deux foyers de contagion située dans le 5e arrondissement, au voisinage de la place Maubert fournirent la majorité des cas. Dans plusieurs observations, la période d'incubation présenta des symptômes appréciables. La diarrhée s'est montrée aussi fréquente que la constipation et cela pendant toute la durée de l'évolution typhique. La courbe thermique, toujours régulière, a souvent présenté avant la crise une encoche en V caractéristique. La gravité des cas fut surtout en raison directe de l'âge et des antécédents pathologiques du malade. L'alcoolisme paraît jouer un rôle spécialement néfaste. Le traitement par les bains froids, bien supporté des typhiques, agit surtout comme calmant de l'excitation nerveuse. Il est du reste sans effet sur la durée des diverses périodes de la maladie.

Dans sa thèse M. G. Charvilhat étudie la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne qui ne semble pas aussi complexe

qu'on l'a dit : dans la grande majorité des cas elle est consécutive à une grenouillette vulgaire. elle apparaît comme un prolongement de cette dernière, laquelle semble toujours due à une altération du canal de Wharton, altération qui, suivant la théorie du professeur Tillaux, amène sa communication avec la bourse séreuse de Fleichmann. — Aujourd'hui, on admet que la glande sous-maxillaire accessoire n'est qu'un amas de glandes sublinguales, et il n'y a plus à tenir compte de la théorie qui faisait de la grenouillette sus-hyoïdienne une ectasie de la glande sous-maxillaire accessoire.

Il faut éliminer du groupe des grenouillettes sus-hyoïdiennes les *lipomes, kystes dermoïdes, kystes thyro-hyoïdiens de Boyer,* liés à la dilatation des glandules glosso-épiglottiques.

Le traitement de choix est l'extirpation suivie d'un attouchement des parois de la poche au chlorure de zinc. Les récidives semblent tenir à ce manque de précaution, le caustique n'ayant pas détruit les petits kystes et les nombreuses couches épithéliales qui les recouvrent.

S'il y a communication entre les deux poches sublinguale et sus-hyoïdienne, la règle sera de traiter d'abord la poche sublinguale par la ponction et les injections irritantes : l'injection pénétrant souvent dans la poche sus-hyoïdienne, suffira pour amener la guérison. Dans les cas d'indépendance des deux kystes, on traitera en premier lieu la grenouillette sublinguale.

Il existe dans les racines antérieures sacrées de l'homme des cellules nerveuses. Ce fait, qui n'avait jamais été signalé chez l'homme jusqu'à présent, est peut-être plus fréquent qu'on ne pourrait le croire au premier abord, comme le montre dans sa thèse M. Zachariadès.

La plupart de ces cellules dont la nature, dans quelques cas où on les avait observées chez des animaux, n'avait pu être encore éclairée, sont de véritables cellules ganglionnaires. Elles ont la même valeur morphologique que les cellules du ganglion spinal. Leur existence pourrait expliquer la sensibilité récurrente. Il existerait ainsi, chez l'homme, des fibres sensitives, qui ne font que traverser le ganglion sans avoir de rapports avec les cellules de ce ganglion spinal.

La présence de ces cellules pourrait peut-être contribuer à expliquer quelques faits de « dégénérescence rétrograde ». En tout cas, il serait bon, à l'avenir, d'examiner les racines antérieures à ce point de vue, dans les expériences ou dans les faits cliniques, qui semblent contredire la loi de Waller.

L'héméralopie, considérée comme une amblyopie à caractères spéciaux, s'observe assez souvent à l'état épidémique dans certaines conditions spéciales : mauvaise hygiène, mauvais état général et diverses conditions climatériques, etc.; elle sévit principalement chez les soldats, les marins, les enfants des hospices et des établissements pénitenciers; les signes physiques étant souvent nuls, ou mal définis, la question de pathogénie a donné lieu aux théories les plus diverses. — M. Lecœuvre ayant observé, ainsi que certains auteurs, une coïncidence évidente et frappante *entre l'héméralopie et les taches caractéristiques de xérosis épithélial,* pense qu'il existe entre ces deux phénomènes un rapport très intime, sans toutefois affirmer la relation de cause à effet. L'hypothèse d'une lésion histologique minime de la cornée, mais de même nature que celle de la conjonctive, nous rendrait compte des signes fonctionnels observés dans ces cas particuliers. Quant à affirmer la nature microbienne de la lésion locale, les données bactériologique ne le permettent pas encore.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Dor (Marie-Pierre-Victor). *Contribution à l'étude de l'iritomie. Nouveau procédé pour l'établissement de la pupille artificielle par l'iritomie à œil ouvert.* N° 25.

M. Guitard (Louis-Edouard-Aubin). *Contribution à l'étude des polypes de la cavité buccale.* N° 29.

M. Chemin (Jean-André). *Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane.* N° 40.

M. Bernal (Abraham-Frédérick-Ernest-Henri-Paul). *Des luxations de la cloison cartilagineuse des fosses nasales.* N° 45.

M. de la Barrière (Marie-Jean-François-Joseph-Octave). *Sur un cas de lymphadénome des fosses nasales.* N° 49.

M. Thomas (Pierre-Marie-Dieudonné). *Contribution à l'étude de la fièvre bilieuse hématurique et de son traitement.* N° 57.

Le procédé décrit par M. Dor est celui de M. Lagrange. Il permet d'obtenir une pupille très étroite, améliorant fortement la vision et n'expose pas à la blessure du cristallin, accident toujours grave.

Le manuel opératoire comprend quatre temps :

1° Incision périphérique de la cornée, au niveau du limbe, assez étendue pour permettre le passage d'un large lambeau d'iris;

2° Avec la pince courbe à iridectomie, on va chercher l'iris et on l'attire doucement hors de la plaie;

3° Incision du sphincter avec la pince-ciseaux, dans une étendue de 2 à 4 millimètres;

4° Avec une spatule, on fait rentrer l'iris dans la chambre antérieure.

Ce procédé est donc supérieur à celui de Bowmann qui expose à la blessure de la membrane de Descemet (d'où opacité cornéenne au niveau même de la pupille artificielle) et à celui de De Wecker dans lequel on peut blesser le cristallin.

M. Guitard pense que les polypes ou tumeurs bénignes pédiculées de la cavité buccale sont des affections très rares.

Dans la bouche proprement dite, on peut les observer à la face interne de la joue ou implantés sur la voûte palatine.

Ils peuvent appartenir aux quatre variétés anatomo-pathologiques suivantes : polypes muqueux, polypes fibreux, lipomes pédiculés, polypes myxo-fibro-lipomateux.

Certaines de ces tumeurs dans la première enfance peuvent s'expliquer par un arrêt de développement du bulbe dentaire ou par la persistance des caractères fœtaux de la muqueuse génienne en un point.

Le traumatisme causé par un chicot peut jouer un rôle prédisposant.

Ces tumeurs donnent la sensation d'un corps étranger s'interposant parfois entre les dents.

Elles peuvent même être mâchées avec les aliments. Les hémorrhagies sont fréquentes.

L'haleine est fétide, ce qui est dû à des points de sphacèle sur la tumeur et à des infections microbiennes à ce niveau.

L'examen direct et la marche permettront de différencier ces polypes des autres tumeurs bénignes ou malignes et des ulcérations végétantes.

Le meilleur mode de traitement est l'ablation suivie de l'antisepsie de la bouche.

Ce travail, sorti du laboratoire d'anatomie de la Faculté de Bordeaux, est divisé en quatre chapitres, que M. Chemin développe dans sa théorie.

Le premier rappelle l'évolution du corps thyroïde en donnant, aussi complètement que possible, et dans l'ordre chronologique, le nom des auteurs qui ont contribué à sa connaissance. Il contient aussi l'exposé de la théorie du professeur His, de Leipzig, sur la formation du tractus thyro-lingual.

D'après His, entre les ébauches antérieure et postérieure de la langue, une évagination se creuse, qui s'enfonce peu à peu et se divise à angle droit. C'est le canal thyréoglosse de His qui donnera par bourgeonnement la majeure partie de la glande thyroïde. Ce canal traverse donc toute l'épaisseur de la langue, il est en rapport avec l'os hyoïde au moment de sa formation et persiste jusqu'au deuxième mois de la vie intra-utérine. A partir de ce moment, il s'oblitère et se résorbe normalement. Mais ce canal peut se fragmenter, rester perméable par endroits; ces fragments s'isolent et, d'après His, donnent naissance aux glandes thyroïdes accessoires. L'orifice supérieur du canal peut rester ouvert et se trouve représenté par le *foramen cæcum* de la langue. Enfin, la pyramide de Lalouette serait la partie sous-hyoïdienne du même canal non résorbé.

D'autre part, quelques chirurgiens avaient publié des obser-

vations de kystes et de fistules de la ligne médiane du cou, auxquels ils avaient attribué comme origine la persistance du canal thyréoglosse de His ou « canal lingual ».

Il était donc intéressant de rechercher si l'on trouve chez des sujets, normaux en apparence, quelques traces de l'existence embryonnaire de ce canal thyréo-glosse. Ces recherches devaient être faites sur des fœtus ; mais l'auteur, n'en ayant eu à sa disposition qu'un nombre trop restreint, a dû s'occuper exclusivement de l'adulte.

Le deuxième chapitre est une étude bibliographique de ce qui a été écrit sur les thyroïdes accessoires, la pyramide de Lalouette et le *foramen cæcum*, toutes formations considérées aujourd'hui comme des restes du canal thyro-lingual disparu. Il contient aussi l'histoire du « ductus excretorius linguæ » de Bochdalek que l'auteur a vu signalé par Morgagni en 1741 et qu'il propose de nommer : canal de Morgagni-Bochdalek.

L'exposé des recherches personnelles fait l'objet du troisième chapitre. Sur 40 sujets, les régions sus et sous-hyoïdienne ont été disséquées, le raphé des mylo-hyoïdiens sectionné et l'interstice qui sépare les génio-glosses examiné à l'œil nu d'abord, à la loupe ensuite. Les tumeurs accidentellement rencontrées (thyroïdes accessoires, glandules sus-hyoïdiennes), la pyramide de Lalouette et un cube de substance linguale ayant pour centre le foramen cæcum et le septum lingual ont été mis dans l'alcool et examinés histologiquement. Un tableau synoptique établit la fréquence relative des particularités présentées par chaque sujet.

Sur 3 langues, un conduit a été trouvé dans la langue occupant l'épaisseur du septum lingual, entouré d'une épaisse couche fibreuse, et présentant une direction à peu près verticale avec une légère concavité en avant. Ce conduit kystique contenait du liquide colloïde, indépendant du foramen cæcum, et par conséquent fermé à ses deux extrémités, il s'arrêtait dans 2 cas au niveau de la membrane hyoglossienne. Le troisième, au contraire, semblait communiquer avec le foramen cæcum prolongé par une dépression profonde car une légère pression exercée sur la membrane hyoglossienne faisait sourdre du liquide colloïde par cet orifice. La communication n'a pas été démontrée par l'examen histologique, il est permis de croire cependant qu'elle se faisait à travers un tissu lacunaire, analogue à du tissu thyroïdien, qui entourait la dépression sous-foraminale et s'interposait entre elle et la partie supérieure du conduit. En bas, le conduit ne s'arrêtait pas à la membrane hyoglossienne, mais se continuait directement avec un tractus fibreux appliqué derrière la concavité de l'os hyoïde, et aboutissant au sommet d'une pyramide de Lalouette bien développée, née du lobe droit de la glande thyroïde.

Indépendamment de ces canaux verticaux trouvés dans la langue, le septum lingual présentait dans quelques cas un volume et une consistance plus considérables qu'à l'état normal. On trouvait alors dans son épaisseur des formations particulières : une série de kystes verticalement superposés s'y montrait, écartant les fibres en Z du raphé. Ces kystes coexistaient parfois avec des glandules sus-hyoïdiennes.

Suit la statistique comparée de la fréquence du foramen cæcum, des thyroïdes accessoires et de la pyramide de Lalouette, de quelques variations intéressantes dans la forme du corps thyroïde. Le point de départ de la pyramide était variable : 2 fois elle était bifurquée à son extrémité inférieure, 2 fois elle était double. Dans le premier de ces 2 cas, il était permis d'admettre une résorption du point de division du tractus thyréo-glosse ; l'explication était plus difficile dans le 2° cas, car les deux pyramides étaient complètes. Cependant l'auteur admet dans ce cas une division précoce du tractus.

Quant à la structure de la pyramide et des glandes thyroïdes accessoires (glandes de Zuckerkandl-Kadyi et tumeurs sous-hyoïdiennes), elle est constituée par un tissu assez semblable à du tissu glandulaire embryonnaire.

Enfin un dernier chapitre est consacré à la réfutation d'un auteur anglais, M. Kanthack, qui nie toute relation entre le développement de la langue et celui de la glande thyroïde.

M. Chemin conclut : aucune objection sérieuse n'empêche jusqu'ici de rattacher à l'évolution de l'ébauche thyroïdienne médiane la pyramide de Lalouette, les thyroïdes accessoires et certaines formations anormales observées dans l'épaisseur de la langue chez un assez grand nombre de sujets. Ces formations sont capables, pour la plupart, de donner naissance à des kystes, à des fistules ou à des tumeurs pathologiques, et M. Chemin propose de leur attribuer, jusqu'à nouvel ordre, la signification que leur donne le professeur His. Dans l'état actuel de nos connaissances, sa théorie embryogénique est celle qui s'accorde le mieux avec les faits constatés.

D'après M. Bernal le cartilage quadrilatère de la cloison s'articule véritablement avec le vomer et l'épine nasale antérieure.

Les luxations de cette dernière articulation sont les plus fréquentes. Ces lésions s'accompagnent d'éperons dus à l'accident articulaire. On ne doit pas les confondre avec ceux qui sont causés par une dystrophie osseuse ou cartilagineuse ou à un travail inflammatoire.

De nombreux facteurs entrent dans l'étiologie de ces luxations. Parmi eux on doit placer d'abord le mode d'union des surfaces de contact. Le traumatisme est la principale cause efficiente, lorsqu'il est porté perpendiculairement à la cloison.

Souvent nuls, les symptômes peuvent quelquefois amener des troubles du côté des voies respiratoires et des parties voisines. Le développement du crâne entier peut souffrir de ces déformations ; la voûte palatine devient ogivale, les dents se développent mal, l'ouïe s'affaiblit, le thorax se déprime chez les malades dont les fosses nasales sont devenues imperméabces à la suite de ces luxations.

Une thérapeutique sage triomphera de l'affection. Toutefois on n'interviendra qu'après 19 ans pour éviter une récidive. L'intervention sera presque toujours chirurgicale.

Ici 3 cas peuvent se présenter :

1° Le cartilage luxé soit par un traumatisme, soit par un excès de développement peut être réduit. Pas d'intervention sanglante, mais emploi d'un appareil prothétique à demeure pendant quelques mois, puis replacé de temps en temps sur la cloison.

2° Luxation par excès de volume de la cloison sans épaississement. On réséquera une partie de la cloison en conservant la muqueuse intacte du côté opposé de la cloison.

3° Luxation avec saillie, éperons, épaississements cartilagineux. Si le néoplasme est peu volumineux, enlevez-le au couteau galvanique ou avec le couteau de Moure.

Est-il très gros? Vous pourrez avoir recours à l'électrolyse bipolaire.

M. de la Barrière pense que cette affection, qui ne paraît pas signalée jusqu'ici dans les classiques, serait peut-être plus souvent observée si le diagnostic histologique était fait pour toutes les tumeurs de cette région.

L'étiologie en est aussi obscure que pour les lymphadénomes des autres organes.

Les symptômes sont à peu près ceux des autres tumeurs malignes des fosses nasales.

Cette tumeur semble plutôt de nature néoplasique que d'origine infectieuse.

Son pronostic est grave, à moins d'intervention précoce.

Le microscope permet seul d'établir le diagnostic.

Quant au traitement, si la tumeur est assez limitée, l'ablation en sera pratiquée par la voie endonasale, de préférence avec l'anse galvanique.

Si cette voie n'est pas suffisante, on aura recours aux autres procédés.

D'après M. Thomas la fièvre bilieuse hématurique est une maladie infectieuse, caractérisée par un bacille décrit par Yersin.

Le paludisme et toutes les causes qui mettent l'organisme en état d'infériorité ne sont que des causes prédisposantes, l'infection par le microbe est la seule cause occasionnelle.

Aussi dans le traitement devra-t-on renoncer à employer la quinine, souvent inutile dans bien des affections réputées paludéennes, ici plutôt nuisible.

La thérapeutique rationnelle de cette affection doit reposer en premier lieu sur l'emploi du chloroforme, du kinkelibah, dans les contrées où on peut avoir ce médicament à sa disposition, du calomel, de l'extrait de quinquina, etc., et comme adjuvant sur la balnéation froide.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Tuberculose pulmonaire et poussière (Studien zur Lungentuberculose), par Kirchner (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrank.*, 1896, vol. XXI, p. 493). — Dans un régiment prussien, trois sergents, occupés successivement dans une pièce d'un magasin de vêtements et effets militaires, ont contracté la tuberculose pulmonaire à laquelle ils ont fini par succomber. L'autorité chargea l'auteur d'examiner la pièce suspecte au point de vue de la présence des bacilles tuberculeux. A cet effet, l'auteur prit, avec toutes les précautions d'usage, six échantillons de poussière qui se trouvaient sur ou dans les effets (pantalons, tuniques, caleçons, bottes, sabretaches) gardés dans cette pièce. La poussière a été ensuite en partie ensemencée, en partie inoculée dans le péritoine de six cobayes. Sur les cultures il poussa des saprophytes et des colibacilles. Sur les six animaux inoculés, un succomba à une staphylococcie généralisée; les autres survécurent et aucun d'eux ne devint tuberculeux.

L'autorité, peu satisfaite de ce résultat négatif, ordonna des nouvelles recherches. L'auteur les refit comme précédemment et prit six échantillons de poussière qui furent inoculés à huit cobayes. Un des cobayes succomba au bout de huit jours à une staphylococcie généralisée, un autre vers la même époque à une affection coccidienne; *trois succombèrent à une tuberculose péritonéale* compliquée, dans un cas, de tuberculose pulmonaire, au bout de 84, 101 et 102 jours après l'inoculation; le sixième, tué sous le chloroforme, fut trouvé indemne de toute lésion tuberculeuse.

Ce fait montre donc un fois de plus que la poussière peut renfermer des bacilles tuberculeux, et doit faire admettre que les trois sergents, qui sont devenus phthisiques dans la même pièce, ont contracté la tuberculose par inhalation des poussières bacillifères qui sortaient des vêtements et effets qu'ils avaient à manipuler.

Bacille pathogène dans un cas d'empoisonnement par la viande gâtée (Zur Kenntniss der Krankheitserreger bei Fleischvergiftungen), par Kaensche (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1896, vol. XXII, p. 52), — Le travail de l'auteur a été fait à l'occasion d'une épidémie d'intoxication par la viande gâtée qui a frappé, à Breslau, 80 personnes. L'enquête a montré que la chair à saucisse achetée par ces malades a été faite en partie avec la viande d'une vache prise subitement de diarrhée grave et tuée en hâte 12 heures après le début des symptômes morbides; la viande fut volée et vendue en ville.

Les recherches faites avec la viande incriminée qui, comme aspect, couleur, odeur et consistance ne présentait rien d'anormal, ont donné les résultats suivants :

Des chiens et des chats ayant ingéré une certaine quantité de cette viande n'ont présenté rien d'anormal. Par contre, 12 souris ont eu, 3 à 4 heures après l'ingestion de la viande, de la diarrhée, de la dyspnée, une paralysie du train postérieur, et ont succombé, 7 dans l'espace de 14 à 20 heures, 5 dans l'espace de 24 à 32 heures. L'autopsie montra, chez ces animaux, l'existence d'une entérite intense; l'intestin était rempli d'un liquide jaunâtre, la séreuse intestinale injectée et couverte d'ecchymoses. L'examen bactériologique du sang, du foie, de la rate, montra l'existence d'un bacille court, en nombre considérable et à l'état de culture pure. Ce bacille était le même que celui qu'on trouva, également à l'état de culture pure, dans la viande incriminée.

Les expériences sur des animaux avec les cultures pures du bacille isolé ont donné les mêmes résultats que ceux qui ont été obtenus par l'ingestion de la viande suspecte. Le bacille était éminemment pathogène, à dose minime, pour les souris, les rats, les lapins et les pigeons, chez lesquels il amenait la mort avec des phénomènes de diarrhée infectieuse, et ceci indépendamment de la voie d'inoculation (ingestion, injections sous-cutanée ou intra-péritonéale). Chez tous les animaux, le bacille se retrouvait dans le sang et les viscères.

L'ingestion de la chair et des organes des animaux infectés provoquait, chez les autres animaux, les mêmes phénomènes d'intoxication que dans les expériences avec la viande suspecte; les phénomènes ont été les mêmes quand la viande ou les organes des animaux infectés ont été préalablement soumis à la cuisson.

Tous ces faits montrent donc suffisamment que c'était le bacille en question qui avait occasionné les phénomènes d'intoxication chez les 80 personnes qui avaient mangé de la viande suspecte.

Le diabète pancréatique des oiseaux (Ueber Diabetes mellitus der Vögel nach Pankreas-Exstirpation), par Kausch (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1896, vol. XXXVII, p. 274). — Les recherches de l'auteur ont porté sur une centaine de canards et d'oies chez lesquels il avait, après l'extirpation du pancréas avec le duodénum, étudié le sang et l'urine au point de vue de la présence du sucre.

Les canards supportaient généralement bien l'extirpation du pancréas avec le duodénum; 24 heures après l'opération, il survenait une augmentation notable du sucre du sang qui ne persistait pas longtemps et diminuait progressivement. Cette augmentation a fait défaut dans quelques cas; sa valeur n'était pas non plus constante, et était tantôt très accusée, tantôt à peine appréciable. La glycosurie n'a été observée que chez 7 p. 100 des canards dépancréatisés; elle était passagère et peu accusée.

Les canards dépancréatisés assimilaient mal la nourriture, maigrissaient, perdaient toute leur graisse, se cachectisaient et finissaient tous par succomber, quelquefois avec des phénomènes analogues à ceux du coma diabétique, notamment dans les cas où il existait une glycémie intense.

L'alimentation par la viande semblait diminuer quelquefois la glycémie. Par contre, l'administration de sucre provoquait de la glycosurie; si la quantité de sucre administré était considérable, il survenait une glycémie considérable et les animaux succombaient dans le coma.

La faculté du foie de fabriquer du glycogène avec du sucre était, chez les canards dépancréatisés, très amoindrie ou même tout à fait annihilée.

Les mêmes phénomènes, avec quelques différences peu importantes, étaient également notés chez les oies dépancréatisées.

D'après l'auteur, malgré l'inconstance de la glycosurie et les caractères particuliers de la glycémie, les phénomènes qu'on observe chez les canards et les oies, après l'extirpation du pancréas, sont bien ceux du diabète sucré.

Action des purgatifs en l'absence de la bile dans l'intestin (Experiment. Untersuchungen über die Wirkung von Abführmitteln bei Galleabwesenheit im Darme), par Stadelmann (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, 1886, vol. XXXVII, p. 332). — Les recherches ont été faites sur des chiens auxquels on avait pratiqué une fistule biliaire, après la ligature et la résection du cholédoque. De cette façon, la bile s'écoulait presque en totalité au dehors, abstraction faite de la quantité que les chiens pouvaient ingérer en léchant la fistule.

Les expériences, conduites de cette façon, ont montré qu'en cas d'absence complète (ou presque complète) de bile dans l'intestin, le podophyllin, la podophylotoxine, la résine de scammonée, l'extrait de rhubarbe, le savon de convolvuline, le savon de scammonée et le savon cathartique avaient une action purgative nulle ou à peine appréciable.

Par contre, le calomel, l'aloès, l'aloïne, la gomme-gutte, le séné, le convolvulinate de soude, le savon de jalap conservaient intégralement, malgré l'absence de bile dans l'intestin. leur action purgative.

CHIRURGIE

Thrombose du sinus transverse d'origine otique (Drei mit Erfolg operirte Fälle von Thrombose im Sinus transversus nach Otitis media), par Dahlgren (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 608). — Les 3 observations que publie l'auteur semblent calquées les unes sur les autres. Il s'agit de jeunes gens qui au cours, d'une otite moyenne, aiguë ou chronique, ont fait des complications cérébrales avec thrombose du sinus transverse, avec ou sans abcès cérébral. Dans les 3 cas, l'auteur trépana la mastoïde, lia la jugulaire interne et curetta

le sinus thrombosé. Tous les 3 opérés ont guéri bien qu'ils aient présenté des phénomènes de pyohémie au moment de l'intervention.

Abcès sous-diaphragmatiques (Beitrag zur Litteratur der sub-phrenischen Abscesse), par Beck (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 516). — A propos de 4 cas d'abcès sous-diaphragmatiques dont 3 ont été opérés et se sont terminés par la guérison, l'auteur refait l'histoire clinique de ces abcès, sans fournir toutefois de faits nouveaux. Dans ses cas personnels, dont un était d'origine intestinale, un autre d'origine rénale et deux d'origine hépatique, l'auteur a eu recours à la ponction exploratrice pour asseoir le diagnostic. Pour lui cette ponction est indispensable, et anodine si elle est faite aseptiquement. Si l'on ne retire pas de pus, on doit aspirer avec la seringue de l'eau stérilisée et examiner ensuite le liquide sous le microscope : on trouvera alors du pus retenu dans l'aiguille. Au besoin le liquide peut être ensemencé.

Le pronostic dépend principalement du moment auquel on intervient, c'est-à-dire que plus l'intervention sera précoce, plus les résultats seront bons. En second lieu il faut savoir que les abcès sous-diaphragmatiques consécutifs au cancer du pylore comportent un pronostic particulièrement fâcheux.

Le traitement est naturellement opératoire : il faut à tout prix vider la collection. La meilleure voie semble à l'auteur être la voie transpleurale; toutefois la voie lombaire peut être avantageuse dans les abcès sous-diaphragmatiques d'origine rénale.

Gueule-de-loup (Die Entstehung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in Folge amniotischer Adhäsionen), par Fronhöfer (*Arch f. klin. Chir.*, 1896, vol. XLII, p. 883). — L'auteur publie en détail 4 cas de gueule-de-loup chez des enfants qui présentaient en même temps d'autres malformations du côté de la face, des oreilles, des membres inférieurs et des pieds. D'après lui toutes ces malformations doivent être attribuées à la pression exercée par des brides amniotiques grâce à la petite quantité de liquide amniotique qui se trouvait dans l'utérus. Comme l'insuffisance du liquide amniotique est en partie héréditaire, ce fait expliquerait aussi l'origine héréditaire des malformations.

Chirurgie du rein (Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren), par Lotheissen (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LII, p. 721). — Le travail de l'auteur s'appuie sur l'étude de 55 cas de chirurgie des reins et des uretères observés de 1867 à 1895 à la clinique de Billroth et de son successeur Gussenbauer. 48 de ces cas ont été opérés de 1881 à 1895. La plupart de ces observations sont rapportées dans le texte.

1° *Tumeurs du rein.* 11 cas de cancer traités tous par la néphrectomie ont donné une mortalité opératoire de 9,09 p. 100, si on exclut deux cas de mort non imputables à l'opération. Sur les 11 néphrectomisés, 3 sont encore vivants : chez l'un (adéno-carcinome) l'opération a été faite il y a 2 ans et 8 mois, chez le second (adénome) il y a 2 ans et 6 mois, chez le troisième (adéno-carcinome) il y a 13 mois. Les autres opérés ont succombé à la récidive ou à la généralisation survenue 2 à 7 mois après l'intervention.

2° *Tumeurs péri-rénales.* L'auteur en a observé un cas chez une femme de 52 ans qui est arrivée avec une tumeur de la région rénale gauche et un œdème des membres inférieurs. La laparotomie fit voir une myxome situé entre le rein et la capsule surrénale. La tumeur a été extirpée avec une partie du rein. A l'autopsie de la malade, qui a succombé à la péritonite, on trouve des métastases dans le foie et les organes du petit bassin.

3° *Plaies des uretères.* 3 cas, tous les 3 consécutifs à des interventions sur l'utérus. Dans un cas, pour fermer la fistule urétéro-abdominale on a fait la néphrectomie, la malade succomba à l'intoxication iodoformée. Dans un autre cas de fistule urétéro-abdominale, l'extirpation du rein ayant été jugée impossible, on fendit le rein plein de pus et on tamponna la cavité : la malade guérit. Dans un troisième cas, la néphrectomie a été faite séance tenante, après la section de l'uretère faite au cours d'une laparotomie pour lithopédion. La malade guérit.

4° *Pyonéphroses.* Sur 27 cas de pyonéphroses, hydronéphroses et abcès des reins, on a eu une mortalité de 59,25 p. 100. La néphrectomie a donné dans les pyonéphroses une mortalité de 66 2/3 p. 100, dans les hydronéphroses une mortalité de 80 p. 100; la néphrotomie a fourni pour les pyo et hydronéphroses une mortalité de 71,42 p. 100.

La plupart des pyonéphroses (8 fois sur 12) étaient d'origine calculeuse et se rapportaient à des femmes (9 cas). L'étiologie n'a pu être établie d'une façon précise dans aucun cas; sur les 4 cas de pyonéphrose non-calculeuse, 3 ont débuté d'une façon aiguë.

Sur les 11 cas de pyonéphrose, le second rein n'était atteint que dans deux cas. Dans un cas la pyonéphrose était compliquée d'actinomycose.

5° *Tuberculose rénale.* Deux cas chez des femmes de 32 et de 27 ans, traitées par la néphrotomie. La première succomba 1 mois, la seconde peu de jours après l'intervention.

6° *Hydronéphroses.* 11 cas : 7 femmes, 2 hommes et 2 garçons; chez ces derniers l'hydronéphrose était congénitale, 6 fois la tumeur siégeait à droite, 4 fois à gauche, 1 fois dans la moitié gauche d'un rein en fer à cheval. On a fait une fois, avec succès, la ponction simple; deux fois la marsupialisation de la poche : une opérée succomba à l'urémie quelques jours après l'opération, chez une autre on a été obligé de faire l'extirpation secondaire du sac. Dans les autres cas on a fait la néphrectomie.

7° *Rein mobile.* 9 cas, tous chez des femmes et toujours du côté droit. Dans un cas le rein mobile était en même temps atteint d'hydronéphrose. Dans un cas on a fait la néphrectomie : la malade succomba à la péritonite. Dans les autres cas on a fait la néphropexie : un des opérés succomba.

Chirurgie du rein (Ueber einige neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie), par Israel (*Deut. med. Wochenschr.*, 1896, n° 22). — Depuis 1893, l'auteur a eu l'occasion d'intervenir dans 45 cas d'affections rénales; avec ses cas antérieurs, il possède actuellement une statistique portant sur 126 interventions sur le rein. Dans son travail, il donne aujourd'hui le résumé de quelques cas particulièrement intéressants.

Le cancer du rein a été opéré par lui dans 17 cas, avec 2 morts opératoires; un des opérés a succombé au bout d'un an à une complication, deux autres sont encore en traitement. Sur les 11 qui restent, 6 n'ont pas encore de récidive depuis 18 mois à 9 ans qui se sont écoulés depuis l'opération. Ces résultats très remarquables, l'auteur les attribue à ce que plusieurs fois il a pu, par la palpation, faire le diagnostic tout à fait au début. Dans un cas notamment, le cancer avait les dimensions d'une cerise, et le dessin de la tumeur fait par l'auteur avant l'opération, fut confirmé par l'examen de la pièce après l'intervention. Dans un autre cas, les phénomènes généraux graves tels que fièvre, vomissements, sueurs, etc., ont disparu après l'extirpation du rein dont le cancer était très avancé; ce fait semble devoir faire attribuer les phénomènes généraux à la résorption de toxines cancéreuses.

La tuberculose rénale a été rencontrée par l'auteur 12 fois. Dans 11 cas il a fait la néphrectomie, dans le 12°, une résection des portions tuberculeuses du rein, une sorte d'hémi-néphrectomie. Dans un cas où la tuberculeuse avait tous les caractères de la néphrolithiase, le diagnostic n'a été fait que par la cystoscopie et l'examen bactériologique de l'urine.

Sur les 12 cas, la tuberculose rénale était primitive dans 11. Trois fois elle était strictement limitée au rein, 2 fois elle avait envahi le rein et l'uretère, trois fois le rein, l'uretère et la moitié correspondante de la vessie, une fois le rein et la vessie. Sur les 12 opérés, un a succombé au choc opératoire, un autre à l'urémie 6 semaines après l'intervention, une troisième à la méningite tuberculeuse 3 mois après l'intervention. Sur les 8 survivants, 3 sont radicalement guéris depuis 3 à 5 ans, le cas d'hémi-néphrectomie n'a plus d'accidents depuis 18 mois. Les autres ont été améliorés.

Dans deux cas d'hydronéphrose par coudure de l'uretère et dilatation d'une des parois du bassinet, l'auteur eut recours à l'autoplastie, qui a consisté à redresser l'uretère par une sorte de plissement du sac. Les deux opérés ont guéri, par cette sorte de « pyéloplication ». Dans un cas, le second que l'auteur a l'occasion d'observer, la pyonéphrose s'est développée d'une façon suraiguë à la suite d'une gonorrhée.

NEUROPATHOLOGIE

Abcès cérebelleux consécutif à une otite, par D. Aglaud et A. Ballance (Extrait du volume XXIII de *Saint-Thomas's Hopital Reports*, 1896). — Il s'agit d'un garçon de 15 ans qui a eu, il y a déjà 9 ans, une rougeole compliquée d'une otite moyenne suppurée du côté droit et qui a persisté après la maladie causale. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, il a commencé à souffrir de céphalalgie et de titubation; quand il marchait, il produisait sur sa mère l'impression d'une personne ivre. A ces phénomènes vint s'ajouter le vertige, qui empêchait la station verticale. A son entrée à l'hôpital le malade se plaint de douleurs violentes dans la région occipitale avec vertige et diplopie. Il est tout à fait apathique et son corps tend à dévier du côté gauche. Déviation des globes oculaires à gauche. Nystagmus horizontal et diplopie homonyme. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. L'examen ophthalmoscopique révèle une névrite optique. Pas de paralysie des muscles de la face. L'ouïe du côté gauche est normale tandis que du côté droit le tic-tac d'une montre s'entend à peine. Le tympan du côté droit est complètement détruit. Le pus de l'oreille moyenne s'écoule par l'ouverture du tympan dans le conduit auditif externe. La région mastoïdienne de ce côté ne présente ni œdème, ni hypéresthésie à la pression. La sensibilité tactile est normale pourtant. Diminution de la force musculaire dans tous les muscles du membre supérieur gauche, phénomène plus marqué du côté droit.

Du côté du membre inférieur droit, il y a un léger degré de parésie. Le réflexe patellaire du côté droit est plus brusque que celui du côté gauche. Pas de clonus du pied. On fait le diagnostic d'abcès du lobe droit du cervelet et on décide une intervention. Après la trépanation de l'apophyse mastoïde, on trouva du pus dans la partie antérieure du lobe latéral droit du cervelet. Il se produit une grande amélioration des phénomènes dus à l'hypertension crânienne. La céphalalgie, les vomissements et la déviation des yeux ont disparu. Mais, huit jours après, l'état du malade s'aggrava et on décida une 2e opération. Cette fois on a trouvé une collection sanguine à la partie postérieure du lobe latéral droit. Après cette opération, l'amélioration s'est maintenue et le malade a guéri. Les auteurs étudient ce cas avec tous les détials que comportent la physiologie et la pathologie du cervelet. Ils montrent le lieu de prédilection des abcès d'origine otique, les symptômes que déterminent les abcès cérebelleux et leur mécanisme. D'accord avec les recherches récentes de physiologie, ils montrent que la parésie du membre supérieur est du même côté que la lésion cérebelleuse. A cette parésie peut s'associer une faiblesse des extrémités inférieures. Le réflexe rotulien est exagéré du même côté que la lésion, tandis que la déviation conjuguée des yeux se fait du côté opposé à la lésion. Il étudie ensuite le diagnostic différentiel entre les abcès cérebelleux et entre les abcès temporo-sphénoïdaux. La parésie dans ces derniers siège du côté opposé à la lésion, elle peut s'accomgner d'anesthésie, d'hémianopsie et d'aphasie. Enfin ils s'occupent ensuite du traitement de ces abcès.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Digitaline.

Définition. — La digitaline est l'un des principes actifs retirés de la digitale. Le codex français ne reconnait ce nom qu'aux digitalines *chloroformiques*, c'est-à-dire à celles qui sont solubles dans le chloroforme et insolubles dans l'eau. Ces digitalines, qu'elles soient amorphe ou cristallisée (Nativelle) sont d'activités sensiblement égales et sont connues en Allemagne sous le nom de *digitoxine*.

La *digitaline allemande* est au contraire soluble dans l'eau : c'est un produit analogue à celui que nous connaissons en France sous le nom de *digitaléine* et qui représente probablement le principe actif des macérations de digitale (Bardet). Elle ne doit dans aucun cas, ni par le praticien qui la prescrit, ni par le pharmacien qui la prépare, être confondue avec la digitaline chloroformique du codex qui est 20 fois plus active.

En d'autres termes : seule doit être qualifiée *digitaline*, celle qui est soluble dans le chloroforme et insoluble dans l'eau; toute digitaline au contraire soluble dans l'eau est de la *digitaléine*, c'est-à-dire un produit 20 fois moins actif que la digitaline.

Bien que digitaline amorphe et cristallisée soient d'une activité sensiblement égale, nous conseillons dans la pratique de formuler toujours : digitaline *cristallisée*.

Solubilité. — Elle résulte de ce qui précède : insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool (1 p. 25), très soluble dans le chloroforme. La solution chloroformique de digitaline est soluble dans l'eau au même titre que le chloroforme lui-même, c'est-à-dire 1,20 à 2 p. 100.

Propriétés thérapeutiques. — Nous pouvons ici répéter pour la digitaline ce que nous avons dit pour la digitale : c'est un médicament régulateur et sédatif du cœur en même temps qu'un puissant diurétique. Elle est indiquée par la voie hypodermique dans tous les cas où il faut agir vite (collapsus, asystolie, période cyanotique du choléra, des empoisonnements) et *lorsqu'il est impossible de s'adresser à la voie gastrique*. On ne doit qu'exceptionnellement employer la digitaline en injection sous-cutanée, car elle agit très bien, peut-être même avec plus de sûreté, administrée par l'estomac qui la tolère généralement et l'absorbe facilement. Pour ce médicament donc, la voie hypodermique paraît jusqu'ici inférieure à la voie gastrique.

Il faut se rappeler en tous cas que c'est une substance **très toxique**, qui, comme la plupart des poisons cardiaques, ne tue pas d'une façon foudroyante, mais peut amener la mort dans un délai plus ou moins considérable (quelques heures à quelques jours), par accumulation des actions toxiques. Le praticien doit connaître ce fait pour ne pas être tenté d'élever les doses dans les cas où l'effet thérapeutique se fait attendre.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* Inusitée. *Chez l'adulte :* 1/10 de milligramme par injection. Ne pas dépasser 5/10 de milligramme par 24 heures et ne pas continuer l'administration de la digitaline plus de 5 jours consécutifs.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — Très douloureuse par elle-même et en raison des véhicules employés. L'absorption se fait très lentement, sauf en injection intra-veineuse. Dans ce cas la digitaline doit être employée très diluée, environ au 10/1000 ou même au 20/1000. Elle est ainsi peu douloureuse et les effets sont presque immédiats. Il y a donc intérêt dans les cas pressants à s'adresser à la voie intraveineuse de préférence à la voie sous-cutanée.

b) *Eloignés.* — La diurèse ne s'établit que vers la fin du 2e jour. L'action régulatrice sur le cœur, par la voie sous-cutanée, n'apparait que vers le 3e jour. Comme nous l'avons dit, les effets du médicament s'accumulent : il faut donc tâter avec soin la susceptibilité de son malade et commencer par des séries de doses faibles.

FORMULES

Digitaline cristallisée.	0 gr. 001
Alcool à 45°	10 c. c.

1 à 5 centim. cubes.

Digitaline cristallisée.	0 gr. 10
Glycérine (densité 1250)	33 c. c. 3
Eau distillée	14 c. c. 6
Alcool à 45°	q. s. p. 100 c.c.

1/10 à 1/2 cent. cube.

(Petit, Huchard.)

Huile lourde de pétrole.	9 c. c.
Solution chloroformique de digitaline à 1/1000.	1 gr.

(Inusitée.) II à IV gouttes.

(Bardet.)

Digitaline cristallisée.	0 gr. 003
Chloroforme	6 c. c.
Alcool à 92°	7 c. c.
Solution physiologique de sodium à 7 gr. 50 p. 1000	293 c. c.

28 à 30 c. c. en injection intra-veineuse ou sous-cutanée.

(Van Aubel.)

G. Maurange.

Du rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales.

CONSÉQUENCES POUR LE TRAITEMENT ET LA PROPHYLAXIE DES HERNIES.

Communication faite à l'*Académie de médecine*

Par le Dr Lucas-Championnière,

On admet, d'une manière générale, que l'amaigrissement, en vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser la formation des hernies. Bien que le fait soit exact, M. Championnière estime et a démontré que l'accumulation de la graisse est une cause bien autrement puissante de formation des hernies de toutes sortes.

La graisse qui s'accumule au niveau des anneaux et à leur voisinage sous le péritoine est, sur le vivant, à l'état liquide. Elle est toute prête à forcer ces anneaux, en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. En outre, elle est rattachée au péritoine par des faisceaux fibro-cellulaires qui tiraillent ce péritoine et tendent à l'entraîner. Enfin, la graisse sous-péritonéale accumulée remplit réellement l'abdomen qui devient trop étroit pour l'expansion des viscères qu'il contient et les chasse en masse, en quelque sorte, vers les orifices affaiblis par la graisse.

Quelle que soit du reste l'interprétation théorique, on constate le développement des hernies chez les jeunes sujets en voie d'engraissement pour toutes les variétés de la hernie. Pour la hernie épigastrique, déjà bien des auteurs avaient admis que la graisse jouait un rôle capital dans sa genèse. En outre chez les opérés de la chirurgie abdominale la production des éventrations est en coïncidence manifeste avec l'engraissement si commun chez eux.

M. Championnière a donné de tous ces faits des preuves qu'il serait facile de multiplier et dont il a pu constater la réalité dans ses nombreuses opérations de cure radicale de hernie. Il estime que, même en dehors de la cure radicale, les faits sont si communs et si importants pour la thérapeutique qu'il est singulier qu'on n'y ait pas jusqu'ici prêté plus d'attention.

En effet, d'abord chez les jeunes sujets on doit s'attacher à la prophylaxie de l'engraissement pour des raisons multiples mais aussi pour éviter les hernies.

Les exercices gymnastiques, surtout les exercices d'équilibre doivent être favorisés. On devra seulement éviter pour eux ceux des exercices athlétiques qui exigent les efforts les plus violents ou les longues suspensions du corps.

Le régime de ces sujets est très important. Il est inutile de le surcharger de viande, ainsi qu'on le fait habituellement. La viande associée à une nourriture végétale favorise évidemment l'engraissement et il y a plus d'avantage à rationner le sujet qu'à l'encourager à consommer d'une façon exagérée les matières azotées.

La réduction de la boisson, au cours du repas, joue un rôle trop connu pour qu'on y insiste; mais l'alcool dont on ne s'occupe pas assez en général, prend une part considérable à cet engraissement; et sa suppression est absolument indiquée quelle que soit sa forme du reste. Beaucoup de sujets cessent d'engraisser aussitôt qu'on leur a supprimé le vin et les liqueurs.

Au régime alimentaire il faut joindre les soins qui concernent l'évacuation des matières. Le sujet doit aller régulièrement à la selle. Des purgatifs légers fréquents doivent assurer l'évacuation complète de l'intestin. Les évacuations incomplètes et une sorte d'auto-intoxication sur les résidus favorisent l'engraissement.

Les fonctions de la peau doivent être assurées par les bains d'air sec ou de vapeur. La régularité des fonctions du rein est de toute nécessité, c'est ce qui explique le bénéfice tiré de l'emploi des eaux indifférentes (Nittel, Évian, Contrexéville, etc.) ou des eaux qui peuvent aider à l'évacuation des sables et des urates.

Ce qui est vrai des sujets jeunes menacés par l'engraissement du développement d'une hernie quelconque, est plus vrai encore des opérés de chirurgie abdominale dont l'engraissement doit amener des éventrations. S'ils ne peuvent pas adopter une gymnastique aussi violente que celle des jeunes sujets, au moins doivent-ils rechercher le mouvement et les exercices nécessaires. Aucun exercice ne peut jouer dans le développement des éventrations un rôle comparable à celui des efforts de défécation ou des convulsions de la toux; on doit s'appliquer à éviter ceux-ci bien plus qu'à immobiliser le sujet.

Chez ces opérés les soins des évacuations sont bien plus nécessaires encore, le régime est particulièrement difficile à établir. Le séjour au lit et le sommeil prolongé sous prétexte de forces à reprendre doivent être déconseillés.

Enfin, la tendance à l'engraissement peut être telle qu'il puisse y avoir des avantages sérieux à employer des médicaments déterminés.

Chez le sujet jeune et obèse on doit toujours examiner les anneaux pour vérifier même en l'absence de tout symptôme s'il n'existe pas de hernie.

La hernie découverte, il faut savoir que ces sujets sont plus susceptibles de récidive que les sujets maigres; M. Championnière estime même qu'il faut bien se garder d opérer à la légère tout sujet en charge de graisse. Faute de préparation ou de précaution on peut lui faire une opération absolument inutile.

Au cours de l'opération il faut supprimer toute la graisse qui occupe la région ou son voisinage.

Après l'opération il faut suivre l'opéré de très près pour prévenir le retour de l'engraissement.

Pour le sujet jeune, comme et surtout pour les sujets atteints d'éventration, il peut être absolument nécessaire de faire suivre un traitement préalable pour l'amaigrissement.

On peut le mettre ainsi dans de bonnes conditions au lieu de mauvaises; on peut même arriver à rendre opérables des sujets chez lesquels toute opération aurait été dangereuse et inutile. Par ses soins multiples, M. Championnière a obtenu d'excellents résultats.

Enfin chez les hernieux obèses pour lesquels il n'y a pas d'opérations raisonnables à proposer, le traitement palliatif peut tirer du traitement de l'obésité des ressources considérables. M. Championnière a observé des sujets dont la situation était véritablement intolérable avec des hernies irréductibles, dans l'impossibilité d'appliquer même un appareil de soutien et voyant leur hernie grandir sans cesse et sans cesse plus pénible. En leur faisant suivre un régime sévère d'après les principes énumérés ci-dessus, en leur prescrivant des purgations répétées, en évacuant l'intestin régulièrement et méthodiquement, M. Championnière a pu leur rendre une vie très tolérable. Il y a plus, certaines hernies tout à fait irréductibles et douloureuses sont devenues peu sensibles, une portion considérable de la hernie a pu devenir réductible et certains de ces sujets ont fini par tolérer des bandages qui leur ont apporté un véritable soulagement.

Ces notions relatives au rôle de la graisse dans la physiologie des hernies ont, selon M. Championnière, une importance capitale; il est impossible de la méconnaître dans le traitement radical ou palliatif des hernies à tous les âges et dans toutes leurs formes. Il faut même au cours de l'opération radicale ne pas oublier les conditions anatomiques spéciales de la graisse exubérante chargée de vaisseaux relativement importants. Souvent les résultats de l'opération et certaines complications tiennent à la méconnaissance de ces conditions anatomiques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Cystotomie sus-pubienne. Suture totale. Guérison rapide.

Par le Dr Ch. Audry (de Toulouse).

Les observations de suture de la vessie sont innombrables, et tous les chirurgiens l'ont exécutée; les succès partiels sont fréquents; mais les échecs et les fistules le sont encore bien davantage. Le cas qui suit est le premier où, pour ma part, j'aie obtenu une réussite complète. C'est à ce titre que je le fais connaître en indiquant la technique que j'ai suivie et qui n'a rien de particulièrement original.

H..., âgé de 36 ans, sans antécédents héréditaires, a eu la rougeole et la variole. A 17 ans, première blennorrhagie avec épididymite. Deuxième blennorrhagie à 23 ans, semblablement compliquée. Il y a un an que le malade a commencé à éprouver de l'incontinence d'urine diurne et nocturne, sans douleur ni hématuries. Il y a 3 mois, douleur pendant les mictions qui deviennent fréquentes. Le malade avait subi un cathétérisme.

Le 25 juin, il nous arrive pâle, amaigri. Urines extrêmement troubles, en totalité, sans traces de sang, mictions diurnes et nocturnes très fréquentes. Ecoulement uréthral sans gonocoques. Prostate un peu dure. Calibre uréthral normal. Le palper bimanuel, l'exploration de la vessie avec la sonde de Thompson-Guyon, l'exploration des reins et des uretères, donnent des résultats négatifs.

Diagnostic : cystite infectieuse d'origine indéterminée, peut-être tuberculeuse.

Traitement : lavages au nitrate d'argent à 1/800. Les jours suivants, amélioration rapide. Après 10 jours de lavage, les urines sont claires et le malade n'urine plus la nuit.

Le 10 juillet, nouvelle exploration vésicale avec un petit lithotriteur : on sent distinctement au fond, à gauche, une saillie résistante qu'on ne peut saisir, qui ne donne pas la sensation d'une pierre, mais qui peut être due à une colonne, à une cellule, à une tumeur.

Le 11 juillet, cystotomie sus-pubienne exploratrice dans la position de Trendelenburg sur un plan incliné. Pas de ballon de Petersen. Injection de 250 gr. d'eau boriquée. Pas de distension vésicale. Opération facile et sans incidents. Incision vésicale longitudinale de 0,03.

L'exploration montre simplement une bande de contraction musculaire transversalement étendue du bas-fond au côté gauche de l'organe. Muqueuse un peu congestionnée. Vessie très agrandie.

Une sonde de Pezzer est introduite par cathétérisme rétrograde. Suture de la vessie (comme la suture de Czerny pour l'intestin) :

1° 1 plan pénétrant à un centimètre de la section, ressortant dans l'épaisseur de cette dernière : 3 points au catgut.

2° 1 plan comme dans le Lembert (3 points) : suture de la paroi :

2 plans de suture entrecoupée au catgut, un pour les couches postérieures, l'autre pour les faisceaux antérieurs et l'aponévrose antérieure des droits ;

1 plan pour la ligne blanche et le tissu cellulaire sous-cutané ;

1 surjet métallique pour la peau;

1 drain debout dans la cavité de Retzius.

Iodoforme. Petits lavages répétés de la vessie.

Suites opératoires : apyrexie, indolence, repos; le 5e jour, on enlève le drain. Plaie aseptique. Le 8e jour, on enlève le surjet métallique et la sonde de Pezzer. Tout est réuni. Aucune fistule. Le 10e jour, le malade urine seul, et la guérison est complète sauf une fistule au point où était le drain. Le 12e jour, tout était achevé.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE

4e session tenue à Londres du 4 au 8 août 1896.

Nosologie et pathogénie du prurigo.

M. E. Besnier. — C'est au moment où Willian a créé l'ordre des papules que prend vraiment naissance la question moderne du prurigo. Les pruriginoses que Willan avait réunies dans cet ordre (strophulus, lichen, prurigo) constituent un groupe dermatologique naturel et normal, auquel convient parfaitement la dénomination de groupe des prurigos. Hebra démembra cet ordre, mais aujourd'hui on tend à revenir à l'esprit du système de Willan.

Dans le système de Willan, 3 espèces typiques dans le prurigo : le prurigo mitis, le prurigo formicans et le prurigo senilis, plus « quelques affections prurigineuses locales ».

C'est donc, en réalité, sur le seul prurigo sénile que porta le débat soulevé par Hebra. Mais les études modernes ont montré qu'il ne s'agissait pas dans le prurigo sénile d'un prurit simple, névrosique pur, mais d'un prurigo symptomatiquement très semblable à tous les autres et de causes seulement différentes. En ce qui concerne le *strophulus* et le *lichen*, le mouvement de rattachement au prurigo s'exécute aujourd'hui nettement malgré les oppositions les plus considérables.

Le prurigo, de par la variabilité des causes et des modes pathogéniques, ne peut être qu'un syndrome. Plusieurs espèces morbides — vrais prurigos quant à leur forme générale — sont multiformes. Elles se recouvrent de lésions secondaires multiples et banales dont les types les plus fréquents sont l'*eczématisation* et la *lichénisation*. Mais en beaucoup de ces cas, quand le processus abandonne momentanément ou décidément

la peau, on voit se produire des localisations viscérales qui deviendront la maladie prédominante et qui représentent soit des alternances, soit des successions phénoménales. Ce sont là les *prurigos diathésiques*. Et par prurigo diathésique, il faut entendre prurigo d'origine interne, lié à des conditions individuelles de tissus et d'organes, provoquées ou entretenues par un mode de nutrition anormal.

Quel que soit le mode pathogénique immédiat qui préside à la production du prurit et des lésions primaires ou secondaires de la peau dans les prurigos, l'idée d'une toxidermie est celle qui a fait le plus de progrès, qui semble aujourd'hui presque consacrée.

Les prurigos sont des *toxidermies* ou des *auto-toxidermies* temporaires, intermittentes, rémittentes, permanentes.

Quel que soit le poison, sa nature, son mode de formation et son origine, son lieu de naissance, il actionne les foyers sensitifs de l'axe cérébro-spinal ou les extrémités nerveuses périphériques, et c'est ainsi que naît le prurit. Le prurit précède donc les lésions et les causes par l'intermédiaire du grattage. Dans ces conditions, une formule seule est possible pour résumer la pathogenèse du prurigo. Le prurit y est *antérieur* et *supérieur* aux lésions visibles. La papule ne peut plus être dans le prurigo que la lésion contingente. Aucune lésion d'ailleurs dans cette singulière maladie cutanée ne peut être que *secondaire* et superposée. Et ce qui le prouve, c'est que le prurit survit aux papules, tandis que les papules ne survivent jamais au prurit.

Prurit, grattage, lésions, tel est l'ordre symptomatique qui fait que, dans le prurigo, toute lésion est artificielle. Le prurit seul est le symptôme direct de l'affection.

Cette théorie n'est pas une vue de l'esprit, elle rentre dans le domaine de la médecine expérimentale.

En effet, d'une série d'expériences physiologiques et cliniques du plus haut intérêt, faites par M. L. Jacquet, se dégage cette formule très claire, qu'entre l'irritation première des centres ou de la périphérie, l'état de perturbation vitale intra-tégumentaire qui en résulte sous des formes et à des degrés très variés, et la production des lésions, il intervient un facteur *sine qua non*, lequel est le traumatisme. Ainsi, M. Jacquet, après avoir injecté dans les deux nerfs sciatiques d'un chien 10 gouttes d'une solution de croton au dixième, fait l'enveloppement ouaté occlusif complet de l'un des membres postérieurs et laisse l'autre à découvert. L'animal reste en observation pendant 2 mois : du côté non protégé, lésions tégumentaires excessives; du côté soumis à l'occlusion, rien qu'une atrophie notable. A l'autopsie de l'animal, l'examen des nerfs sciatiques les montre également altérés.

Si chez un lapin dont les oreilles ont été protégées par un appareil plâtré, on sectionne le sympathique d'un côté, on trouve en enlevant l'appareil même après plusieurs heures, que le degré de congestion des 2 oreilles est sensiblement égal. Il faut les frictionner toutes deux également pour voir apparaître le phénomène de Claude Bernard : l'hyperémie, à peine visible du côté sain, se montre énorme du côté qu'on a opéré.

Les expériences cliniques de M. Jacquet ont confirmé ces données expérimentales. Sur un vieillard atteint d'une érythrodermie prurigineuse restée sans diagnostic, M. Jacquet, après avoir excisé un fragment de peau au niveau du bras droit qui était le siège d'un prurit inextinguible, fit immédiatement l'occlusion ouatée et compressive qui fut facile à exécuter, le membre se composant seulement d'un moignon d'amputation. Le prurit cessa immédiatement et complètement sur la région enveloppée. 8 ou 10 jours plus tard, Jacquet enleva l'appareil. Le moignon était devenu flasque, et les téguments avaient à peu près recouvré leur épaisseur et leur coloration normale. Une nouvelle biopsie fut alors pratiquée. Or, sur le fragment excisé avant l'enveloppement, on trouva une énorme suffusion de cellules lymphoïdes en amas et en traînées périvasculaires, épiderme sus-papillaire et interpapillaire considérablement élargi. Sur le fragment de la même région excisé 10 jours après l'occlusion, l'état normal de la peau était presque complètement rétabli.

Dans une autre expérience clinique, chez une jeune fille atteinte depuis 2 années environ de prurigo classique, à lésions pures, sans complications, présentant quotidiennement, sur le tronc et sur les membres, une éruption discrète de papules typiques de prurigo, M. Jacquet enveloppe hermétiquement à l'ouate hydrophile fixée par des bandes de tarlatane mouillée le membre supérieur droit de la malade. Chaque matin, le bandage est enlevé, puis réappliqué. Jamais *une seule papule* sur le bras droit, *malgré la persistance d'un prurit très vivace;* au contraire et à chaque fois, de 3 à 6 papules nouvelles avaient surgi sur le bras gauche; cela pendant 8 jours de durée. Puis le bras gauche est enveloppé à son tour et pendant 8 autres jours, l'éclosion de nouvelles papules y est suspendue, *malgré la persistance du prurit*, tandis qu'elles reparaissent quotidiennement sur le bras droit.

Il résulte donc de ces faits :

1° Le trouble nerveux originel, cause supérieure de la névrose cutanée, prurigo, producteur de déséquilibrations vaso-motrices plus ou moins persistantes en certains territoires cutanés.

2° L'excitation *locale* de ces territoires forçant la déséquilibration vaso-motrice à se traduire par la lésion.

Toutes ces notions ont une importance thérapeutique considérable. On peut notamment poser en principe que dans la plupart des cas de prurigo quel qu'il soit, l'occlusion, *bien faite* et effective, supprime le prurit et les lésions. Si le *prurit persiste*, la plus grande surveillance doit être apportée, parce que le malade met tout en œuvre pour exécuter le grattage. Mais si l'enveloppement est hermétique, si une épaisse couche d'ouate empêche absolument tout traumatisme effectif, il ne se produit pas de lésion. Si on enlève l'appareil et qu'on laisse les choses en l'état antérieur, tout reparaît et se reproduit. La contre-épreuve est faite.

Dans ces conditions et en conséquences des expériences précédentes, on peut conclure sur la pathogénie du prurigo que, dans son processus de genèse, l'action *directe* des conditions pathogènes se borne à produire *dans la peau* un état physio-pathologique, une perturbation sensitive et nutritive et, pour les formes aiguës, une tension névro-vasculaire plus ou moins élevées; *mais elle ne réalise pas communément à elle seule ni d'emblée de lésions de surface*. Ces lésions de surface aiguës, lentes, chroniques, primaires ou secondaires, immédiates ou éloignées, comptent parmi leurs facteurs essentiels, presque toujours nécessaires, les actes traumatiques du grattage, etc.

Convenablement et absolument protégée contre les traumatismes de toutes sortes, la peau reste indemne de lésions de surface.

M. White (de Boston) fait observer qu'on rencontre le plus souvent le prurigo dans les pays où l'on trouve les races les plus diverses, comme en Autriche. Nourriture insuffisante, milieux non hygiéniques et manque de soins de propreté de la peau ont été reconnus comme ayant un grand rôle dans l'étiologie de la maladie. Quant à la pathogénie du prurigo, elle est inconnue.

M. Payne (de Londres) croit aussi que le prurigo est essentiellement un état morbide chronique du système nerveux sensoriel, qui peut être secondaire au prurit et au grattage, ou bien dans quelques cas pourrait être regardé comme trouble nerveux primitif. L'éruption de papules *est plutôt le résultat que la cause* de ce trouble nerveux. Il n'est pas démontré de quelle manière le trouble nerveux donne naissance à une éruption papuleuse, mais *il est probable que ce n'est qu'un effet de grattage*. Dans le prurigo grave, on est amené à admettre une prédisposition spéciale du système nerveux.

L'étiologie et les variétés des kératoses.

M. Unna (Hambourg), rapporteur. — Dans les cellules kératoïdes, la kératose se confine à la membrane cellulaire extérieure. Les noyaux, le kératohyalin et l'éléidine ne sont d'aucune manière impliqués dans la kératose.

Considérées au point de vue pathologique, on pourrait admettre 3 types distincts de kératoses, c'est-à-dire la kératose celluleuse, la kératose psoriasique, la kératose ichthyosique. La kératose pathologique est une kératose marginale ou superficielle.

L'amoncellement d'amas cornés, qui caractérise toutes les formes des hyperkérasoses, n'est pas le résultat d'une proportion augmentée de kératose dans chaque cellule individuelle,

mais de la quantité totale de kératine qu'elles contiennent ensemble, et qui se manifeste par l'aplanissement du relief superficiel des cellules cornées.

L'étude du relief de ces cellules cornées est de la plus haute importance pour la pathogénèse des hyperkératoses.

Les hyperkératoses circonscrites.

M. W. Dubreuilh (Bordeaux). — Le groupe encore fort étendu des hyperkératoses circonscrites présente à considérer : 1° des affections localisées à certaines régions anatomiques comme les kératodermites palmaires et plantaires; 2° des kératoses localisées au niveau de certains organes différenciés, tels que les follicules pileux, les orifices sudoripares ou les ongles; 3° des hyperkératoses circonscrites dont la distribution n'est régie par aucune des conditions précédentes, et qui constituent des lésions limitées ou des tumeurs, sans localisation précise, bien qu'affectant souvent de préférence telle ou telle partie du corps.

Ces dernières peuvent être encore différenciées suivant que les lésions sont cantonnées dans l'épiderme ou intéressent en même temps la couche papillaire, suivant que le processus débute dans l'épiderme ou dans le derme.

Hyperkératoses circonscrites d'origine traumatique. — Ce premier groupe comprend le durillon et le cor. Le durillon est constitué par une production exagérée de tissu corné, de structure normale qui comprime les parties sous-jacentes. Les couches vivantes de l'épiderme ne sont guère modifiées, et le derme ne présente aucune altération notable. Le cor est un durillon compliqué par l'exagération localisée du processus au centre de la lésion.

Dans tout ce groupe, la kératinisation est plus rapide, mais ce fait normalement; la lésion reste purement épidermique et les altérations dermiques sont très légères et tout à fait passives.

Hyperkératoses circonscrites d'origine congénitale (*nævus kératosique*). — Le nævus est une altération limitée de la peau d'origine congénitale et de nature hyperplasique.

Le nævus kératosique est un cas particulier de ce thème général. Il est constitué par une hypertrophie de toutes les couches de l'épiderme et surtout de la couche cornée qui forme des saillies plus ou moins considérables; souvent, les papilles sont aussi extrêmement développées.

Les nævi kératosiques systématisés et unilatéraux ou bilatéraux et symétriques comprennent la plupart des faits décrits sous le nom d'ichthyose hystrix, et l'on peut rattacher aux nævi kératosiques à distribution disséminée un certain nombre d'observations publiées sous le nom de cornes cutanées.

Le groupe des hyperkératoses papillaires comprend la verrue plane juvénile, la verrue vulgaire et offre une parenté très étroite avec les condylomes acuminés ou végétations des muqueuses.

La verrue plane juvénile a une individualité clinique bien marquée; elle siège à la face, d'où elle peut s'étendre sur le cuir chevelu, sur le dos ou la paume de la main et dans toutes ces régions, elle offre un aspect très différent de la verrue vulgaire.

La verrue vulgaire présente des diversités d'aspect considérables suivant les régions, et la verrue du dos et de la main peut être considérée comme étant le type moyen.

Elle débute par un bourgeonnement de l'épiderme vers le derme. Par leur accroissement en diamètre, ces bourgeons refoulent les parties voisines dont les papilles et les saillies épidermiques interpapillaires sont effilées et obliques; par leur accroissement en longueur, elles déterminent l'allongement passif des papilles.

Kératoses précancéreuses. — Il est tout un groupe de lésions hyperkératosiques qui se rapprochent de l'épithélioma par leurs caractères histologiques et qui ont une tendance naturelle à aboutir au cancer épithélial. Cette terminaison n'est pas fatale, elle est même rare pour quelques-unes; mais elle est, dans l'ensemble, assez fréquente pour que l'on puisse considérer ces lésions comme de la graine de cancer.

Elles sont constituées, comme la verrue vulgaire, par la végétation de l'épiderme vers la profondeur avec allongement passif des papilles, qui, arrivées à une certaine longueur, se thrombosent par segments; mais elles en diffèrent par bien des caractères anatomiques, étiologiques et cliniques.

Les bourgeons épidermiques offrent une extrême irrégularité et une métatypie des cellules épineuses qui, ajoutées à l'infiltration cellulaire du derme sous-jacent, donne, à la base d'une corne, une ressemblance frappante avec l'épithélioma. La corne est une lésion de l'âge mûr, qui est habituellement consécutive à quelque autre lésion, comme une cicatrice, une loupe du cuir chevelu, une plaque de kératose sénile, etc. On voit parfois une corne prendre une allure maligne et se transformer en cancer épithélial.

Kératome sénile. — Cette lésion, très banale, est le meilleur type de la kératose précancéreuse. Elle constitue les croûtes épidermiques grasses qu'on voit sur la face des vieillards (crasse des vieillards, acné sébacée partielle) et forme aussi sur le dos des mains, des amas cornés durs et noirâtres ressemblant à une écorce d'arbre.

La plaque de kératome sénile est, au début, constituée par un simple épaississement de la couche cornée, qui forme des saillies irrégulières, de consistance friable et dont la kératinisation est anormale. A un stade plus avancé, le derme s'infiltre de lymphocytes et de cellules plasmatiques. L'épiderme envoie vers la profondeur des bourgeons gros et courts dont les cellules terminales se laissent dissocier par les cellules migratrices venues du derme et deviennent vitreuses ou présentent toutes les altérations décrites comme coccidies, dans la psorospermose folliculaire ou l'épithélioma; d'autres fois, ce sont des boyaux épithéliaux minces qui s'anastomosent en réseau. La couche épineuse présente de larges décollements dus à un clivage, entre les couches épineuse et génératrice. Ces végétations filiformes de l'épiderme et ces fissures de la couche épineuse sont tout à fait analogues à ce qui se voit dans la dermatose de Darier. Le 3e stade est l'épithélioma, qui est constitué histologiquement bien avant d'être caractérisé cliniquement.

La kératose verruqueuse d'origine arsénicale, qui doit être distinguée de la kératodermie diffuse des paumes et des plantes due à la même cause, est le mode de début habituel du cancer arsénical.

Le cancer des ramoneurs et le cancer des ouvriers raffineurs de pétrole débutent également par des productions verruqueuses hyperkératosiques qui tiennent au contact prolongé de substances irritantes spéciales. Chacune de ces formes morbides a son individualité clinique; mais toutes deux méritent de rentrer dans le cadre des kératoses précancéreuses.

Un dernier groupe est formé par les *leucokératoses*. Bien qu'elles affectent uniquement les muqueuses, elles constituent de véritables kératoses, puisque l'on y constate la production anormale d'un tissu corné normal reposant sur une couche granuleuse semblable à celle de l'épiderme. Leur transformation maligne, assez fréquente, les fait entrer de plein droit dans les kératoses précancéreuses.

Hyperkératose d'origine dermique. — Il est des cas où une lésion limitée du derme détermine secondairement une hyperkératose également limitée. Dans *l'angiokératome*, la maladie débute par un angiome très superficiel qui peut constituer toute la lésion, mais qui peut aussi provoquer la formation d'une petite plaque cornée très résistante. Le même phénomène se produit souvent à la surface d'une plaque de lymphangiome. Une *inflammation chronique* du derme peut avoir les mêmes résultats, et c'est ainsi qu'on observe un bord calleux formé de tissu corné, autour d'un ulcère ancien, d'une fistule ou d'un mal perforant plantaire.

Durée de la période contagieuse de la syphilis.

M. J. Hutchinson. — On reconnaît généralement que durant toute la période primaire et secondaire de la syphilis, le sang et toutes les sécrétions peuvent contenir le virus spécifique et le transmettre. Il s'agit de savoir à quelle période ils cessent.

Dans un certain nombre de cas il paraît certain que cette possibilité de contagion de la syphilis se prolonge extraordinairement soit en ce qui concerne la transmission directe de la syphilis par de vieilles lésions syphilitiques, soit par le sang du

fœtus. Mais en thèse générale, cette contagion ne dépasse guère une année, et bien plus rarement encore on la voit se prolonger au delà de 2 ans. Il semble aussi que plus la date d'inoculation de la maladie s'éloigne, plus la contagion devient incertaine. Il faut attribuer ce fait au nombre progressivement décroissant des germes morbides ou bien au défaut de leur virulence.

Il peut exister un certain nombre de cas rares dans lesquels le médecin hésite à déclarer la contagion impossible à l'avenir, ou la transmission héréditaire, lorsque la seconde année de la syphilis est écoulée, c'est-à-dire quand est survenue la période tertiaire. Cependant on peut voir : 1) des cas où la persistance des propriétés contagieuses du virus s'est montrée exceptionnellement longue; 2) des cas où la transmission héréditaire s'est produite après un laps de temps excessivement éloigné; 3) des cas où l'excessive virulence de la maladie s'est démontrée par l'évolution même de la maladie (syphilis vaccinale).

M. Campana (de Rome) pense que s'il est impossible de déterminer avec certitude la durée de la période contagieuse de la syphilis, il est hors de doute que la contagion est possible et facile tant que dure la période dite secondaire caractérisée par des lésions ulcéreuses. Cette contagiosité subsiste donc tant que durent les manifestations inflammatoires spécifiques sans localisation subséquente.

Pour lui la période d'infection de la syphilis persiste moi, tant que la maladie peut se transmettre héréditairement. Cette période dépend surtout du traitement antisyphilitique, qui, s'il est judicieusement poursuivi pendant le temps nécessaire, permet d'espérer qu'après trois ans la maladie même et son infection disparaîtront totalement.

M. Lassar (de Berlin) admet que le pouvoir infectant de la syphilis diminue avec la durée de la maladie, mais qu'il peut persister aussi longtemps que les manifestations syphilitiques elles-mêmes, quelles qu'elles soient.

Si on voit si rarement la contagion suivre les accidents tardifs, c'est à cause de la localisation ordinaire de leur éruption. Dans la syphilis comme dans la lèpre ou la tuberculose, il y a des circonstances particulières qui empêchent ou occasionnent la contagion.

On a longtemps mis en doute la contagion possible des syphilides condylomateuses. Aujourd'hui leur contagiosité est certaine, et il en sera probablement de même pour la contagiosité possible de syphilides tertiaires.

Pratiquement, cette question est moins importante que théoriquement. Dans la pratique on a le plus souvent des présomptions suffisantes pour trancher la question. Mais en théorie, la question restera suspendue de savoir si dans la syphilis il n'y a qu'un processus unique d'infection ou au contraire une métaplasie de la cause morbide.

M. Feulard (de Paris) pense que la durée de la période contagieuse de la syphilis est variable suivant les sujets et qu'on peut fixer entre 3 et 4 années le temps pendant lequel apparaissent et récidivent les accidents contagieux typiques. Pendant ce temps il doit être interdit aux syphilitiques de se marier.

Un certain nombre de faits, heureusement rares, prouvent pourtant que la transmission de la syphilis peut se faire même après 10 ans.

Les accidents d'où ces transmissions naissent sont le plus souvent des érosions d'apparence très simple. Parmi les causes qui provoquent ces poussées syphilitiques, il y en a une dont l'importance a besoin d'être affirmée, c'est le tabac.

De la réinfection syphilitique.

M. Cooper. — Il est certain qu'une première syphilis confère en général l'immunité, mais cette immunité n'est pas vraiment invariable et constante contre de nouvelles infections dans le reste de l'existence. La réinfection syphilitique est rare, mais elle est possible. Il faut à coup sûr beaucoup de prudence dans le choix des observations à ce sujet, mais les observations probantes ne manquent pas.

La réinfection syphilitique chez des syphilitiques anciennement traités prouve l'action curative totale par le mercure.

On voit d'ordinaire la syphilis héréditaire conférer l'immunité à l'individu; il y a des exceptions rares à cette règle.

M. Fitzgibbon considère la syphilis comme une fièvre spécifique de même nature que les autres exanthèmes majeurs. Si elle n'est pas accompagnée de cachexie constitutionnelle préexistante ou d'influences septiques coexistantes, cette maladie suit un cours déterminé, qui épuise dans le système du malade les éléments dont son virus se nourrit. La syphilis ressemble ainsi à la variole, à la vaccine et à d'autres exanthèmes. La première attaque est suivie d'une période pendant laquelle l'individu est protégé contre la réinfection. Mais les effets d'une infection syphilitique, pas plus que ceux des autres fièvres zymotiques éruptives, ne sont pas nécessairement persistants pendant toute la durée de la vie; le procédé par lequel le poison s'élimine est plus lent et sujet à des interruptions et à des complications qui ne se rencontrent pas dans les autres exanthèmes. On peut fournir des preuves abondantes du fait que la plupart des personnes qui contractent la syphilis guérissent complètement; et il existe des preuves incontestables qu'après une période de 5 ans, la maladie a non seulement disparu du système, mais que son influence protectrice peut être anéantie, et que les éléments épuisés ont renouvelé leur vitalité.

De l'emploi de l'iodure de potassium dans certains accidents de la syphilis secondaire.

M. Barbe (de Paris). — Le traitement par l'iodure de potassium a fait ses preuves dans la fièvre et la céphalalgie syphilitiques, dans les névralgies de même nature, dans les douleurs symptomatiques des exostoses, dans les myalgies, les arthralgies précoces, dans toutes ces manifestations secondaires qui ne sont pas localisées à la peau et aux muqueuses. Pourtant je crois, contrairement à l'opinion de quelques syphiligraphes, que ce domaine de l'iodure peut être étendu au traitement des plaques muqueuses, du moins dans certains cas, chez les syphilitiques âgés, cachectiques, qui ne peuvent supporter une médication mercurielle prolongée.

De la syphilis maligne.

M. Haslund (de Copenhague). — *La syphilis maligne est une forme de syphilis secondaire* et n'a aucune relation proche ou lointaine avec le tertiarisme. Ce sont deux choses rigoureusement différentes et qu'il faut distinguer clairement. L'appellation de syphilis maligne n'est d'ailleurs point recommandable, car on peut désigner sous ce nom des formes morbides très diverses et même des complications extra-syphilitiques, n'ayant qu'un rapport accidentel avec une syphilis préalable.

Le pronostic de la syphilis maligne est le plus souvent favorable. En ce qui concerne le traitement il n'y a pas à donner de règles définies, car il peut différer beaucoup, il dépend de la condition générale du patient, de la gravité des symptômes, des traitements antérieurement suivis enfin des commémoratifs eux-mêmes.

M. Neisser (de Breslau) croit qu'il faut distinguer *la syphilis maligne* des syphilis normales mais graves et des syphilis anormales graves.

La syphilis maligne s'accompagne de symptômes généraux aigus, d'une période secondaire hâtive et intense, à rechutes fréquentes, et dont les éléments ont une tendance ulcéreuse.

La diffusion extrême des éléments et leur multiplicité sont parmi les grands caractères de la syphilis maligne. Il faut en distinguer soigneusement le tertiarisme dont l'évolution est gommeuse. Dans la syphilis maligne, les ulcérations sont multiples et disséminées, mais elles ne sont pas serpigineuses comme dans le tertiarisme. L'action sur elles des iodures est incertaine. La malignité de la syphilis résulte bien plus d'une susceptibilité propre du malade que d'une virulence particulière du contage.

La présence dans les ulcérations des staphylocoques pyogènes est une infection surajoutée. Le siège anatomique, l'aspect et la marche du chancre initial n'ont pas d'influence sur la production de la syphilis maligne.

La syphilis *maligne* présente des réactions spéciales au traitement. Souvent le traitement spécifique reste sans succès alors

que les toniques et les applications extérieures de soufre sont utiles.

Le pronostic reste favorable.

M. Tarnowsky (de Saint-Pétersbourg) pense que la syphilis prend un cours grave et spécial par le fait d'une infection mixte pyosyphilitique. La somme de l'effet toxique d'une infection mixte, pyosyphilitique, influe sur le cours de la maladie et lui communique, surtout dans les périodes initiales et secondaires, une plus grande acuité, ainsi qu'une tendance aux récidives sous forme de nodules pyo-syphilitiques.

La complication de la syphilis par une infection de cocci pyogènes, peut avoir lieu au cours de toute la période secondaire, et se manifester par l'apparition, dans l'épaisseur de la peau, de nodules pyo-syphilitiques, contenant des cocci pyogènes accompagnés parfois par les bacilles spéciaux, dont l'auteur a fait mention. Ces nodules peuvent se résorber sous l'influence d'un traitement approprié; ils peuvent au contraire s'ouvrir en laissant des ulcères consécutifs de la période secondaire, et ils sont aptes à transmettre la syphilis aux personnes bien portantes. Cette faculté de communiquer la contagion distingue les nodules pyo-syphilitiques, des tumeurs et ulcères *gommeux*, qui, à cette période, cessent d'être infectants.

La complication de la syphilis à la période tertiaire par les cocci pyogènes ne s'observe que rarement, quoiqu'elle puisse avoir lieu, comme semblent le prouver les gommes compliquées de phagédénisme.

Toutes les conditions qui épuisent promptement l'organisme d'un syphilitique contribuent à son infection par les cocci pyogènes. Parmi ces conditions, on peut citer l'alcoolisme, le diabète, les maladies aiguës, l'excès de fatigue physique, l'abattement moral, le surmenage, etc.

En dehors des infections mixtes pyo-syphilitiques, la syphilis par elle-même peut devenir maligne. Ce genre de syphilis grave se traduit par des lésions vasculaires notables au point de la sclérose initiale. Ces lésions gagnant du terrain et progressant dans leur marche occasionnent de la nécrose (ulcère syphilitique gangréneux). Un autre signe distinctif est le passage prématuré à la période gommeuse; cette dernière se manifeste parfois sans que la maladie ait marqué une période secondaire nette. D'autres fois la période tertiaire survient au cours des accidents secondaires et se mêle à eux pendant la première ou la seconde année de la maladie.

De plus, la localisation même des lésions peut faire étrangement varier la gravité d'une syphilis.

Les trois types précédents de syphilis grave : 1° l'infection mixte pyo-syphilitique; 2° la syphilis à accidents gommeux prématurés; 3° la syphilis à localisations défavorables peuvent se combiner réciproquement. Ils peuvent également revêtir des formes intermédiaires en déviant des types énoncés et présenter des tableaux cliniques multiples et variés de la syphilis grave ou maligne.

Le traitement mercuriel prescrit dès les premiers jours de la maladie, et systématiquement répété pendant 2 à 3 ans, offre un puissant auxiliaire pour combattre la syphilis grave. En outre d'une médication spécifique, un climat tempéré et stable est nécessaire pour assurer le rétablissement d'un malade atteint d'une syphilis grave, surtout à la période gommeuse précoce. Les injections intra-musculaires sont celles qui amènent l'effet le plus prompt, efficace et durable; les préparations mercurielles à l'état de suspension réussissent le mieux et peuvent varier entre le calomel, le bichlorure de mercure, l'oxyde jaune de mercure et le salicylate de mercure.

Rapports de la tuberculose de la peau avec les dermatoses autres que le lupus.

M. Hyde. — Le fait de l'infection primaire et secondaire de la peau par les bacilles de la tuberculose est maintenant accepté universellement. L'auto-infection de la peau peut également se produire. Les tuberculoses viscérales sont quelquefois l'origine d'une dermatose dont les lésions ne contiennent pas de bacilles tuberculeux.

La diversité des différentes formes cliniques de la tuberculose cutanée peut s'expliquer par la multiplicité des micro-organismes qui se rencontrent dans un cas quelconque; par les différences histologiques des tissus dans lesquels les germes sont implantés, enfin par les accidents qui peuvent se produire étant donnée la localisation de l'infection.

On peut classifier les symptômes cutanés de la tuberculose, — non compris le lupus vulgaire — en 3 catégories : I, lésions dues à l'infection tuberculeuse primaire et secondaire; II, lésions où la présence des bacilles de la tuberculose dans chaque cas n'a pas été démontrée, mais où il est possible qu'elles soient démontrées dans l'avenir; III, dermatoses dans lesquelles une tuberculose d'autres organes que la peau peut être indirectement responsable.

Dans la première catégorie, il faut placer :

1° La verruca necrogenica (tubercule anatomique). 2° La tuberculose verruqueuse de la peau de Riehl et Paltauf. 3° La tuberculose papillomateuse de la peau (type Morrow). 4° La fibromatose tuberculeuse de la peau de Riehl. 5° L'éléphantiasis tuberculeux. 6° L'ulcère tuberculeux de Chiari. 7° La gomme tuberculeuse à processus ulcératif. 8° La lymphangite tuberculeuse sous-cutanée (Besnier). 9° La tuberculose serpigineuse ulcérative de la peau. 10° La tuberculose fongueuse de la peau. 11° La tuberculose noueuse atrophique (forme lupoïde).

A la seconde catégorie, il faut reporter :

1° Le lupus érythémateux avec les conclusions suivantes :

A. Il ne provient pas d'une infection tuberculeuse directe et il ne peut être la source d'une autre infection tuberculeuse. B. Il peut survenir chez des sujets non tuberculeux avérés ou chez des individus suspects de tuberculose.

2° Erythème induré des scrofuleux (Bazin). 3° Lichen scrofulosorum. 4° Tuberculose suppurative à poussées bulleuses aiguës (Hallopeau). 5° Un groupe de troubles acnéiformes, sycosiformes et folliculitiques dans lesquels il est possible que la tuberculose soit le facteur causal. 6° Kéloïde. 7° Ulcère mou, compliqué de tuberculose.

Enfin dans le dernier groupe il faut inscrire :

1° Certaines lésions eczématoïdes. 2° L'érythème pernio. 3° Des formes exceptionnelles d'érythème polymorphe. 4° Certaines mélanodermies. 5° Certains purpuras cachectiques. 6° Quelques dermatoses dites médicamenteuses.

M. Hallopeau (de Paris). — La tuberculose peut engendrer des maladies de la peau directement par l'action de son contage ou de ses toxines; elle peut aussi en favoriser le développement en faisant de l'organisme un terrain favorable à leur production.

Il importe en premier lieu d'établir à quels critériums on peut reconnaître que la nature tuberculeuse d'une altération est certaine ou seulement vraisemblable. On peut considérer comme ayant une valeur décisive : 1° la possibilité de transmettre la tuberculose par l'inoculation en séries des produits morbides. 2° La présence de bacilles caractéristiques dans les tissus atteints. 3° La genèse des altérations par auto-inoculation de produits tuberculeux et la réciproque. 4° La production d'éruptions différenciées, telles que le lichen scrofulosorum, sous l'influence de la tuberculine. Par contre, la disposition en nodules des éléments morbides, la présence de cellules géantes, la coexistence d'affections tuberculeuses, les réactions banales sous l'influence des injections de tuberculine et les antécédents héréditaires ne constituent que des présomptions. Aucune des conditions énumérées ne peut être considérée comme *sine qua non*. Les types qui, en dehors du lupus vulgaire, ont été jusqu'ici rattachés à la tuberculose doivent être étudiés isolément.

Tuberculose scléreuse et verruqueuse. Elle doit ses caractères à son siège dans le corps papillaire; elle peut être provoquée par une inoculation venue du dehors, ou par une auto-inoculation aux dépens d'un foyer profond; elle s'accompagne fréquemment de suppurations que l'on peut rapporter à l'action, soit de microbes associés, soit plutôt de toxines. On doit en rapprocher le tubercule anatomique.

Gommes tuberculeuses. — Elles peuvent être consécutives à l'ouverture de dilatations lymphatiques.

Tuberculose en tumeurs. — Leur aspect rappelle celui de sarcomes et de néoplasies mycosiques.

Tuberculoses ulcéreuses. — On distingue les tuberculoses primitivement ulcéreuses, les tuberculoses miliaires aiguës des phthisiques autour des orifices, les ulcérations tuberculeuses végétantes qui viennent secondairement compliquer d'autres

formes; ces ulcères peuvent simuler des chancres simples ou phagédéniques et aussi des ulcères variqueux.

Quant au *lupus érythémateux*, sa nature tuberculeuse toujours contestée ressort des faits suivants : il détermine des adénopathies de voisinage dont on peut démontrer la nature tuberculeuse; il peut coïncider avec le lupus vulgaire : il peut réagir sous l'influence de la tuberculine; l'histologie y dénote parfois l'existence de lésions semblables à celles de la tuberculose; il est probable que le contage s'y trouve sous une forme différente du bacille et y engendre des toxines distinctes de celles de la tuberculose vulgaire.

Tuberculoses superficielles. — Leur nature tuberculeuse a été généralement méconnue jusqu'à ces derniers temps; elles revêtent des formes très diverses qui sont :

1° Le *lichen scrofulosorum* est tuberculeux, car il peut naître de lésions évidemment tuberculeuses et, d'autre part, on a vu son éruption si nettement différenciée se développer sous l'influence de la tuberculine.

2° Les *folliculites suppuratives*, la tuberculose des appareils pilo-sébacés peut revêtir cette forme, car l'on voit ces folliculites se développer autour de lésions tuberculeuses; d'autre part, elles peuvent devenir le point de départ d'une tuberculose lupique ou gommeuse. Elles se présentent sous des aspects divers : tantôt elles sont discrètes, et prennent alors la forme de l'acné cachectique; tantôt elles sont agminées en placards à progression excentrique; on a vu ces placards envahir presque tout un segment d'un membre, s'entourer d'un bourrelet végétant et d'un soulèvement pemphigoïde.

3° La *tuberculose pustulo-ulcéreuse.* — Très analogue aux précédentes, elle en diffère par les croûtes impétigineuses dont s'y recouvrent les éléments, par leur caractère plus profondément destructif et par le fait qu'elle est inoculable; cette dernière particularité montre qu'elle est de nature bacillaire, tandis que la forme précédente se rattache plus vraisemblablement à l'action de toxines.

4° Les *érythèmes tuberculeux.* — On les observe diversement localisés dans la tuberculose miliaire ainsi que dans certains cas de phthisie aiguë.

M. Radcliffe Crocker (de Londres) s'associe pleinement aux précédentes conclusions.

M. Wickham (de Paris) pense que certaines formes superficielles et très étendues d'érythèmes fixes que l'on range dans le lupus érythémateux paraissent dans certaines observations être très nettement en relation avec la tuberculose.

Kystes graisseux sudoripares.

MM. Dubreuilh et **B. Auché** (de Bordeaux) rapportent une observation qui viendrait à l'appui de l'opinion d'Unna qui a montré que le glomérule sécrète de la graisse et que peut-être il ne sécrète pas autre chose que de la graisse.

Il s'agit d'homme de 77 ans bien portant et bien conservé pour son âge, qui depuis son enfance est atteint d'anhydrose presque absolue; depuis 2 ans, il a des démangeaisons diffuses qui ont disparu par l'usage de la pilocarpine à l'intérieur, aidée de lotions vinaigrées ou goudronnées. On trouve de la séborrhée du cuir chevelu, des verrues séborrhéiques sur le tronc.

Les tumeurs dont le malade ne saurait fixer le début sont répandues un peu partout, mais elles sont moins abondantes sur les membres; en revanche, les deux aisselles en sont criblées. Ces tumeurs varient du volume d'un grain de chènevis à un pois, sont arrondies, bien limitées, modérément dures, logées sous la peau et alors plus ou moins adhérentes à sa face profonde, ou bien dans le derme en faisant une très légère saillie. Quelques-unes plus superficielles sont nettement saillantes, ont une teinte grisâtre ou jaunâtre, une consistance molle, semi-fluctuante ou pâteuse.

Leur indolence est complète; par la ponction on donne issue à une masse butyreuse, molle et blanchâtre ou quelquefois presque liquide, jaune et ressemblant à de l'huile. L'analyse y a montré 19,50 p. 100 d'eau, 8 p. 100 de résidus divers et 72,5 p. 100 de graisse. L'examen microscopique ne fait guère trouver que de la graisse solide ou liquide et quelques rares cellules multinucléées.

L'examen microscopique des tumeurs excisées dans les aisselles, le dos et le cuir chevelu, a montré qu'il s'agit de kystes à parois minces, avec un revêtement épithélial formé de 2 ou 3 rangées de cellules aplaties mais nullement kératinisées et très différentes de celles qui tapissent les kystes folliculaires. On trouve en outre des glomérules sudoripares dilatés à divers degrés et représentant tous les stades intermédiaires, depuis les glomérules normaux jusqu'aux kystes complets, qui sont formés par la fusion de toutes les anses dilatées d'un glomérule.

Eczéma chronique végétant de la face.

MM. Gaucher et **Barbé** (de Paris). — L'eczéma chronique des jambes subit parfois chez les vieillards qui sont atteints de varices et dont la profession exige la station debout longtemps prolongée, surtout chez ceux qui négligent de se soigner, une transformation papillomateuse remarquable appelée par Bazin *eczéma dégénéré* et par Hardy *lichen hypertrophique.* Nous avons vu cette transformation se faire presque sous nos yeux dans un eczéma du centre de la face (nez, lèvres). Nous n'en savons nullement la raison, peut-être y aurait-il lieu d'incriminer l'âge (72 ans) et la négligence de la malade.

Les microbes de la séborrhée.

M. van Hoorn (d'Amsterdam) qui a fait l'examen microscopique des pellicules du cuir chevelu dans la séborrhée a trouvé que les pellicules de la séborrhée contiennent constamment au moins 3 différents microbes, c'est-à-dire *une levure*, cultivée pour la première fois par Pekelharing, *un grand bacille*, qui montre des formes gonflées des plus bizarres, et *un autre bacille*, très petit et très court.

Onychorrhexis.

M. W. Dubreuilh et **D. Frèche** (de Bordeaux) désignent sous le nom d'onychorrhexis, c'est-à-dire de fragilité des ongles, une affection caractérisée spécialement par de fines cannelures longitudinales, accompagnées d'amincissement et de fragilité extrême dans les cas prononcés.

L'affection semble être due à un simple trouble trophique analogue à la fragilité des cheveux que l'on observe dans la pelade et dans d'autres circonstances; elle parait être liée à des troubles nerveux congénitaux et persistants, ou accidentels et temporaires et coïncide avec des troubles nerveux généraux, des anomalies dans le développement des cheveux ou autres troubles nerveux tels que névrodermites circonscrites. Ces caractères cliniques très nets la différencient facilement de l'eczéma, du psoriasis, de la trichophytie, etc. des ongles.

Traitement de l'épithélioma cutané.

M. E. Gaucher (de Paris). — La seule méthode opératoire exempte de dangers est la cautérisation. Les cautères potentiels ou caustiques chimiques sont souvent insuffisants et irritent la lésion sans la détruire; quand ils sont assez énergiques, ils produisent des pertes de substance et des délabrements considérables. La méthode de choix est la *cautérisation ignée*, à l'aide du thermo-cautère ou du galvano-cautère, qui opère une destruction intelligente, aussi profonde, aussi étendue ou aussi limitée qu'on veut.

Dans l'intervalle des cautérisations, il faut employer les applications permanentes de chlorate de potasse, dont l'action particulièrement efficace dans le cancroïde est connue de longue date. De préférence à la poudre de chlorate de potasse et aux solutions, l'auteur préconise une *pommade au chlorate de potasse* à 1/6 ou 1/3.

Ce traitement est curatif dans les épithéliomas exclusivement cutanés et superficiels. Dans les épithéliomas des muqueuses, il est peu efficace. Dans les épithéliomas propagés aux parties profondes, il n'est le plus souvent que palliatif.

Un cas de rhinosclérome.

M. Wickham (de Paris) a eu à soigner un cas de rhinosclérome très étendu et très grave, qui défigurait une jeune

femme de Costa-Rica, âgée de 30 ans, et qui remplissait toutes les cavités nasales, arrière-cavités et dépendances. Les cellules ethmoïdales présentaient un commencement de destruction manifeste. Après avoir essayé sans succès les médications habituelles, M. Wickham s'arrêta à l'ablation du nez, puis le râclage de toutes les parties malades, et la cautérisation à la pâte de Canquoin. Depuis 18 mois, il ne s'est pas produit de récidive. La défiguration est avantageusement modifiée par un appareil. Il s'agissait d'un cas typique de rhinosclérome. Les caractères cliniques étaient des plus nets. Les caractères histologiques, ont montré les plasmazellen, les cellules hyalines et les microbes encapsulés, toutes altérations qui spécifient le rhinosclérome.

Teignes et trichophytons.

M. Sabouraud se borne à étudier les points essentiels de la question : à l'étude succincte du *microsporon Audouini* et à la pluralité des *trichophytons*.

On peut énoncer ainsi la question du *microsporon Audouini :* est-il vrai qu'il existe en dehors des tondantes trichophytiques une tondante distincte, spécifique, et dont le parasite causal est le microsporon Audouini décrit par Gruby en 1843 ?

Cette tondante non trichophytique existe, et son parasite *n'est pas* un trichophyton. Pour prouver pleinement que cette teigne spéciale n'est pas trichophytique, il faut prouver que son parasite n'est pas un trichophyton. Or, en culture artificielle, le microsporon Audouini ensemencé produit d'abord un mycélium. Ce mycélium est particulier, il est *moniliforme*, ou plutôt ses cellules sont renflées en massue à leur extrémité périphérique. Quand la culture est adulte et techniquement bien faite, on voit bientôt des filaments sporifères se développer sur les mycéliums primitifs, se recourber en crosse et sur le bord convexe de cette crosse pousser une série de dentelures qui chacune supportent une spore.

Or, ensemencés comparativement, les trichophytons fournissent un mycélium *rectiligne* et *régulier* et leurs appareils conidiophores supportent les spores externes sur des grappes identiques aux grappes de raisin.

Ceci est une différence considérable et tout à fait démonstrative, car on classe les mucédinées, comme toutes les plantes, d'après leurs organes de reproduction. Le microsporon Audouini n'est donc pas un trichophyton.

Une autre preuve à l'appui de ce fait peut être tirée de la structure du microsporon Audouini dans le cheveu de l'enfant.

Si l'on prend un cheveu atteint de teigne tondante à petites spores et qu'on l'immerge à froid dans une goutte de solution potassique pour l'examiner aussitôt microscopiquement, on constatera que le cheveu est revêtu d'une cuirasse de spores contiguës qui se touchent toutes. Si ensuite l'on frotte le cheveu entre les deux lames de verre de façon à le décortiquer de cette enveloppe, on verra que sous cette écorce extérieure de spores existent de fins rameaux mycéliens sinueux collés extérieurement à la cuticule du poil. Si après ce double examen extérieur du poil on le chauffe dans la solution potassique et qu'on l'écrase, on s'apercevra que le cheveu est lui-même rempli de fines tiges mycéliennes ramifiées et qu'à son centre, autour du canal médullaire, existent une dizaine de gros troncs mycéliens parallèles qui sont les tiges primitives du parasite.

Après des examens très fins et multipliés, on se rendra compte des rapports réciproques de ces différents organes et l'on verra : 1° que les tiges mycéliennes centrales sont l'origine des fins mycéliums contenus dans le cheveu ; 2° que les extrémités de ces rameaux vont perforer la cuticule, et, demeurant collés contre elle, vont supporter les spores externes qui sont attachées sur eux par un pédicule, et d'un seul côté du fin rameau terminal.

Ces constatations prouvent que l'appareil sporulaire pectiné du microsporon Audouini est identique dans le cheveu et dans la culture ; elles prouvent également que le microsporon Audouini, contrairement à tous les trichophytons connus, arrive à émettre ses spores-graines dans la vie parasitaire.

Au contraire, dans toutes leurs lésions, les trichophytons ne se montrent jamais que sous la forme de filaments mycéliens plus ou moins septés. Leurs spores en chaîne ne sont que des articles mycéliens, c'est-à-dire des organes de végétation, tandis que le spore du microsporon Audouini, *pédiculé* sur une terminaison mycélienne, a tous les caractères des spores externes, des vraies graines de mucédinées. Il y a là, au point de vue mycologique pur, une différence absolue et considérable entre le microsporon Audouini et les trichophytons : *l'un donne sa graine dans la vie parasitaire et l'autre ne la donne jamais.*

A de telles différences morphologiques correspondent d'énormes différences culturales.

Il existe donc, en dehors des teignes tondantes trichophytiques, une teigne tondante non trichophytique spéciale, distincte au point de vue objectif, au point de vue microscopique, au point de vue mycologique et cultural, de toutes les tondantes trichophytiques connues. On ne la trouve que dans les cheveux de l'enfant et seulement jusqu'à la puberté ; elle guérit spontanément à cet âge ; on ne retrouve jamais son parasite dans les dermatomycoses de l'adulte, etc. Elle est limitée aux pays d'extrême Occident, et les régions méditerranéennes ne la connaissent pas. Elle existe encore à Hambourg, mais on ne la rencontre plus à Breslau. Nul doute que la plupart des négations que cette nouvelle entité morbide a rencontrée à ses débuts ne soient dues à cette répartition géographique spéciale qui ne permettait pas à tous les chercheurs de la constater.

Pour prouver la *pluralité des trichophytons*, M. Sabouraud a exposé les recherches qu'il avait faites trois mois avant le Congrès. Il avait réuni facilement à l'hôpital Saint-Louis 54 malades porteurs de trichophyties de diverses formes et mis leurs parasites en culture, ce qui lui fournit une collection de 300 cultures, comprenant 16 espèces mycosiques distinctes, qu'il fait passer sous les yeux de ses auditeurs.

Pour prouver la différenciation de ces espèces, M. Sabouraud les avait ensemencées chacune sur deux milieux différents : une gélose à la mannite, une gélose au moût de bière, et chaque espèce 5 fois sur le même milieu. Chaque espèce se trouvait donc représentée par 10 cultures, 5 sur moût de bière, 5 sur gélose mannite. Ces cultures montrent combien un même champignon diffère d'aspect suivant le milieu de culture qu'on lui offre, et combien sa forme et sa physionomie personnelles sont invariables *sur le même milieu.*

Il a cité ensuite comme exemple une espèce à culture rose dont M. Mégnin et lui-même ont prouvé l'origine aviaire en la retrouvant sur le cou d'une poule trichophytique ; cette espèce existe en Hollande, en France et en Italie. Il en cite aussi une autre commune à la France et à l'Angleterre (c'est une espèce d'origine féline), et enfin, une troisième d'une superbe couleur violet noir.

Cette espèce, dont l'origine animale est inconnue, mais probable, est très rare à Paris, où M. Sabouraud ne l'a retrouvée que 5 ou 6 fois en 4 ans et sur plusieurs milliers de malades. Au contraire, elle fait à elle seule presque la moitié des trichophyties de l'Italie, comme M. Mibelli l'a dit le premier, et comme M. Ducrey l'a reconnu aussi. Tous ces faits confirment donc les trichophytons multiples en tous pays qui sont différents suivant les pays.

M. Rosenbach (de Gœttingen), a étudié principalement les formes à lésions profondes. La culture du parasite sur un terrain convenable a été la méthode suivie dans les recherches.

L'examen macroscopique et microscopique des cultures pures de trichophyton a démontré certains caractéristiques, invariables pour toutes les générations successives du même parasite, et a établi la pluralité du parasite Trichophyton.

L'inoculation d'un trichophyton, en le frottant dans la peau humaine soigneusement rasée, produit un sycosis de longue durée, et, chez les animaux, un herpes circinnatus temporaire. L'aspect clinique des lésions locales causées par le même trichophyton n'est pas toujours identique. Le même parasite produit quelquefois un sycosis profond, et, d'autres fois, un herpes circinnatus. Mais il est probable que, sous d'autres rapports, tels que la durée de la maladie, l'insuccès du traitement, etc., les différences typiques correspondent aux formes différentes du parasite. La coopération d'autres organismes pyogènes n'est pas nécessaire pour produire l'aspect clinique des trichophytons profonds. Le trichophyton est en soi-même pyogénique.

M. Morris (de Londres), qui a examiné 126 cas de trichophytie, a trouvé que dans 116 de ces cas, le parasite appartenait

à l'espèce de teignes *à petites spores* (microsporum Audouini); le parasite des autres 10 cas était une teigne à *grandes spores*.

M. Morris insiste sur la prépondérance excessive des teignes à *petites spores*. Tout en acceptant la pluralité des parasites de la teigne comme un fait établi, il ne peut admettre que chaque variété clinique de la maladie soit causée par une espèce distincte du parasite, avant que l'évidence fournie soit plus concluante.

MM. Colcott, Fox et **Blaxall**, en s'appuyant sur l'examen clinique microscopique et les cultures de plus de 400 cas consécutifs de teigne du cuir chevelu, de la barbe et de la peau glabre, formulent des conclusions généralement semblables à celles de M. Sabouraud.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

3e Session tenue à Nancy, du 6 au 11 août 1896.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Pleurésie double latente avec mort subite.

M. Ducamp insiste sur l'intérêt médico-légal de ces cas à propos de l'observation d'un enfant de 15 ans, mort subitement; une information criminelle est ordonnée, l'autopsie médico-légale montre un double épanchement pleural tuberculeux.

Un signe particulier de la pleurésie sèche diaphragmatique.

M. de Langenhagen attire l'attention sur un phénomène assez particulier qu'il a observé chez un tuberculeux arthritique, au milieu des symptômes d'une pleurésie sèche diaphragmatique.

Ce malade avait de fréquentes éructations, et chacun de ces renvois gazeux s'accompagnait d'une douleur très vive, siégeant profondément sur la ligne médiane, le long de l'œsophage et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit.

L'auteur attribue cette sensation douloureuse au passage des gaz à travers la boutonnière œsophagienne du diaphragme, et aux tiraillements que leur brusque expansion exerçait sur les fibres de ces muscles.

Cette douleur au moment de la régurgitation peut être jusqu'à un certain point rapprochée de la douleur au moment de la déglutition qui accompagne quelquefois les grands épanchements pleurétiques. En effet, toutes les deux ont une origine mécanique et sont dues à une compression soit liquide, soit gazeuse, exercé sur l'œsophage, compression liquide dans la pleurésie avec épanchement; dans la pleurite sèche, compression gazeuse, provoquant une sorte de dysphagie à rebours.

De l'évolution thermométrique générale de la fièvre typhoïde.

M. Bernheim (de Nancy), conclut ses observations :

1° Le type normal de la fièvre typhoïde, tel qu'il est décrit par Wunderlich, évolution en 3 septénaires, n'est pas le plus fréquent : période d'augmentation : 3 à 4 jours, période d'état jusqu'au 12 ou 14e jour, période de déclin : 5 à 6 jours.

2° A côté de ce type qu'on peut conserver comme schéma, il faut mentionner :

La fièvre typhoïde avec raccourcissement de la période d'état ou fièvre typhoïde abortive;

La fièvre typhoïde avec prolongation de la période d'état ou fièvre typhoïde prolongée.

Dans le premier cas, l'évolution microbienne avorte; les lésions des plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer.

Dans le second, l'évolution microbienne ne se fait pas d'une pièce, mais par poussées successives; comme l'anatomie pathologique le démontre, les diverses lésions ne sont pas contemporaines; les unes sont ulcérées ou cicatrisées quand les autres sont à la période d'hypoplasie. La période d'état peut ainsi se prolonger pendant plusieurs semaines : la fièvre typhoïde peut, comme l'érysipèle, procéder par poussées successives.

3° Quand une nouvelle évolution microbienne se continue, alors que la première est en voie de régression, que la température se relève et fait un nouveau plateau alors que la défervescence était déjà en train, il s'agit d'une recrudescence.

4° Quand la première évolution est tout à fait terminée, et qu'une seconde a lieu, quand la température se relève et fait un nouveau cycle alors que le premier était achevé, que l'apyrexie et les symptômes de la convalescence étaient marqués depuis un ou plusieurs jours, et même depuis quelques semaines, il s'agit d'une rechute.

5° Prolongation d'état, recrudescence, rechute, correspondent à un même phénomène: évolutions subintrantes, successives, des germes typhiques. Le nombre des rechutes dans la fièvre typhoïde est très fréquent; je les trouve dans un quart des cas. Ces rechutes peuvent être abortives, d'autres fois, elles sont longues et graves. Les formes abortives peuvent être suivies de rechutes prolongées et même mortelles.

La bactériologie, en montrant la persistance du bacille typhique dans l'économie pendant plusieurs mois après la convalescence, dans une vésicule biliaire (Dupré), dans une lésion ostéopériostique (Orloff), dans le pus d'abcès, etc., confirme les vues cliniques sur la fièvre typhoïde que je professe depuis une vingtaine d'années. Les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement; certains survivent, propres à créer de nouvelles poussées.

On voit souvent deux ou trois rechutes, même quatre, survenir successivement, après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

6° Les rechutes typhiques peuvent être purement thermiques sans autres symptômes, comme si, les organes étant vaccinés, les germes n'agissaient plus sur eux que comme prétoxines; les rechutes thermiques pures peuvent se prolonger pendant des semaines, ou bien elles ne durent que très peu de jours, figurant des poussées abortives de microbes retardataires.

7° L'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être suivie, après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière, quelquefois seulement vespérale, sans localisation constatable; cette fièvre peut être due à une infection secondaire, staphylococcie ou streptococcie atténuée, qui peut durer des semaines et finir par s'éteindre. Les infections secondaires se rencontrent après la fièvre typhoïde comme après l'influenza.

8° La période, dite amphibole, de Wunderlich, n'est pas, à proprement parler, une période. Toutes les complications peuvent altérer la courbe régulière de la fièvre typhoïde. Elles sont fréquentes surtout dans le troisième septénaire (hémorrhagie, pneumonie, eschares, myocardite, paralysie du cœur, etc.); elles se montrent cependant pendant le premier septénaire (épistaxis, pneunotyphus, etc.), ou pendant la convalescence (eschares, furoncles, infection secondaire).

M. Treille. — Dans les pays chauds et, en particulier, en Algérie, on observe toutes les formes dont M. Bernheim vient de parler, fièvre typhoïde prolongée, rechutes, poussées successives; au bout d'un certain temps, le germe ne produit plus que de la fièvre. J'ai observé aussi deux formes que l'on rencontre dans la pathologie exotique : la forme intermittente parfaite du début de la fièvre typhoïde, et la forme intermittente parfaite de la convalescence. Dans un cas, cette dernière a duré une dizaine de jours. Ces deux formes guérissent sans administration de la quinine.

Tuberculose et lèpre.

MM. Auché et **Carrière.** — La question des rapports de la lèpre et de la tuberculose, après avoir été tranchée dans le sens d'un antagonisme plus ou moins absolu entre les deux affections, est, à l'heure actuelle, encore en litige.

Ayant eu l'occasion d'observer, chez un malade atteint de lèpre systématisée tégumentaire, une fistule à l'anus, nous avons essayé de savoir quelle en était la nature.

Les résultats de nos investigations ont été les suivants :

1° Disposition des lésions qui revêtent l'aspect des follicules tuberculeux typiques, cellule géante centrale, zones de cellules épithélioïdes, zone de cellules lymphoïdes. Dans quelques points, il y a même au centre des follicules de petits foyers de caséification.

2° Présence de très nombreuses cellules géantes, volumineuses, irrégulières, pourvues de prolongements et remplies d'un très grand nombre de noyaux. La lèpre peut, il est vrai, déterminer la production de cellules géantes, mais elles sont généralement moins volumineuses, moins typiques, moins nombreuses et moins nettement disposées en follicules avec couronne de cellules épithélioïdes.

3° Rareté des bacilles dans les cellules géantes, dont beaucoup n'en contiennent pas et dont les autres n'en renferment qu'un ou deux, dans les cellules épithélioïdes et dans les tissus environnants. On connaît, au contraire, l'abondance des bacilles de Hansen dans les lésions lépreuses.

4° Enfin et surtout, résultats positifs de l'inoculation aux cobayes, chez lesquels nous avons trouvé, dans le chancre d'inoculation, les ganglions et la rate, un nombre infiniment plus considérable de bacilles que dans le tissu inoculé.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que la fistule anale de notre malade est d'origine tuberculeuse et non une manifestation viscérale de la lèpre. Quant à la question de savoir si le bacille lépreux a des liens de parenté plus ou moins lointains avec le bacille de Koch, nous avouons qu'elle ne nous sourit guère, et nous aimons mieux voir, dans la lèpre et la tuberculose, deux affections nettement et absolument séparées, mais susceptibles de se développer chez le même malade.

Réinfection syphilitique.

M. Fourrier (de Briey). — J'ai eu occasion de constater 2 fois l'évolution de la syphilis, à 15 ans d'intervalle, chez un malade qui a eu chaque fois un chancre induré suivi de roséole et de plaques muqueuses de la gorge. Dans l'intervalle, le malade, après avoir contracté mariage, a eu trois enfants bien portants et sa santé générale a toujours été satisfaisante. La deuxième syphilis date aujourd'hui de 3 ans et se trouve, elle aussi, en bonne voie de guérison. Dans ces 2 cas, j'ai eu recours au traitement discontinu de M. Fournier, la première fois pendant 5 ans. Ces diverses constatations m'ont permis d'arriver aux deux conclusions suivantes :

1° La syphilis, chez certains sujets et dans certaines conditions, est complètement curable dans un laps de temps déterminé. Mon malade le prouve, car il n'aurait jamais pu guérir le 2° chancre induré si l'organisme n'avait pas été entièrement débarrassé du premier virus syphilitique.

2° La méthode de M. Fournier, par le traitement discontinu pendant 5 ans, a pour résultat, chez ces mêmes sujets, d'amener la guérison radicale de la syphilis.

M. Barthélemy. — La réinoculation de la syphilis n'est pas admise actuellement en France. Les auteurs allemands ont rapporté 70 cas de réinfection et 15 cas d'une troisième réinoculation ; mais l'analyse de ces observations révèle toujours soit une erreur de diagnostic, soit une confusion de lésions spécifiques.

A propos de l'observation rapportée par M. Fourrier, je regrette que l'auteur n'ait pas pratiqué la réinoculation des chancres primitifs, c'est-à-dire n'ait mis en œuvre le seul moyen certain de distinguer le chancre induré du chancre mou. D'autre part, beaucoup de lésions des muqueuses sont syphiloïdes. Quinquaud a décrit notamment l'hydroa des muqueuses qui coïncide souvent avec des érythèmes infectieux simples et prête ainsi davantage à une erreur de diagnostic. Enfin, fréquemment, des gommes de la peau, syphilides ulcéreuses, chancriformes, simulent parfaitement le chancre initial et sont ainsi la source d'erreur difficiles à éviter.

Étiologie des aphthes.

M. Chaumier. — En 1886 j'ai déjà prouvé la nature contagieuse et épidémique des aphthes. Depuis lors, j'ai observé 107 cas qui se sont montrés par groupes.

Dans 21 familles, j'ai vu plusieurs personnes malades à la fois, ou à la suite les unes des autres, Sur ces 21 familles, 13 ont eu 2 malades, 7 en ont eu 3, 1 en a eu 4. La contagion et l'épidémicité résultent de ces faits.

Les aphthes sont inoculables : un enfant, inoculé au bras, a eu des vésicules au point d'inoculation, des aphthes dans la bouche et de petites vésicules sur la peau des lèvres.

Ces lésions sont une diminution de l'éruption cutanée des animaux atteints de fièvre aphtheuse. Elles tendent à prouver l'identité des 2 maladies, identité prouvée également par la récidive dans les 2 cas, la longue conservation des germes, dans les écuries comme dans les habitations, le peu de durée de l'immunité produite par une première atteinte.

Les aphthes ne sont pas une maladie purement locale. La fièvre aphtheuse est contagieuse de la vache à l'homme, mais les aphthes humains ne proviennent pas de l'usage du lait de vaches atteintes de fièvre aphtheuse.

Thyroïdite aiguë.

M. Bar (de Nice). — La thyroïdite est une affection rare d'allure plutôt bénigne. L'intérêt de son étude découle du siège de l'affection à cause des complications de voisinage auxquelles elle expose (laryngosténoses, laryngospasmes, abcès du médiastin, fistule trachéale ou laryngienne) ; mais aussi de son étiologie. Quoique pouvant être de cause externe, la thyroïdite aiguë est bien plus fréquemment l'expression locale d'états infectieux, (typhoïdiques, puerpéraux, diphthériques, etc).

Nous apportons 3 cas à la contribution de l'étude de la thyroïdite. Un d'entre eux appartient à la typhoïde et n'est intéressant que comme tableau symptomatique de l'affection. Le 2° est une complication de la diphthérie et le 3° est survenu au déclin d'une influenza à forme broncho-pulmonaire.

Diathèse calculeuse.

M. Garnier (de Nancy) présente 3 calculs provenant d'un même individu. L'un, du poids de 58 grammes et extrait de la vessie par la taille, a un noyau ellipsoïdal volumineux de xanthine, coloré en rose ; ce noyau est entouré d'une zone blanche de phosphates terreux résultant de la modification de la réaction de l'urine rendue alcaline par la cystite qu'a provoquée la concrétion xanthinique.

Le 2° est exclusivent phosphatique, cylindrique, du poids de 6 gr. 2, et a été trouvé dans la vessie du même individu, à sa mort, survenue 8 ans après l'extraction du 1er calcul.

Enfin, le 3° très volumineux, pesant 61. gr. 5, de forme très irrégulière, est un calcul stomacal constitué par des phosphates terreux en petits nodules, agglomérés par 36 p. 100 de mucine. Sa formation dans l'estomac ne peut s'expliquer que par la précipitation des phosphates terreux extraits des aliments par les liquides acides pendant la digestion, et précipités par les alcalis d'une sécrétion muqueuse surabondante et, en définitive, prédominante.

Urologie du typhus exanthématique.

M. Spillmann (de Nancy) conclut que :

1° La ptomaïne typhique, bien que pyrétogène même à petite dose, n'est pas toxique pour le lapin.

2° La toxalbumine typhique, même à dose considérable, ne tue pas le lapin. Elle occasionne simplement des phénomènes toxiques (diarrhées, accélération de la respiration).

L'urine elle-même est peu toxique ; elle présente pour le lapin, un minimum de toxicité ; le fait s'explique par les symptômes urémiques observés et par les lésions rénales trouvées à l'autopsie.

État fenêtré des valvules aortiques.

M. Ch. Thiry présente deux cœurs, dont les valvules aortiques et pulmonaires offrent des lésions décrites sous le nom d'état criblé, réticulé, perforé ou fenêtré des valvules sigmoïdes (petites fentes linéaires, observées surtout sur les parties latérales des valvules, dans le voisinage de leurs angles d'insertion et près du bord de la valvule.

Cette lésion est considérée comme d'origine atrophique ; on admet qu'elle est produite par une résorption moléculaire, analogue à celle qui aboutit à la production des petits trous que l'on observe dans le péritoine et dans toutes les valvules de l'organisme : valvule mitrale, triscupide, de Tébésius, valvule des veines.

Cet état criblé avait été décrit par Corrigan comme l'une des causes de l'insuffisance aortique. Mais cette opinion a été fort contestée; en effet, les petits pertuis siègent en un point où les valvules s'accolent aux voisines.

Parmi les cœurs présentés, l'un d'entre eux offre ces lésions. Pendant la vie, il n'avait aucun symptôme cardiaque morbide.

L'autre, au contraire, est celui d'un malade qui présentait les symptômes classiques de la maladie de Corrigan : pouls bondissant, souffle diastolique à la base. Et cette maladie a entraîné sa mort. Sur la pièce, on voit par quel processus l'état fenêtré a pu arriver à produire l'insuffisance : deux valvules voisines, par suite du processus atrophique, très intense au niveau de leur insertion, ont été détachées, ont basculé sous l'influence de la pression artérielle.

M. Derlon, en 1867, a présenté à la Société anatomique de Paris un cas analogue.

Hystéro-paludisme.

M. Ducamp rapporte un cas d'hystéro-paludisme dans lequel le paludisme a modifié, pour un temps relativement court, l'hystérie qu'il a provoquée. Les symptômes rappelaient avec une exagération extrême le tremblement de la période de frisson de l'accès palustre. Les convulsions accompagnaient d'abord la fièvre, mais persistèrent après la disparition de la fièvre par la médication quinique. Enfin l'attaque perdit son caractère spécial et prit celui de l'hystérie vulgaire.

Sténose du duodénum adhérent à une vésicule cancéreuse.

M. Pic a observé un fait montrant combien la sténose de la 1re portion du duodénum peut revêtir, à s'y méprendre, l'ensemble symptomatique de la sténose pylorique vraie.

Chez une femme de 58 ans, ayant des antécédents lithiasiques et présentant au-dessus de l'hypochondre droit, au siège de la vésicule, une petite tumeur dure mobile, suivant les mouvements respiratoires, en présence de la conservation d'un bon état général, M. Pic porta le diagnostic de sténose du pylore adhérent à une vésicule calculeuse. La malade succomba peu de temps après une laparotomie suivie d'entéro-anastomose. L'autopsie montra qu'il s'agit non d'une vésicule calculeuse mais d'un cancer du col de la vésicule, et non d'une sténose pylorique, mais d'une sténose de la 1er portion du duodénum, adhérent à la vésicule dégénérée.

Cette observation est intéressante à deux points de vue :

1° Elle contribue à montrer, ainsi qu'il résultait déjà des travaux de Boas, de Rosenheim, de Witties et de M. Pic, que les symptômes de la sténose de la 1re portion du duodénum sont presque identiques à ceux de la sténose pylorique.

2° Il en résulte encore qu'à côté du complexus symptomatique magistralement décrit par M. Bouveret et son élève M. Alex, il en existe un autre, comparable de tous points, et dans lequel la vésicule, au lieu d'être calculeuse, est cancéreuse.

Ponction lombaire.

MM. G. Denigès et **J. Sabrazès** (de Bordeaux). — Sur 14 cas, la ponction a été blanche 6 fois, positive 8 fois. Les cas positifs comprennent 6 méningites tuberculeuses aiguës, un cas d'épilepsie procursive, un cas de rage. 6 fois sur 7, dans la méningite tuberculeuse aiguë, on a retiré du liquide; il ne s'en est pas écoulé dans 2 cas de méningite en plaques chronique, l'un vérifié à l'autopsie, l'autre par la réaction à la tuberculine. Immédiatement après la ponction, dans un cas de méningite tuberculeuse où le liquide soustrait était de 40 c.c. on a noté : une ascension thermique d'un degré (39° au lieu de 38°), une augmentation du nombre des mouvements respiratoires (76 au lieu de 64 par minute), du Cheyne-Stokes, une légère accélération du pouls.

L'examen bactérioscopique du dépôt a toujours été fait sur-le-champ, après centrifugation. Trois fois les bacilles de Koch étaient extrêmement nombreux, intra et extra-cellulaires; dans le dépôt on trouvait, en outre, quelques hématies, des leucocytes mono-et polynucléaires et même des cellules géantes. Dans un cas la recherche bacillaire et l'inoculation furent négatives, bien que les coupes des méninges cérébrales tuberculeuses aient montré des bacilles tuberculeux.

L'injection sous-dure-mérienne au chien du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire pendant la vie dans un cas de rage humaine, a été suivie de rage furieuse 2 mois après l'inoculation.

Il était intéressant de soumettre à des analyses chimiques comparatives et complètes le liquide céphalo-rachidien centrifugé : 5 cas de méningite tuberculeuse et un cas de rage humaine ponctionnés ont servi à cet examen.

Dans les cas de méningite tuberculeuse aiguë, la teneur du liquide céphalo-rachidien centrifugé en principes organiques est très élevée et atteint par litre 2gr33 à 2gr55; dans un cas ces principes se décomposaient en sérine (2gr10), peptones (0gr10), urée (0gr35), corps réducteurs (traces). Il n'a pas été décelé de corps réducteurs dans les cas III et V de méningite tuberculeuse; il n'en existait que des traces dans le cas X. L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien dans la rage diffère très notablement de ce que l'on observe dans la méningite tuberculeuse. Sa densité est moindre; il n'y a plus que 0gr20 de sérine par litre. Par contre les substances réductrices correspondent à 0gr72 de glucose par litre; les chlorures sont plus abondants (6gr90 au lieu de 5 gr.) ainsi que les carbonates, les phosphates et les sulfates.

En poursuivant ces recherches on trouverait peut-être une formule analytique de liquide céphalo-rachidien correspondant à chaque type d'infection méningo-cérébro-spinale.

Syncope et narcolepsie hystériques.

M. Lafforgue (de Longwy). — J'ai pu observer un malade chez lequel se trouvaient associés les deux phénomènes syncope et narcolepsie décrits comme isolés dans le syndrome hystérique. Ces phénomènes se sont produits sous l'influence de l'anémie due à des fatigues et à une affection aiguë. Ils ont disparu grâce à un traitement tonique. Cette anémie générale a localisé son influence sur les centres nerveux, et, sous l'action de l'ischémie cérébrale, la syncope s'est produite. La narcolepsie était accompagnée, au contraire, de phénomènes d'hyperémie cérébrale. Cet état congestif, la sensation de courbature céphalique consécutive à la crise permettent de séparer la narcolepsie du sommeil normal, ainsi que l'état particulièrement obtus de la sensibilité générale et spéciale, anesthésie telle que les excitations n'amenaient aucune réaction.

L'association des deux accidents s'explique par le rôle physiologique des vasomoteurs. Le cas que je viens de relater peut se rapporter, en réalité, à un trouble fonctionnel du sympathique, de nature hystérique.

Hématémèses chez un neurasthénique.

M. Ausset. — J'ai eu l'occasion d'observer un homme de 37 ans, qui eut une première hématémèse à l'âge de 25 ans, à la suite d'un travail intellectuel exagéré en vue d'un concours. Puis tout rentra dans l'ordre, et ce n'est qu'au mois de mars dernier qu'eut lieu le second vomissement de sang, à l'occasion d'une violente contrariété. La veille de cette hématémèse, le sujet était encore en pleine santé. Le sang vomi était très rouge, mélangé d'eau et de mucosités. Au bout de 2 heures, il n'était pas encore coagulé; de consistance sirupeuse, il adhérait légèrement au fond du vase : la quantité totale du liquide rendu était d'environ 200 grammes.

L'examen de tous les organes ne donnait rien d'anormal, sauf un peu de dilatation de l'estomac; pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale; réflexes normaux. Par contre, on notait une céphalée très violente en casque, du reste assez fréquente chez ce malade. Le cuir chevelu est très sensible habituellement, l'insomnie fréquente; aussi son caractère s'en ressent-il : la moindre contrariété l'abat. La mémoire est intacte.

Un examen clinique minutieux permettant d'éliminer la tuberculose pulmonaire, l'ulcère rond et le cancer de l'estomac, il ne peut s'agir ici que d'une hématémèse nerveuse, non pas hystérique, puisqu'il n'y a chez mon malade aucun signe de la grande névrose, mais bien neurasthénique, attendu que l'on

rencontre au contraire chez lui la plupart des signes classiques de la maladie de Beard.

Paralysie agitante.

M. Magnol (de Montpellier). — Dans la paralysie agitante, la courbe de tremblement enregistrée est régulière et ressemble à celle des vibrations d'un diapason, avec renflements réguliers et caractéristiques. Dans la pseudo-paralysie agitante, la courbe est irrégulière et il n'y a pas de renflements.

Polynévrite greffée sur une diathèse nerveuse.

M. Bernheim (de Nancy) rapporte 3 observations de polynévrites développées chez des femmes, à la suite d'une émotion morale vive. Il admet qu'un état général, probablement infectieux, a précédé la localisation sur les nerfs périphériques et conclut que la diathèse nerveuse a créé un terrain favorable à l'évolution de l'infection. On peut donc dire que la diathèse nerveuse ne fait pas seulement de la neurasthénie et de l'hystérie, mais aussi des maladies organiques du système nerveux.

Hérédité psychopathique.

M. Mairet conclut de ses observations, faites sur la descendance des sujets atteints de maladies par ralentissement de la nutrition, que l'hérédité dissemblable n'existe pas en aliénation mentale, mais que la diathèse transmise par l'hérédité est susceptible d'agir plus particulièrement sur le système nerveux prédisposé. Les manifestations mentales peuvent relever des troubles physico-chimiques qui caractérisent la diathèse. Le traitement de l'aliénation mentale est alors celui de la diathèse.

De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës.

M. E. Cassaët (de Bordeaux). — On connaît de longue date les difficultés souvent considérables du diagnostic différentiel de certaines variétés de lésions pulmonaires subaiguës ou chroniques, comme la dilatation bronchique, avec la tuberculose fibro-ulcéreuse. Bien plus simple semble celui des affections bronchitiques aiguës, dont la rapidité d'évolution, la soudaineté du début, la terminaison ordinairement favorable sont considérés comme une preuve certaine que la maladie est transitoire, accidentelle en quelque sorte. A voir les choses d'une manière moins superficielle, on se rend vite compte qu'il est loin d'en être ainsi et qu'il est impossible d'avoir une opinion assise, en l'absence du contrôle bactériologique.

Ayant en effet procédé à l'examen systématique et sérié des crachats d'un nombre assez considérable de malades qui affectaient tantôt le type clinique de la phthisie galopante avec son amaigrissement, sa fièvre, son expectoration verdâtre et sanguinolente, ses râles cavernuleux et tous les signes de l'hecticité; tantôt celui de la tuberculose fibro-ulcéreuse subaiguë; tantôt celui de la granulie avec les poussées arthralgiques, les hémoptysies, la cyanose, l'entérorrhagie, la méningite fruste et même la paralysie faciale; tantôt celui de l'infiltration sous-claviculaire et unilatérale, j'ai pu me rendre compte que, bien loin de retrouver dans ces cas le bacille de Koch, on pouvait ne rencontrer que des espèces banales comme le streptocoque ou plus spécifiques comme le pneumocoque.

Il faut donc être de plus en plus affirmatif sur l'insuffisance de la clinique, livrée à elle seule, quand il s'agit de ces infections bronchiques diverses et sur la nécessité du contrôle bactériologique que j'invoquais plus haut. Le fait est d'autant plus patent qu'au regard de ces formes bronchitiques, d'abord aiguës et plus stables ensuite, on pourrait facilement placer l'histoire d'autres bronchites, véritablement tuberculeuses celles-là, et qui n'en évoluent pas moins avec une très grande bénignité, pour s'éteindre ensuite d'une manière définitive.

De la conductibilité des sons dans les différents stéthoscopes.

MM. Cassaët et **Sigalas** (de Bordeaux) sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Comme l'avait observé Laënnec, la matière qui doit servir à la construction d'un stéthoscope doit être choisie de peu de densité; à l'opposé des autres métaux, l'aluminium, pour cette raison, conduit les sons avec une grande intensité. Cette importance de la densité relève de la formule générale de vitesse de propagation des sons dans les divers milieux et le calcul prouve que dans l'aluminium, elle est égale à celui des bois les meilleurs conducteurs, ce que vient confirmer l'expérience.

2° A l'encontre de l'opinion de Laboulbène, la diminution de la masse d'un stéthoscope n'entraîne pas une diminution proportionnelle de la transmission du son; elle paraît même l'améliorer légèrement.

3° Les stéthoscopes pleins, quelles que soient leurs formes, sont de mauvais instruments.

4° Dans les stéthoscopes rigides, la transmission s'opère par l'air inclus et non par la paroi. La perforation de l'instrument, quand elle est accompagnée d'une diminution sensible de sa masse, double ou triple son pouvoir de conductibilité.

5° Ce dernier ne relève pas de la longueur de la paroi. Comme les résonateurs, les stéthoscopes conduisent diversement les sons, suivant les différences de volume d'air qu'ils contiennent, parce qu'ils peuvent alors se mettre à l'unisson de sons de tonalité différente. Il en résulte la nécessité de l'adaptation du volume d'air aux divers bruits à percevoir.

Étude histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre.

MM. Auché et **Carrière.** — L'analyse de 3 cas d'hémorrhagie pleurale d'origine tuberculeuse nous permet de formuler les conclusions suivantes :

1° La composition histologique des épanchements hémorrhagiques de la plèvre est des plus variables, tant au point de vue de la quantité du sang épanché qu'au point de vue de la proportion des différents éléments cellulaires qu'ils renferment.

2° Le rapport des globules blancs à celui des globules rouges est très différent de celui qui existe dans le sang normal. Tantôt le nombre des globules blancs est à peine augmenté, tantôt il peut atteindre le chiffre des hématies.

3° Le rapport qui existe entre les différentes variétés de globules blancs est aussi très variable. Tantôt il est normal; tantôt la proportion est renversée et le nombre des cellules éosinophiles l'emporte sur celui des globules blancs; tantôt enfin, les lymphocytes grands et petits sont plus nombreux que les leucocytes polynucléés ou mononucléés.

4° Le nombre des cellules éosinophiles est très variable : elles peuvent n'être pas plus nombreuses que dans le sang normal. Leur chiffre peut, dans d'autres cas, s'élever au-dessus du chiffre total des autres variétés de globules blancs ou rester dans des limites intermédiaires.

5° Les caractères microscopiques des cellules éosinophiles sont aussi très variables. Quelquefois, elles ont leur aspect normal : elles sont volumineuses, ont les dimensions d'un leucocyte ordinaire et présentent un noyau contourné ou plusieurs noyaux. D'autres fois, ce sont de gros lymphocytes dont un segment seulement de l'atmosphère protoplasmique serait farci de granulations éosinophiles. D'autres fois enfin, elles ont l'aspect de petits lymphocytes; elles renferment un seul noyau arrondi, très fortement coloré, entouré d'une mince couche de protoplasma. Une certaine étendue de cette enveloppe protoplasmique est remplie de grains éosinophiles disposés sous forme d'une calotte appliquée sur le noyau. A ce niveau, la couche protoplasmique est un peu épaissie; aussi la cellule est-elle déformée et bombée en ce point. Les grains éosinophiles sont, d'ailleurs, en nombre très variable : tantôt ils sont peu abondants, conglomérés dans une étendue limitée de la cellule; tantôt la moitié de la cellule en est remplie. Les différents aspects des cellules éosinophiles peuvent se rencontrer chez le même malade et se présenter avec des degrés de fréquence variables : chez tel sujet, on ne trouve que de gros éléments éosinophiles ; chez tel autre, ce sont les petits qui sont en majorité.

6° L'augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans l'épanchement coïncide avec une augmentation de ces mêmes éléments dans les crachats et dans le sang de la circulation générale.

Obstruction rectale déterminée par des fragments d'os de grenouille.

M. Simon (de Nancy) relate le cas d'un malade entré dans le service de M. Spillmann avec un état général assez grave (fièvre élevée). Il présentait en outre une douleur très vive dans la région rectale; l'anus était le siège d'un écoulement sanieux et fétide. Le toucher rectal permettait de sentir un corps dur, mais friable, situé au niveau de l'ampoule. Une série d'explorations permirent de retirer un certain nombre de corps étrangers, dont le poids dépassait 45 grammes : il s'agissait de fragments d'os de grenouilles que le malade avait ingérés en une seule fois, se trouvant en état d'inanition. Des lavages antiseptiques et l'extraction complète des corps étrangers firent disparaître tous les symptômes.

Angine de poitrine brightique.

M. Rondot (de Bordeaux). — Au cours des néphrites subaiguës ou chroniques, on observe assez fréquemment de grands accès d'angor pectoris liés à l'insuffisance urinaire. Le syndrome angine de poitrine comporte souvent comme élément surajouté une tachycardie arhythmique indépendante de toute altération cardio-vasculaire appréciable. Ces accès s'amendent et disparaissent sous l'influence du traitement de l'insuffisance urinaire.

Les paralysies post-anesthésiques.

M. Vautrin. — On observe après l'anesthésie des paralysies qui atteignent certains groupes musculaires d'une manière plus ou moins complète. Quelques auteurs allemands les désignent sous le nom de paralysies chloroformiques, mais il n'est pas prouvé qu'elles soient dues au chloroforme. Je connais 3 faits de ce genre.

Dans un cas, après chloroformisation pour l'ablation d'un petit papillome lingual, le malade se réveilla avec une paralysie du deltoïde, du biceps et du brachial antérieur du bras droit. Cette paralysie a persisté en diminuant progressivement depuis l'opération, qui eut lieu en 1890. Il y a donc 6 ans que, malgré l'électrisation, les douches et le massage, la paralysie existe en s'atténuant.

Dans un 2e cas, après une cure radicale d'hydrocèle opérée sous le chloroforme, le patient, âgé de 31 ans, présenta à son réveil une paralysie du deltoïde et du long supinateur du bras droit. Ces troubles ne durèrent que quelques jours.

Enfin, dans un 3e fait, j'ai observé une paralysie faciale complète, qui ne dura qu'une quinzaine de jours, survint dans les premières heures qui suivirent l'opération et se dissipa insensiblement sans laisser de traces.

En lisant les observations publiées sur ce sujet, on est frappé de ce fait à peu près constant, à savoir que les paralysies post-anesthésiques ont pour siège le plexus brachial, surtout du côté droit, qu'elles peuvent intéresser les muscles de la face et de la langue et qu'elles s'accompagnent fréquemment de troubles oculaires (dilatation de la pupille, amaurose, etc.). Ces paralysies sont constatées dès le réveil de l'opéré, parfois plusieurs heures ou plusieurs jours après le réveil. La paralysie la plus constante est celle qui intéresse le groupe musculaire suivant : deltoïde, biceps, brachial antérieur et supinateurs. Toutefois, la paralysie peut s'étendre à d'autres muscles. Il existe quelquefois une perte plus ou moins complète de la sensibilité, mais elle ne tarde pas à disparaître.

La durée de ces paralysie est variable : il en est qui guérissent en quelques jours, d'autres qui persistent pendant des années.

La pathogénie de ces accidents est très discutée. Il faut distinguer les *paralysies d'origine périphérique* et les *paralysies d'origine centrale.*

Les premières sont les plus nombreuses; elles intéressent les muscles du bras. Leur production s'explique, d'après Büdinger, par la position donnée au bras droit pendant l'anesthésie. Le membre supérieur est relevé pour faciliter les opérations sur le thorax et l'abdomen. Dans cette position, le plexus brachial est comprimé entre la clavicule et la première côte; de là des troubles de paralysie. Les tractions sur le bras ou l'épaule peuvent avoir le même résultat. Cette explication ne peut s'appliquer aux cas où le bras est resté inerte sur le lit et où la paralysie s'est développée quand même. Ne vaudrait-il pas mieux penser à une paralysie d'origine toxique, provoquée par le chloroforme?

Les paralysies d'origine centrale sont dues à des hémorrhagies cérébrales produites à la faveur des efforts que font les malades au moment de la période d'excitation de l'anesthésie. Une autopsie de Kolisko prouve leur existence d'une manière indubitable.

De la rate paludéenne.

M. Ferrier a examiné un certain nombre de rates paludéennes. Chez 2 sujets morts à la suite d'accès pernicieux (accès comateux et fièvre bilieuse hémoglobinurique), on constatait une accumulation de cellules jeunes et une congestion intense de la rate, expliquant la fonte rapide de l'organe. Le pigment mélanémique existait, mais en proportions très variables : il était augmenté chez le malade qui avait succombé à un accès comateux; il se trouvait en faible quantité, par contre, dans la rate du sujet mort de fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Dans le paludisme chronique, les cellules rondes réduites au noyau sont beaucoup moins abondantes; sur les travées prédominent des cellules plus volumineuses, possédant un corps protoplasmique très net. On note, en plus, l'hypertrophie des cordons pulpaires, la dilatation des sinus veineux, l'augmentation des corpuscules malpighiens. Cette hypertrophie semble compensatrice.

Chez un sujet ayant succombé dans la cachexie, il y avait une sclérose partielle des cordons pulpaires avec une dilatation considérable des sinus veineux. Chez des individus morts peu de temps après un accès de fièvre, le pigment noir existait non dans les vaisseaux, mais dans l'épaisseur du parenchyme.

Les déséquilibrés du ventre au point de vue anatomo-mécanique.

M. Zabé (de Paris) pense que, d'après l'étude anatomo-clinique de l'abdomen, le centre statique de la cavité abdominale a pour siège l'ombilic. Il découle de ce fait que la déséquilibration du ventre attribuée à des ptoses viscérales résulte plutôt d'une lésion matérielle de l'ombilic.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er Septembre 1896.

M. Flaissières, maire de Marseille, ayant adressé une lettre pour rectifier une erreur dans la communication de M. Hervieux relative à la variole à Marseille, et pour démontrer : 1° qu'à Marseille, il n'y a pas d'épidémie variolique; 2° que le service des vaccinations fonctionne bien dans cette ville,

M. Hervieux revient, chiffres en main, sur son rapport et il montre : 1° que la mortalité par variole pour le premier semestre 1896 a été de 358 à Marseille, tandis qu'à Paris elle est depuis longtemps de 2 par mois ; 2° que le service de vaccination animale et gratuite n'a été ouvert, de l'aveu même de M. Flaissières, que le 5 novembre 1895 ; et encore depuis quelque temps M. Flaissières reconnait-il qu'on y a « ralenti » les vaccinations. M. Hervieux maintient donc qu'il n'a commis aucune erreur en signalant la ville de Marseille comme un foyer de variole devant attirer l'attention des pouvoirs publics.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des suppurations pelviennes.

Par Henri Hartmann,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Bien que la question à l'ordre du jour soit « le traitement des suppurations pelviennes » je limiterai ma communication au *traitement des inflammations annexielles ou périannexielles*, occupant le péritoine pelvien.

C'est vous dire que je laisserai de côté les péritonites généralisées à point de départ génital et les inflammations du tissu cellulaire pelvien. Ces lésions sont rares et leur traitement ne nous semble pas prêter à discussion.

Toute péritonite généralisée doit être abordée par l'incision médiane de l'abdomen, toute inflammation suppurée du tissu cellulaire doit être incisée largement et drainée, dans le bassin comme dans toute autre région.

La discussion pendante depuis quelques années ne porte, du reste, que sur le traitement des lésions à point de départ annexiel, salpingites, ovarites, pelvipéritonite, hématocèle, etc., c'est la thérapeutique de ces lésions que nous allons immédiatement aborder.

D'après nos observations, confirmatives de celles de beaucoup d'autres gynécologues, il nous semble bien établi qu'un certain nombre de malades guérissent par le simple traitement médical.

Cela se voit en particulier chez des blennorrhagiques, même après des accidents pelvipéritonitiques qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir. Je n'irai pas jusqu'à dire que le fait se produit dans tous les cas, ni que, dans les guérisons apparentes, il y a *restitutio ad integrum* de l'organe. Mais comme la femme ne souffre plus, il n'y a pas plus lieu d'intervenir sur l'ovaire qu'il n'y a lieu d'intervenir chez l'homme sur un noyau secondaire à une épididymite blennorrhagique. De ces considérations découle une première indication thérapeutique : *sauf le cas de foyer manifestement suppuré, il faut, avant toute intervention opératoire, attendre les effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale.*

Un deuxième point, plus discuté, est celui de la question des *interventions intra-utérines*, en particulier de la dilatation et du curettage, comme traitement des inflammations périmétritiques. Si nous nous en rapportons à ce que nous avons constaté, nous arrivons à cette conclusion qu'il y a lieu de commencer par la dilatation et la désinfection de l'utérus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péritonitiques. Cette pratique, essentiellement conservatrice, ne présente aucun danger si l'on agit antiseptiquement et sans tiraillements brutaux sur la matrice. Elle ne risque que d'être inutile et donne dans un certain nombre de cas de réels succès.

Lorsqu'au contraire il s'agit de grosses lésions localisées ou de tumeurs annexielles petites mais bien circonscrites, jamais, entre nos mains, le traitement intra-utérin n'a amené la moindre amélioration dans l'état des malades.

Ces données préliminaires établies, j'arrive aux résultats de l'intervention opératoire directement dirigée contre les lésions périmétritiques. Je m'appuierai pour cela sur une série de 167 opérations consécutives, représentant ma pratique intégrale depuis le 1er janvier 1893, mes opérations antérieures se trouvant déjà relatées dans un mémoire publié en collaboration avec mon maître le professeur Terrier en 1893 (1).

Ces 167 interventions (2) ont donné 8 morts, soit une mortalité de 4,79 p. 100; encore devrions-nous retrancher une mort par syncope chloroformique survenue au début d'une opération pour grossesse tubaire rompue avec hémorrhagie interne, ce qui nous donne 7 morts sur 166 cas, soit *4,22 de mortalité*.

Ces opérations se décomposent en :

104 cœliotomies, 4 morts soit 3,8 p. 100 de mortalité.
- 47 annexites suppurées, 3 morts, soit 6,38 p. 100 de mortalité (13 cas non drainés avec 1 mort, 7,69 p. 100; 34 cas drainés, 2 morts, 5,88 p. 100).
- 11 grossesses ou avortements tubaires, 1 mort, 9 p. 100.
- 10 hydrosalpingites, dont 2 avec pédicule tordu, 0 mort.
- 27 annexites, 0 mort.
- 9 ovaires scléro-kystiques, 0 mort.

Dans 46 des 47 annexites suppurées, l'ablation des annexes a été bilatérale, dans 1 les annexes du côté opposé saines ont été conservées. Nous avons de même pu conserver un côté sain dans 7 opérations pour grossesse tubaire, dans 2 pour hydrosalpingite, et dans 9 pour annexites. Sur 9 opérations pratiquées pour ovaires scléro-kystiques, nous avons 2 fois fait l'ablation bilatérale, 2 fois nous avons limité l'ablation à un seul ovaire, une fois parce qu'il était seul pris, 1 fois parce qu'il était seul prolabé dans le cul-de-sac postérieur, 4 fois nous nous sommes limités à l'ignipuncture, qui 2 fois a été suivie d'hystéropexie, l'utérus étant en rétro-déviation. Cette hystéropexie a été pour la même raison, faite dans 4 des

1. Terrier et Hartmann, Remarques anatomiques, cliniques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomies pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération (*Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 417).

2. Les observations paraîtront prochainement *in extenso* dans la thèse de mon élève et ami Audiau, qui étudie en ce moment les suites immédiates et éloignées des opérations pratiquées sur les annexes.

27 opérations pour annexite. Ajoutons enfin que 2 fois dans ces derniers temps, nous avons, après les annexes, enlevé par l'abdomen l'utérus gros et friable dans un cas, fibromateux dans l'autre. Les succès obtenus nous engagent à généraliser quelque peu cette pratique dans l'avenir.

Les 4 morts de cette série ont été déterminées 2 fois par une septicémie péritonéale, 1 fois par une plaie du sommet de la vessie, 1 fois par des accidents urémiques.

39 hystérectomies vaginales, 3 morts, 7,68 p. 100.

19 cas suppurés, 2 morts, 10 p. 100.

20 non suppurés, 1 mort, 5 p. 100.

29 fois l'hystérectomie a été accompagnée d'ablation complète des annexes; 7 fois l'ablation des annexes a été incomplète, 3 fois nous nous sommes bornés à enlever l'utérus sans chercher à extirper les annexes.

Les 3 morts ont été déterminées, 2 fois par une péritonite plastique qui, les 2 fois, a débuté à la suite de l'ablation des mèches de gaze qui bourraient le vagin, et a causé la mort des malades, une fois le 11e jour, une fois le 6e jour avec des accidents d'occlusion intestinale. La dernière mort a été la conséquence d'une hémorrhagie survenue 1 heure après l'ablation des pinces.

22 colpotomies postérieures, 0 mort.

14 pour lésions suppurées.

6 pour hématocèles.

2 pour collections séro-fibrineuses du cul-de-sac postérieur.

A côté de ces 22 colpotomies nous rangerons une incision abdominale de péritonite enkystée péri-annexielle, constituant une poche recouverte par l'épiploon, poche que nous avons simplement ouverte par une incision faite en dehors du muscle droit de l'abdomen.

Ceci dit, sur les suites immédiates des opérations faites, voyons les *suites éloignées*.

Si nous nous plaçons exclusivement au point de vue de la disparition des symptômes morbides, l'avantage est, d'après nos observations, pour l'hystérectomie vaginale, lorsque à l'ablation de l'utérus a été adjointe celle des annexes.

Convalescence rapide, disparition des symptômes douloureux, cessation de tout écoulement vaginal, absence de cicatrice abdominale avec ses petits inconvénients, tout est ici réuni en faveur de la voie vaginale. La seule critique que nous ayons entendu émettre, théoriquement, disons-le immédiatement, c'est le trouble apporté aux rapports conjugaux. Il n'en est rien, croyons-nous, pour l'immense majorité des cas, et, à ce point de vue, la distinction faite entre celles qu'on a appelées les clitoridiennes et celles pour lesquelles le col serait tout ne nous a pas frappé.

Disons cependant qu'au point de vue spécial où nous nous plaçons, certaines femmes, dans des cas rares il est vrai, ont, à la suite d'eschares vulvaires, de petites cicatrices s'écorchant facilement et devenant douloureuses. A part ce petit inconvénient, très rare du reste, l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes reste au point de vue curatif l'opération idéale. Aussi comprend-on l'enthousiasme qu'a soulevé cette opération auprès de quelques-uns, d'autant que certaines malades sont rassurées par ce fait qu'on ne leur « ouvre pas le ventre » et qu'on a là un subterfuge pour les tranquilliser et leur faire accepter plus facilement une intervention.

La castration n'est de plus pas toujours sans présenter le moindre ennui. La cicatrice peut quelquefois suppurer; dans certains cas, il n'y a pas immédiatement une disparition absolue des douleurs; de plus la castration bilatérale a l'inconvénient de laisser un utérus inutile, sinon déjà suppurant et saignant, tout au moins susceptible de s'infecter ultérieurement, l'involution secondaire à la castration pouvant être incomplète, longue à se faire ou même manquer totalement (1).

Quant à la simple incision des collections suppurées, outre que, dans quelques cas, elle ne met pas la malade à l'abri d'une deuxième intervention radicale (2 fois sur 23), elle est loin de donner une guérison aussi rapidement complète que l'hystérectomie.

Il semble donc, au premier abord, que l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes l'emporte sur tous les autres modes de traitement.

Nous ne pouvons cependant admettre que ce soit le procédé de choix. L'ablation totale des annexes n'est pas toujours possible par le vagin. Le résultat n'est plus alors constamment parfait et quelques malades accusent encore de petites douleurs tout comme certaines opérées par la voie abdominale. De plus, l'opération, dès qu'elle n'est pas absolument simple, présente quelques difficultés, notablement plus, en tout cas, que l'opération par la voie abdominale. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de deux malades chez lesquelles, au cours d'une hystérectomie difficile, l'écoulement sanguin nous amena à ouvrir le ventre, séance tenante, pour assurer l'hémostase. En un instant, ce qui restait des annexes fut enlevé, les vaisseaux liés et les deux malades guérirent.

L'aléa dans l'hystérectomie vaginale est peut-être plus grand que dans la cœliotomie, devenue bien réglée, depuis qu'on opère en voyant tout ce qu'on fait (2), opérant sur plan incliné, avec des compresses stérilisées recouvrant les intestins et limitant le champ opératoire. Aussi l'opération est-elle plus grave par la voie vaginale.

Je ne comparerai évidemment pas les résultats que j'ai obtenus par la voie vaginale à ceux que m'a donnés la voie abdominale. Les hystérectomistes pourraient me reprocher de ne pas bien posséder leur méthode. Je comparerai les deux statistiques intégrales de cœliotomies publiées à Paris, celle de mon ami Pierre Delbet (3) et la mienne, aux deux statistiques intégrales d'hystérectomies publiées à Paris, celle de Richelot et celle de Segond. En réunissant les cas publiés dans son traité (4) aux chiffres qu'il a donnés dans un travail plus récent (5) nous voyons M. Richelot arriver avec 307 hystérectomies et 15 morts, soit une mortalité globale de 4,87 p. 100.

Encore devons-nous faire observer que sa statistique comprend un nombre que nous ne pouvons préciser d'hystérectomies pour métrites.

1. Je ne parle pas des fistules pyostercorales persistantes, dont quelques adeptes exclusifs de la voie vaginale ont exagéré la fréquence et la gravité. Une seule de mes malades a conservé une fistulette que ne l'a pas empêchée de se remarier. Ces fistulettes, quand elles existent, sont bien moins pénibles que celles qui s'ouvrent dans le vagin. Une de mes hystérectomisées, dont le foyer se vidait partiellemenr dans le rectum avant l'opération, a conservé après elle une fistule dans laquelle le cours des matières a changé et se fait de l'intestin vers le vagin. Dès qu'elle a un peu de diarrhée il passe des matières dans le conduit. Aussi contrairement à celle qui porte une fistule abdominale notre opérée vaginale n'ose avoir des rapports qui, du reste, sont peu attrayants pour le mari.

2. J'insiste, après mon maître Terrier, sur la nécessité qu'il y a de voir tout ce qu'on fait, contrairement à M. Richelot qui pense que « celui qui voudrait voir tout ce qu'il fait serait un mauvais laparotomiste » et qu'il faut opérer « au jugé le plus souvent ». C'était la pratique générale il y a une dizaine d'années, ce n'est plus la nôtre actuellement.

3. Chavin, *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie* (thèse de Paris, 1895-1896, n° 235).

4. Richelot, *L'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

5. Richelot, Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale (*Annales de gynécologie*, Paris 1895, t. II, p. 422).

M. Segond (1) sur 200 hystérectomies a 14 morts, soit 7 p. 100.

Au contraire, 135 laparotomies faites par Pierre Delbet n'ont donné que 5 morts, soit 3,7 p. 100; 104 faites par nous, 4 morts, soit 3,8 p. 100.

La voie abdominale reste donc comme nous le disions en 1892 avec notre maître le professeur Terrier (2) *moins grave que l'hystérectomie vaginale,* nous ajouterons aujourd'hui *surtout lorsqu'on compare des statistiques intégrales.*

Un deuxième élément intervient encore pour nous faire rejeter l'hystérectomie vaginale comme méthode générale de traitement. C'est que l'opération est toujours totale.

Je sais bien qu'on a dit pouvoir explorer les annexes par le cul-de-sac postérieur et ne faire l'hystérectomie qu'après constatation de la bilatéralité des lésions. C'est là de la théorie et les hystérectomistes ne pratiquent guère cette exploration. Elle ne donnerait du reste aucun renseignement quand les annexes malades occupent le cul-de-sac postérieur et que les saines sont haut placées.

Or, après la conservation de la femme, déjà mal assurée par l'hystérectomie, le deuxième but à atteindre est la *conservation de la fonction* qui ne l'est pas du tout dans la castration vaginale, qui l'est au contraire un certain nombre de fois lorsqu'on opère par l'abdomen.

La même tendance conservatrice qui fait que nous préférons la voie abdominale, pour conserver si possible un côté, fait que nous recourons beaucoup plus volontiers qu'autrefois à la simple incision vaginale.

Il y a quelques années encore, imbu des idées de Tait, nous ne nous hasardions que timidement et tout à fait exceptionnellement à faire une incision vaginale. La crainte de voir réapparaître les accidents nous faisait recourir d'une manière presque absolue à l'ablation bilatérale des annexes.

L'observation suivie des malades, en nous montrant la persistance de la guérison dans un grand nombre de cas, a peu à peu modifié nos idées; nous avons de moins en moins eu recours au moyen radical de l'exérèse totale (3).

21 femmes sont restées complètement guéries après la simple incision du foyer inflammatoire. Si à ces 21 femmes nous ajoutons 26 autres opérées chez lesquelles après incision abdominale, nous avons conservé un côté, nous voyons que sur 127 malades, 47, soit plus de 1 sur 3, ont conservé les attributs de leur sexe. L'une d'elles a déjà mené une grossesse à terme et est heureusement accouchée dans le service de notre maître le professeur Pinard le 26 juin dernier. Aucune de ces femmes, n'a eu à souffrir de ces troubles constants après les castrations bilatérales ou les hystérectomies, bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, etc., ce qui n'est pas encore sans mériter attention.

Aussi continuons-nous à regarder la voie abdominale comme celle qui convient au plus grand nombre de cas.

La simple incision vaginale nous semble applicable aux collections saillant dans le cul-de-sac postérieur et aux foyers suppurés manifestement unilatéraux et pas trop haut situés.

L'hystérectomie vaginale est formellement indiquée dans les cas rares de suppuration pelvienne avec foyers multiples et gangue immobilisant complètement l'utérus. L'opération n'est pas idéale, mais est moins grave qu'une autre. C'est en somme une ouverture large de foyers sans ablation des poches qu'on cherche simplement à crever si elles ne l'ont pas été au cours même de l'hystérectomie qui est alors faite par morcellement.

L'hystérectomie vaginale nous semble admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume.

Pour toutes les grosses tumeurs, pour les lésions haut situées, comme pour tous les cas où il n'y a pas certitude absolue de lésion bilatérale incurable, nous lui préférons la *voie abdominale* quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen lors que cet organe est gros, suppurant et friable.

Nous n'avons jamais eu recours à la colpotomie antérieure des Allemands qui n'a rien pour nous tenter. Quant à l'ignipuncture des ovaires scléro-kystiques elle ne nous a pas donné ce que nous en attendions. Le plus souvent du reste, il s'agit en pareil cas de nerveuses qui ont des douleurs multiples et nous paraissent justiciables d'un traitement général plus que d'une intervention opératoire.

1. Segond *in* Baudron, *De l'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.
2. Terrier et Hartmann, *Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 417.
3. Il en est du traitement des inflammations annexielles comme de celui des tuberculoses articulaires. Dans celles-ci, l'opération qui débarrasse le plus rapidement et le plus complètement les malades c'est l'amputation; n'empêche que la résection et les méthodes conservatrices ont, dans bon nombre de cas, constitué un réel progrès.

OTOLOGIE

L'otite moyenne tuberculeuse,

Par M. le Dr H. Monscourt.

Depuis la découverte du bacille de la tuberculose par R. Koch, on distingue à côté des otites moyennes à streptocoques, à pneumocoque et à staphylocoques, une *autre otite spécifique, l'otite moyenne à bacilles de Koch* (Eschle (1), Nathan (2), Habermann (3), Lavrand (4), Prautois (5), Milligan (6), etc.).

Elle est quelquefois primitive [Schwartze (7), Knapp (8), Zaufal (9)], plus souvent, elle est secondaire à la tuberculose pulmonaire ou à toute autre tuberculose viscérale. D'autres fois, c'est une inflammation chronique de la caisse, consécutive à une maladie infectieuse, qui favorise le développement des bacilles de Koch et amène la tuberculisation de l'organe de l'ouïe.

D'après nos cas personnels (10), l'otite moyenne tuberculeuse se montre de préférence chez les enfants et à l'âge adulte, car nous l'avons rencontrée chez des sujets âgés de 15 mois à 11 ans, et de 22 à 39 ans; dans 4 de nos observations elle était bilatérale, 3 fois elle siégeait à gauche, et 2 fois à droite.

Nous avons fait aussi une remarque qui nous semble fondée : certains malades qui ont eu jadis, dans leur enfance, plusieurs bronchites, une pleurésie, qui toussent quelquefois, se plaignent de sueurs nocturnes, de douleurs thoraciques, paraissent maigres et chétifs, souffrent au moindre froid, à la moindre cause, de la gorge et de

1. Eschle, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1883.
2. Nathan, Inaugural Dissertation, München, 1884.
3. Habermann, *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, 1885-88; — *Prager med. Woch.*, 1888; — *Berlin. klin Woch.*, 1889.
4. Lavrand, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1889.
5. Prautois, *Revue médicale de l'Est*, 1892.
6. Milligan, *British med. Journal*, 1895; — *The med. Chronicle*, 1896.
7. Schwartze, *Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten*, 1885.
8. Knapp, *Archiv of Otology*, vol. XXIII.
9. Zaufal, *Prager med. Woch.*, 1888; — *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1890.
10. Monscourt, L'otite moyenne tuberculeuse (th. Paris), 1896.

l'oreille. La gorge est douloureuse; quand ils avalent la salive, quand l'air frais frappe le pharynx, quand ils parlent, ils portent la main à l'oreille où répond une vive douleur. Ils ont quelquefois des bruits subjectifs, mais ils sont passagers; d'ailleurs, l'examen otoscopique ne révèle rien d'anormal. Ces malades, dont l'appareil auditif semble plus disposé à se prendre que chez certains autres, sont, selon nous, des candidats à la tuberculose de l'oreille.

L'*infection tuberculeuse de l'oreille moyenne* se fait de plusieurs façons : nous venons de parler de la tuberculisation de la caisse à la suite d'une otite chronique, comme celles si souvent observées après la grippe, la scarlatine, ou la rougeole; elle peut encore survenir à la suite d'une tuberculose primitive du rocher qui se propage à la muqueuse de la caisse et l'envahit secondairement, ainsi que cela se passe dans les tumeurs blanches, où la tuberculose est d'abord osseuse et gagne, plus tard, la synoviale par effraction brusque, ulcération, ou voie lymphatique.

Mais, comme pour les autres microbes pathogènes, la trompe d'Eustache est la voie le plus communément suivie par les bacilles de Koch pour pénétrer dans l'oreille moyenne. La raison en est d'autant plus facile à comprendre que la trompe d'Eustache, si souvent dilatée chez les tuberculeux, est en contact par son extrémité pharyngienne avec les mucosités venues des bronches, et que le pharynx, qui contient de nombreux bacilles, renferme aussi ceux de la tuberculose. Ils ont été, en effet, rencontrés par Habermann dans les 2 cas où il les a cherchés, et Fränkel les a trouvés 10 fois sur 50 tuberculeux. Les expériences du professeur Straus (1) sont aussi suffisamment probantes, puisqu'il a trouvé « des bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains fréquentant des locaux habités par des phthisiques. »

Formes. — L'otite moyenne tuberculeuse revêt 3 formes cliniques :

1° La *forme subaiguë*, catarrhale, exsudative ou inflammatoire qui peut passer inaperçue ou présente, au contraire, l'aspect d'une otite moyenne catarrhale banale jusqu'au jour où apparaît sa nature tuberculeuse. Elle précède la forme chronique, et en constitue la première période.

2° La *forme chronique* qui a un début si insidieux qu'elle paraît chronique d'emblée. C'est une otite moyenne purulente, à bacilles de Koch, un véritable abcès froid de l'oreille moyenne;

3° La *forme aiguë*, assez rare, qui frappe l'organe de l'ouïe en son entier.

Forme subaiguë. — Dans cette forme le malade ne se plaint pas de douleurs, car elles sont si légères qu'elles peuvent passer inaperçues; il ressent plutôt une certaine gêne, une sensation de plénitude et de tension du côté de l'oreille. Par contre, les bruits subjectifs sont assez intenses; les bourdonnements, les sifflements, les bruissements apparaissent, tantôt, par intervalles au cours de la journée, tantôt, jour et nuit, sans discontinuer. L'audition est quelquefois diminuée au point de gêner la conversation, mais la surdité n'est jamais complète.

A l'examen otoscopique, on voit le tympan conserver sa coloration normale ou présenter un reflet rougeâtre, causé par l'inflammation de la muqueuse de la caisse, et l'hyperémie du promontoire due probablement à quelque obstacle au cours du sang allant de la caisse au labyrinthe; d'autres fois, il est rouge, vascularisé surtout dans son segment sus-ombilical et au niveau du marteau; plus souvent, il paraît épaissi, trouble, opaque et blanc jaunâtre. Il semble garder sa forme normale, mais dans certains cas, au contraire, il est déprimé, les osselets font saillie au dehors et si le manche du marteau et la branche de l'enclume sont inclinés en dedans vers la paroi labyrinthique, il peut se porter aussi vers cette paroi et s'accoler à elle; mais jamais, dans cette forme exsudative et inflammatoire, le tympan ne présente de perforation.

On entend *à l'auscultation* quelques râles humides dus au passage de l'air à travers les mucosités de la trompe et de la caisse. A mesure que l'exsudat se résorbe et que la trompe et l'oreille moyenne deviennent libres de toute inflammation, les râles humides font place à un bruit de souffle de plus en plus doux. Si le tympan est seulement déprimé, sans adhérer au fond de la caisse, par le Valsalva ou le Politzer il reprend facilement sa position normale; mais si l'exsudat, au contraire, a laissé dans la caisse des traces de son passage sous forme de brides fibreuses unissant la membrane tympanique à la paroi labyrinthique, on entend, alors, à l'auscultation, des craquements secs dus au déplissement subit des brides fibreuses et même à leur rupture. L'auscultation est négative s'il y a adhérence complète du tympan au promontoire et ankylose des osselets.

L'otite moyenne tuberculeuse subaiguë *dure* 1 à 2 mois *sans amener jamais d'otorrhée*; elle donne lieu à des récidives et à des rémissions plus ou moins longues jusqu'à l'apparition de la forme chronique.

Le *diagnostic* de cette forme est loin d'être toujours facile, cependant, dans l'otite moyenne catarrhale à staphylocoques ou à streptocoques, il y aurait de la douleur, de la fièvre, et quelquefois de l'inflammation du conduit auditif. Dans l'otite scléreuse, les bruits subjectifs seraient intenses, mais le tympan serait épaissi, grisâtre, d'aspect floconneux, avec parfois des dépôts calcaires. L'otite moyenne syphilitique s'accompagnerait d'une légère douleur, les bruits subjectifs seraient assez prononcés, mais le tympan présenterait une coloration caractéristique qui la ferait découvrir aussitôt : il est en effet gris bleuté, ardoisé; enfin, sous l'influence du traitement l'affection céderait en peu de temps et le tympan reprendrait sa coloration habituelle.

Si on procède à l'*examen anatomo-pathologique* de l'oreille moyenne frappée d'une pareille tuberculose, on y trouve un exsudat plus ou moins abondant, séro-fibrineux ou purulent, de couleur jaune verdâtre, quelquefois brunâtre. Des brides fibreuses divisent la caisse en plusieurs cellules secondaires; très solides, surtout au niveau de leurs points de soudure, elles entourent le marteau, l'enclume, les attirent en dedans sur un plan presque horizontal, ce qui les fait voir en raccourci, et unissent la membrane du tympan à la paroi labyrinthique. La membrane, dans certains cas, est simplement déprimée, dans d'autres, au contraire, elle est si bien accolée à la paroi interne de la caisse qu'elle se confond avec elle. La muqueuse est recouverte dans presque toute son étendue de fausses membranes grisâtres, couenneuses, plus ou moins épaisses; elle est surtout le siège d'une infiltration cellulaire diffuse renfermant en son milieu des tubercules miliaires avec cellules géantes et bacilles.

Ces adhérences qui entourent la chaîne des osselets, accolent le tympan à la paroi labyrinthique et unissent les différentes parois entre elles, l'épanchement séro-fibreux, quelquefois purulent, contenu dans la caisse ou mieux dans les cavités secondaires limitées par les adhé-

1. Straus, La tuberculose et son bacille, 1895.

rences, les fausses membranes qui tapissent la muqueuse, toutes ces lésions sont exactement celles observées dans la pleurésie tuberculeuse. D'ailleurs, la cavité de l'oreille moyenne ne rappelle-t-elle pas la cavité pleurale?

La muqueuse des parois de l'oreille moyenne peut, en effet, être comparée à la plèvre pariétale, et la muqueuse qui entoure la chaîne des osselets, à la plèvre viscérale. Entre les deux muqueuses pariétale et viscérale, épaissies et tapissées de fausses membranes, se trouvent les adhérences et l'exsudat, comme entre les deux séreuses pleurales.

La chaîne des osselets, dont les fonctions d'audition sont troublées, quand elle est refoulée vers la fenêtre ovale, ankylosée, comprimée par les adhérences, peut être, aussi, aisément comparée au poumon, dont les fonctions de respiration sont troublées, quand il est refoulé vers la gouttière vertébrale, comprimée par l'épanchement, bridé par les adhérences.

Forme chronique. — Si l'otite moyenne tuberculeuse subaiguë rappelle la pleurésie sèche, l'otite moyenne tuberculeuse chronique rappelle la pleurésie purulente à bacilles de Koch, et comme on a appelé cette dernière, abcès froid de la plèvre, nous donnons à l'otite moyenne, tuberculeuse chronique le nom *d'abcès froid de l'oreille moyenne*.

L'*otorrhée* est la première manifestation clinique de l'otite tuberculeuse chronique. Elle dure 10 à 20 ans, mais elle est d'abondance variable, car si parfois, elle revêt le caractère d'un véritable flot de pus, elle peut se présenter, aussi, sous l'aspect d'un léger suintement qui lubrifie les parois de la caisse. Le pus est jaunâtre, ou blanc grisâtre comme du fromage blanc, séreux, grumeleux, quelquefois épais et crémeux; il exhale une odeur fade et nauséeuse, et renferme des débris de toutes sortes, principalement de la matière caséeuse et des bacilles de Koch.

Le caractère pathognomonique de cette forme chronique, c'est d'être *exempte de toute douleur*. S'il en survient, on peut être sûr qu'un séquestre par sa présence dans la caisse détermine l'inflammation des parties voisines, ou plutôt qu'il vient de se produire des infections secondaires; et c'est à ces infections surajoutées, aux streptocoques, aux staphylocoques et autres agents pathogènes, qu'il faut presque toujours les attribuer.

L'intensité des bruits subjectifs dépend de l'étendue et du siège des lésions observées, car, s'ils existent à peine dans certains cas, malgré une tuberculose avancée de la caisse, ils sont, d'autres fois, assez intenses, même quand il paraît y avoir peu de lésions du côté de la paroi labyrinthique.

Les vertiges s'observent s'il y a ankylose des osselets, enfoncement de l'étrier dans la fosse ovale et surtout s'il y a carie de la paroi labyrinthique et extension de la tuberculose à l'oreille interne. L'audition est généralement diminuée, elle est abolie toutes les fois que la carie envahit le labyrinthe.

Chez les malades atteints de tuberculose auriculaire on peut, en outre, apercevoir autour du pavillon quelques volumineux ganglions, qui siègent au-devant du tragus, au niveau de la région mastoïdienne, ou dans la région cervicale le long du sterno-cléido-mastoïdien. La paralysie faciale qui est un signe précoce de tuberculose de la caisse peut aussi s'observer : la compression du nerf par l'hypertrophie des parois du canal de Fallope, la carie de ce canal, le contact du nerf avec le pus et son inflammation en expliquent facilement la fréquence.

A l'examen otoscopique, le tympan est épaissi, macéré, pâle ou grisâtre, il présente toujours, et c'est là un caractère important, *plusieurs petites perforations*, grosses chacune comme une tête d'épingle. Elles siègent n'importe où, là où étaient les tubercules qui se sont ramollis et ulcérés, car des tubercules miliaires seulement dépendent la petitesse, la multiplicité, le siège des perforations; mais il faut cependant remarquer que dans l'otite tuberculeuse ces perforations multiples existent de préférence dans le segment antéro-inférieur du tympan, et surtout qu'elles sont toujours indolentes : aussi dans la plupart des cas, le médecin fait comme une découverte, le malade n'ayant rien ressenti jusqu'alors.

Comme elles s'étendent en surface, elles finissent par se réunir et à n'en plus former qu'une seule plus ou moins large; on voit alors autour de l'anneaux osseux et le long du manche du marteau les débris de la membrane flotter librement dans l'oreille moyenne, ou au contraire, s'accoler à la paroi labyrinthique et se confondre pour ainsi dire avec la paroi osseuse de la caisse dont on a peine à les distinguer.

La muqueuse de la caisse hyperémiée, gonflée, couverte de granulations tuberculeuses et tapissée de matière caséeuse est épaissie et infiltrée. L'infiltration est généralisée par toute la caisse dont la muqueuse épaissie comble la cavité et semble faire hernie au dehors ; d'autres fois elle est localisée à la paroi labyrinthique dont les différents reliefs disparaissent à la vue, ou à la paroi postérieure qui, vue de profil, semble bombée et déjetée en avant. Mais il nous a été donné d'observer un fait particulièrement intéressant, c'est la localisation de l'infiltration au niveau du marteau, où la muqueuse acquiert alors un volume considérable au point de former une masse, de la grosseur d'un pois et même davantage, qui renferme les osselets et masque à la vue le manche du marteau, et son apophyse externe. Cette masse, ferme, lisse, rouge foncé, peu dépressible, se continue en dedans avec celle qui entoure la chaîne des osselets et recouvre la paroi labyrinthique; c'est à cette localisation de l'infiltration que nous avons donné le nom de malléite tuberculeuse.

La muqueuse se couvre encore de granulations et de fongosités qui lui donnent un aspect bourgeonnant et mûriforme, et peut en outre présenter certaines productions particulières, dues au processus tuberculeux, qui sont facilement prises pour des polypes : ce sont les végétations tuberculeuses polypoïdes qu'on rencontre sur les différentes parois de la caisse et sur les osselets.

Il n'est pas rare non plus de voir en certains points des ulcérations et aussi quelques parties nécrosées; chez certains malades, la carie fait disparaître en très peu de temps le manche du marteau, la branche descendante de l'enclume, voire même la chaîne des osselets.

Otorrhée gutturale. — Généralement le pus de l'abcès froid auriculaire s'écoule au dehors par le conduit auditif externe, il arrive aussi qu'il passe de la caisse dans le naso-pharynx par la trompe, si souvent dilatée chez les tuberculeux, qui joue ici le rôle d'une véritable fistule. Le malade rend alors par vomique une quantité plus ou moins grande du pus qui encombrait son pharynx, mais il présente, le plus souvent, ce que nous appelons les signes de l'otorrhée gutturale.

Il se plaint de sécheresse de la gorge, de chatouillement, d'une sensation de corps étranger et de constriction qui lui est très pénible. Les mucosités qui tapissent le pharynx lui font éprouver un besoin fréquent d'avaler; la déglutition est douloureuse, la toux sèche, continuelle et fatigante; le goût et l'odorat sont altérés, l'haleine fétide, la

respiration gênée. Le malade se plaint encore de rhinite catarrhale caractérisée par une secrétion nasale abondante, ou au contraire d'une sensation pénible de sécheresse avec gêne de la respiration, céphalalgie et nasonnement.

A la rhinoscopie, la muqueuse du pharynx paraît congestionnée, injectée par places, surtout sur les parois latérales (pharyngite hypertrophique latérale); elle présente, à sa surface, quelques petits capillaires veineux et parfois quelques glandules saillantes rouges ou jaunâtres. Elle est en partie recouverte par des mucosités qui adhèrent plus ou moins fortement aux parois du pharynx ou aux choanes, où elles se dessèchent, et il se produit aussi des concrétions grisâtres qui peuvent présenter parfois la forme des dépressions du pharynx, sur lesquelles elles étaient moulées, et offrir le moule de l'orifice des trompes et des fossettes de Rosenmuller. Au niveau de l'orifice tubaire, la muqueuse forme un véritable bourrelet volumineux, turgescent, avec, au centre, une goutte de pus; s'il n'y en a pas, par le Politzer rétrograde, c'est-à-dire l'insufflation d'air par l'orifice tympanal de la trompe, on peut en faire paraître une à l'orifice pharyngien.

Quant à la rhinite, elle est tantôt généralisée à toute l'étendue de la fosse nasale, tantôt localisée au méat moyen où elle peut faire songer à l'existence d'une sinusite maxillaire, ou, à la partie postérieure de la cavité nasale, au niveau des choanes.

Le *diagnostic* se fait assez facilement d'après l'ensemble des symptômes observés au cours de l'affection et l'examen otoscopique toutes les fois que paraît une otorrhée, dont le début a été torpide ou même ignoré, mais qui est rebelle à tout traitement, quand, à l'examen otoscopique, on trouve une vaste ulcération du tympan à bords déchiquetés, pâles et comme macérés, quand la muqueuse de la caisse est infiltrée, fongueuse ou ulcérée, quand les osselets sont cariés, qu'en un mot, la caisse et les osselets présentent de vastes lésions, sans qu'il y ait eu en même temps de vives douleurs ou une fièvre élevée; mais quand, au contraire, cette otite a été insidieuse, sans réaction inflammatoire, on peut affirmer qu'il s'agit de la tuberculose et rechercher le bacille de Koch dans le pus et les débris qui sortent de la caisse, on le trouvera presque toujours.

L'otite moyenne tuberculeuse chronique pourrait être cependant confondue avec l'otite chronique staphylococcique, si fréquente en clinique. Mais celle-ci a toujours débuté, à une certaine époque, par des symptômes aigus qu'il est facile de retrouver dans les antécédents auriculaires du malade.

D'ailleurs, s'il y a quelque hésitation sur la nature de l'affection, l'examen bactériologique et les cultures lèveront tous les doutes.

Cette forme d'otite tuberculeuse, qui a une *marche* essentiellement chronique, peut durer 10, 15, 20 ans : elle est interrompue seulement par des rémissions plus ou moins longues quand, par exemple, le processus fibreux l'emporte sur le processus caséeux. La guérison peut s'obtenir après l'ablation d'un osselet carié, ou de quelque partie osseuse nécrosée, mais surtout quand l'état général du malade reste satisfaisant.

Toutefois la mort survient le plus souvent par suite de tuberculose pulmonaire ou d'autre complications. Parmi les plus fréquentes observées au cours de l'otite moyenne tuberculeuse, nous citerons la tuberculose miliaire généralisée, et les infections secondaires dues aux microbes pathogènes multiples qui viennent se surajouter à ceux de la tuberculose, créer des processus mixtes, et déterminer des poussées aiguës caractérisées par la douleur, la fièvre, la suppuration, etc.

On en voit encore qui sont dûs à l'extension de la tuberculose de la caisse aux parties voisines : l'oreille interne, les méninges, l'apophyse mastoïde, la carotide interne, etc. Au point de vue *anatomo-pathologique*, nous dirons seulement que la muqueuse de la caisse est le siège d'une infiltration cellulaire diffuse renfermant en son milieu des tubercules miliaires avec cellules géantes et bacilles, qu'on retrouve encore dans les fongosités et les végétations polypoïdes tuberculeuses. De la caséification des tubercules miliaires résultent, en outre, les ulcérations, la carie des osselets et celle des parois osseuses de la caisse qui peut se propager à l'apophyse mastoïde, à l'oreille interne, à la carotide, etc. Les lésions observées dans l'oreille moyenne ne sont, en somme, que « les lésions inflammatoires, dégénératives et réactionnelles, qui seront précisément la caractéristique des évolutions tuberculeuses. Végétations conjonctives, sclérogénèse intensive, circonvallations fibroïdes péri-tuberculeuses hypertrophiantes, caséifications progressives, calcifications terminales, toute la série des processus inflammatoires chroniques et subaigus entre en scène. Elle durera tant que les cultures bacillaires ne seront pas éteintes (1). »

Forme aigue. — La forme aiguë, beaucoup plus rare que les précédentes, est dans certains cas primitive, d'autres fois, elle survient au cours de la forme chronique, ou chez un individu qui a déjà eu des antécédents auriculaires.

Le début est toujours brusque, coïncide avec une vive douleur dans l'oreille et dans tout le côté de la tête correspondant à l'oreille malade; exaspérée par la pression et par les moindres mouvements de la tête, elle devient rapidement intolérable. L'otorrhée survient presque en même temps que la douleur, mais n'apporte pas toujours un soulagement immédiat, comme cela se produit dans les otites aiguës à streptocoques ou même à staphylocoques. La suppuration, plus ou moins abondante, renferme des débris épithéliaux, des parcelles osseuses nécrosées, de la matière caséeuse et surtout les bacilles de Koch qui y sont bien plus nombreux que dans la forme chronique.

Les bruits subjectifs sont presque continuels et l'audition est en partie abolie, car l'oreille interne est généralement atteinte en même temps que la caisse. La paralysie faciale est la règle; elle survient rapidement dès le début de l'affection sans jamais disparaître, la carie amenant la destruction du nerf lui-même.

Par suite de la participation de l'articulation temporo-maxillaire aux altérations des parois de l'oreille moyenne, la déglutition devient de plus en plus douloureuse et l'alimentation chaque jour plus difficile. L'état général lui-même s'aggrave; il y a presque toujours de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, du délire; la fièvre atteint 38° à 39°, quelquefois 40°, les urines contiennent de l'albumine et, en moins de 3 mois, le malade peut succomber.

A l'examen otoscopique, le tympan perforé laisse voir les granulations tuberculeuses disséminées sur toutes les parois de la caisse et, en plusieurs points différents, la surface osseuse dénudée. Les osselets n'existent plus, tant les lésions ont été rapides, mais ce qui caractérise principalement cette forme de tuberculose c'est que toutes

1. Letulle, L'inflammation, 1893.

les parties voisines de la caisse sont atteintes : oreille interne, apophyse mastoïde, plancher, etc.

Dans les otites aiguës à streptocoques ou à pneumocoques, il y a une vive inflammation de la muqueuse, il se produit le plus souvent un abcès intramastoïdien ou quelque accident méningé, et le reste de l'oreille moyenne est exempt de toute altération. On ne voit jamais l'affection aboutir, en si peu de temps, à la carie des osselets et des surfaces osseuses, et amener à la fois les complications particulières à chacune des parois (lésions de l'oreille interne, de la mastoïde, des méninges, etc.).

Au contraire, dans la forme qui nous occupe : muqueuse, muscles, nerfs, osselets, parois, tout est frappé et détruit en même temps; c'est une otite moyenne tuberculeuse aiguë, totale, une panotite tuberculeuse.

Tuberculose miliaire aigue du tympan. — Après l'otite moyenne tuberculeuse, nous croyons devoir décrire en quelques mots une myringite primitive, particulière, caractérisée par la présence sur la membrane tympanique de granulations tuberculeuses : c'est la *tuberculose miliaire aiguë du tympan.*

Triquet l'a décrite dans ses « Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille » (1866) sous le nom de « maladie scrofuleuse de la membrane du tympan », et Krepuska en a récemment rapporté un exemple.

Cette affection paraît surtout frapper les enfants. Le début est brusque, la douleur très vive, les bourdonnements intenses. L'audition est conservée, car l'enfant répond facilement aux questions qu'on lui pose; mais il n'y pas de suppuration.

Le tympan est très rouge et très vasculaire, les vaisseaux qui descendent le long du manche du marteau se détachent nettement et, tout autour, d'autres vaisseaux plus petits rayonnent vers la périphérie de la membrane. D'autres fois, ils sont si fins, si nombreux que celle-ci semble couverte de vaisseaux tortueux et que Triquet a pu dire que c'était un véritable « pannus du tympan ».

« A mesure que l'état morbide, dit-il encore, fait des progrès, la rougeur augmente avec le nombre et le volume des vaisseaux, et le cercle cutané qui encadre le tympan, en même temps que le manche du marteau paraît complètement vasculaire et semblable à une pièce de drap rouge. »

On voit, en outre, les tubercules miliaires qui font saillie sur la surface du tympan : ce sont des granulations jaunâtres, disséminées un peu partout, et entourées à leur base d'une aréole rouge vasculaire. Chacune d'elles se caséifie et s'ulcère, laissant à sa place une petite perforation; si elles sont groupées, elles donnent lieu à une perforation plus ou moins large, plus ou moins irrégulière. Dans la masse caséeuse qui résulte de la dégénérescence des tubercules se trouvent les bacilles de Koch.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la caisse est intacte; elle ne présente rien d'anormal, ni inflammation, ni granulation tuberculeuse. C'est donc bien une myringite primitive tuberculeuse, ou plutôt une tuberculose miliaire aiguë du tympan.

La présence des tubercules miliaires sur la membrane tympanique rend le diagnostic facile : ils n'ont rien de comparable ni avec les petits abcès, les vésicules à contenu séro-purulent, ni avec les bulles séro-sanguines formées dans la couche superficielle du tympan. Toutes ces vésicules. bulles ou autres productions de la membrane tympanique se forment, en effet, aux dépens des couches superficielles, et, quand elles se rompent, elles vident leur contenu sans amener de perforation, et la guérison se produit.

Le traitement de l'otite moyenne tuberculeuse, en général, dépend des lésions observées : nous indiquerons seulement les injections, que le praticien doit faire lui-même et suspendre, dès qu'il n'y aura plus, dans la caisse, de pus, ni de débris d'aucune sorte à évacuer, les insufflations de poudres, acide borique, iodoforme, par exemple, les pansements à la glycérine phéniquée ou iodée, au menthol, à la résorcine, etc. Dans certains cas, il faut intervenir plus énergiquement, en enlevant les végétations polypoïdes, un osselet carié, ou encore quelquefois par le curettage de la caisse et les opérations déjà connues de Stacke, de Schwartze, ou de Zaufal.

Le traitement médical sera celui de la tuberculose.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Amelin (F.). *Maladie de Landré Beauvais chez l'enfant (rhumatisme chronique).* N° 499. (Ollier-Henry.)

M. Hardouin (Maurice). *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide.* N° 333. (H. Jouve.)

M. Bareau (Joseph). *Essai sur le traitement immédiat des perforations recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement.* N° 360. (P. Delmar.)

M. Guillermin (Auguste). *Diagnostic du travail de l'accouchement.* N° 365. (Soc. d'édit. scient.)

M. Siou (O.) *Contribution à l'étude de l'hydramnios dite aiguë et de son traitement.* N° 470. (H. Jouve.)

M. Clavaud-Ribourgeon (Louis). *Contribution à l'étude clinique de l'hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires.* N° 472. (Steinheil.)

M. Souvestre (L.). *Contribution à l'étude des rapports de la diphthérie animale avec la diphthérie humaine.* N° 372. (H. Jouve.)

M. Sabatier (Philippe). *Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du bacille de Löffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphthérique (diphthérie bactériologique).* N° 429. (P. Delmar.)

M. Dubost (Pierre). *Etude sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphthériques.* N° 587. (Ollier-Henry.)

M. Chassy (Alphonse). *De l'angine variolique, sa valeur dans le diagnostic et le pronostic.* N° 486. (H. Jouve.)

M. Frostin (C.). *Contribution à l'étude de la varioloïde.* N° 433. (H. Jouve.)

M. Robet (Gabriel). *Les rash prééruptifs de la rougeole.* N° 410. (H. Jouve.)

M. Amelin pense que tous les noms proposés pour la maladie qui a fait le sujet de son travail sont insuffisants; ils ne désignent qu'une partie des symptômes ou préjugent de la nature de l'affection, point encore très discuté. Il propose de la désigner provisoirement sous le nom de maladie de Landré Beauvais, du nom de celui qui le premier l'a bien décrite.

Au point de vue étiologique, les notions de rhumatisme n'ont pas la valeur qu'on leur a attribuée ; il ne faut en tenir compte qu'en se souvenant que toutes ces malades font partie de la famille des neuro-arthritiques. La pathogénie de l'affection est encore discutée, il semble toutefois que la théorie des névrites périphériques est la plus probable. Cette affection est fréquente chez les enfants, et son pronostic chez eux est relativement bénin.

Les femmes enceintes forcées de se livrer à des travaux fatigants étant plus que les autres exposées aux déplacements utérins des premiers mois, on ne saurait trop encourager le développement des institutions qui ont pour but de leur assurer le repos pendant la grossesse. Nombreux sont les cas de rétroversion méconnue, comme le fait remarquer M. Hardouin dans sa thèse, or, les déviations utérines au début de la grossesse nécessitent le repos même en dehors de tout accident.

La gravité de l'affection dépend de la rapidité avec laquelle le diagnostic en est porté; promptement reconnue et convenablement traitée, elle est presque toujours sans gravité pour la mère, et l'enfant bénéficie dans une large proportion d'un traitement bien conduit; méconnue, elle a souvent causé la mort des deux. On n'oubliera pas qu'une première déviation dans le cours d'une grossesse expose au même accident pendant les grossesses suivantes.

Le traitement de choix de la rétroversion de l'utérus gravide nous parait être le repos absolu et le cathétérisme fréquent, lorsque la rétention d'urine entretient et aggrave la déviation. Si au bout de quelques jours, la matrice n'est pas revenue en place, on pourra tenter les manœuvres indiquées pour chaque cas en particulier. L'auteur préfère, si elle est possible, la réduction par le vagin, faite avec la main, sous le chloroforme. La cystite est une indication d'intervenir avec rapidité et prudence.

Que l'on intervienne ou non, on devra prévenir l'entourage de la malade de la possibilité d'un avortement, pour n'être pas accusé dans la suite de l'avoir provoqué ou laissé se produire.

Les déchirures de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, avec communication entre le rectum et le vagin sont justiciables d'un traitement immédiat. C'est ce que démontre dans sa thèse M. Bareau. Ce traitement aura le double avantage de donner ordinairement une guérison définitive et d'empêcher les matières fécales de passer dans le vagin, ce qui pourrait être une cause d'infection pour la mère.

Une méthode simple et facile de traitement de ces perforations consiste à affronter les bords antérieurs par quelques points très superficiels placés sur la muqueuse vaginale et à amener la coaptation dans la profondeur par l'application de quelques fils placés par le périnée, passant dans la cloison recto-vaginale et fixés sur le périnée suivant la méthode de la suture enchevillée.

M. Guillermin termine sa thèse en concluant que le travail consiste en un ensemble de contractions utérines capables de produire l'ouverture du col. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, quand l'orifice de l'utérus ne se dilate pas (rigidité, obstruction), que les contractions utérines peuvent permettre à elles seules d'affirmer le travail : encore faut-il qu'elles soient persistantes et de plus en plus rapprochées. Les modifications du col utérin ont une importance capitale au point de vue du diagnostic du travail. Mais, dans leur appréciation, il faut se mettre en garde contre de nombreuses causes d'erreurs provenant des dispositions anormales que peuvent présenter cet organe et les organes voisins. Dans certains cas d'inertie utérine produisant un arrêt ou une rétrocession de la dilatation du col, les erreurs de diagnostic sont parfois inévitables.

Dans sa thèse, M. O. Siou, réunit une série d'observations dont la plupart viennent du service de M. Pinard. C'est sur ces données qu'il s'appuie pour conclure qu'il y a lieu de reconnaitre à l'hydramnios deux formes bien nettement distinctes : l'une qui débute dès les premiers mois, évolue rapidement et empêche la grossesse d'aller à terme ; l'autre qui débute plus tardivement, évolue silencieusement et permet à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme.

Dans ces cas on doit tout d'abord instituer un traitement spécifique. Puis, si des symptômes graves exigent une intervention immédiate, il faut évacuer l'utérus.

Se basant sur une série d'observations recueillies dans le service de M. Pinard, M. Clavaud-Ribourgeon, montre dans son travail que le pronostic est très assombri par la présence de l'hydramnios compliquant une grossesse gémellaire, soit au point de vue de la terminaison favorable de l'accouchement, soit au point de vue de la mère, soit au point de vue des enfants.

Deux cas se présentent : si la femme n'est pas à terme, il faut faire tout pour prolonger la grossesse. La ponction de l'utérus par la voie abdominale répond à cette indication. Si la femme est à terme, ou s'il y a début du travail :

Il faut provoquer l'accouchement, dans le premier cas, en introduisant un ballon ;

Il faut hâter le travail, dans le deuxième cas, en rompant artificiellement les membranes.

Il existe chez les animaux des affections pseudo-membraneuses auxquelles on donne le nom de diphthérie et qui se rapprochent de la diphthérie humaine par certains signes cliniques. Ces affections, toutes contagieuses, n'ont pas été également étudiées au point de vue de l'agent de la contagion, et font l'objet du travail de M. Souvestre. Pour la diphthérie aviaire, on a décrit une forme grégarienne, n'ayant aucun rapport avec la diphthérie humaine, et une forme bacillaire étudiée par Löffler chez le pigeon, par Loir et Duclaux chez les poules. Les bâtonnets décrits dans la diphthérie aviaire se généralisent dans tout l'organisme ; leurs caractères de cultures diffèrent absolument de ceux du bacille de la diphthérie humaine. Par conséquent la diphthérie humaine et la diphthérie aviaire sont différentes.

La diphthérie des mammifères n'a pas été étudiée au point de vue bactériologique, sauf celle du veau. Les microbes observés dans ce dernier cas n'ont aucune ressemblance avec le bacille de la diphthérie humaine.

Les faits tendant à démontrer la transmission possible de la diphthérie des animaux à l'homme sont nombreux mais la plupart manquent de la sanction bactériologique. Seul jusqu'à présent, le fait de MM. Loir et Duclaux semble bien montrer que le bacille de la diphthérie des poules peut donner lieu à une angine pseudo-membraneuse chez l'homme.

Quelques observations tendent à démontrer que la diphthérie humaine peut être transmise aux poules, aux chats, aux pigeons et peut-être à d'autres animaux. Ces animaux contractent ainsi une affection pseudo-membraneuse qui à nouveau peut être transmise à l'homme. Mais dans ces cas il ne s'agit pas de diphthérie animale à proprement parler, mais bien de diphthérie humaine ayant été accidentellement transmise par l'intermédiaire d'un animal.

En résumé, la transmission de la diphthérie animale semble possible, mais exceptionnelle.

De son étude M. Sabatier (Philippe), tire les conclusions suivantes :

On trouve dans la gorge de certaines personnes des bacilles, absolument identiques au bacille de la diphthérie, doués des mêmes propriétés morphologiques, poussant de la même façon sur sérum gélatiné et qui semblent être des bacilles de Löffler dépourvus de virulence. L'examen bactériologique clinique est insuffisant pour donner un diagnostic et pronostic exacts.

Il n'y a pas toujours corrélation entre l'examen qualitatif et quantitatif des cultures sur sérum et l'examen clinique tant au point de vue du bacille lui-même qu'au point de vue des associations. On ne peut pas prendre l'examen bactériologique clinique comme unique guide, ni pour pratiquer l'injection de sérum antidiphthérique, ni pour indiquer la dose à injecter. La ligne de conduite à suivre doit être tracée par l'examen clinique.

Comme conclusion, M. Dubost dit que s'il a pu entrevoir la genèse des accidents fébriles et viscéraux des amygdalites dites simples, on ne peut cependant établir aucune règle à ce sujet. Un des éléments du problème échappe, c'est le rôle qu'il faut attribuer aux toxines, que le streptocoque élabore au niveau de son premier foyer tonsillaire. Malgré les études de MM. Chantemesse et Roger, il est impossible de déterminer la part qui revient à ces produits très actifs dans la pathogénie générale des angines, dans les complications non septiques de celles-ci et dans celles dont il parle en particulier.

Seules, des études complètes sur ce sujet feront la lumière, et donneront le moyen de lutter contre ces accidents redoutables.

L'angine variolique est l'ensemble des manifestations bucco-pharyngées de la variole.

D'après les recherches de M. Chassy elle se manifeste toujours à la même date que l'éruption cutanée. Elle est souvent évidente avant l'éruption cutanée. Comme dans celle-ci, ses éléments passent par les phases maculeuse, papuleuse, vésiculeuse, pustuleuse. L'œdème péri-amygdalien et sous-maxillaire s'observe fréquemment dans les formes confluentes. C'est un œdème bénin qui peut être confondu avec la parotidite. Sauf complications, l'angine variolique a peu de gravité par elle-même; elle ne laisse pas de cicatrice après la guérison. Par sa coïncidence d'apparition avec l'éruption cutanée, c'est un élément de diagnostic différentiel de la plus haute importance. Par les petites hémorrhagies précoces dans les papules et vésicules de la voûte palatine, elle annonce la forme hémorrhagique primitive mortelle. L'ensemencement des mucosités bucco-pharyngées peut donner d'heureuses indications, surtout dans les formes confluentes. La présence du streptocoque pyogène paraît être un élément aggravant le pronostic. Le traitement doit être antiseptique : gargarismes et lavages naso-pharyngiens à l'eau boriquée tiède.

D'après le travail de M. Frostin, la varioloïde est une variole modifiée soit par une vaccination, soit par une variole antérieure, soit par une disposition congénitale; elle peut affecter diverses formes et être tantôt discrète, tantôt cohérente, tantôt confluente et parfois même hémorrhagique. Dans cette maladie, en général, il y a absence de fièvre de suppuration, ou atténuation considérable de cette fièvre lorsqu'elle existe; le diagnostic de la varioloïde est facile; la varicelle à formes bâtardes expose pourtant à l'erreur. La durée de la maladie varie entre 5 et 30 jours, suivant la forme. Le pronostic est en général bénin. Cependant des cas de mort ont été cités. Le traitement consiste en simples soins hygiéniques pour la varioloïde à forme discrète. Pour les autres formes on emploiera suivant les cas la méthode Ducastel ou l'hydrothérapie. La sérothérapie a déjà donné des succès et n'a pas dit son dernier mot.

Du travail de M. Robet il ressort qu'il existe des rash préréruptifs dans la rougeole comme dans la variole, la varicelle, la vaccine. Ces rash sont probablement dus à une infection secondaire, peut-être streptococcique. Ils sont importants à rechercher, car ils peuvent faciliter le diagnostic de la rougeole, leur constatation rendra la prophylaxie de la rougeole plus rigoureuse, le traitement des complications plus efficace. Ils sont généralement bénins.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Sambuc (Gustave-Alphonse-Auguste). *Etude de la consanguinité dans ses rapports avec la surdi-mutité congénitale et la rétinite pigmentaire.* N° 58.

M. Jacques (Albert-Ludovic-Prosper-Edouard). *Contribution à l'étude de la thérapeutique des abcès de fixation dans les infections pyogènes généralisées.* N° 64.

M. Guérin (Auguste-Antoine-Adolphe-Marie-Joseph). *Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale.* N° 66.

M. Vergely (Charles-Jean-Baptiste-Joseph). *De l'hématome néoplasique de la plèvre.* N° 70.

De ce travail très documenté, M. Sambuc croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

La consanguinité n'est pas responsable de toutes les calamités dont elle a été accusée.

Derrière elle marche l'hérédité, qu'il faut savoir dépister.

De même qu'il y a deux hérédités (saine et pathologique), il y a aussi deux consanguinités : l'une saine, l'autre morbide. Le milieu est ici un facteur important et, à un milieu sain, correspond une consanguinité saine et à un milieu morbide, une consanguinité morbide.

En ce qui concerne la surdi-mutité congénitale et la rétinite pigmentaire, la consanguinité saine est absolument étrangère à leur production.

Ces considérations amènent l'auteur à une autre conclusion pratique. C'est que si l'hérédité et la consanguinité sont une seule et même chose, le danger n'en est pas moins réel. Aussi le médecin consulté sur l'opportunité d'une union consanguine devra-t-il être d'une sévérité extrême dans l'appréciation du coefficient héréditaire de chaque conjoint, l'aphorisme d'Hippocrate restant vrai à travers les siècles :

A sanis sana,
A morbosis, morbosa.

M. Jacques pense que la provocation de phlegmons artificiels semble avoir rendu des services dans les infections graves, surtout dans l'infection puerpérale et la pneumonie suppurée.

Cette thérapeutique peut donner de précieuses indications au point de vue pronostique.

L'essence de térébenthine est jusqu'ici la meilleure substance à employer pour produire ces abcès, qui, ainsi provoqués, paraissent amicrobiens.

Ils n'agiraient donc pas en fixant les germes microbiens et par suite ne seraient pas comparables aux abcès dits critiques et ne mériteraient pas le nom d'abcès de fixation que leur donne M. Fochier. Ils ne paraissent pas non plus augmenter la leucocytose et par suite la phagocytose.

Leur action, si elle est réelle, doit être rapportée à la révulsion.

Ils doivent donc recevoir le nom d'abcès de dérivation, que leur donne M. Dieulafoy.

Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale est le sujet de la thèse de M. Guérin.

Il résume les travaux parus sur la question depuis la thèse de Wignolle en 1890 et y ajoute quelques observations inédites. Il faut constater qu'après avoir été très en vogue, ce mode de traitement a été très négligé. La cause de cette déconsidération semble être l'exagération qui a été faite au début. A la suite de quelques réussites, on s'est cru en possession d'un traitement curatif excellent de l'occlusion intestinale.

En réalité, les lavements électriques, suivant le procédé de Boudet et l'entéroclysme sont des moyens de guérison bien plus certains dans quelques cas.

Le lavage de l'estomac n'est qu'un traitement palliatif, mais pour cela il ne doit pas être négligé.

On peut l'employer lorsque l'on n'a pas d'autres moyens de traitement à sa disposition, ou bien pour venir en aide à un autre traitement.

Il fait disparaître d'une façon merveilleuse les vomissements fécaloïdes; quelques chirurgiens l'utilisent avant la chloroformisation pour empêcher les vomissements, d'autres immédiatement après l'intervention lorsque le malade est encore endormi. C'est la pratique employée heureusement par M. Chavannaz, chef de clinique de M. Demons à Bordeaux.

Dans des cas de péritonite mortelle, le lavage de l'estomac, en faisant disparaître les vomissements fécaloïdes, soulage le malade au point de lui faire croire à sa guérison.

L'amélioration qui suit la disparition de ces pénibles symptômes est telle qu'il n'est pas prudent de faire le lavage lorsqu'une opération absolument nécessaire est décidée; le malade éprouve un bien être tel qu'il veut renvoyer l'opération à trop tard.

Chez ces malades qui présentent ces vomissements abondants, on retire par le siphonnage de deux à trois litres de liquide, il paraît que ce n'est pas seulement le contenu de l'estomac, mais encore celui de la première partie de l'intestin. Ce sont des matières dangereuses pour l'économie que l'on enlève ainsi, et on lutte, partiellement au moins, contre l'auto-intoxication qui joue un si grand rôle dans l'occlusion intestinale.

Conclusion : le lavage de l'estomac ne doit pas être considéré comme un traitement curatif de l'occlusion elle-même, mais comme un traitement de ses accidents : les vomissements fécaloïdes et l'auto-intoxication.

M. Guilhon (Raoul-Joseph-Antoine). *Recherches expérimentales sur les propriétés coagulantes et sur les propriétés toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques.* N° 67.

Ayant eu la bonne fortune de se trouver en face d'un de ces cas dans lesquels l'épanchement qui accompagne le cancer pleuropulmonaire est exclusivement constitué de sang, tant macrosco-

piquement que microscopiquement, M. Vergely s'est attaché à en faire une étude aussi approfondie que possible.

Après avoir fouillé toute la littérature française et étrangère, ainsi qu'en témoigne un index bibliographique très complet, il n'a pu réunir que treize observations dont onze seulement suivies d'autopsie. On voit que par conséquent cet accident est bien rare. L'auteur l'évalue à 2 ou 3 p. 100 sur la totalité des cancers pleuro-pulmonaires.

Après avoir établi que le sang provenait toujours des vaisseaux du néoplasme dans les cas où il y a un épanchement abondant variant entre un et quatre litres, l'auteur nous fait voir qu'il existe une autre forme de ces épanchements dans laquelle le sang est collecté en de petites poches fournies par des néomembranes. Pour ces cas-là nous en revenons à la théorie soutenue par Moutard-Martin : c'est aux fausses membranes qu'est due l'hémorrhagie.

La question de savoir pourquoi le sang reste à l'état liquide dans la plèvre et se coagule aussitôt retiré par la ponction était ardue, et malheureusement l'auteur ne peut nous en donner la solution malgré le soin extrême qu'il a apporté à résoudre ce point particulier.

Comme on nous le fait justement remarquer, la symptomatologie de cette complication des néoplasmes est fort obscure : aussi le diagnostic en est-il fort difficile. M. Vergely nous rapporte quelques exemples de cette difficulté. Le pronostic est chose toujours fatale à bien brève échéance dans la forme de l'hématome de la grande cavité pleurale, à échéance du double plus longue au moins (1, 2, 3 mois) dans la forme circonscrite.

Le traitement se réduit encore à bien peu de chose et le médecin n'a qu'à s'incliner davant la maladie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tétanie (Die Tetanie, eine ätiologisch-pathologische Studie), par A. Sarbo (*Deut. Zeistch. für Nervenheilk.*, t. VII, fasc. 3 et 4, 1894). — L'auteur rapporte trois cas de tétanie dont deux se rapportent à une mère et à son enfant. Chez la mère, âgée de 30 ans, la maladie a débuté sans cause apparente par des contractures douloureuses dans les mains. On observe le phénomène de Chvosteck. L'enfant, âgé de 3 ans, a les pieds dans l'attitude du pied varus équin. Après l'administration de bromure de potassium et l'emploi de bains chauds tous les deux ont guéri. Le 3e malade, âgé de 17 ans, est un cas classique de tétanie. Les convulsions cloniques débutent par les mains, l'excitabilité mécanique des muscles est exagérée, on n'observe pas le signe de Trousseau. La tétanie peut se développer à la suite des infections les plus diverses; c'est pour cette raison qu'on ne doit pas admettre un agent spécifique de la maladie. Des divers poisons comme la peptotoxine, les toxines intestinales, les toxines qui qui s'accumulent dans l'organisme après l'ablation d'un goitre, déterminent des troubles de la nutrition qui provoquent la tétanie. D'autres fois c'est la gravidité, l'allaitement qui réveillent ce syndrome. Le siège des lésions doit se trouver dans le système nerveux central. La bilatéralité des phénomènes, le fait constaté par Hochwarth, c'est-à-dire la contracture du membre opposé au tronc nerveux que l'on comprime, le clonus du pied, les hallucinations ne peuvent s'expliquer que par des troubles du système nerveux central. On sait en outre que dans quelque cas il y a association d'une maladie centrale, comme l'épilepsie, avec la tétanie. Les troubles moteurs de la tétanie dépendraient, d'après l'auteur, de troubles des cellules motrices de la corne antérieure, mais, comme d'autre part, il existe dans cette maladie des troubles sensitfs et des troubles trophiques, on doit admettre que la tétanie est une maladie de tout le système nerveux central avec prédominance des symptômes tantôt médullaires, tantôt cérébraux.

Ponction lombaire d'un hématome (Lumbar puncture of an intradural haematoma of the spinal cord) (*the New York medical Journal*, 14 mars 1896, p. 333). — Ouvrier âgé de 45 ans qui l'année dernière, au mois de juillet, est tombé, sur le dos, d'une hauteur de 28 pieds. Il a été amené à l'hôpital dans l'après-midi et sans connaissance. A l'examen le malade, qui est toujours sous l'influence du choc, présente les symptômes d'une affection de la moelle lombaire, et de la queue de cheval. Paralysie complète des membres inférieurs, des sphincters anal et vésical. Anesthésie complète occupant la même région et dont le niveau supérieur est sur une ligne qui passerait par la 3e vertèbre lombaire; il en avait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. L'anesthésie affecte également le périnée, le scrotum et les faces supérieures et inférieures du pénis. Au niveau de la 3e vertèbre lombaire on trouve une plaque d'hypéresthésie sans difformité et sans crépitation. Les réflexes abdominaux existent, mais les réflexes patellaires et crémastériens sont abolis. On pose le diagnostic de lésion traumatique avec hémorrhagie probable au niveau du cône terminal et de la queue de cheval. Les jours suivants le malade a une diarrhée profuse. L'état du malade restant stationnaire, on se décide à pratiquer une ponction d'après la méthode classique et sans narcose. On enfonce une forte aiguille entre la 3e et la 4e lombaire à un centimètre et demi en dehors de la ligne médiane. Par l'aspiration on retire 8 centimètres cubes de sang épais et noirâtre comme celui de l'hémartrose à la 2e semaine. Une heure après l'opération le malade est dans l'état suivant : diminution de la zone d'anesthésie, la région hypogastrique a recouvré la sensibilité à la piqûre. Le pénis à la face dorsale est sensible tandis que le scrotum et la face inférieure du pénis conservent leur anesthésie; à la face interne de la jambe et de la cuisse, il y a une zone de sensibilité normale. Les orteils ont également recouvré leur sensibilité. La plaque d'hypéresthésie au niveau de la 3e vertèbre lombaire n'a plus la même insensibilité. La sensibilité est revenue en partie à la région sacrée et à la région fessière, on note aussi une amélioration dans les troubles moteurs. Les extenseurs de la cuisse gauche peuvent exécuter quelques contractions volontaires. Cependant la paralysie de la vessie et du rectum persiste et l'on est obligé de cathétériser le malade toutes les quatre heures. Le malade est mort subitement dix jours après son entrée à l'hôpital avec des phénomènes d'asphyxie. On n'a pu faire l'autopsie complète, mais une incision dans la région lombaire et la dissection des muscles des gouttières vertébrales montre qu'il n'y a ni fracture ni luxation. Après l'incision de la dure-mère, la queue de cheval ne présente pas de signes de contusions.

Contracture et paralysies oculaires dans l'hystérie (Ueber Contractur und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie), par Nonne et Beseline (*Vereins Hospital zu Hamburg*, 1896). — Autant les troubles moteurs des extrémités sont communs dans l'hystérie, autant ils sont rares dans le domaine des muscles des globes oculaires; c'est Charcot et son école qui ont étudié de près et d'une façon systématique cette question. Les troubles des muscles des globes oculaires constituent un chapitre excessivement difficile dans l'histoire de l'hystérie. Car le diagnostic différentiel entre la paralysie et la contracture de ces muscles devient un problème presque insoluble. Ainsi les élèves de Charcot en France et Möbius en Allemagne ont nié l'existence de semblable paralysie. L'auteur rapporte plusieurs cas de contracture des muscles externes de l'œil, et d'autres cas de paralysie soit des muscles externes soit des muscles internes. Dans le 1er cas il s'agit d'une femme atteinte d'une grande hystérie qui avait même de la diplopie et qui ne pouvait porter le globe oculaire gauche dans l'angle externe de l'œil. Il s'agissait cependant ici de la contracture du droit interne gauche. La maladie a guéri. L'évolution de la maladie, l'existence d'une contracture de l'orbiculaire gauche, qui avait déterminé un ptosis spasmodique avec abaissement du sourcil du même côté, prouvent qu'il s'agit, dans le cas actuel, d'une paralysie apparente produite par la contracture du muscle droit interne de l'orbiculaire. Le 2e cas se rapporte à une femme atteinte de contracture des deux orbiculaires et qui a été guérie par la suggestion. Le 3e cas concerne une jeune fille atteinte d'hystérie grave et présentant une paralysie du petit oblique gauche. Ce serait là une paralysie très rare car Mauthner ne l'a jamais rencontré. La malade, qui s'est améliorée par la suggestion, a guéri ensuite. Le 4e cas se rap-

porte à un homme présentant des phénomènes d'hystérie et de neurasthénie. Le malade a été suivi pendant cinq ans, et à aucun moment on n'a observé de symptômes de lésions organiques. Depuis 4 ans il souffre d'une paralysie du droit inférieur gauche, paralysie qui avait affecté quelque temps après le droit supérieur. Enfin suivent deux cas de paralysie de l'accommodation chez des enfants présentant des stigmates hystériques. La paralysie de la convergence dans l'hystérie a été observée très rarement : aussi a-t-elle été niée par Gilles de la Tourette. En admettant que dans les derniers cas des auteurs il s'agisse de paralysie des muscles internes, on ne peut pas avoir pour expliquer cette paralysie un autre siège que l'écorce cérébrale. Les expériences de physiologistes tels que Ferrier et F. Franck ont prouvé l'existence d'un centre cortical pour l'iris.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

A propos de la digitoxine.

Nous avons dit dans notre précédent article (1) que les *digitalines cristallisées chloroformiques* préparées en France sont connues en Allemagne sous le nom de *digitoxine*; que la *digitaline allemande* correspond au produit désigné en France sous le nom de *digitaléine* (Houdas), produit qui est 20 fois moins actif que la digitaline cristallisée chloroformique. Il ne faut cependant pas croire qu'il y ait une identification absolue entre la digitaline cristallisée chloroformique et la digitoxine allemande. Masius (2) avait conclu de ses observations cliniques à l'activité plus grande de la digitoxine. Le fait a été reconnu exact par François-Franck (3) qui lui attribue une action 3 fois plus énergique qu'à la digitaline. La digitoxine serait, d'après Bardet (4), un mélange de digitaline amorphe, de digitaline cristallisée et de digitaléine, et renfermerait en outre, en proportions variables, un glucoside non encore isolé et extrêmement actif. La digitoxine n'est donc pas un produit chimiquement défini et d'action physiologique constante et, pour cette raison, ne peut figurer dans notre formulaire.

Duboisine.

Définition. — La duboisine est un alcaloïde retiré par Duquesnel de la *Duboisia myoporioides*.

Solubilité. — L'alcaloïde est insoluble dans l'eau ; aussi emploie-t-on exclusivement le *chlorhydrate* et le *sulfate* de duboisine qui sont l'un et l'autre solubles dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — La duboisine a des propriétés analogues à celles de l'atropine : aussi a-t-on pu l'indiquer comme succédané de l'alcaloïde de la belladone. Comme lui, la duboisine est un médicament **très toxique**, mydriatique, accélérateur du pouls et modérateur des sécrétions. Toutefois la duboisine serait plutôt un excitant des centres vasomoteurs et élèverait la pression artérielle, sans augmenter le nombre des systoles (Gibson); et d'autre part Marandon de Montyel, qui a eu l'occasion d'observer chez 12 malades des phénomènes toxiques dus à la duboisine, a noté qu'en dehors de la sécheresse très marquée de la bouche, les autres sécrétions étaient augmentées, notamment celles de la sueur, des larmes, de l'urine et des mucosités intestinales. La duboisine a donc, à côté de l'atropine et de l'hyosciamine, des indications thérapeutiques qui lui sont propres.

C'est d'abord un sédatif et un hypnotique puissants dont l'action est très rapide (Ostermayer). Aussi trouve-t-il son application chez les maniaques dont il calme l'excitation, les paralytiques généraux chez lesquels il fait disparaître la sitiophobie (Francotte), chez les hystériques, les hystéro-épileptiques (Samuely), les épileptiques vrais (Cividalli et Gianelli, Marandon de Montyel), dont il espace les attaques. Il a donné un succès remarquable dans un cas de morphinomanie entre les mains de C. Bernabei. Par extension, il a été employé dans la neurasthénie, le tabès et contre les tremblements (Mendel). Son action sur les vasomoteurs en fait, dans quelques cas, un médicament utile dans la maladie de Basedow (Gibson, Dujardin-Beaumetz). Enfin ses effets sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique, qu'elle modère, et sur la motilité de l'estomac qu'elle excite, ont fait préconiser la duboisine dans le traitement de l'hyperchlorydrie (Cantu).

Dose usuelle. — *Chez l'enfant*, inusitée. — *Chez l'adulte* : 1/10 à 1/4 de milligramme par injection : 1/2 à 1 milligramme par 24 heures. Ces doses peuvent être plus élevées pour les épileptiques et les maniaques. On peut leur donner d'emblée 1/2 milligramme et dans quelques cas même 1 milligramme. D'autre part on peut, dans le traitement de l'épilepsie par exemple, atteindre progressivement par des augmentations de 1/10 de milligramme, la dose de 1 milligramme 1/2, généralement considérée comme dose toxique. Néanmoins, même ce traitement progressif doit être interrompu de temps en temps car les effets s'accumulent.

En tous cas le praticien maniera-t-il avec une grande prudence ce médicament dont la toxicité est au moins égale à celle de l'atropine et ne devra-t-il jamais, dans une première application, dépasser la dose extrême de 5/10 de milligramme. En outre il s'adressera exclusivement aux sels cristallisés de duboisine et n'emploiera dans aucun cas les *extraits* de duboisine, qui sont des produits de composition variable (1).

Antagonistes, Antidotes. — Pilocarpine, strychnine, morphine.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* Localement, assez douloureuse.
b) *Eloignés :* En moins de 5 à 10 minutes, sécheresse de la gorge, tendance au vertige, puis au sommeil ; dilatation de la pupille, pâleur de la face, renforcement du pouls ; augmentation de la température périphérique.

FORMULES

Chlorhydrate neutre de duboisine .	0 gr. 001
Eau stérilisée.	10 c. c.

1 à 5 cent. cubes.

(Cantu.)

Sulfate neutre de duboisine. . . .	0 gr. 01
Eau stérilisée.	20 c. c.

1/2 à 1 cent. cube.

(Dujardin-Beaumetz, Cividalli et Gianelli, Gibson, Mendel.)

G. Maurange.

1. Voir Formulaire hypodermique, *Digitaline* (*Gaz. hebd.*, n° 78, p. 839).
2. Masius, *Acad. de méd. de Belgique*, 30 juin 1894.
3. François-Franck, *Acad. de méd.*, 2 juillet 1895.
4. Bardet, *Soc. de thérap.*, 9 janvier 1895.

1. Les cas d'intoxication auxquels nous faisions allusion tout à l'heure ont été précisément observés à la suite de la substitution d'extrait de duboisine au sulfate de duboisine cristallisée. Il s'agissait de 12 épileptiques qui ont du reste parfaitement guéri de leur empoisonnement, après avoir présenté les phénomènes les plus graves, et qui, malgré cet accident, ont unanimement réclamé la continuation du traitement par la duboisine, dont ils reconnaissaient l'efficacité. (Marandon de Montyel.)

Traitement de la cystite blennorrhagique aiguë chez l'homme.

D'après M. Charalambieff et son maître M. Balzer, la thérapeutique de la cystite peut être divisée en traitement interne et traitement local. On ne doit recourir au traitement local, que lorsque le traitement interne ne donne pas de résultats, ou ne donne que des résultats médiocres.

Donc, en présence d'un blennorrhagique présentant les phénomènes de cystite — ce qui arrive ordinairement, dans le courant de la troisième ou de la quatrième semaine de la blennorrhagie — il faut instituer un traitement interne qui, souvent, amène la guérison et, en tous cas, constitue toujours un adjuvant utile du traitement local ultérieur.

Le traitement interne comprend avant tout et en premier lieu le repos absolu, le *repos au lit*. Sous son influence seule, on voit fréquemment l'hématurie disparaître et les mictions devenir moins fréquentes; souvent même, c'est le seul moyen de faire disparaître ces deux phénomènes.

Après le repos, le *régime alimentaire*. Il doit être aussi *sévère* que possible, et la proscription de boissons alcooliques, de thé, de café, d'aliments épicés, etc., est tout à fait classique. Comme boisson, on donne des *tisanes*, tisanes d'uva-ursi, de pariétaire, d'orge, de chiendent, de queues de cerises, etc. On peut aussi donner la tisane recommandée par Finger :

Décoction de graines de lin . .	500 gr.
Teinture d'opium.	XV gouttes.
Eau de laurier-cerise	10 gr.

par cuillerées à soupe toutes les heures.

Mais aucune tisane ne vaut encore le *lait*. C'est la boisson qui convient le mieux aux malades atteints de cystite aiguë : il remplace non seulement les boissons proprement dites, mais aussi la nourriture et, dans certains cas, le *régime lacté absolu* constitue la meilleure médication de la cystite. M. Charalambieff rapporte trois cas guéris par le repos et le régime lacté et cite à ce propos l'opinion de Jaccoud, d'après lequel, toutes les fois que l'on peut obtenir des malades qu'ils se soumettent pendant quelques jours au régime lacté exclusif, on constaterait une chute rapide et complète des accidents initiaux. Il cite encore Johnston, Rondot (de Bordeaux), Soulier (de Lyon), qui tous ont constaté l'action remarquable du régime lacté dans les cystites.

Avec les tisanes, avec le lait, on prescrit encore des *alcalins*. M. Balzer emploie fréquemment le biborate de soude, associé au bicarbonate de soude, à la dose de 6 grammes par jour :

Biborate de soude	30 gr.
Bicarbonate de soude	10 gr.

Deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron, à prendre dans la journée.

Le salicylate de soude, préconisé par Fürbringer, est employé par M. Balzer dans la cystite compliquée de rhumatisme blennorrhagique. Il l'associe au bicarbonate de soude.

Bicarbonate de soude.	30 gr.
Salicylate de soude.	10 gr.

Deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron, à prendre dans la journée.

Si le salicylate de soude est prescrit seul, on le donne de préférence en solution :

Salicylate de soude	4 à 6 gr.
Sirop de limon	ãã 60 gr.
Eau de menthe.	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Les *antiseptiques internes*, et, par ordre d'importance, le salol, l'acide salicylique, l'acide borique, l'acide oxalique lique (Marsh et Renaud), l'acide benzoïque et le benzoate de soude, le chlorate de potasse (Escherich), le chlorate de soude (Balzer), la pipérazine (Schemery et Diesenthal), peuvent rendre des services appréciables.

Quant aux *balsamiques*, ils doivent être réservés aux cystites qui éclatent au cours de vieilles blennorrhées, là où ils ne peuvent porter leur action que sur la muqueuse vésicale enflammée.

A côté du repos joint au régime lacté, aux alcalins et aux antiseptiques internes, viennent se ranger une série de médications dirigées principalement contre quelques-uns des symptômes de la cystite, la douleur en particulier.

Dans cet ordre d'idées, on peut indiquer les *cataplasmes* de farine de graine de lin arrosés de laudanum ou d'huile de jusquiame et appliqués sur l'hypogastre. Viennent ensuite les *narcotiques*, sous forme de suppositoires à l'extrait de jusquiame ou de belladone associé à l'extrait thébaïque, à la morphine, à la cocaïne, à l'ichtyol, etc. Les quarts de lavements laudanisés (Ricord) rendent également des services. Les *applications froides* sont aussi utiles; les lotions à grande eau sur l'abdomen, le périnée et les bourses, la douche anale produisent parfois un soulagement immédiat, mais souvent peu durable. La *glace* peut rendre de réels services dans les cas suraigus : on peut en faire des applications sur la périnée, l'hypogastre ou bien en introduire un morceau dans le rectum, après l'avoir laissé fondre un instant dans la main pour en faire disparaître les aspérités.

Dans la grande majorité des cas, les cystites blennorrhagiques, même celles qui éclatent brusquement avec hématurie abondante, douleurs vives, etc., cèdent au traitement interne, tel qu'il vient d'être exposé. Il ne faut donc jamais se presser de recourir à la médication intra-vésicale; il est, au contraire, préférable de toujours attendre pendant quelques jours les effets du traitement interne.

D'une façon générale, le traitement intra-vésical est surtout indiqué dans les cystites qui traînent en longueur, qui ont une tendance à passer à l'état chronique. Ce traitement se compose de lavages de la vessie ou d'instillations de solutions antiseptiques ou caustiques.

Les lavages de la vessie sont faits soit pour aider mécaniquement l'expulsion des sécrétions morbides qui se font sur les parois vésicales, soit pour modifier les muqueuses. Dans le premier cas, on emploie les lavages d'eau bouillie, tout à fait suffisants pour le but qu'on se propose d'atteindre. Dans le second cas, quand on désire obtenir une modification favorable de la muqueuse, on emploie les antiseptiques. Parmi ces derniers, celui qui est le plus souvent employé est l'acide borique. Les lavages sont faits avec une solution boriquée saturée à 4 pour 100. On assure la concentration du liquide en ajoutant un peu de biborate de soude.

Acide borique	50 gr.
Biborate de soude	5 gr.
Eau distillée bouillante	945 gr.

M. Lavaux a obtenu des solutions encore plus saturées (à 15 pour 100) en ajoutant de la magnésie calcinée à la dose de 1gr30 pour 100. M. Balzer ajoute fréquemment de l'acide salicylique, à la dose de 1 pour 2000.

Les lavages de la vessie sont encore faits avec le nitrate d'argent au 1/500 ou 1/200, avec l'ichtyol de 0,5 à 1 pour 100, avec l'antipyrine à 4 pour 100 qui, à côté de ses propriétés antiseptiques, agit encore comme analgésique et hémostatique; avec la créoline (10 à 15 gouttes pour 250 grammes d'eau tiède); avec la microcidine, le chlorate de potasse, etc., etc.

Les lavages de la vessie peuvent être avantageusement remplacés par les *instillations* préconisées par M. Guyon.

Les instillations sont faites soit avec une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 pour 100, soit avec une solution de sublimé à 1 pour 5000 sans alcool.

Les effets des instillations de nitrate d'argent sont parfois merveilleux et très souvent deux ou trois instillations suffisent pour faire disparaître tous les symptômes. D'autres fois le traitement doit être continué assez longtemps, mais M. Balzer a toujours vu les cystites les plus intenses céder à l'emploi de ces trois prescriptions : régime lacté, lavages boriqués ou borosalicylés et instillations de nitrate d'argent. Dans certaines cystites blennorrhagiques qui résistent au nitrate d'argent, quelques instillations au sublimé amènent rapidement la guérison.

Les instillations ne sont faites que deux ou trois fois par semaine. Ordinairement, elles ne doivent être pratiquées que lorsque les symptômes les plus aigus de la cystite ont diminué et que la cystite traîne en longueur ou présente une certaine tendance à passer à la chronicité. Néanmoins, on peut y recourir quelquefois dans les cas très aigus accompagnés d'hématurie abondante : ce sont alors les instillations d'urgence, comme les appelle M. Balzer que l'on fait suivre de suite du traitement interne (1).

(1) Marco Charalambieff, Étude sur le traitement de la cystite blennorrhagique aiguë de l'homme thèse Paris, 1895.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

MÉDECINE LÉGALE

La rupture du cordon ombilical et les fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue judiciaire,

Par le Dr E. Pascal.

Les questions qui se rattachent à la rupture du cordon et aux fractures du crâne chez le nouveau-né sont des plus discutées et leur étude montre dans quelle réserve doit se tenir le médecin légiste quand il est appelé à donner son avis sur des cas de ce genre. Les faits de cet ordre étant relativement fréquents, nous donnerons dans son entier un excellent résumé de cette question publié tout récemment par M. le Dr E. Pascal (1). L'auteur y montre bien les contradictions qui règnent encore entre les médecins légistes et les difficultés souvent insurmontables devant lesquelles l'expert bien souvent ne peut se prononcer.

I. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la possibilité de l'accouchement spontané dans les cas d'idiotie, d'apoplexie, d'absorption de narcotiques, d'éclampsie, de lésions profondes de l'abdomen (éventration par exemple).

A part ces cas, cette possibilité est très discutée.

Certains, Tardieu entre autres, pensent que, pour que l'accouchement spontané debout soit possible, il faut que le placenta soit expulsé en même temps que le fœtus ; si le cordon n'est pas rompu, il a fallu que la femme s'accroupisse, le cordon ayant au plus, en général, 55 centimètres ; si le cordon est rompu, ce n'est pas le poids de l'enfant qui a amené la rupture, le cordon ne pouvant se rompre, d'après Négrier, que sous l'influence d'un poids de 5 kilos, poids qui n'est que rarement celui d'un fœtus. On ne peut pas faire intervenir dans la chute la force expulsive de l'utérus, laquelle est tout entière dépensée à faire progresser le fœtus dans la filière pelvo-génitale. Tardieu nie la possibilité de la rupture du cordon. Hohl prétend que « la femme a toujours le temps de s'étendre à terre, et que la distance des parties génitales au sol est trop peu considérable pour qu'il puisse se produire chez l'enfant des fractures du crâne ».

D'autres, avec Devergie, admettent la possibilité de l'accouchement spontané debout. Devergie cite des observations de ce fait, et Casper conclut, à la suite d'observations diverses, « qu'une femme peut accoucher subitement, quelle que soit la position dans laquelle elle se trouve, et que l'enfant peut tomber des parties génitales sur le sol et se faire des blessures plus ou moins graves à la tête ». Lecieux, donnant le résultat de ses expériences, constate que sur 15 enfants morts qu'il laissait tomber à terre d'une hauteur de 50 centimètres, 12 avaient des fractures des pariétaux. Quant au poids nécessaire pour amener la rupture du cordon, il est, à l'encontre du chiffre donné par Négrier, de 1 000 grammes pour Pfannkuch, et entre 1 000 et 3 000 grammes pour Spœth, Schatz, Hoffmann et Mory.

Quant à la statistique, celle de Winckel, qui porte sur 12 470 accouchements, donne 212 accouchements précipités, dont 42 avec rupture du cordon.

En résumé, l'accouchement précipité est rare, mais on l'observe de temps à autre, et nous pensons qu'il faut admettre sa possibilité. Il peut se faire que, dans quelques rares cas, le cordon soit rompu et que l'enfant, dans sa chute, se fracture le crâne. Nombreux sont les cas d'infanticide où l'accusée dira avoir accouché spontanément, debout, expliquant ainsi les désordres relevés par l'expert sur le crâne fœtal et le cordon. L'examen du cordon et des fractures aidera l'expert à se former un jugement sur le cas particulier qu'il aura à examiner.

II. — L'état du cordon fournira des indications sur l'âge du fœtus et sur les manœuvres criminelles dont aura été accompagné l'accouchement. Pour l'âge, la constitution anatomique du cordon, son poids, sa longueur, son épaisseur, la dessication, la diminution, donneront des renseignements assez précis ; M. Lacassagne a dressé un tableau de chaque longueur correspondant à chaque mois lunaire, quant au poids du cordon, il est très variable ; de même, l'épaisseur est variable non seulement pour plusieurs cordons, mais aussi pour les divers points d'un même cordon. La dessication du cordon commence à l'extrémité et gagne de proche en proche dans la direction de l'ombilic. L'élimination du cordon a lieu de 4 à 6 jours après la naissance ; elle est retardée chez les enfants faibles, avancée chez les enfants vigoureux.

L'expert devra noter encore les coups d'ongles, les éraillages de la gaine amniotique du cordon et les enveloppes du placenta, la rupture, dire si elle est unique ou accompagnée de déchirures plus ou moins accentuées ; la multiplicité des déchirures intéressant au moins toute la paroi de l'enveloppe plaide en faveur d'une cause accidentelle. Certains ont pensé que la rupture siégeant près de l'abdomen ferait supposer un accouchement précipité, tandis que siégeant près de l'extrémité placentaire, elle ferait songer à un accouchement long : mais cela ne prouve rien. On ne peut pas distinguer une surface de rupture provenant d'un tiraillement de celle qui résulte d'une rupture spontanée, de la chute du fœtus. Les coups d'ongles et les dépressions marquant l'empreinte des doigts aideront l'expert dans ce cas (il faut noter la longueur du bout fœtal et celle du bout placentaire.) — *La surface de rupture,* quel que soit le mécanisme qui a amené la rupture — car ce mécanisme se ramène toujours à un tiraillement — est irrégulière, le contour en est sinueux, une partie de la circonférence est en ligne droite, l'extrémité est en bec de flûte, avec parfois plusieurs languettes ; le plan de rupture présente des bosselures et des excavations, les vaisseaux ne sont pas rompus au même niveau. — *La surface de section* est placée perpendiculairement ou oblique à l'axe du cordon, l'extrémité des vaisseaux est contenue dans ce plan, le contour est régulier et sans franges. Une section faite à plus de 10 centimètres et à moins de 3 centimètres de la paroi

1. Thèse de doctorat (Montpellier, 1895-96).

abdominale, indique que l'accouchement s'est opéré sans accoucheuse ni médecin.

Dans le décubitus normal, que l'expulsion soit lente ou rapide, que le cordon soit long ou court, la rupture du cordon est possible ; cette rupture s'observe surtout à la fin du travail, et un poids de 2 à 3 kilos suffit pour la produire. Quel que soit le milieu dans lequel se trouve le cordon (air, terre sèche, humide, mouillée, eau, liquide des fosses d'aisances), si cet organe n'est pas accompagné d'une partie ou de la totalité du cadavre, il sera toujours difficile d'arriver à fixer la date de la mort. Il sera important pour l'expert d'avoir sous la main un procédé rapide, permettant de donner au cordon son aspect primitif ; ce procédé sera celui de M. Saint-Cyr, immersion du cordon dans l'ammoniaque pendant 3 ou 4 heures, suivi d'une immersion dans l'eau pendant 12 heures.

III. — Quant aux fractures, elles se produisent facilement sur un crâne de nouveau-né atteint de vices d'ossification ; il ne faut pas confondre les anomalies d'ossification avec les fractures. Les fêlures et les fissures se distinguent des fractures en ce que leurs bords sont lisses, rectilignes, légèrement onduleux, mais toujours parallèles aux rayons d'ossification ; en ce qu'il existe presque toujours une mince tranche de cartilage entre les bords ; enfin, en ce qu'elles ont un siège spécial et sont en général disposées symétriquement lorsqu'elles sont multiples.

Dans le cas de fractures, si le crâne a été fracturé peu de temps après la mort, les bords de la fracture seront fortement imbibés de sang, il y aura même un épanchement abondant de liquide soulevant le périoste. Quand la fracture aura été faite pendant la vie, on trouvera du sang coagulé, un épanchement demi-liquide abondant dans les cas récents, occupant les bords et le voisinage de la fracture.

Les fractures peuvent avoir pour cause des exostoses et des viciations du bassin ; mais, dans le cas d'infanticide, la respiration et la vie extra-utérine attestent que le crâne a été brisé non pendant le travail et par le fait de l'accouchement, mais bien après la naissance et toujours par des manœuvres criminelles. Ces blessures auront entraîné la mort de l'enfant, à l'encontre de ce qui se produit ordinairement quand les blessures reçues par l'enfant proviennent seulement de la chute sur le parquet dans l'accouchement précipité debout. Quand les fractures ont eu lieu pendant un accouchement dans les lieux d'aisances, la peau du petit cadavre a un aspect blafard, il y a de vastes épanchements de sang dans le cuir chevelu et à la surface du cerveau ; si l'enfant était vivant quand on l'a forcé à passer à travers la lunette, on retrouvera des matières fécales dans la bouche, l'œsophage et l'estomac.

Quand l'accusée prétendra avoir accouché dans les lieux d'aisances, il y aura de fortes présomptions pour qu'elle soit coupable d'infanticide ; car, dans ce cas, l'expert relèvera sur le crâne fœtal des détachements caractéristiques aussi grands que ceux produits par les coups portés directement sur la tête.

Quant aux fractures consécutives à une chute d'une certaine hauteur, elles n'ont aucun caractère particulier ; elles peuvent surgir n'importe où, et le plus souvent la tête a subi un véritable broiement.

Les fractures consécutives aux coups portés directement sur la tête s'accompagnent de plaies du cuir chevelu ; de plus, il y a dans ces cas une double fracture siégeant exactement de chaque côté du crâne avec un aplatissement de la tête dans le sens de la pression et enfoncement fréquent des os brisés. Les fragments sont très nombreux. On ne peut pas admettre que l'accusée ait écrasé la tête entre les deux cuisses au moment où elle apparaît à la vulve.

IV. — En résumé, lorsque l'expert a sous les yeux le corps du délit, le cadavre d'un nouveau-né que la mère déclare avoir été projeté à terre pendant un accouchement debout, l'autopsie suffit pour juger ce qu'il y a de vrai dans les affirmations de l'inculpée, à condition toutefois que la putréfaction ne soit pas trop avancée.

Mais si le cadavre a disparu, si dans l'état de la mère on ne découvre rien qui soit en contradiction formelle avec l'hypothèse d'un accouchement précipité, nous ne voyons pas quels arguments l'expert opposera aux allégations d'une femme qui soutiendra que son enfant s'est tué en tombant à terre. Il peut voir quel est l'état des organes génitaux de la mère et essayer, par un interrogatoire habile, de connaître la façon dont s'est passé l'accouchement. Souvent, les efforts de l'expert n'aboutiront pas, mais c'est là surtout qu'il est sage parfois de rester dans le domaine des présomptions (1).

REVUE DES CONGRÈS

II° CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Bouilly (de Paris), donne les conclusions suivantes :

Le traitement des suppurations pelviennes ne saurait être utilement institué sans la connaissance préalable, aussi exacte que possible, du siège de la suppuration. De la connaissance de ce siège dépend le choix de la méthode de traitement.

Les abcès pelviens, considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale, peuvent être classés de la façon suivante :

1° Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin.

2° Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées.

3° Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées.

4° Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

La *ponction* ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

a) *L'incision simple* suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale, ou par la paroi vaginale ;

b) L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie* ;

c) L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, par *l'hystérectomie* préalable avec ou sans morcellement de l'utérus.

On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes :

1° L'ablation, par la voie vaginale, de petites collections *unilatérales*, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé.

2° L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

L'incision simple suivie de drainage représente la méthode de choix :

1. *Journ. de méd. et chir. prat.*

1° Pour l'ouverture des *abcès pelviens aigus*, d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin.

2° Pour l'ouverture des collections *péritonéales primitives*, d'origine puerpérale, abortive ou gonorrhéique aiguës ou subaiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire.

3° Pour l'ouverture des *hématocèles* suppurées.

Grâce à une meilleure technique et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des *abcès pelviens enkystés* siégeant dans les annexes. Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec efficacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les *suppurations aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération *d'attente* donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison *définitive* dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale, démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration, ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

La laparotomie et l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des suppurations pelviennes ne sont pas des méthodes rivales; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la laparotomie sont dominées par la considération du siège *unilatéral* des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie qui permet, par la vue, le contrôle du côté opposé s'impose comme l'opération de choix. Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'affections annexielles non suppurées, perd une partie de sa valeur, quand il s'agit de lésions suppurées; lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer, d'une manière aussi précise que possible, le siège uni ou bilatéral des lésions.

Le doute sur la *nature* des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine, etc., — fera préférer la laparotomie; la question se trouve du reste en pareil cas généralement déjà tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les deux opérations peuvent être discutées, la *situation* des poches purulentes, par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux, est une source importante d'indications. La laparotomie peut revendiquer les poches haut situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux, pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité; poches plus abdominales que pelviennes, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être plus facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'une hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë par souillure des anses intestinales, au milieu desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le siège unilatéral de la lésion, sur l'incertitude de la nature de la lésion, sur la situation élevée de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes, peut faire tout ce que ferait la laparotomie; elle permet d'enlever facilement les salpingites suppurées, les petits pyo-salpinx, les ovarites suppurées; elle permet d'atteindre et de guérir les lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou trop dangereuse.

Seule, elle permet d'ouvrir et de drainer les collections purulentes multiples, incluses à la fois dans les anneves et dans des adhérences péritonéales, séparées de la grande cavité du péritoine par des tractus solides et organisés, véritable processus fibreux, dans lequel, par la laparotomie, la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches adhérentes, non énucléables, compliquées ou non de fistules; seule, elle peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et, le plus souvent, accompagnées de communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement évacuatrice; l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir, en pareil cas, pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité et méconnaître un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient constituer aujourd'hui un argument en faveur de cette méthode; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années. L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale, qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des cas simples, l'hystérectomie donne la même proportion de succès que la laparotomie; appliquée au traitement des cas graves, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

M. Sänger (de Leipzig), co-rapporteur. — La plupart des chirurgiens allemands rejettent aujourd'hui l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie comme procédé opératoire unique ou de choix lorsqu'il s'agit des formes de suppurations pelviennes les plus fréquentes et les moins graves, c'est-à-dire des suppurations qui prennent naissance dans les annexes, et l'on préfère généralement à ces deux opérations des des procédés plus conservateurs et la voie abdominale.

Les indications de la *ponction* se réduisent aux cas invétérés d'abcès encapsulés ou de collections purulentes uniques dans des organes clos. On ne peut espérer le succès que lorsque le pus est stérile, et, d'autre part, il ne faut traiter de cette manière que les cas où le foyer purulent est susceptible d'être atteint sans que l'on risque d'ouvrir la cavité pelvi-péritonéale.

L'*incision* peut être indiquée dans les cas de foyers purulents extrapéritonéaux uniques, où elle constitue ce qu'il est permis d'appeler la *colpo-cœliotomie* simple, qui, le plus souvent, sera postérieure.

Ce mode d'intervention constitue le procédé de choix dans certains cas aigus, tels que les hématocèles suppurées du cul-de-sac de Douglas, mais, dans cette dernière circonstance, l'incision n'est indiquée que lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée, et, si ces signes font complètement défaut, il faut lui préférer l'extirpation de l'hématocèle par la cœliotomie.

La cœliotomie est toujours indiquée dans les cas de collections purulentes constituant par leurs dimensions de véritables tumeurs, ainsi que dans les tumeurs suppurées.

La cœliotomie toute simple et le drainage suffisent dans les cas de foyers enkystés, résidus de péritonite purulente, si toutefois on ne se voit pas obligé d'enlever les annexes et d'autres organes en état de suppuration.

Il faut extirper entièrement les organes suppurés, tels que de grosses poches purulentes provenant des trompes et des ovaires, des grossesses tubaires ou tubo-abdominales suppurées, des kystes de l'ovaire suppurés, etc. On ne s'en tiendra à l'incision simple du foyer en un ou deux temps que dans les cas d'absolue nécessité.

Un moyen mixte consiste à ouvrir d'abord le foyer, puis à le suturer dans la cavité abdominale après l'avoir vidé complètement et à drainer par le vagin.

Il y a au total deux groupes principaux de procédés, abdominaux et vaginaux, formant deux séries parallèles s'étendant chacune des opérations conservatrices aux opérations radicales.

L'origine des procédés opératoires conservateurs réside dans le fait que l'on a reconnu l'influence nuisible d'une extirpation prématurée des ovaires ou bien encore d'une extirpation com-

plète de tout l'appareil génital interne, surtout lorsqu'on a affaire à des femmes jeunes.

Je crois qu'il faut rejeter d'une manière absolue l'extirpation vaginale d'un utérus normal lorsque cette opération ne constitue qu'un temps préparatoire qui doit permettre d'atteindre les annexes. L'inutilité de l'utérus, ou l'utérus considéré comme « une quantité négligeable » sont des dogmes très graves.

Mais, l'opération radicale est entièrement justifiée dans les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu conjonctif du petit bassin, lorsque ces affections coïncident avec des lésions graves de l'utérus qui exigeraient à elles seules l'extirpation de cet organe (myomes, carcinomes, sarcomes, affections bénignes de l'endométrium donnant lieu à des hémorrhagies profuses), ou bien dans les cas de propagation à l'utérus d'une affection purulente des annexes, comme aussi dans les cas de tuberculose.

Il y a des raisons d'autant plus fortes d'opérer radicalement que la malade approche davantage de la ménopause.

En Allemagne, la majorité des opérateurs est restée fidèle à la salpingo-oophorectomie par voie abdominale ainsi qu'à l'emploi limité de l'hystérectomie et de l'hystéro-salpingo-oophorectomie par voie vaginale et par le procédé des ligatures.

Les principaux reproches qu'on peut faire à l'hystérectomie vaginale et à l'hystéro-salpingo-oophorectomie consistent dans le début de l'opération par l'utérus et non par les annexes malades, d'où l'impossibilité de limiter l'intervention dans un sens conservateur; puis dans les difficultés d'investigation du champ opératoire, d'autres foyers purulents (appendicites) pouvant passer inaperçus; enfin dans l'impossibilité absolue où l'on se trouve quelquefois d'opérer d'une façon radicale, dans le danger de blesser les organes voisins, l'intestin en particulier, et dans la crainte d'une hémorrhagie grave, si le pincement présente quelque défectuosité.

Dans les cas d'affections légères suppurées des annexes, lorsque au cours de l'opération les poches purulentes ne sont pas ouvertes, on peut sans danger fermer la cavité péritonéale. Depuis que Kaltenbach et Olshausen ont introduit cette fermeture dans la pratique, nous y attachons une grande importance et c'est la principale raison pour laquelle les gynécologistes allemands donnent la préférence aux procédés par les ligatures.

Il n'en est pas de même quand l'opération radicale par la voie vaginale est pratiquée pour les suppurations graves et bilatérales des annexes, ou pour les abcès pelviens compliqués, car dans ces cas le procédé des pinces est beaucoup plus facile et il devient nécessaire de laisser ouverte la cavité pelvienne.

L'asepsie, la narcose à l'éther, la position élevée de Trendelenburg, le drainage à la gaze et la fermeture de l'abdomen ont singulièrement amélioré la technique des opérations abdominales et ont, par conséquent, facilité la pratique d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire de l'*opération radicale par la voie abdominale;* celle-ci représente, en effet, le *summum* de l'intervention radicale.

La salpingo-oophorectomie bilatérale peut être combinée avec une autre opération abdominale radicale, l'*hystérectomie sus-vaginale* ou *amputation transversale du corps utérin* (H. Kelly).

Le *drainage* est indispensable : 1° toutes les fois que du pus virulent a contaminé la main de l'opérateur ou une région intacte du ventre; 2° dans toutes les fois où l'hémostase n'est pas parfaite ou lorsqu'il y a eu écoulement de pus virulent; 3° quand il existe une fistule avant l'opération et aussi quand une perforation de l'intestin se produit au cours de l'opération ou est à craindre dans la suite.

On donnera la préférence au drainage par tamponnement d'après la méthode de Mikulicz. L'obstruction intestinale n'a jamais été observée, pas plus ici que dans d'autres cas de drainage par la méthode de Mikulicz.

Le drainage abdomino-vaginal à la gaze, recommandé par Döderlein, ne garantit le plus souvent ni l'écoulement parfait des sécrétions, ni l'isolement du reste de la cavité abdominale.

M. Howard Kelly (de Baltimore). — On doit essayer la *ponction vaginale* avant de recourir à la laparotomie, lorsqu'il existe des masses inflammatoires compactes, se trouvant en contact immédiat avec le vagin et séparées par des adhérences de la cavité péritonéale. De même, dans les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum, la vessie ou au niveau de la paroi abdominale antérieure, dans la pelvi-péritonite enkystée, et enfin dans les cas d'hydrosalpinx volumineux où la trompe peut facilement être atteinte par la voie vaginale.

Elle donne alors une mortalité inférieure à 2 p. 100, et est suivie de guérison en huit à dix jours. Les fonctions de la menstruation et de la conception restent intactes et on n'observe jamais de troubles nerveux consécutifs.

L'opération présente, toutefois, quelques dangers qui sont : l'hémorrhagie, la perforation du rectum ou de l'intestin (2 cas), et la péritonite par pénétration du pus dans la cavité abdominale, sans que je connaisse, d'ailleurs, un seul cas de cette dernière complication.

La ponction vaginale ne donnera pas de guérison complète lorsque, en plus de l'abcès, il existe de la cellulite s'étendant aux parois pelviennes et comprimant les troncs nerveux et vasculaires. De même, si la malade est atteinte d'un rétrécissement notable du rectum dû à la présence du tissu inflammatoire périrectal, ce rétrécissement persistera après guérison de l'abcès et donnera lieu à des troubles post-opératoires.

Dans quelques cas, il sera nécessaire de faire une laparotomie exploratrice pour se rendre un compte exact de l'état des lésions et examiner si une opération radicale n'est pas nécessaire, ou bien pour éviter de ponctionner l'intestin qui se trouve parfois interposé entre l'abcès et la paroi vaginale, ou, enfin, pour faciliter l'évacuation complète du pus, en guidant l'instrument dans les cavités d'anciens abcès ou dans les poches de pyosalpinx doubles.

Ma statistique, qui comprend 39 cas, m'a donné 1 mort, 15 guérisons complètes et 9 guérisons partielles; 4 malades sont encore en traitement; 5 autres sont revenues pour subir une deuxième ou une troisième ponction vaginale, et chez 3 autres il a fallu faire ultérieurement une opération radicale; enfin, j'ai dû inciser l'une de mes opérées pour une appendicite suppurée, et la dernière n'a pas été revue.

Je n'insisterai pas sur le *traitement opératoire conservateur* par libération des adhérences et ponction vaginale des trompes ou l'ablation unilatérale de la trompe ou de l'ovaire.

Je mentionnerai seulement la *salpingo-oophorectomie simple*, et j'arrive à l'*hystéro-salpingo-oophorectomie* abdominale, qui trouve ses indications, soit dans les cas de pyosalpinx double, inaccessible par la ponction vaginale, ou adhérent et accompagné de métrite et d'endométrite purulentes, soit dans les cas d'abcès pelviens compliqués d'appendicite, ou d'adhérences comprimant l'intestin grêle, ou encore de trajets fistuleux aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle, soit enfin dans les cas d'abcès pelviens accompagnés de myomes.

Cette opération présente de grands avantages au point de vue de l'absence de difficultés, de l'examen facile des lésions, de la commodité avec laquelle on peut pincer et lier les vaisseaux, et du défaut de résidus post-opératoires et d'adhérences pouvant entraîner ultérieurement de l'obstruction intestinale.

Il n'est pas nécessaire d'établir un drainage par l'abdomen et il suffit de faire passer de la gaze de l'abdomen dans le vagin, à travers le col dilaté; on suture ensuite le péritoine en surjet par-dessus le pédicule utérin.

On n'observe pas de *shock* à la suite de l'intervention; la convalescence est rapide et la guérison est complète du 16° au 21° jour. Dans un seul cas, j'ai constaté un prolapsus du pédicule cervical.

M. Richelot (de Paris). — Tout l'intérêt se concentre, en somme, sur les 3 opérations désormais classiques : incision vaginale directe, laparotomie, hystérectomie vaginale. Chacune de ces 3 méthodes ne s'adapte pas invariablement à chacune des localisations de la lymphangite pelvienne. Au contraire, les diverses formes de suppuration peuvent être attaquées et guéries des 3 manières.

L'incision vaginale directe est surtout indiquée dans les cas de suppuration aiguë et récente, et cela parce qu'elle ouvre un foyer de cellulite pelvienne faisant une saillie bien nette au niveau d'un cul-de-sac vaginal, foyer simple et de guérison facile, ou parce qu'elle nous dispense d'ouvrir le péritoine dans les suppurations tubaires très virulentes qui suivent de près l'accouchement, ou enfin parce que, dans la période puerpérale, la friabilité des tissus rend très graves toutes les manœuvres d'extirpation.

La laparotomie présente une gravité variable suivant la qualité du pus, et, quand le pus est extrêmement virulent, il y a des cas où le chirurgien, quoi qu'il fasse, est désarmé. L'intestin grêle, en cas d'adhérences, constitue une autre source de dangers. Ajoutons que les opérations incomplètes peuvent laisser des fistules incurables. Enfin, même après les opérations menées à bien, la castration ovarienne bilatérale laisse un utérus infecté, congestionné, douloureux, et l'on est souvent conduit à faire secondairement l'hystérectomie vaginale. Mais la laparotomie triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter.

L'intervention par la voie vaginale a fait ses preuves de bénignité relative. La statistique de mes 569 hystérectomies vaginales fournit actuellement une mortalité de 4,50 p. 100. Le relevé partiel donne 6,50 p. 100. Sur mes 300 derniers cas, les morts mises à part, je n'ai pas vu survenir un seul accident opératoire ayant eu quelque suite et méritant d'être noté.

Après la castration utérine, les poches purulentes reviennent promptement sur elles-mêmes et ne restent pas fistuleuses. Sur 150 cas de suppurations pelviennes, je n'ai fait que 63 fois l'ablation bilatérale intégrale des annexes et 3 malades seulement, sur ce nombre, ont gardé pendant quelques mois une fistulette insignifiante.

Sauf certains cas réservés à l'incision directe et à la voie abdominale, l'hystérectomie vaginale est, par sa bénignité relative et par la sûreté de ses guérisons, la méthode de choix contre les suppurations pelviennes.

M. H. Hartmann (de Paris). — Voir *Gazette*, n° 72, p. 853.

M. Péan (de Paris). — Applicable à toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale, la castration vaginale totale donne des résultats meilleurs que toutes les autres méthodes de traitement, sans doute parce qu'elle assure plus facilement le drainage.

Cette méthode est la plus rationnelle lorsque la suppuration est bilatérale, lorsqu'elle est circonscrite par des adhérences anciennes vasculaires, résistantes, et lorsqu'elle est compliquée de fistules rectales, vésicales, utérines, hypogastriques.

L'hystérectomie vaginale constitue une précieuse ressource lorsque la castration tubo-ovarienne faite par la laparotomie a échoué; et l'on peut dire qu'elle donne des résultats durables, presque inespérés, même dans les cas les plus graves et même lorsque l'opérateur croit devoir laisser une portion des annexes, celles-ci s'atrophiant complètement dans la suite.

La mortalité de l'hystérectomie vaginale, entre les mains de chirurgiens exercés, ne dépasse pas de 1 à 4 p. 100,

Parmi les accidents morbides signalés dans nos tableaux statistiques, tels que l'incontinence d'urine, les fistules urinaires, les fistules pyostercorales, la cystalgie, la plupart existaient avant l'opération elle-même et aucun d'eux n'avait une réelle importance, puisqu'ils ont rapidement disparu par un traitement approprié.

En ce qui concerne les résultats éloignés, nous ferons remarquer que l'opération a eu les résultats les plus heureux sur un certain nombre d'affections intercurrentes. C'est ainsi que, dans un intervalle qui a varié de 2 mois à 3 ans, nous avons vu disparaître : l'hystérie chez 6 malades, le nervosisme chez 2, la folie chez 5, la mélancolie chez 1, la morphinomanie chez 2, les névralgies iléo-lombaires chez 4, les névralgies mammaires et intercostales chez 3, les nausées et les gastralgies rebelles chez 2, l'anémie par inanition chez 2, les céphalées, les bouffées de chaleur et de sueur chez 4, l'impossibilité de la marche chez 1, la gravelle et les coliques néphrétiques chez 2, les coliques hépatiques chez 1, l'endocardite rhumatismale chez 1, la maladie bronzée chez 1, l'albuminurie chez 2.

M. H. Delagénière (du Mans). — Il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie suivie de l'ablation des poches sont notoirement insuffisantes. J'ai alors recours à la castration abdominale totale. Je considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des 3 autres.

Je la pratique parfois de *propos délibéré*, quand, à l'indication formelle de supprimer la matrice, se joint une contre-indication de la méthode vaginale.

La plupart du temps, elle n'est que le complément de la laparotomie. Lorsque le ventre est ouvert dans les conditions sus-énoncées, on peut, en effet, se trouver en présence d'un utérus qui doit être enlevé, si, par exemple, après la décortication des poches, il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin la matrice elle-même est le siège d'un néoplasme.

Je ne peux pas me prononcer sur la gravité de l'intervention, n'ayant fait cette opération que 10 fois seulement.

Cette série de 10 cas m'a donné 2 morts, ce qui serait excessif s'il s'agissait de cas simples et bénins. Mais l'opération ne relève que des cas particulièrement graves, cas pour lesquels les autres méthodes sont aussi meurtrières.

Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels que je n'en ai jamais observé avec les autres méthodes : la guérison a été rapide et radicale; chez les 8 malades qui ont guéri. Jamais ces opérées n'ont présenté ni douleurs abdominales, ni constipation opiniâtre, ni ballonnement du ventre, etc.

M. Doyen (de Reims) considère l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes comme l'opération le plus souvent indiquée dans les cas de suppuration péri-utérine, mais pense que, dans certains cas déterminés, il faut lui préférer soit l'extirpation des annexes suivie ou non de l'extirpation de l'utérus par la laparotomie, soit l'incision simple des poches.

M. Henrotin (de Chicago). — Je ne partage pas toutes les opinions émises dans le rapport de M. Kelly. L'infection génitale procède toujours par la voie muqueuse, et, suivant le degré de pénétration, aboutit à des lésions très différentes dont on peut trouver des types réunis même chez la même femme. Les chirurgiens divisent habituellement leurs malades en deux catégories : celles dont l'état commande une opération radicale et celles au sujet desquelles on peut avoir le choix entre plusieurs modes de traitement. En réalité, ceux-ci se ramènent à trois : l'incision vaginale, la laparotomie et l'hystérectomie.

La ponction n'est pas un procédé chirurgical : il importe que le chirurgien voie ou touche du doigt les lésions auxquelles il s'attaque. Tout au moins, s'il introduit un instrument à l'aveuglette, il faut que cet instrument ne soit ni coupant ni piquant.

Le point essentiel sur lequel je veux attirer l'attention du Congrès, c'est l'importance de l'incision précoce du cul-de-sac postérieur à la première menace d'infection génitale, qu'il y ait du pus ou non. Souvent on n'obtiendra au début qu'un peu de sérosité et le pus n'apparaîtra qu'après quelques jours. J'agis ainsi, même alors que l'état général est encore excellent. Au moyen du doigt introduit par l'incision, je recherche les exsudats et les détruis si j'en trouve au-dessus. Lorsque ceux-ci sont très étendus, je pratique en outre l'ouverture du cul-de-sac antérieur et je les détruis par cette voie.

Je préfère de beaucoup ce procédé à tout autre, même au curettage précoce que j'ai vu maintes fois favoriser l'extension de l'infection et la faire aboutir à la suppuration de l'ovaire. S'il existe des poches, on les ouvre après les avoir amenées sous la vue de l'opérateur par la pression sur l'hypogastre.

J'insiste sur la nécessité de la précocité de cette intervention. Sur 78 cas traités ainsi du 5e jour au 3e mois, j'ai eu 2 insuccès, c'est-à-dire la continuation du processus septique, 3 ou 4 malades continuèrent de souffrir, 1 a guéri en conservant une fistule, toutes les autres ont guéri sans incidents. Les résultats les plus brillants ont été obtenus avec les malades qui ont été opérées dans les 3 premières semaines de leur infection. Avec les suppurations chroniques, les résultats de cette intervention sont aussi bons qu'avec n'importe quel autre procédé.

M. Léopold (Dresde). — Je veux simplement dire un mot sur la forme même de la question. Je regrette que l'on ait employé le terme de suppurations pelviennes, qui force d'éliminer de cette discussion, si l'on veut être exact, les lésions des annexes dans lesquels l'inflammation a abouti à des processus de sclérose dont on ne tient ainsi aucun compte, tandis que, d'autre part, il faudrait embrasser dans l'étude des suppurations pelviennes légitimes les cas où le pus s'est collecté hors des annexes, fusant dans les directions les plus variables. La question n'est pas non plus, comme paraissent l'avoir cru certains auteurs, de savoir s'il faut employer telle ou telle voie de préférence. Il faut attaquer les lésions où elles se trouvent, par la

voie la plus courte et surtout la moins mutilante. La laparotomie, qui permet de préciser un diagnostic si souvent incertain et de limiter à temps les sacrifices nécessaires, m'a toujours paru la méthode de choix. La ponction et l'incision vaginales seront indiquées au moins à titre d'exploration, quand les collections seront nettement accessibles par le vagin : il sera toujours temps de compléter cette première intervention si elle est insuffisante, soit immédiatement, soit plus tard. Je regrette aussi que l'on n'ait point parlé d'une opération qui présente toute la valeur de la laparotomie, en tant que méthode d'investigation, avec tous les avantages de la voie vaginale quant à la facilité du drainage et de l'évacuation inoffensive du pus : je veux parler de la colpocœliotomie, à laquelle Martin et Mackenrodt ont dû de si beaux succès et qui permet de se rendre de l'état des lésions, d'enlever ce qui est facilement énucléable, mais toujours de s'arrêter à temps si le diagnostic a été mauvais : en tout cas, si les lésions sont trop graves pour permettre l'extirpation par cette voie, le chemin est tout tracé pour compléter l'intervention par l'hystérectomie qui se trouve à ce moment à moitié faite.

M. Laroyenne (de Lyon). — Les collections pelviennes uni ou bilatérales sont souvent constituées par des loges multiples juxtaposées ou superposées. La trompe et l'ovaire peuvent notamment former une collection à contenu muco-purulent, inclus dans un foyer de pelvi-péritonite à contenu ordinairement séreux. Ces dispositions ne contre-indiquent pas l'incision vaginale. La ponction et le débridement de la collection la plus accessible permettent de reconnaître et d'atteindre les autres cavités.

Contre les hématocèles, l'incision vaginale, le nettoyage du foyer et la résection, si possible, de la trompe malade sont le traitement de choix. Contre les collections haut situées, notre trocart spécial est particulièrement utile. Grâce à sa courbure d'hystéromètre et en combinant la pression hypogastrique pendant toute l'opération, on pourra ponctionner la collection au lieu d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure du cul-de-sac, près de la ligne médiane.

Par l'incision, on introduit une éponge recouverte de gaze iodoformée, que l'on retire et remplace, au bout de 48 heures par des mèches de gaze iodoformée. Si l'incision se resserre, on dilate à nouveau. Les recommandations faites par certains auteurs, de fixer les lèvres de l'incision de la poche à celles de l'incision vaginale, ainsi que l'ont dit Landan et quelques autres, sont inutiles. Il n'y a, en effet, aucun besoin de placer en ce point ni pinces, ni sutures, et jamais le pus ne se répand dans les régions supérieures de la cavité abdominale.

M. Duret (de Lille) limite sa communication à l'étude des *suppurations pelviennes compliquées* et conclut ainsi :

1° Parmi les suppurations pelviennes d'origine annexielle, il existe des cas *compliqués et graves* de diverse nature, parmi lesquels deux affections d'un caractère particulier : les *suppurations multiples* et les *processus fibreux*.

2° Elles ont pour origine commune des infections intenses, causées ordinairement par les streptocoques, qui se diffusent à la fois par la voie muqueuse, lymphatique, séreuse et interstitielle : elles envahissent souvent d'emblée tout l'appareil génital.

3° Les deux formes pathologiques qu'elles affectent ressemblent à celles des phlegmons diffus, qui tantôt évoluent vers des suppurations multiples, tantôt vers l'induration et la sclérose.

4° Dans les cas de suppurations multiples, le pus tantôt distend les trompes et forme des tumeurs parfois considérables très adhérentes, tantôt il se collecte en des cavités péritonéales comprises entre les anses intestinales au-dessus de l'utérus; tantôt, enfin, il se forme des foyers diffus ou collectés dans le tissu cellulaire du plancher pelvien ou dans la partie moyenne du ligament large, sur le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques utéro-ovariens. Il existe encore des collections plus lointaines, lombaires, péri-rénales, sus-iliaques, sciatiques ou fessières.

4° Les processus scléreux tantôt se limitent à un côté de l'appareil génital, tantôt gagnent les deux côtés et englobent les organes génitaux dans une gangue qui acquiert bientôt une grande dureté, se propagent au parenchyme des organes eux-mêmes et les soude postérieurement ensemble et aux parois pelviennes.

6° Les deux complications pathologiques que nous signalons, offrent une *gravité particulière* et créent des difficultés opératoires diverses.

M. Paul Reynier (de Paris). — Dans un très grand nombre de cas, je reste partisan de la laparotomie : je dis dans *un très grand nombre de cas* et non pas dans tous. On ne saurait, en effet, dans les cas de suppurations pelviennes, ne pas être un peu éclectique. Or, il est bien loin d'en être ainsi.

Eliminant un cas de péritonite puerpérale pour laquelle je suis toujours intervenu sans succès, je relève pendant les cinq dernières années : 212 interventions pour suppurations pelviennes. Ces 212 interventions se décomposent ainsi :

4 fois j'ai fait l'ouverture de la poche purulente par la voie inguinale et par la voie sous-péritonéale. Dans ces 4 cas, il s'agissait de phlegmons du ligament large consécutifs à l'accouchement. J'ai eu 4 guérisons.

110 fois, je suis intervenu par la voie abdominale : j'ai eu 9 morts, 7 de péritonite, une par choc et une par hémorrhahie.

52 fois, j'ai fait l'hystérectomie vaginale et j'ai eu 6 morts : 1 d'hémorrhagie, 1 de choc, 2 par occlusion intestinale, 2 par péritonite.

46 fois, j'ai fait l'ouverture et le drainage de la collection purulente par le cul-de-sac postérieur.

Je n'ai eu aucune mort, mais j'ai été obligé de faire 9 fois l'hystérectomie consécutive et 4 fois la laparotomie.

J'ai ouvert par la voie abdominale presque toutes les variétés de suppurations. Je n'ai jamais fait une intervention incomplète, et cependant, je me suis trouvé en présence de cas particulièrement graves.

Dans 6 observations, je vois noté que je suis tombé sur des collections contenant 1/2 à 1 litre de pus, véritable abcès péri-utérin. Dans l'observation la plus remarquable, j'ai trouvé à côté d'un utérus gravide de 6 mois, un abcès contenant 1/2 litre de pus que je drainai par un drain passant par l'incision abdominale et le cul-de-sac postérieur. Ne voulant pas laisser cette femme accoucher dans un milieu aussi infecté, je complétai ma laparotomie par un Porro, enlevant le corps de l'utérus gravide, la malade guérit; je guéris ainsi 2 malades.

5 fois, je me trouvai en face d'ovarites suppurées ouvertes dans l'intestin, 4 malades guérirent grâce au drainage et au tamponnement vaginal fait par l'ouverture vaginale laissée béante par l'ablation de l'utérus enlevé par la voie vaginale.

35 fois, j'ai eu des salpingo-ovarites très adhérentes, se compliquant, dans 10 cas, de pelvi-péritonite. 2 fois seulement je perdis mes malades pour avoir seulement drainé à la méthode de Mikulicz.

J'en ai, d'autre part, guéri 2 en complétant, comme dans les cas précédents, la laparotomie par l'hystérectomie vaginale permettant le drainage pour cette voie. Dans les autres cas, les guérisons sont survenues avec le simple drainage par le cul-de-sac.

Je suis arrivé à me convaincre que presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie et que nous avons des procédés de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine qui nous la rendent bien moins à craindre que ne veulent le dire les hystérectomistes à outrance.

Toutefois, j'ai reconnu que, dans certaines formes de paramétrite, dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse, surtout à cause du choc opératoire; j'ai eu des malades chez lesquelles la chloroformisation a duré plus de 3 heures.

Quand j'ai eu recours à l'hystérectomie, c'est qu'il s'agissait de lésions graves, dans lesquelles, d'après mon expérience, la laparotomie me paraissait devoir être dangereuse.

Cela explique que ma statistique paraisse moins bonne. Cependant, l'hystérectomie me paraît moins dangereuse dans les cas de grosses lésions. Si toutefois on la conduit prudemment, en prenant le temps nécessaire pour abaisser un utérus, je n'ai jamais eu de blessures de l'uretère ni de la vessie. Mais, dans plus de la moitié des cas, j'ai laissé une ou deux annexes. Dans 5 cas, il lui a fallu laisser une portion de l'utérus qu'il m'était impossible d'abaisser. Mes malades ont guéri, mais elles ont continué à souffrir.

Opération incomplète pour opération incomplète, je suis arrivé à pratiquer plus souvent l'ouverture des collections pu-

rulentes par le cul-de-sac postérieur. Bien souvent, les malades ont continué à souffrir : dans 8 cas, j'ai été obligé de faire une hystérectomie consécutive, dans 3 cas une laparotomie. Mais cette opération a l'avantage énorme de donner une chance de conservation d'organes aptes à la fécondation.

Je ne conserve l'hystérectomie d'emblée que pour les utérus enclavés dans des masses purulentes impossibles à déterminer et pour les utérus fibromateux compliqués de suppurations pelviennes.

M. Henrotay (d'Anvers). — La blennorrhagie est le facteur étiologique *principal* des affections suppurées des annexes. Le plus grand nombre des affections annexielles dites *puerpérales*, ne sont, en réalité, que des infections blennorrhagiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement ou la fausse-couche. Le traitement prophylactique devrait s'inspirer : *a*) de la gravité de la blennorrhagie chez la femme ; *b*) de l'obligation pour tout médecin d'éclairer à ce sujet tout homme atteint d'uréthrite aiguë ou chronique. Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible. L'intervention vaginale est la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, quand une opération se trouve nécessitée, la castration totale est suffisamment indiquée par la nature blennorrhagique reconnue de l'affection. La fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie est un progrès sensible dans la technique et doit être exécutée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle.

M. Mangin (de Marseille). — *Les collections suppurées à grande virulence* demandent à être ouvertes au plus tôt. Pour ce faire nous avons abandonné la laparotomie qui nous donnait 20 p. 100 de mortalité pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul-de-sac postérieur, assurant le drainage, curettage de la poche, injections journalières jusqu'à guérison.

Pour les collections proéminant vers le ventre, laparotomie sans énucléation de la poche lorsque celle-ci est trop adhérente.

2° *Pour les infections atténuées*, toujours temporiser si l'état général le permet et user largement et longtemps des traitements médicaux ou chirurgicaux conservateurs. N'intervenir radicalement qu'après échec de ces différents moyens. Grâce à cette méthode prudente nous n'avons plus observé de mortalité depuis quelques années sur un grand nombre de malades traitées.

Sur 7 000 malades observées nous avons trouvé 780 infections péri-utérines ou annexielles de différente gravité ; 226 fois seulement une intervention nous a paru indiquée. Si on fait le départ des cas suraigus pour lesquels la temporisation n'était pas permise, soit 48, il reste 38 interventions radicales proposées, hystérectomies ou laparotomies, *soit seulement 5 p. 100 des cas observés*, et 140 opérations conservatrices. Quelques malades nous ayant quitté ou ayant refusé l'intervention, notre statistique se réduit à 193 opérations :

I. — Infections graves. 9 laparotomies avec enlèvement de la poche, 2 morts. 4 laparotomies sans enlèvement de la poche 4 guérisons. 35 incisions vaginales, 33 guérisons, 1 mort chez une malade à infection généralisée au moment de l'intervention. 1 récidive chez une tuberculeuse. 2 fistules chez des malades indociles mais état général redevenu bon.

II. — Infections atténuées. 16 laparotomies, 16 guérisons, 8 hystérectomies vaginales, 3 guérisons. 4 enlèvements d'annexes suppurés par le vagin, 4 guérisons. 122 opérations conservatrices, 91 guérisons, 25 améliorations sérieuses, 6 échecs ; 1 malade réopérée par hystérectomie, guérison ; 2 par laparotomie 2 guérisons. 28 grossesses.

M. Adenot (de Lyon). — Le débridement vaginal des collections pelviennes d'après la méthode de M. Laroyenne est définitivement accepté comme traitement de choix dans un très grand nombre de cas.

Les observations de grossesse chez des malades opérées dans ces conditions se multiplient et donnent un singulier appui à cette méthode conservatrice en général.

Dans une trentaine de cas personnels nous avons appliqué le procédé du débridement vaginal. Plusieurs fois nous nous sommes félicité d'avoir donner la préférence au large débridement vaginal sur la laparotomie ou l'hystérectomie.

Nos observations comprennent des cas de gravité très diverse. La plupart concernent ces abcès à consistance ligneuse, à évolution subaiguë ou chronique avec poussées intermittentes, pour lesquels un certain nombre d'opérateurs conseillent des opérations radicales.

Dans la moitié de nos observations il s'agissait d'abcès multiples, à poches superposées ou juxtaposées ce qui constitue encore une des plus heureuses applications du débridement vaginal. La ponction et le débridement donnent issue souvent alors à des liquides de nature différente (sérosité et pus) successivement.

Nous n'avons perdu aucune de nos malades du fait de l'intervention. Nous n'avons jamais eu d'accident important. Trois fois une hémorrhagie assez abondante par section de l'utérine ou d'une de ses branches fut rapidement arrêtée au moyen de la compression par une éponge aseptique introduite dans la cavité de l'abcès.

Nous n'avons jamais observé de section intestinale ou urétérale.

L'exploration soigneuse des limites de l'abcès permet de le ponctionner sans crainte.

Nous avons encore ouvert et drainé de cette manière un kyste dermoïde suppuré qui contenait des cheveux blancs et une poche remplie de caillots sanguins que nous avons cru être une grossesse extra-utérine.

Bien que le débridement vaginal nous semble suffisant et très efficace dans le plus grand nombre des cas, il peut être parfois nécessaire de recourir à des opérations plus radicales. Deux fois dans des salpingo-ovarites suppurées bilatérales compliquées de fibrome du volume d'une mandarine et plus, nous avons pratiqué l'opération de Péan-Segond. Les 2 malades ont guéri.

M. Segond (de Paris). — Les conclusions auxquelles je me rallie sont tellement voisines de celles de M. Bouilly que je n'ai qu'à souscrire à ces dernières et aussi à me limiter dans la communication que j'avais prévue tout d'abord.

Les points sur lesquels je veux seulement attirer l'attention sont les suivants :

1) La méthode de Péan me paraît généralement ignorée. Elle ne comprend pas un seul procédé mais un ensemble de procédés opératoires : morcellement, hémisection totale ou partielle, etc., dont le but final est l'extirpation de l'utérus.

2) La nécessité qu'il y a de varier le procédé opératoire avec les cas. Il n'y a pas un procédé unique d'hystérectomie vaginale toujours le même, s'appliquant à tous les cas. Il y en a plusieurs, et l'on ne saurait dire toujours, dans tous les cas, à l'avance, que l'on procédera de telle ou telle façon.

3) Il faut commencer toute hystérectomie par la libération du col et l'hémostase de la base des ligaments larges, qu'on enlève le col ou non. C'est le meilleur moyen de ne pas blesser l'uretère qui se trouve ainsi, dès le début de l'opération, rejeté sur le côté.

M. Sabino Cœlho (de Lisbonne). — Dans les suppurations pelviennes unilatérales, je pratique la colpotomie antérieure.

Cette opération a été faite par Martin dans 300 cas avec une seule mort. La colpotomie a sur l'hystérectomie vaginale plusieurs avantages. Elle laisse l'espoir de la maternité. Elle ne donne lieu à aucune cicatrice.

Elle est toujours innocente, permet une exploration complète du petit bassin et peut être suivie s'il y a lieu d'une opération plus radicale.

M. Acconci (de Gênes). — J'ai déjà fait 100 hystérectomies vaginales pour indications variées avec résultats favorables, communiqués au congrès de Rome : auxquelles je dois ajouter aujourd'hui 45 opérations nouvelles. J'ai adopté la voie vaginale pour les raisons mêmes que M. Bouilly a si bien exposées dans son rapport. D'une façon générale il ne faut pas être exclusif et se guider à chaque fois sur les indications particulières à chaque cas. Cependant quand on peut hésiter entre les deux voies, j'avoue que j'ai une préférence pour la voie vaginale en présence des résultats excellents qu'elle m'a donnés.

M. Coromilas (de Galata). — Je suis convaincu que les microorganismes paludéens, comme maintes autres affections infectieuses, peuvent déterminer une annexite, même purulente.

1° Qu'en pareil cas l'emploi des médicaments spécifiques, en particulier des sels de quinine à l'intérieur et sous la forme d'injections sous-cutanées, suffit quelques fois pour obtenir la guérison.

2° Qu'il ne faut pas trop tôt désespérer, lors même que la salpingite est suppurée, compliquée d'adénite inguinale et de cachexie paludéenne.

3° Qu'il faut prescrire la quinine alors même qu'une opération chirurgicale serait jugée indispensable, 4 ou 8 jours avant l'opération. C'est une règle à suivre non seulement quand il s'agit d'un traitement ou de faire une opération sur les organes génitaux des sujets paludéens, mais toujours, pour nous qui exerçons la chirurgie et la gynécologie dans les pays marécageux, nous devons instituer un traitement énergique antipaludéen, même si nous n'avons pas des phénomènes de cachexie palustre. En plus je conseille de saupoudrer la plaie, après une opération, soit avec de sulfate de quinine seul, soit associé, en parties égales, avec l'iodoforme.

M. Döderlein (Munich). — Le terme de *suppurations pelviennes* est un mot à abandonner, par ce qu'il confond des maladies très différentes, ce qui, au point de vue du traitement, peut causer de graves erreurs. Or la nature extra-péritonéale ou intra-péritonéale de ces diverses infections comporte des indications tellement différentes que cette première distinction est capitale à établir. Je choisirai comme type de traitement celui des trompes et des ovaires suppurés d'origine blennorrhagique.

S'il existe du pus dans les trompes et dans les ovaires, il n'y a qu'une chance de guérison définitive, c'est l'extirpation complète des tissus malades. Il faut rejeter d'emblée, en pareil cas, tous les traitements incomplets, tels que la ponction et l'incision vaginale; jamais elles n'ont donné de résultats véritablement définitifs. Dans beaucoup de cas, il est possible de s'en tenir à l'extirpation des trompes et au besoin des ovaires, en laissant l'utérus en place. Quand l'enlèvement total de tout l'appareil génital s'impose, c'est le procédé de Péan qu'il faut préférer à tous les autres.

Pour les lésions annexielles dont le pus a disparu, la colpocœliotomie antérieure et postérieure doivent devenir le procédé de choix ; cette opération permet, dans beaucoup de cas, de réaliser une extirpation réellement radicale.

Si l'enlèvement des annexes a amené la contamination de la cavité abdominale, j'emploie, au lieu du tamponnement classique de Mikulicz, le drainage à la gaze iodoformée par la voie vaginale.

Traitement des rétrodéviations de l'utérus.

M. Pozzi termine par les conclusions suivantes :

I. Les syndromes cliniques désignés sous les noms de *rétroversion* et de *rétroflexion de l'utérus* ne constituent pas des entités morbides distinctes. Ils ne sont considérés comme des affections spéciales que par suite d'une tradition ancienne qui doit être aujourd'hui réformée.

II. La déviation en arrière de l'utérus, simple ou avec flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

a) Relâchement des ligaments, sans adhérences dues à une péri-métro-salpingite antérieure. C'est la *rétrodéviation mobile*.

b) Adhérences postérieures, surtout autour des annexes après une péri-métrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la *rétrodéviation fixe*. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

Il n'y a aucune assimilation à établir entre ces deux ordres de lésions, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

III. Pour les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de *rétroversion* et de *rétroflexion* celui de *mobilité* (excessive) *de l'utérus*. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa fixité, et, par suite, son antécourbure normale ; mais cette orientation vicieuse ne cause par elle-même que des accidents très accessoires de compression. Les phénomènes principaux d'ordre nerveux et réflexe, sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité. Ils persistent quand on ramène momentanément l'utérus en avant sans assurer sa fixité. Ils paraissent dus à une rupture d'équilibre dans la statique abdominale, à une véritable entéroptose pelvienne.

IV. Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino-et la vésicofixation ne paraissent donner également qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. Le traitement rationnel de la *rétrodéviation mobile* ou, pour mieux dire, de la *mobilité* (excessive) *de l'utérus*, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

a) Guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.).

b) Restaurer le périnée souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée.

c) Faire porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

V. Le traitement de la *rétrodéviation fixe* de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massage combinées ou non avec le cathétérisme ; mais cette pratique offre toujours des dangers. Elle est, du reste, rationnelle.

En effet, la rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire ; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VI. Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes, constituent des *lésions de guérison* acquises et tolérées, puis les symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VII. Dans d'autres cas l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que s'il existe de la métrite concomitante elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences ? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profonde de l'ovaire et des trompes, avec *oblitération* de ces dernières ? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétrodéviation de l'utérus.

VIII. Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen après destruction des adhérences laissent l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. Assurément, on pourrait alors, après la castration, faire l'hystéropexie abdominale complémentaire dans la même séance, puis plus tard, amener la guérison et l'involution de l'utérus par le curettage et l'amputation du col, enfin refaire un périnée s'il était insuffisant et placer un pessaire. Mais cette pratique est

beaucoup plus compliquée, plus longue, et sensiblement aussi grave que l'hystérectomie vaginale. On est donc autorisé à y avoir recours dans ces cas exceptionnels.

M. Polk (de New-York) (co-rapporteur), termine par les conclusions suivantes :

1° Les rétrodéviations et tout spécialement celles intéressant l'utérus apte à l'état de gestation ne doivent pas être soumises à un traitement opératoire, qui fixe le fond ou le corps de l'organe à la paroi abdominale, ou à un des organes voisins, la vessie ou le vagin.

2° Les rétroversions sans complications et chez des malades encore aptes à concevoir doivent être traitées par le raccourcissement externe, c'est-à-dire inguinal des ligaments ronds (opération d'Alexander). On peut aussi pratiquer dans ces cas le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

3° Chez les malades encore en état de concevoir, les rétroflexions compliquées devront être traitées par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et si c'est nécessaire des ligaments utéro-sacrés, les deux opérations faites par voie vaginale.

4° Les rétrodéviations adhérentes doivent être opérées, chez les femmes, avant la ménopause, par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et si c'est nécessaire des ligaments utéro-sacrés, par la voie vaginale, si possible. L'opération d'Alexander peut être appliquée à ces déviations, après rupture des adhérences par colpotomie, dans le cas où les ligaments ronds ne sont pas intéressés dans les adhérences, comme cela est souvent le cas après des poussées inflammatoires de périmétrite antérieure.

5° La rétrodéviation d'un utérus, dépourvu de ces annexes (après salpingo-oophorectomie) doit être traité par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, si c'est nécessaire.

6° Après la ménopause les rétrodéviations doivent être traitées par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, ces opérations devant être exécutées, si possible, par la voie vaginale. L'opération d'Alexander suffira s'il n'existe pas d'adhérences et que l'utérus n'est pas atrophié.

7° Lorsque les ligaments utéro-sacrés sont allongés et que de cette manière ils sont un facteur important de la rétrodéviation, leur raccourcissement devra être compris dans l'opération ; la voie vaginale est préférable dans ce but.

Le manuel opératoire de cette dernière opération est le suivant :

1° Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé comme dans la colpotomie antérieure, l'utérus et les annexes sont libérés de leurs adhérences, s'il en existe, l'utérus est amené en antéversion et le fond de l'organe attiré dans le vagin. Le ligament rond, y compris son revêtement péritonéal, est entouré d'une suture à la soie assez éloignée de l'utérus pour permettre son attache facile à l'utérus, au niveau du point d'origine du ligament rond. De cette façon celui-ci est replié sur lui-même et présente naturellement deux boucles, dont l'une est suturée à l'utérus tandis que l'autre le sera au ligament rond lui-même en dehors de la partie repliée. Une troisième suture est placée sur la boucle elle-même. On doit prendre soin de ne pas blesser la trompe en passant cette dernière suture. Après avoir répété la même manœuvre du côté opposé l'utérus est rentré dans la cavité péritonéale et l'ouverture vaginale est fermée au catgut en suturant d'abord le péritoine seul et puis la paroi du vagin.

2° Ouverture du cul-de-sac postérieur par une incision transversale au niveau de l'insertion utéro-vaginale, s'étendant des deux côtés jusqu'aux culs-de-sac latéraux. On entre dans le Douglas et on jette une forte suture de soie sur le ligament utéro-sacré, environ à son point médian. On pratique cela des deux côtés en tendant les ligaments afin de faciliter cette manœuvre. L'extrémité de chaque suture est passée à travers la paroi vaginale, chacune de son propre côté et à l'angle extrême de l'incision, les fils sont serrés solidement. De cette manière le col est attiré en arrière et en haut et arrive ainsi à environ mi-hauteur des ligaments utéro-sacrés. Le cul-de-sac est fermé au catgut et les sutures intéressant les ligaments utéro-sacrés sont laissées longues ; le drain est enlevé après la quinzaine. La malade doit garder le lit 3 semaines, on n'appliquera pas de pessaire. Il faut surveiller l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie ; les malades affligés d'un abdomen proéminent devront porter une ceinture ventrale.

M. Otto Küstner (de Breslau) (co-rapporteur), termine par les conclusions suivantes :

1° Bien qu'aucun des procédés opératoires appliqués actuellement au traitement des rétroversions et des rétroflexions utérine ne rende à l'utérus et aux annexes leur position absolument normale, on doit cependant préférer la nouvelle position utérine obtenue ainsi artificiellement à la rétroversion ou à la rétroflexion primitive. En effet, de cette manière l'utérus retrouve jusqu'à un certain point sa mobilité normale. La formation d'adhérences avec les organes voisins se trouve ainsi prévenue, ainsi que celle d'un prolapsus ultérieur ; en un mot la statique des organes pelviens est rétablie d'une manière relative.

2° Dans le traitement opératoire de ces déviations utérines il faut soigneusement distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences ; ces dernières devant tout d'abord être mobilisées. Pour maintenir l'utérus en antéversion ou en antéflexion on se servira ensuite pour ces dernières des mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

3° Quant à ce qui concerne les interventions ayant pour but de mobiliser les rétroversions ou les rétroflexions adhérentes (*opérations mobilisantes*), on ne doit pas ouvrir la cavité abdominale lorsque les adhérences ne sont pas trop solides et trop étendues. Dans ce cas-là on pourra atteindre le but par le massage ou les manœuvres de Schultze.

Si les adhérences étaient par trop nombreuses et solides il y aurait lieu de recourir à l'ouverture de la cavité abdominale pour libérer l'organe aussi bien que possible.

4° L'ouverture de la cavité abdominale peut se faire par les culs-de-sac antérieur ou postérieur ainsi que par la paroi abdominale. Il est hors de doute que c'est la laparotomie qui permet le mieux de se rendre un compte exact de l'état et de l'étendue des adhérences. Il en résulte qu'elle présente des avantages manifestes pour le traitement minutieux de ces dernières ainsi que pour celui des annexes qui sont toujours plus ou moins affectées.

Les colpotomies antérieures et postérieures sont des opérations beaucoup moins exactes et risquent de donner lieu à des interventions moins complètes. En outre la première ne permet pas toujours d'éviter les lésions d'organes voisins.

5° La valeur des différents procédés qui ont pour but de fixer l'utérus dans une nouvelle position se juge d'après les deux propositions suivantes :

a) Ils doivent être capables de maintenir l'utérus dans une bonne position.

b) Les fonctions normales de l'utérus ne doivent être modifiées d'aucune manière.

6° Les résultats obtenus par la ventro-fixation, la vagino-fixation, la fixation abdomino-vésicale et par l'opération d'Alexander prouvent que ces différentes opérations sont suffisamment capables de maintenir l'utérus dans une bonne position ; il n'en est pas de même de ceux obtenus par les modifications récentes de ces divers procédés, ainsi que par la rétrofixation de Sänger.

7° Les fonctions normales de l'utérus ne sont pas, ou tout au moins relativement peu, altérées par la *ventro-fixation*, *l'opération d'Alexander* et par la *fixation vésicale*.

8° Elles sont au contraire profondément atteintes par la fixation vaginale, dès que celle-ci s'étend à la plus grande partie de la paroi antérieure de l'utérus.

9° Il y a lieu par conséquent de ne pas soumettre à la *vagino-fixation* les femmes aptes à concevoir. Chez les femmes qui ne le sont plus, cette opération donne par contre de très bons résultats. Chez ces dernières, lorsqu'il y a en même temps que la déviation utérine une descente de l'utérus ou un léger degré de prolapsus, on combinera avantageusement la vagino-fixation avec les colporraphies.

10° S'agit-il d'adhérences étendues, la meilleure opération consiste dans la laparotomie, suivie de la rupture des adhérences avec le Paquelin, avec les ciseaux ou avec les doigts et dans la *ventro-fixation* d'après le principe d'Olshausen.

Si les annexes sont malades, il faut suivre le principe conservateur jusque dans ses plus extrêmes conséquences. Il ne faut

dans aucun cas les enlever, à moins qu'ils ne soient gravement atteints ; mais il faut seulement les libérer de leurs adhérences. Dans tous les cas il faudra chez de jeunes personnes laisser autant que possible une certaine quantité de tissu ovarien.

C'est de cette manière qu'il faut en principe traiter toute rétroversion ou toute rétroflexion utérine. Les curettages, les bains et autres traitements symptomatiques ne devront être employés qu'exceptionnellement.

11° Le meilleur procédé opératoire contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale ou qui est en somme la position normale.

12° Les indications pour le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par les pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc. L'indication objective consiste dans une déformation du vagin, ne permettant pas le traitement par les pessaires.

13° Considérant que le prolapsus utérin n'est en général qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus le premier souci de l'opérateur dans le traitement du prolapsus doit être d'assurer le redressement de l'utérus. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus à laquelle il faut adjoindre dans la même séance les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

M. Reynier (Paris). — Il importe de distinguer les rétroversions des rétroflexions, car ce sont deux affections de nature très différente, d'origine distincte, et commandant chacune un traitement spécial. L'une et l'autre sont symptomatiques, plutôt qu'elles ne sont des maladies véritables. Mais la rétroversion est une affection bénigne, une résultante de la flaccidité générale de l'appareil suspenseur de l'utérus, consécutive ordinairement à l'accouchement. J'emploie de préférence ici l'opération d'Alexander, combinée avec la réfection du plancher périnéal, s'il en est besoin On fait ainsi disparaître la sensation si pénible de pesanteur dans le petit bassin, mais on ne supprime pas toutes les douleurs car la métrite est responsable d'une bonne part de celles-ci et il importe de la traiter à part si l'on veut une guérison complète.

La rétroflexion au contraire est symptomatique de lésions inflammatoires des annexes, et de paramétrites ayant créé des adhérences, souvent anciennes, qui fixent l'utérus en place : la métrite joue donc encore ici un rôle considérable. Sur 31 cas de rétroflexions que j'ai opérés, 4 fois par l'hystérectomie virginale, 27 fois par la laparotomie et l'hystéropexie, j'ai toujours trouvé ces lésions annexielles. Aussi l'Alexander me paraît ici absolument contre-indiqué, car il ramène en avant le fond de l'organe, qui n'en reste pas moins plié en arrière; aussi n'obtient-on pas ce moyen aucun soulagement des douleurs. J'ai dû ainsi employer la laparotomie chez des malades traitées par l'Alexander et continuant de souffrir. C'est l'opération que j'ai toujours pratiquée en pareil cas, car elle seule permet de se rendre compte de l'état des adhérences et elle les détruira efficacement; je termine par l'hystéropexie : j'ai commencé, bien entendu par pratiquer le curettage. Sur 27 cas, je n'ai pas perdu une seule malade. Quant à l'hystéropexie, je l'exécutais d'abord en passant les fils de soie en plein tissu utérin : j'ai eu des suppurations et des fistules dues à l'infection des fils par les organismes répandus dans les couches musculaires de l'utérus atteint de métrite. Depuis, j'ai passé les fils à travers le ligament large, au-dessous de l'insertion du ligament rond, et je n'ai plus, depuis cette époque, eu aucun insuccès.

M. Schwartz (Paris). — J'ai eu à soigner ces 5 dernières années environ 150 rétrodéviations utérines. Parmi celles-ci l'hystéropexie nous a paru indiquée 46 fois.

L'indication opératoire nous a été fournie tantôt par l'échec des méthodes plus simples, telles que l'opération d'Alexander, la réduction, etc., tantôt d'emblée par l'existence concomitante d'annexites uni-ou bilatérales ou par la présence d'adhérences suites de pelvipéritonites irréductibles et que n'avaient pu vaincre ni les tentatives de redressement ni les massages, etc.

Notre manuel opératoire est le suivant : après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie et introduit dans la cavité utérine préalablement une bougie d'Hegar numéro 6 ou 7 que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres au plus; dès que le péritoine est ouvert, les 2 doigts introduits, cherchant le fond, explorent en même temps les annexes, tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine; s'il y a des adhérences, elles sont rapidement décollées et déchirées.

L'utérus redressé est traversé au niveau de son fond d'un fil de soie n°s 2-3 qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes; l'anse ainsi formée nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté 2 ou 3 autres soies au-dessous, évitant le cul-de-sac vésical, en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées ou réséquées ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les fils séparés ferment le péritoine puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons fait 24 fois une hystéropexie simple; 22 fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes (ignipunctures 5 fois, castration unilatérale 14 fois, bilatérale 2 fois, résection de l'ovaire 2 fois).

Une fois nous avons enlevé un fibrome péritonéal qui avait paru produire une vraie luxation traumatique de la matrice, une autre fois, nous sommes tombés sur une rupture tubaire avec grossesse extra-utérine qui a été extirpée.

Nous avons revu 34 opérées de 3 mois à 5 ans 1/2 après l'opération, et nous n'avons eu que 2 récidives et encore l'une d'elles (une après un accouchement) n'est pas douloureuse; 2 opérées souffrent encore après 2 ans malgré le redressement et la fixation.

30 sont guéries et le restent depuis : 5 ans 1/2 1; 4 ans 1; 3 ans 4; 18 mois à 2 ans 13; 1 an 5; 3 à 6 mois 6;

Nous n'avons observé que deux éventrations dont l'une consécutive à un abcès dû à un fil. 3 de mes opérées ont accouché à terme. 2 autres ont été enceintes, chez l'une la grossesse n'a pu être amenée à terme; chez l'autre la grossesse a continué, mais je n'ai pu revoir l'opérée depuis.

M. Péan (Paris). — Les conclusions auxquelles m'a conduit ma pratique sont les suivantes :

1° Le traitement chirurgical des rétrodéviations diffère suivant que celles-ci sont *mobiles*, *peu adhérentes*, extrêmement adhérentes.

2° Lorsque les rétrodéviations sont mobiles, le chirurgien a rarement besoin d'intervenir autrement que par les pessaires.

3° Quelques praticiens ont eu le tort de prétendre que les pessaires sont malpropres et incommodes : cette objection tombe lorsqu'on a le soin de se servir d'instruments métalliques, tels que ceux en aluminium qu'il est facile de rendre aseptiques.

4° Pour favoriser l'application de ces instruments, il ne faut pas craindre de recourir à la périnéorraphie ou à l'élytrorrhaphie, en cas de déchirure concomitante du périnée, de cystocèle, de rectocèle ou de prolapsus utérin.

5° Lorsque les rétrodéviations sont maintenues par des adhérences récentes, molles, faciles à détacher, qui rendent l'existence intolérable, le chirurgien doit s'efforcer de rendre l'utérus mobile en les faisant céder le plus vite possible par les moyens médicaux. S'il n'y parvient pas, il doit recourir au redresseur articulé de Sims, ou au massage vaginal suivant la méthode de Thure-Brandt, qui donne d'excellents résultats.

6° Si le détachement des adhérences ne peut être obtenu par ce moyen, et si les souffrances persistent, il ne faut pas craindre d'introduire le doigt dans le cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale pour explorer l'état de l'utérus et des annexes, pour enlever les petites tumeurs des trompes et des ovaires et pour rompre les adhérences, de façon à rendre à ces organes leur mobilité.

7° Si malgré ces soins, les douleurs persistent, il faut tâcher de prévenir la récidive : pour cela il faut alors donner la préférence aux méthodes qui fixent le mieux la paroi du corps de l'utérus en avant.

8° Celle que nous avons imaginée dans ce but, consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie,

après avoir dénudé ces organes de leur feuillet péritonéal sur la ligne médiane.

9° Pour faciliter ce résultat, nous faisons au préalable la résection supravaginale du col, en conservant la muqueuse, puis, quelques semaines après, nous faisons la seconde opération, qui peut se résumer ainsi :

Section bilatérale de la muqueuse vaginale, ouverture du cul-de-sac vagino-péritonéal, détachement des adhérences avec les doigts, ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin, bascule du fond de l'utérus à l'aide des doigts et des pinces, avivement du péritoine qui recouvre la face antérieure du corps de l'utérus et de celui de la face postérieure de la vessie au niveau de la ligne médiane, sur une hauteur de 4 centimètres; suture des surfaces avivées avec des crins de Florence superficiels et profonds.

10° Si l'utérus est maintenu en rétroflexion par des adhérences nombreuses et extrêmement résistantes, on trouve dans son tissu, dans celui des trompes, du péritoine et même des organes voisins, des modifications profondes qui rendent la chirurgie conservatrice impuissante et dangereuse. En pareil cas, la castration vaginale totale est indiquée, et permet, comme le prouvent nos statistiques, de remédier à ces désordres et même de sauver des malades dont l'existence était compromise.

M. Jacobs (de Bruxelles). Je tiens à m'élever contre l'abus des opérations pratiquées dans les cas de déviations utérines, qu'il s'agisse d'opérations abdominales ou vaginales. L'hystéropexie abdominale est une opération bénigne en tant qu'acte opératoire. Les suites tardives peuvent être très dangereuses. Dans 4 cas, l'examen des pièces anatomiques m'a démontré l'existence d'un pédicule plus ou moins long, formé entre la paroi abdominale de l'utérus. Dans un 5e cas, la mort fut le résultat d'un iléus dû à un pédicule abdomino-utérin.

L'hystéropexie vaginale est dangereuse, au point de vue de la grossesse consécutive, parce que l'on a eu tort de rattacher le corps utérin à la muqueuse vaginale, ce qui rend la mobilité impossible.

Je pratique l'opération en rattachant la paroi utérine antérieure et sa partie supérieure au péritoine du cul-de-sac vaginal antérieur. Sur 21 cas, j'ai eu à constater dans la suite 4 grossesses à terme, pas un seul avortement.

J'insiste sur l'importance des accidents tardifs dans ces opérations, dont la bénignité est prouvée par toutes les statistiques.

M. Mangin (de Marseille) est intervenu chirurgicalement dans 83 cas de rétrodéviation utérine. En résumé, il conclut en faveur de pessaire dans les rétrodéviations mobiles; s'il n'est pas supporté : colpo-hystéropexie vaginale avec plastiques du vagin, conserver l'Alexander ou l'hystéropexie abdominale pour les malades à tissus peu résistants.

Dans les déviations compliquées, chercher à les ramener au type précédent par les traitements médicaux et application des opérations plastiques; si l'état des annexes ne permet pas ces interventions, recourir à la laparotomie avec hystéropexie pour les lésions simples, à l'hystérectomie pour les lésions doubles.

M. Byford (de Chicago). — Ma méthode consiste dans une incision de la paroi antérieure du vagin en forme de T; on sépare les adhérences péritonéales; le corps de l'utérus est suturé avec le péritoine vésical. Puis, par la voie vaginale, on exécute le raccourcissement des ligaments courts au moyen d'un fil de soie. Fermeture de l'incision par des sutures transversales qui transforment l'incision en T en incision longitudinale. Cette cysto-hystérorrhaphie, qui se rapproche du procédé de Dürrhsen, m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. Otto Engström (Helsingfors). — Une rétrodéviation de la matrice est rarement par elle-même suivie de conséquences graves. Je fais la ventrofixation lorsque je suis forcé de procéder chirurgicalement. Pendant les 19 derniers mois, j'ai traité soit moi-même, soit mes assistants, 3500 malades atteintes d'affections gynécologiques. Nous avons fait 266 laparotomies, 500 ventrofixations pour rétrodéviations mobiles et 34 pour rétrodéviations adhérentes, avec ou sans opérations additionnelles. Toutes ont réussi sans aucune récidive. Je fais passer une seule suture par la paroi abdominale, comprenant le péritoine et le fond de l'utérus. Cette suture est enlevée le 14e jour. La fixation devient péritonéale et élastique, rendant à l'utérus presque sa mobilité normale.

M. Lindfors (d'Upsal). — Je me suis servi presque toujours du procédé d'Alexander quand l'utérus était mobile. S'il y a des adhérences, il est utile de pratiquer le massage de l'utérus. Si la rétrodéviation n'est pas mobile, je préfère la ventrofixation selon la méthode de Léopold, en faisant toutefois la suture un peu plus bas que lui sur la face antérieure de l'utérus.

M. Kumner (de Genève). — J'ai opéré 22 malades atteintes de rétrodéviation utérine compliquée ou non de prolapsus plus ou moins complet. J'ai toujours employé le procédé d'Alexander combiné avec une réparation plastique vaginale. Nous n'avons eu qu'une récidive par le fait d'une annexite compliquant la déviation. Dans les cas où nous traitons en même temps le prolapsus, nous agissons également sur les ligaments ronds en suturant leur insertion supérieure à l'aponévrose du muscle oblique externe.

M. Sabino Cœlho (Lisbonne). — J'ai fait 4 opérations d'hystéropexie abdominale. Elles ont toutes réussi. J'ai opéré 16 malades par la voie vaginale, en employant le procédé de Martin de Berlin, et mon expérience à l'heure actuelle me conduit à préférer la vagino-fixation à l'hystéropexie abdominale

1° Parce qu'elle est plus facile et plus inoffensive ;

2° Parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice abdominale et qu'elle donne à l'utérus une position beaucoup plus physiologique.

Je n'emploie la vagino-fixation que contre les rétrodéviations douloureuses et je ne l'admets qu'après l'échec de tous les autres moyens et l'insuccès du port des pessaires.

M. Bouilly (de Paris). — Je ne puis que répéter la déclaration que j'ai formulée au Congrès de Bordeaux l'année dernière. Je suis partisan résolu, dans les rétrodéviations mobiles simples, du traitement mécanique, et pour cela j'emploie le pessaire de Hodge, modifié par l'adjonction d'une encoche sur sa branche supérieure. Mais pour que cette méthode soit réellement efficace, il faut que le périnée soit suffisant : si celui-ci est relâché, par suite de déchirure ou pour toute autre cause, il est nécessaire de pratiquer avant tout la colpopérinéorraphie.

M. Stéph. Bonnet (Paris). — Il faut diviser les rétroversions en *simples* et *compliquées*, en tenant compte aussi de leur degré.

A. — *Simples*, c'est-à-dire monorganiques et réductibles, d'origine traumatique ou congénitales, elles sont justiciables d'un pessaire ou du raccourcissement des ligaments ronds.

B. — *Compliquées*, elles sont mobiles ou adhérentes et les complications portent soit sur l'utérus lui-même, soit sur le plan inférieur de soutien, soit sur les organes voisins, annexes et péritoine. Quelques-unes, enfin, sont associées à des tumeurs utérines ou péri-utérines.

a) La *métrite*, primitive ou secondaire, complique si communément la rétrodéviation, qu'il est à peine besoin d'indiquer la nécessité de son traitement préalable, quelle que soit d'ailleurs la méthode opératoire adoptée pour le redressement.

b) De même, en cas de *prolapsus utéro-vaginal*, association presque constante chez les multipares, la restauration du périnée et du vagin sont, dans les premiers degrés de la déviation, des moyens suffisants. Mais si la bascule de l'organe est complète, ce n'est plus assez, et il faut assurer le maintien du redressement, la laparo-hystéropexie doit être réservée, à titre d'opération complémentaire, pour les cas complexes, nécessitant l'ouverture du ventre pour d'autres lésions pelviennes; la colpo-hystéropexie ne doit pas être pratiquée sur des femmes susceptibles de grossesse ultérieure. Le raccourcissement des ligaments ronds, est, au contraire, la méthode de choix à opposer à toute rétrodéviation mobile, ou rendue telle, à la condition, toutefois, qu'elle soit considérée elle-même comme opération complémentaire et étayée d'une solide réfection du plan périnéo-vaginal.

c) Compliquées de *lésions pelviennes légères*, les rétrodéviations relèvent encore de l'Alexander, pourvu que, par l'hydrothérapie locale, le massage, la dilatation, etc., on ait d'abord amendé les lésions connexes.

d) En cas de *suppuration pelvienne, d'annexites anciennes et graves*, on devra recourir, suivant les indications, à l'hystérectomie vaginale ou à la laparotomie, celle-ci suivie, si on le juge opportun, de la ventrofixation.

e) De même dans les cas associés à une tumeur utérine ou péri-utérine.

f) Enfin, au delà de la ménopause, surtout chez les femmes âgées, une vieille rétrodéviation irréductible légitime l'hystérectomie vaginale.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux). — L'examen d'un grand nombre de femmes ayant subi des traitements opératoires divers pour la rétroversion montre que le succès définitif est réservé seulement à ceux qui combattent, sans en excepter un seul, tous les facteurs de production des phénomènes douloureux et des troubles fonctionnels qui accompagnent la rétroversion. Il faut faire la part de ce qui revient chez les malades aux altérations de l'endomètre, du col et des annexes et à l'insuffisance des parois vaginales. Le redressement de l'utérus restera le plus souvent sans donner aucun soulagement aux opérées, si l'on néglige d'abraser, après dilatation, un endomètre malade, d'amputer un col ectropié et pesant, et de rendre à l'utérus, par la réfection des parois vaginales, sa statique normale.

Je rapporte ici 4 observations de femmes dont la rétroversion avait été traitée uniquement soit par le raccourcissement des ligaments ronds, soit par l'hystéropexie. Aucun soulagement notable n'avait n'avait été obtenu. Ultérieurement leur guérison totale fut atteinte par des interventions complexes portant sur l'endomètre, sur le col et les parois vaginales.

Dans un très grand nombre de cas, ces opérations, en apparences accessoires, constituent dans le traitement de la rétroversion, un temps tout au moins aussi essentiel à la guérison que le redressement de l'utérus.

M. Paul Petit. — Les rétrodéviations *simples*, quand elles sont *récentes*, doivent être combattues systématiquement par le pessaire. Quand elles sont *anciennes et bien supportées*, rien à faire, à moins qu'on ne leur attribue la stérilité; en ce cas, et, de même, pour les rétroversions *anciennes et mal tolérées* du même groupe, on peut opter entre le pessaire qui offre ici moins de sûreté et l'intervention chirurgicale.

Des *lésions annexées aux rétrodéviations*, les unes influent pour une part égale ou inférieure sur les symptômes et le traitement (ainsi en est-il de la métrite); les autres, et ce sont les plus nombreuses, prédominent à tout point de vue : on y peut ranger les tumeurs, le prolapsus, les adhérences péritonéales; la rétraction du tissu cellulaire pelvien, la sclérose localisée à l'angle de flexion.

En tout cas, si une intervention directe est nécessaire, elle doit répondre aux exigences de la chirurgie conservatrice. A ce point de vue tous les modes *d'antéfixation anormale* sont à rejeter. Parmi les opérations qui s'attaquent aux agents de l'*antéfixation physiologique* il faut distinguer celles qui *fixent les ligaments en situation anormale* de celles qui les *raccourcissent dans leur direction normale*. Les premières sont logiquement inférieures aux secondes qui comptent les différents procédés de raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utérosacrés. Seule, parmi celles-ci, l'opération d'Alquié-Alexander, que l'auteur a pratiquée une vingtaine de fois, et dont il est très satisfait, a subi, avec avantage, l'épreuve du temps.

M. Pichevin (Paris) ajoute une importance plus grande que M. Pozzi à la déviation elle-même.

Le traitement de la rétro-déviation est compliqué et variable, et aucune des méthodes préconisées n'a donné de résultats toujours parfaits. L'opération d'Alexander combinée aux interventions portant sur l'utérus, le vagin et le périnée est très bonne quand il n'y a pas de lésions annexielles. M. Pichevin est séduit par la colpo-hystéropexie, combinée bien entendu au curage, à des interventions sur le col, le vagin et le périnée. L'opération de Dührssen est plus bénigne et plus facile. L'opération de Mackenrodt avec large décollement vaginal et ouverture du cul-de-sac péritonéal menace la vessie mais ouvre une voie plus large pour l'exploration. Dans un cas, MM. Le Dentu et Pichevin ont constaté par la suite que l'utérus tenait bien depuis longtemps. Les accidents qui ont été signalés en Allemagne pendant l'accouchement les ont arrêtés, et, depuis un an, ils n'ont pas pratiqué la vagino-fixation sauf dans un cas spécial. Une de nos malades qui avait subi le colpo-hystéropexie avec ablation des annexes d'un côté, est devenue enceinte. La grossesse a été normale, mais l'accouchement a été difficile et l'enfant est mort pendant le travail. Aussi, jusqu'à plus ample informé, M. Pichevin ne pratiquera plus la vagino-fixation que chez des malades qui ne sont guère susceptibles d'avoir une grossesse.

M. Pichevin termine par des études histologiques et expérimentales d'où il conclut que chez les femmes jeunes la déviation, par elle-même, peut entraîner les lésions utérines et qu'il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position, ne serait-ce qu'à l'aide d'un pessaire, sans parler de l'obligation de traiter la métrite, le *relâchement* du plancher pelvien et, au besoin, l'inflammation péri-utérine.

M. H. Stapfer (de Paris) apporte au Congrès le résultat de 35 cas de rétrodéviation utéro-annexielle traitée par la kinésithérapie (massage et gymnastique).

Il considère de par les faits — et il en cite de très probants — ce traitement comme supérieur aux autres par son innocuité quand il est bien conduit, et par ses résultats tantôt curatifs, tantôt palliatifs.

Il pense que les opérations chirurgicales constituent ou devraient constituer des méthodes de nécessité et non de choix, nécessité rare. Les pessaires eux-mêmes ont à son avis plus d'inconvénients que d'avantages.

M. Stapfer cite 2 observations, toutes 2 curieuses, l'une plus que l'autre, parce que la malade fut traitée en plein état fébrile. La fièvre tomba rapidement, l'utérus se redressa, une péri-salpingite concomitante disparut et ce succès épargna à la femme l'hystérectomie que les chirurgiens voulaient pratiquer.

M. Stapfer insiste à ce propos sur la valeur diagnostique du massage, aussi grande à ses yeux que sa valeur curative ou palliative.

M. Boyer (Paris). — La rétrodéviation n'est pas une maladie par elle-même. Si les malades accusent de la douleur, ce sont alors des lésions de voisinage qui en sont la cause (métrite, annexites, périophorites, adhérences, tiraillements des ligaments). Dans 30 observations, où j'ai pratiqué le massage, j'ai obtenu la complète cessation des phénomènes douloureux, même quand l'utérus est laissé dans sa position anormale. Je pense donc qu'il est indispensable, avant toute intervention chirurgicale, de faire le traitement par le massage. Je complète la massothérapie par le tamponnement glycériné des culs-de-sac.

M. Woskressensky (Kiew). — Le massage guérit les maladies inflammatoires des ovaires, et les troubles nerveux qui en dépendent. Il agit favorablement sur les règles irrégulières qui dépendent des maladies des ovaires et d'une façon générale sur le fonctionnement de l'ovulation. Avant d'entreprendre une opération chirurgicale, mutilante ou non, pour lésions ovariennes, il importe de commencer par l'emploi méthodique du massage qui bien souvent permettra d'éviter l'opération.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Septembre 1896.

Alcoolisme.

M. Riche fait une communication relative à la toxicité des alcools. Il constate que la vente d'alcool éthylique absolument pur est impossible, le public refusant ce produit sans goût; mais on peut limiter les impuretés à 2 gr. par litre, chiffre atteint par les eaux-de-vie naturelles bien fabriquées. M. Riche insiste surtout sur ce fait que le danger vient avant tout de la quantité d'alcool ingérée, car, quoiqu'on en dise, l'alcool éthylique pur est toxique.

M. Ferrand lit un travail sur l'œuvre médicale de Quesnay.

M. Hervieux donne des chiffres pour prouver qu'à Marseille, quoique en dise M. le maire de cette ville, l'épidémie variolique, en décroissance il est vrai, persiste réellement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la signification anatomique et clinique des inflammations interstitielles polyviscérales (1),

Par L. Bard,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

I

Au début des études de pathologie cellulaire, le tissu conjonctif avait seul attiré l'attention; ses altérations diverses, et surtout les proliférations de ses cellules fixes, étaient placées à la base de tous les processus pathologiques. Par la suite, et par une réaction naturelle, ce tissu a été dépossédé peu à peu de tous ses privilèges; aujourd'hui c'est à peine si on lui laisse quelque place en anatomie pathologique générale. La diapédèse, les migrations et les transformations des leucocytes, plus récemment la tension vasculaire et les troubles circulatoires consécutifs, sont venus prendre la place de l'inflammation conjonctive; de telle sorte que toutes les lésions de ce tissu, depuis la prolifération et l'infiltration embryonnaire jusqu'à la surproduction de fibres et à la sclérose, sont descendues au rôle de lésions secondaires et subordonnées.

Je ne puis pas admettre pour ma part cette manière de voir; toutes mes recherches, tant anatomopathologiques que cliniques, m'ont confirmé dans cette doctrine, que j'ai émise il y a quelques années, que chaque espèce cellulaire a une pathologie qui lui est propre. Les lésions des diverses espèces obéissent assurément à des lois générales communes, mais les différences de modes de vie, de réactions pathologiques, qui séparent ces espèces, créent à chacune d'elles une pathologie spéciale.

Le tissu conjonctif ne fait pas exception à cette règle, il a une pathologie qui lui est propre, et dont il importe d'autant plus de reconnaître et de préciser l'autonomie qu'il est de tous les tissus le plus souvent atteint.

Il en est ainsi, moins peut-être par le fait d'une vulnérabilité particulière que parce qu'il est tout à la fois le tissu le plus abondant, le plus répandu sur les points les plus divers, et le plus exposé aussi à l'action des causes pathogènes, par sa présence sur le passage de tous les produits d'absorption et d'élimination, de tous les sucs et de tous les déchets.

Quoiqu'il en soit des motifs de cette prépondérance, pour qui sait les discerner et leur accorder leur véritable place, les lésions primitives du tissu conjonctif sont à la base d'un très grand nombre d'affections. Sans pouvoir envisager dans ses détails cette immense question, je voudrais attirer l'attention du Congrès de médecine sur un chapitre particulier de la pathologie conjonctive, celui des *inflammations interstitielles polyviscérales*, c'est-à-dire celui qui concerne les cas dans lesquels on observe, sur plusieurs organes, l'apparition simultanée et successive d'inflammations du tissu conjonctif.

Tout le monde reconnaît la très grande fréquence des lésions interstitielles polyviscérales, mais on est loin d'être d'accord sur l'interprétation de ces faits.

Quand l'inflammation interstitielle est localisée sur un seul organe, et quand elle affecte en même temps un type clinique assez fixe et assez individualisé, comme l'est par exemple la cirrhose alcoolique du foie, on n'hésite pas en général à lui reconnaître une existence autonome.

Quand l'inflammation frappe plusieurs organes, mais que dans chacun d'eux elle affecte une grande acuité proliférative, quand l'infiltration embryonnaire existe seule ou prédomine de beaucoup sur la sclérose, quand surtout le processus se rattache à une grande maladie infectieuse bien définie comme la tuberculose ou la pyohémie, on n'hésite pas non plus à reconnaître l'autonomie de chaque processus local, et à admettre le simple parallélisme de diverses localisations nées sous l'influence d'une même cause générale.

Par contre, il n'en est plus du tout de même quand les multiples inflammations viscérales, plus lentes ou plus torpides, voient prédominer la surproduction de fibres sur l'infiltration embryonnaire, en un mot quand le processus peut être placé dans les scléroses. On s'efforce en pareil cas de rattacher les diverses localisations à une seule d'entre elles.

Le cœur, le rein ou les vaisseaux, suivant les époques et suivant les auteurs, se disputent l'honneur de créer ou d'expliquer les scléroses polyviscérales.

Les solidarités étroites, les influences réciproques qui unissent ces trois organes entre eux, et avec tous les autres organes de l'économie, font bien comprendre d'ailleurs comment il a été possible de rattacher à l'un quelconque d'entre eux, à l'ancienneté ou au choix, tous les troubles ou toutes les lésions qui pouvaient survenir dans les autres.

L'influence des troubles asystoliques, quelle qu'en soit l'origine, est admise depuis longtemps; l'œdème, la stase prolongée, sont regardées comme des causes suffisantes de sclérose.

Dans tous les organes on décrit des lésions d'origine cardiaque, qui commencent à la congestion chronique pour s'élever jusqu'à la sclérose. Je ne crois pas pour ma part que la stase, même prolongée, puisse suffire à elle seule à engendrer des scléroses bien marquées; je me suis

1. Communication faite au Congrès français de médecine de Nancy (3e session, 1896).

déjà expliqué sur ce point dans une communication faite au Congrès de Lyon sur les lésions du myocarde (1). Je sais bien que l'opinion que je combats est des plus anciennes et qu'il y a quelque témérité à la mettre en doute, mais si l'ancienneté témoigne de la solidité d'une croyance elle ne peut suffire à en garantir la certitude scientifique.

L'étude attentive des faits me paraît démontrer que, même dans les cardiopathies les plus incontestablement primitives, comme celles qui relèvent des endocardites rhumatismales, les scléroses accusées, que l'on rencontre dans les divers organes, ne sont pas le fait de troubles mécaniques purs et simples, mais qu'elles sont au contraire liées à des poussées inflammatoires locales, parallèles à la lésion cardiaque, relevant de la même cause pathogène, à titre de localisation plus ou moins autonome.

On peut invoquer à l'appui de cette manière de voir l'indépendance très marquée que montrent dans leur évolution ces prétendues scléroses secondaires; il n'est pas rare, par exemple, d'observer des « foies cardiaques », qui se comportent comme des cirrhoses primitives et dont l'évolution progressive arrive à dominer la scène clinique, précisément au moment où se calment et rétrocèdent les troubles cardiaques précurseurs.

Le rôle des poussées inflammatoires locales peut être saisi plus nettement encore du côté de la peau, sur les membres inférieurs presque toujours intéressés par l'œdème asystolique.

Tantôt cet œdème est pur et simple, sans épaississement de la peau, qui reprend son aspect normal après sa disparition; tantôt il s'accompagne d'un épaississement très marqué de la peau : après la guérison de l'œdème, celle-ci reste indurée, rigide, écailleuse, étroitement appliquée sur les tissus sous-jacents qu'elle paraît brider.

Quand on suit attentivement l'évolution de ces accidents chez les divers malades, il est facile de voir que ces différences ne sont le fait ni de la durée, ni de la fréquence des œdèmes mécaniques; elles résultent de l'existence ou de l'absence de poussées d'inflammations interstitielles du derme. Chez les premiers l'œdème est pur, blanc, mou, indolent; chez les seconds la peau est, dès l'origine de l'œdème, rosée, rugueuse, ferme, plus ou moins douloureuse; chez certains malades même on observe, avant l'apparition des œdèmes, des poussées érythémateuses accompagnées de cuissons ou de douleurs, de quelques jours de durée, souvent unilatérales, véritables poussées de dermites interstitielles.

Celles-ci sont relativement rares dans le cours des endocardites rhumatismales, tandis qu'elles sont d'une extrême fréquence dans le cours des myocardites, des néphrites interstitielles, et même des aortites.

Aussi dès les premières apparitions de ces poussées, et parfois avant l'œdème, peut-on généralement prévoir ce qui se passera du côté de la peau.

Il n'est pas aussi facile, on le conçoit, de saisir cette même succession d'accidents dans les organes profonds, mais tous les détails de l'évolution clinique de la maladie, quand ils sont rigoureusement observés, montrent que les choses se passent de la même manière que du côté de la peau, celle-ci étant simplement plus accessible à l'observation directe.

Le rein est invoqué plus rarement que le cœur pour l'explication des inflammations interstitielles polyviscérales; quelques auteurs cependant lui attribuent le rôle principal dans tous les cas où il participe, si peu que ce soit, au processus pathologique général. Pour eux, la néphrite interstitielle est à l'origine de la maladie, et engendre par ses répercussions tout l'ensemble des troubles observés.

Ils invoquent, comme mécanisme de cette répercussion, tantôt le retentissement de la néphrite sur le cœur, par le fait de l'hypertension, et les œdèmes asystoliques secondaires qui en résultent, tantôt les spasmes vasculaires, les scléroses toxiques, dus les uns et les autres à la rétention des toxines physiologiques.

Cette interprétation est passible des mêmes objections que la précédente; elle cadre moins encore avec les faits d'observation. Je ne méconnais ni l'existence de néphrites interstitielles primitives, ni les troubles de l'épuration organique qui les accompagnent, ni l'hypertrophie cardiaque qu'elles engendrent directement, ni l'asystolie qui peut en être la conséquence; mais aucune de ces causes ne suffit à engendrer de scléroses à distance, sans le secours de poussées inflammatoires interstitielles locales.

La connaissance des lésions du cœur, ou du moins des lésions endocardiques, celles des lésions du rein, sont de date relativement éloignée; les lésions des vaisseaux, ont fait plus récemment leur entrée dans la pathologie. L'artériosclérose est aujourd'hui, pour la grande majorité des observateurs, la cause essentielle et presque unique des scléroses viscérales. Je suis le premier à reconnaître les grands progrès que l'étude des lésions artérielles a permis de réaliser en pathologie; elles ont définitivement conquis une place dans le cadre nosologique, mais leur rôle est loin d'être aussi étendu qu'on l'admet aujourd'hui.

Les lésions vasculaires, nous dit-on, déterminent de la sclérose par deux mécanismes différents; d'une part la diminution de la circulation, qui résulte du rétrécissement de l'artère, provoque l'atrophie dégénérative des éléments nobles et consécutivement l'hypertrophie du tissu conjonctif; d'autre part l'inflammation des parois artérielles peut atteindre la périartère, et s'étendre de là, par continuité, au tissu conjonctif ambiant. Huchard, qui a spécialement étudié, par lui-même et par ses élèves, les scléroses d'origine vasculaire, distingue ainsi, en principe, la sclérose *dystrophique* de la sclérose *inflammatoire;* pour lui toutes les deux coexistent d'ordinaire dans les mêmes organes, leurs proportions seules varient. Leur signification est peu différente, et la sclérose dystrophique est celle qui joue le rôle prépondérant (1).

A l'encontre de cette manière de voir, mes observations m'ont convaincu qu'il faut faire une séparation radicale et tranchée entre la sclérose dystrophique et les scléroses inflammatoires d'origine artérielle. La sclérose dystrophique se produit seule quand il n'existe que des lésions athéromateuses absolument torpides; ce sont ces cas qui permettent d'en éclairer la signification anatomique et clinique.

Les lésions athéromateuses chroniques et torpides créent en effet des méiopragies des organes atteints, et même des atrophies partielles de ces organes, par la suppression de champs circulatoires limités; du tissu conjonctif scléreux survit à peu près seul dans le domaine des artérioles oblitérées.

1. De la signification anatomique et clinique des diverses lésions du myocarde (Congrès de médecine de Lyon, 1894, p. 806).

1. Voir à ce point de vue les nombreux travaux de l'école de Huchard, et spécialement la thèse de Weber, et la communication de ce dernier au Congrès de Lyon : *Remarques sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la sclérose du cœur* (Travaux du Congrès de Lyon, 1894, p. 797).

Toutefois les lésions scléreuses de cette origine constituent un type anatomique bien spécial; le tissu conjonctif ne prend qu'incomplètement la place des autres tissus moins résistants, et l'organe dans son ensemble diminue de poids et de volume.

Dès 1889, dans mon précis d'anatomie pathologique, j'ai séparé nettement ces scléroses spéciales des inflammations interstitielles, et, pour marquer plus nettement leur autonomie, je les ai désignées sous un nom spécial, celui *d'atrophies ischémiques* qui rappelle tout à la fois leurs caractères essentiels et leur pathogénie.

Les lésions artérielles inflammatoires, celles qui méritent le nom d'artérites, se comportent tout autrement. Elles déterminent autour d'elles une zone d'inflammation interstitielle plus ou moins étendue, quelquefois peu marquée; elles peuvent s'accompagner accessoirement de quelques zones d'atrophie ischémique, quand l'endartérite va jusqu'à l'obstruction; mais, surtout, elles provoquent par leur présence des troubles de nutrition et de fonctionnement des plus marqués, qui se révèlent par des augmentations de volume, liées à la congestion et à l'hypertrophie de tous les éléments de l'organe. Dans les parois artérielles, de même que dans les plaques scléreuses ambiantes, on ne rencontre plus dès lors les îlots de dégénérescence graisseuse, les fibres denses et misérables, pauvres en cellules, des zones d'atrophie ischémique, mais bien des infiltrations embryonnaires plus ou moins étendues, ou tout au moins des fibres néoformées, jeunes, relativement molles, gorgées de sucs.

Il importe du reste de ne pas oublier qu'il y a tous les degrés entre l'artérite la plus aiguë et la dégénérescence athéromateuse la plus torpide. Souvent aussi on rencontre, chez les mêmes sujets, des plaques d'athérome calcifié à côté de plaques molles d'endartérite aigüe, de même qu'on rencontre sur les mêmes poumons des tubercules fibreux et calcifiés à côté de granulations tuberculeuses aigües et récentes. Les diverses lésions révèlent simplement les poussées successives, et les évolutions différentes de ces diverses poussées; le jugement à porter sur le caractère d'ensemble des lésions doit reposer sur une juste appréciation des degrés et des proportions des divers stades observés.

Il résulte des détails qui précèdent, que je ne méconnais nullement l'existence de scléroses d'origine artérielle; la séparation tranchée à établir, entre la sclérose dystrophique des atrophies ischémiques et les scléroses inflammatoires des artérites, est elle-même de nature a augmenter la valeur et l'importance de ces dernières.

Par contre je n'admets pas que des lésions artérielles soient à l'origine de toutes les scléroses, et il importe d'affirmer l'existence, à côté des scléroses artérielles et en dehors d'elles, d'une grande classe d'inflammations interstitielles primitives, c'est-à-dire trouvant leur localisation première, et prenant leur développement originel, dans le tissu conjonctif des cloisons intra-viscérales et des espaces organiques. L'artériosclérose doit reculer de tout le domaine qu'elle a usurpé sur ces inflammations interstitielles primitives.

Je ne puis pas insister ici aussi longuement que le comporterait une étude anatomopathologique générale des diverses inflammations interstitielles. Ces inflammations relèvent de causes pathogènes multiples; elles constituent un groupe provisoire, destiné à subir des subdivisions assez nombreuses. Celles-ci ne pourront être précisées que lorsqu'on connaîtra suffisamment, non seulement toutes les influences pathogènes qui peuvent porter leur action sur le tissu conjonctif, mais encore les modalités spéciales que chacune d'elles est capable d'imprimer aux inflammations qu'elle engendre.

La manière de concevoir et de comprendre les processus inflammatoires conjonctifs dépend naturellement dans une large mesure des doctrines d'anatomie pathologique générale auxquelles on se rattache.

Pour ma part, j'ai émis, depuis longtemps déjà, une manière de voir qui diffère très notablement des doctrines classiques; je ne saurais y revenir, et je me contenterai de renvoyer ceux que la question intéresse à mes multiples publications sur ces questions, et notamment à mon précis d'anatomie pathologique.

Je dois me contenter, aujourd'hui, d'indiquer les conclusions auxquelles mes observations m'ont conduit sur le point spécial qui fait l'objet de cette communication.

D'une manière très générale, l'inflammation du tissu conjonctif se traduit, soit par la surproduction de sa substance intercellulaire, soit par la prolifération de ses cellules fixes. Suivant les causes et suivant les cas, on peut observer tous les degrés dans ces deux éléments du processus anatomique, éléments qui sont d'ailleurs généralement en raison inverse l'un de l'autre, du moins au même stade de la lésion.

A un point de vue très général on peut diviser en deux groupes les inflammations conjonctives. Dans l'un de ces groupes, les proliférations cellulaires sont actives, prédominantes, elles déterminent la disparition des substances intercellulaires; le tissu inflammatoire est alors exclusivement composé de cellules jeunes; celles-ci présentent à leur tour des altérations destructives spéciales qui varient suivant la cause pathogène.

Ce premier groupe mérite le nom de *fermentations;* la prolifération cellulaire en est le caractère essentiel commun, et le mode spécial de destruction des cellules proliférées caractérise à son tour les diverses fermentations.

Ces modes de destruction peuvent eux-mêmes être ramenés à deux types essentiels, la *suppuration* et la *caséification*. Le premier type est engendré par les virus pyogènes, qui attendent encore des subdivisions plus solides et plus instructives que celles qui sont basées sur les trop universels microorganismes des suppurations. La caséification est mieux délimitée, représentée qu'elle est par la tuberculose et la syphilis tertiaire.

A l'état aigu, actif, les fermentations suppuratives ou caséeuses sont trop nettes pour avoir été méconnues, et je ne les rappelle ici que pour mémoire. Leur détermination devient plus laborieuse, d'une part, quand le processus aigu s'apaisant, guérissant ou passant à l'état chronique, engendre des scléroses; d'autre part, quand ce processus aigu est lui-même très atténué, et devient par là même plus ou moins méconnaissable.

La sclérose qui succède aux phases aiguës des fermentations est facile à interpréter: les cellules proliférées qui ont échappé à la destruction fermentative reprennent leurs fonctions physiologiques; après avoir consommé leurs substances dérivées pour subvenir à leurs besoins prolifératifs, elles en fabriquent à nouveau et en excès, quand l'inflammation s'éteint graduellement, parce qu'elles sont à la fois plus nombreuses et plus irritées.

L'intensité de cette sclérose est elle-même en rapport inverse avec la puissance destructive de la fermentation, puisqu'elle est fonction du nombre et de l'activité des cellules qui survivent; c'est pourquoi, toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus marquée du fait de la tuberculose que du fait des suppurations. Dans chaque cas particulier, la proportion respective des îlots fermentés, des cellules embryonnaires encore vivantes, et des fibres

néoformées et adultes, permet de faire la part de ce qui reste de processus actif, et de ce qui est arrivé à l'état cicatriciel, tous les intermédiaires pouvant se rencontrer entre les deux termes extrêmes.

La détermination des formes atténuées est beaucoup plus délicate, et n'est pas toujours susceptible de conclusions catégoriques. Les observations anatomiques établissent sans conteste qu'il existe des tuberculoses sans tubercules et des suppurations sans pus; je n'ai pas une confiance suffisante sur la lumière que les constatations microbiologiques peuvent jeter sur cette catégorie de faits, pour leur demander de résoudre à elles seules le problème. L'atténuation des virus-ferments se révèle d'abord par la faiblesse, la torpeur relative des proliférations cellulaires, ensuite par l'absence des lésions destructives de ces cellules proliférées, enfin corrélativement par la surproduction des fibres au lieu de leur raréfaction. Le diagnostic anatomique reste possible, dans la mesure où l'on peut retrouver, sur certains points de la lésion, quelques vestiges plus au moins nets du processus fermentatif complet; quand ceux-ci font complètement défaut, les inflammations interstitielles du groupe fermentatif se confondent avec celles du second groupe qu'il me reste à décrire.

Le second groupe d'inflammations interstitielles est caractérisé, à l'encontre du précédent, par la rareté relative ou même l'absence des proliférations cellulaires, par la survivance des cellules proliférées, par la prédominance des modifications des substances intercellulaires, variant, suivant les cas, d'une simple tuméfaction à une surproduction plus ou moins considérable; par là ce second groupe mérite le nom *d'inflammations plastiques.*

Les inflammations de ce groupe sont elles-mêmes multiples. Les unes sont fluxionnaires et résolutives, le plus souvent transitoires et curables, en dehors des cas où elles peuvent déterminer la mort par une intensité et une généralisation exceptionnelles. Les autres, plus fixes, plus stables, parce qu'elles sont plus prolifératives et plus productives, sont très voisines des formes atténuées des fermentations; elles ne peuvent en être séparées que par l'étude attentive des lésions. Cette étude doit tenir compte des caractères du processus, tout à la fois dans l'organe considéré et dans les divers organes du même sujet, quand plusieurs sont intéressés parallèlement par la maladie.

Les inflammations plastiques relèvent certainement de causes pathogènes très multiples, que la clinique est capable de discerner, et qu'elle nous apprendra un jour, de concert avec l'anatomie pathologique, à individualiser plus complètement.

De ces causes, les unes sont simplement toxiques, l'alcoolisme et le saturnisme par exemple; les autres sont virulentes, mais relèvent de virus encore plus soupçonnés que bien connus, comme l'est celui du rhumatisme articulaire aigu, comme doit l'être celui ou ceux qui sont à la base du groupe insuffisamment dissocié du vieil arthritisme.

La grande multiplicité des causes pathogènes rentrant dans les divers groupes qui précèdent explique l'extrême fréquence, dans la seconde moitié de la vie, des inflammations interstitielles. La variété de leurs causes explique à son tour la grande complexité de l'étude de ces inflammations. L'une et l'autre de ces données montrent tout l'intérêt qui s'attache à une étude approfondie de ce vaste chapitre de pathologie, qui est devenu depuis plusieurs années un des objets de prédilection de mes observations et de mes études.

Au point de vue de l'anatomie pathologique générale, les inflammations interstitielles sont des lésions locales, en ce sens que la cause qui les engendre frappe à l'origine une espèce déterminée d'éléments anatomiques; par contre le tissu, qui est vulnérable à leurs atteintes, étant lui-même répandu et diffusé dans tout l'organisme, leurs localisations simultanées ou successives peuvent être très multiples. Sans perdre leur caractère local, au point de vue de l'anatomie générale, elles prennent facilement, au point de vue de l'anatomie topographique, un caractère général; aussi sont-elles rapportées bien souvent, avec prédilection, aux maladies diathésiques.

Ce n'est pas que le tissu conjonctif soit d'ordinaire intéressé dans son ensemble, il est au contraire fort rare qu'il en soit ainsi; mais il arrive très souvent que plusieurs localisations éloignées apparaissent simultanément ou à intervalles rapprochés, et évoluent dès lors plus ou moins parallèlement; des localisations nouvelles peuvent apparaître encore par la suite de la maladie, et rendre de plus en plus difficile de faire la part de chaque localisation. L'agent pathogène peut être disséminé partout par la circulation et le tissu récepteur est présent sur tous les points de l'organisme; des causes secondes interviennent alors pour fixer l'action pathologique et commander les localisations. Ces causes secondes sont à coup sûr extrêmement complexes : l'hérédité des vulnérabilités locales, les tares laissées par les maladies antérieures, les surmenages fonctionnels, les traumatismes au sens le plus large du mot, créent les lieux de moindre résistance. Les solidarités fonctionnelles, les connexions circulatoires interviennent souvent pour associer des localisations, et le fait explique la fréquence de certaines de leurs associations.

Cependant ces causes secondes ou occasionnelles sont si multiples, et leur effet est si variable suivant les divers individus, que les associations d'organes les plus accidentelles et les plus imprévues se rencontrent presque aussi souvent que les associations qu'on pourrait qualifier de rationnelles. La grande variabilité de ces associations est elle-même une preuve capitale de l'autonomie de chacune des localisations observées. Dans un même viscère, les diverses parties constituantes, par exemple pour le cœur, le myocarde, les séreuses, les appareils nerveux, peuvent se prendre simultanément ou isolément, sans qu'on puisse discerner les motifs de cette variabilité.

L'exemple du rhumatisme polyarticulaire aigu fait bien comprendre ce qui se passe pour l'affection qui nous occupe : le nombre des articulations atteintes y est presque toujours assez limité; quelques-unes le sont plus légèrement que d'autres ; quelques-unes peuvent être solidaires, le plus souvent chacune garde son autonomie; souvent les localisations se balancent; quelquefois le choix des articulations atteintes trouve une explication rationnelle, souvent elle paraît n'obéir à aucune règle. Il en est absolument de même pour les inflammations interstitielles polyviscérales.

Depuis que mon attention est attirée sur ce point, j'ai eu l'occasion d'observer, de reconnaître à l'autopsie et même de diagnostiquer, avec de grandes variations de fréquence bien entendu, des inflammations interstitielles de tous les organes, de tous ceux au moins dont les symptômes pathologiques sont assez connus ou assez reconnaissables pour traduire leurs souffrances aux yeux du clinicien.

Sans parler des néphrites, des myocardites, des hépatites interstitielles, qui sont les cas d'observation les plus courants, j'ai rencontré, à l'état isolé, ou à l'état

d'associations polyviscérales, des pneumonies interstitielles, des gastrites, des côlites, des jéjunites, des surrénalites, des pancréatites, etc., révélant chacune leur existence pendant la vie par quelques symptômes particuliers. Pour le dire en passant, bien que je n'aie pas le temps d'insister sur ce point, les pneumonies interstitielles, dont je veux parler ici, n'ont pas encore été signalées dans le cadre nosologique; les cas auxquels je fais allusion sont ordinairement méconnus, pris, suivant les cas pour des congestions fixes des bases, des poumons cardiaques ou des bronchites albuminuriques.

Le système nerveux central et périphérique n'échappe pas lui-même aux inflammations interstitielles polyviscérales; mais ici les constatations anatomiques sont plus délicates ou plus discutables; elles ne manquent pas pour les nerfs périphériques; j'en possède de très nettes pour les gros troncs de quelques plexus sympathiques viscéraux; la preuve est plus difficile pour l'axe encéphalo-médullaire. J'ai la conviction que nombre de délires dits cardiaques ne sont autre chose que des encéphalites interstitielles, parallèles à des scléroses myocardiques ou rénales; mais, sur ce terrain, ma conviction procède plutôt de l'interprétation des cas cliniques que de constatations anatomiques positives.

Les lésions artérielles elles-mêmes ressortissent à la pathologie conjonctive: on sait bien que les fibres musculaires de la tunique moyenne ne sont intéressées que secondairement, les artérites comme l'artériosclérose ne sont autre chose que des inflammations interstitielles vasculaires.

Cette donnée explique que des lésions artérielles puissent s'associer, sans les engendrer, avec des inflammations interstitielles viscérales. Elle explique également que des inflammations interstitielles primitives puissent déterminer la production secondaire de lésions artérielles locales, par l'extension de l'inflammation aux parois artérielles. Il s'en faut de beaucoup en effet que la constatation d'endartérites, au milieu d'une sclérose diffuse, suffise à établir l'origine artérielle de l'ensemble du processus; c'est là une erreur trop généralement commise et qui suffit à expliquer la trop grande extension que l'on a accordée à l'artériosclérose. Les lésions conjonctives, les moins suspectes d'origine dystrophique, s'accompagnent d'endartérites des vaisseaux compris dans la lésion, tel est le cas par exemple des tubercules et même des vulgaires furoncles, et nul n'oserait soutenir que ce ne sont là que des produits de l'artériosclérose. Pour que les lésions inflammatoires des vaisseaux méritent confiance, c'est-à-dire pour que leur caractère primitif puisse être affirmé, il faut qu'elles se rencontrent sur les gros vaisseaux, ou au moins sur les vaisseaux de calibre moyen, éloignés des espaces interstitiels viscéraux; dans tous les cas la signification réelle de la lésion doit être établie d'après l'ensemble de ses caractères, et non pas uniquement d'après l'intégrité ou la participation des vaisseaux qu'elle englobe.

En tenant compte des réserves qui précèdent, dans l'appréciation des divers faits d'observation, il est facile de constater que l'association de lésions artérielles vraies avec des lésions interstitielles viscérales autonomes s'observe dans quelques cas; mais que cette association est somme toute plus rare qu'on ne le croit.

Les causes secondes, qui déterminent la localisation sur le système vasculaire des influences pathogènes conjonctives, sont du même ordre que celles qui déterminent leurs localisations sur les autres systèmes. Sans admettre, avec Huchard, que toutes les influences, alimentaires ou autres, qui créent l'hypertension suffisent à produire des lésions artérielles, il est certain qu'elles favorisent les déterminations vasculaires de l'inflammation interstitielle par un mécanisme facile à comprendre; de plus certains virus ou certains toxiques choisissent de préférence cette localisation.

Les détails qui précèdent montrent que la conception actuelle de l'artério-sclérose est beaucoup trop compréhensive à mon avis; par contre ils montrent aussi que je ne refuse nullement aux inflammations artérielles la place légitime qui leur revient. Il me semble même qu'en précisant leur domaine, en les séparant et les distinguant des processus simplement similaires, on établit plus solidement leur réalité et leur autonomie qu'en leur attribuant la presque totalité de la pathologie des maladies chroniques. N'est-ce pas le cas de rappeler ici que les extrêmes se touchent ? Y a-t-il une bien grande différence entre le refus de tout rôle pathologique important aux lésions artérielles, et l'affirmation de leur présence constante et de leur prépondérance générale ? Si l'artériosclérose était partout, ne serait-ce pas à peu près la même chose que si elle n'était nulle part ?

II

La grande fréquence des inflammations interstitielles polyviscérales montre de quelle importance est pour la clinique la connaissance de leur signification exacte. Ne pouvant entrer ici dans de longs développements sur leur symptomatologie et leur diagnostic, je me contenterai de quelques indications générales que compléteront par la suite des publications ultérieures.

L'existence d'une inflammation interstitielle univiscérale est d'une constatation ordinairement facile; la difficulté n'apparaît que pour les inflammations polyviscérales, parce que le problème se complique des effets réciproques des divers organes les uns sur les autres. On a alors à se demander si l'on est en présence de lésions multiples, parallèles et autonomes, ou au contraire d'une lésion primitive avec des lésions secondaires et subordonnées, et dans ce cas quel est l'organe dont la lésion est primitive.

Cette première étape du diagnostic franchie, il reste encore à résoudre la question essentielle de la nature du processus et de sa modalité; ce sont même ces dernières données qui ont l'importance clinique prépondérante, parce que c'est d'elles, tout autant que de la localisation elle-même, que dépend la thérapeutique et que d'elles seules dépend le pronostic.

De ces deux étapes du problème clinique, la première est plus facile à résoudre qu'elle ne le paraît au premier abord. Il suffit de savoir poser en règle qu'on doit considérer comme locale et autonome, indépendamment de son rang d'apparition, toute inflammation interstitielle viscérale qui se révèle à l'observation par l'ensemble des symptômes propres à l'organe intéressé, tels qu'il se rencontrent dans les inflammations interstitielles primitives et isolées de cet organe. C'est ainsi, par exemple, que l'arythmie accusée, en salves, révélera la myocardite interstitielle; de même la rétraction du foie, la tuméfaction de la rate, l'ascite indépendante de l'asystolie, et la circulation complémentaire, révéleront l'hépatite interstitielle, sans qu'on ait à tenir compte de l'existence ou non d'autres lésions viscérales s'accusant par leurs caractères propres.

L'organe dont la symptomatologie domine le tableau clinique est celui dont l'inflammation doit être consi-

dérée comme actuellement prédominante; cet organe n'est pas toujours celui qui a ouvert la scène pathologique; il n'est pas rare de voir des localisations, secondaires au sens chronologique, passer au premier rang et le conserver plus ou moins longtemps, tantôt jusqu'à la mort, tantôt jusqu'à ce qu'une nouvelle localisation vienne encore changer le tableau clinique.

Dans certains cas une localisation est prédominante et domine toute la maladie pendant toute la durée de son évolution; dans d'autres, deux ou plusieurs localisations sont à peu près parallèles, ou ne présentent que des balancements peu marqués, qui n'enlèvent pas à la madie son caractère mixte et composite.

Quand on est bien convaincu, par l'étude éclairée de cette catégorie de faits, de l'existence d'inflammations interstitielles multiples mais autonomes, et quand on est familiarisé avec les caractères propres de chacune d'elles, on arrive à se reconnaître assez facilement, en général, au milieu de leurs associations, alors même qu'elles concernent, ce qui est très fréquent, des organes reliés d'autre part par d'étroites solidarités fonctionnelles.

Tel est le cas, par exemple, du cœur, des poumons et des reins; les influences réciproques de leurs lésions sont connues depuis longtemps; comment distinguer dès lors leurs inflammations parallèles de leurs lésions subordonnées? Je n'hésite pas à répondre, en s'en rapportant étroitement à la règle indiquée plus haut. En pareil cas c'est au cœur qu'il faut chercher la solution du problème; l'interprétation exacte des symptômes qu'il présente, la détermination précise de son état, fournissent les bases du diagnostic. Des lésions valvulaires organiques ou de l'arythmie affirment sa participation indépendante aux complexus général: une hypertrophie localisée au cœur gauche, sans irrégularités, sans lésions valvulaires et sans aortite, révèle la néphrite; l'hypertrophie localisée au cœur droit révèle la pneumonie interstitielle; la double hypertrophie, sans arythmie, traduit l'association d'inflammations intertitielles rénales et pulmonaires, constituant par leur réunion un type clinique spécial, que l'observation des malades montre assez fréquent.

La palpation large du cœur, telle que je la pratique depuis assez longtemps et que je l'ai décrite dans un travail récent (1), fournit des renseignements très précieux sur les caractères et la localisation de l'hypertrophie cardiaque, renseignements spécialement nécessaires pour le diagnostic éclairé des cas de cette nature.

La localisation de l'inflammation sur le système vasculaire, en opposition avec les localisations primitivement interstitielles, se reconnaît à l'aide de considérations analogues. L'hypertension artérielle en est le caractère essentiel, mais une hypertension de caractères particuliers, qui trahit une sorte d'éréthisme circulatoire; la tension maxima est élevée, mais elle est de courte durée; le pouls est ample, les battements artériels exagérés, apparents. On constate, en somme, même en l'absence de lésions sigmoïdiennes, les caractères atténués du pouls de Corrigan; alors que dans l'hypertension d'origine rénale, la tension est forte, mais durable, et le pouls sans amplitude. En même temps, on constate le plus souvent, des signes d'induration des radiales et de la dilatation de l'aorte thoracique.

L'induration des radiales, à son début, se révèle par l'effacement incomplet de l'artère sous une pression suffisante pour l'écraser; l'artère roule encore sous le doigt au lieu de se perdre comme à l'état normal dans les tissus ambiants de même consistance.

Les signes de l'aortite, bien que le diagnostic de cette affection n'ait pas encore suffisamment pénétré dans la pratique générale, sont assez connus, surtout depuis que les travaux de Huchard les ont mis en lumière, pour que je n'aie pas besoin de les rappeler ici. Je crois utile cependant d'ajouter que la palpation large du cœur contribue aussi dans une large mesure à faciliter ce diagnostic. De bonne heure les valvules sigmoïdes participent à la lésion, soit qu'elles soient atteintes par l'inflammation, soit qu'elles se laissent dilater ou forcer, et on voit alors apparaître, avant les autres signes de l'insuffisance aortique, le phénomène que j'ai décrit sous le nom de *choc en dome* de la pointe.

Tous ces caractères font défaut dans les inflammations interstitielles primitives du myocarde, des reins ou des poumons; leur présence doit faire affirmer l'existence de lésions artérielles, tantôt isolées, tantôt associées à des lésions interstitielles viscérales, mais en somme prédominantes.

Quelque importance que j'attache au diagnostic de la localisation artérielle ou interstitielle viscérale de l'inflammation, j'en attache une supérieure encore à la détermination des caractères et de la nature du processus inflammatoire. Cette détermination ne pourra être entièrement précisée que lorsqu'on sera à même de faire la part exacte des diverses causes pathogènes. Le fait est possible dans quelques cas, surtout quand une étiologie bien manifeste révèle la pathogénie de la maladie; mais trop souvent cette pathogénie reste vague ou douteuse. Aussi non seulement il n'est guère possible de classer dès à présent avec une netteté suffisante les diverses inflammations plastiques, mais encore il faut se contenter de réunir provisoirement ces dernières, dans un groupe commun, avec les formes atténuées des fermentations, dont j'ai signalé déjà les similitudes anatomiques.

La détermination de la pathogénie, quelque utile qu'elle puisse être, est d'ailleurs à tout prendre moins importante pour la clinique que la simple détermination de la modalité progressive ou stationnaire, c'est-à-dire inflammatoire, torpide ou cicatricielle du processus inflammatoire dans le cas considéré.

J'ai consacré antérieurement deux mémoires (1) à démontrer le rôle capital de l'inflammation dans la genèse de l'asystolie liée aux maladies primitives du cœur; la même influence domine les accidents de toutes sortes qu'engendrent les inflammations interstitielles viscérales. Les lésions torpides et cicatricielles sont tolérées et ne déterminent que peu ou pas de troubles pathologiques; ce sont des lésions statiques, qui se révèlent par leurs signes physiques propres, sans exercer de grandes perturbations sur le fonctionnement physiologique des organes qui les supportent. Les lésions inflammatoires actives sont, au contraire, des lésions dynamiques, qui exercent autour et loin d'elles leur influence nocive.

La différence des deux ordres de lésion apparaît très nettement pour les lésions artérielles elles-mêmes, suivant leurs diverses modalités.

Quand la lésion artérielle est absolument torpide, graisseuse ou calcaire, sans phénomènes inflammatoires, elle trouble les circulations locales, par le rétrécissement du calibre des artérioles; elle détermine de l'ischémie

1. De l'importance de la palpation du cœur; données cliniques et signes nouveaux qu'elle fournit (*Lyon médical*, 1896, II, p. 139).

1. Contribution à l'étude de l'asystolie (*Lyon médical*, 1892, II, p. 141). — Du rôle des poussées inflammatoires dans la genèse de l'asystolie liée aux maladies organiques du cœur et des indications thérapeutiques qui en résultent (*Lyon médical*, 1893, I, p. 291).

qui peut être poussée par places, en cas d'oblitération complète de ces artérioles, jusqu'à l'atrophie partielle des viscères. Très intéressantes à connaître pour l'anatomie pathologique générale, et pour la saine interprétation des lésions trouvées à l'autopsie, les atrophies ischémiques n'ont qu'une signification clinique négative.

J'ai pu dire au Congrès de Lyon, à propos de l'atrophie ischémique du cœur, qu'elle n'avait pas « à proprement parler d'histoire clinique. Elle se révèle à peine par un peu d'arythmie, par une certaine mollesse des contractions cardiaques; mais elle n'aboutit ni à l'hypertrophie notable, ni à l'asystolie ». Je voulais dire par là qu'elle ne prend jamais le tableau clinique d'une cardiopathie progressive.

Très exceptionnellement un foyer de ramollissement trop étendu peut entraîner un amincissement de la paroi, voire même sa rupture; mais cette conséquence passive, extraordinairement rare, n'affaiblit en rien la netteté de la latence habituelle de la lésion. On peut en dire autant de toutes les atrophies ischémiques, quel que soit l'organe intéressé, à la seule exception du système nerveux central, de l'encéphale notamment, où des lésions de cet ordre peuvent entraîner des foyers de ramollissement cérébral avec leur cortège symptomatique habituel.

La latence, l'absence de phénomènes réactionnels actifs, l'absence en un mot de symptômes autres que ceux d'un simple affaiblissement fonctionnel, se trouvent dans tous les organes. La suppression de quelques champs circulatoires reste sans histoire clinique dans les organes glandulaires, tel que le rein, ou dans les muscles comme le cœur, parce qu'elle n'a d'autre effet que de supprimer l'action d'une portion toujours limitée du parenchyme de l'organe, presque toujours inférieure en étendue ou en volume à la quotité disponible, je veux dire à l'excès physiologique de la masse de l'organe. Dans le système nerveux central au contraire, les divers territoires ont un rôle physiologique indépendant, les suppléances sont rares ou lentes à se créer, la méiopragie ne se mesure plus au pourcentage de la zone détruite, mais à sa localisation; aussi des symptômes pathologiques peuvent apparaître même pour des nécrobioses passives et limitées.

En un mot, la latence clinique des atrophies ischémiques, et par conséquent de la sclérose dystrophique, tient à ce qu'elle n'engendre de troubles que dans la mesure du rôle physiologique des espaces supprimés, sans exercer d'influence perturbatrice dans le voisinage, sans déterminer les actions inhibitoires ou autres qui multiplient les effets des processus inflammatoires bien au delà de leur étendue ou de leur volume.

Les choses se passent exactement de même pour les inflammations interstitielles primitives : les cicatrices sont latentes et tolérées, les processus actifs engendrent des accidents.

De telle sorte que, cette donnée une fois bien établie par la comparaison des symptomes observés pendant la vie et des constatations anatomo-pathologiques, on a le droit de conclure à l'existence de poussées inflammatoires toutes les fois que des troubles pathologiques marqués se présentent à l'observation.

Le pronostic est étroitement subordonné à cette première détermination; mais si toutes les inflammations provoquent des troubles pathologiques, ils s'en faut de beaucoup qu'elles présentent toutes la même gravité et la même évolution ultérieure. A côté des lésions indéfiniment progressives, il en est d'autres susceptibles de présenter de longues rémissions, séparant des poussées plus ou moins fréquentes et plus ou moins graves; d'autres encore susceptibles de cicatrisation stable; d'autres enfin capables de se résorber complètement et de ne laisser que peu ou point de traces de leur existence transitoire. C'est ainsi, pour me contenter d'un seul exemple, qu'on observe des myocardites interstitielles de toutes ces variétés, y compris de la dernière. Je profite de cette communication pour signaler en passant, ce que je n'avais pas encore eu l'occasion de faire, les cas de myocardite de ce dernier type, dont j'ai pu constater plusieurs exemples, notamment chez deux de nos confrères, postérieurement à la publication de mon mémoire avec Philippe.

En pareil cas, l'arythmie, la dyspnée, des menaces d'asystolie, révèlent l'affection, mais celle-ci disparaît en quelques semaines par un repos suffisant et un traitement approprié; on était en présence d'une inflammation conjonctive superficielle, mobile, plus fluxionnaire que plastique, et qui ne saurait être mieux comparée qu'au lombago ou au torticolis de même évolution.

Le traitement, tout en tenant compte des indications spéciales propres à la localisation viscérale observée, doit être dominé par la double détermination de la nature pathogène de la maladie et de la modalité anatomique des lésions; les notions générales qui précèdent permettent d'en concevoir les lignes directrices.

Je dois borner ici cette communication déjà trop longue, heureux si j'ai pu réussir à inspirer aux membres du Congrès le désir de soumettre au contrôle de leurs réflexions, et de vérifier par leurs observations personnelles, les multiples affirmations et les nombreux points de vue que j'ai dû me contenter de condenser dans cet aperçu d'ensemble.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Lafont (Joseph-Armand). *Technique de la paracentèse par le trocart-siphon dans les épanchements et les collections liquides.* N° 387. (H. Jouve.)

M. Callais (J.). *Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux.* N° 389. (H. Jouve.)

M. Thouvenin (L.). *Contribution à l'étude du pyopneumothorax sous-phrénique (d'origine tuberculeuse).* N° 391. (H. Jouve.)

M. Jeannopoulos (Lazare). *Influence de l'impaludisme sur la tuberculose.* N° 376. (A. Jouve.)

M. Schweisguth (D.). *De l'emphysème chez les tuberculeux.* N° 331. (H. Jouve.)

M. de Caze (E.). *Contribution à l'étude clinique de la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe.* N° 487. (H. Jouve.)

M. Demonchy (Léon). *Du tympanisme dans la pneumonie.* N° 362. (H. Jouve.)

M. Macé (Marie). *Etude sur les érythèmes pneumoniques (rash pneumoniques de Cadet de Gassicourt).* N° 566. (H. Jouve.)

M. Paumelle (Ch.). *Recherches sur le pouls dans la pneumonie franche des enfants principalement pendant la convalescence.* N° 568. (Ollier-Henry.)

M. Sauné (Henri). *L'hémoptysie des pneumoniques.* N° 492. (H. Jouve.)

M. Mauvais (Louis-Camille). *Essais sur les pleurésies parapneumoniques.* N° 593. (P. Delmar.)

M. Zuber (Alfred). *Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie.* N° 325. (G. Steinheil.)

M. Oski Caratcotchian (Léon). *De la péricardite à pneumocoques*. N° 358. (H. Jouve.)

M. Gaultier (Ernest). *De la pneumococcie pharyngée*. N° 510. (H. Jouve.)

M. Michailovitch (Tchedomil). *Traitement de la coqueluche par le bromoforme*. N° 504. (Ollier-Henry.)

M. Lafont nous dit dans son travail que l'emploi du siphon pour l'évacuation des épanchements liquides a été pour la première fois conseillé par lui en 1864. Ce procédé simple et peu coûteux se recommande par la certitude de pouvoir l'employer partout et à volonté, sans avoir à redouter l'arrêt du fonctionnement, et par la sécurité absolue qu'il donne. Le siphon évacuateur est indiqué dans tous les cas où l'on recourrait soit à la ponction simple avec le trocart, soit à la ponction avec un appareil aspirateur. Il peut également servir comme appareil de lavage.

D'après M. Callais, il existe une phlébite précoce des tuberculeux différente de la phlegmatia alba dolens des cachectiques. Il est probable que c'est une infection directe de la veine par le bacille de Koch. Au point de vue clinique, elle revêt une physionomie un peu spéciale. Phlébite limitée, superficielle, localisée presque exclusivement aux membres inférieurs; réaction générale faible ou nulle, guérison rapide au bout de 15 à 20 jours, sans laisser de traces.

Le pronostic en est bénin; il n'y a pas eu d'embolies dans les cas que signale l'auteur. Au point de vue diagnostic, il est impossible de distinguer cette forme de certaines phlébites qui se montrent chez des chlorotiques fébriles; ceux-ci sont parfois des tuberculeux au début et ils ont une phlébite précoce. Son étude anatomique est encore à faire. Cependant, de par sa marche, elle paraît être une phlébite non oblitérante, une périphlébite. Son traitement ne comporte sans doute aucune indication particulière.

Le pyopneumothorax sous-phrénique est une affection rare. Les gaz qui entrent dans sa composition proviennent généralement d'un organe du voisinage contenant de l'air. La guérison est possible par le traitement. Le pneumothorax sous-phrénique, vraie pneumo-péritonite, peut être double. Il peut être consécutif à une péritonite tuberculeuse chronique sans ulcération ni perforation intestinale; les gaz se formeraient alors, selon M. Thouvenin, soit secondairement par suite de rupture de la poche dans l'intestin, ou encore par suite de fissure dans la paroi intestinale, soit primitivement, à la suite de fermentations microbiennes.

La marche est celle d'un néoplasme abdominal n'entraînant aucun signe fonctionnel grave et ne portant pas directement atteinte à la vie du malade.

M. Jeannopoulos tire de son étude les conclusions suivantes : Le prétendu antagonisme entre l'impaludisme et la tuberculose émis par M. Boudin et soutenu par la plupart des auteurs n'existe pas; l'intoxication paludéenne détériorant l'organisme favorise même l'entrée du bacille de Koch, constituant ainsi un cas particulier de la loi générale sur le développement de la tuberculose. Si on a observé la rareté de la phthisie dans les lieux marécageux, on doit chercher d'autres causes pour l'expliquer et ne pas invoquer l'antagonisme entre les deux maladies.

Parmi les formes d'emphysème lié à la tuberculose pulmonaire, la plus importante au point de vue clinique est celle de l'emphysème généralisé à marche chronique lié à une tuberculose chronique. Il peut, comme le montre M. Schweisguth dans sa thèse, par son développement, voiler les signes de la tuberculose et faire considérer comme un simple emphysémateux un malade atteint, en réalité, de tuberculose latente. L'âge avancé contribue souvent à ne faire penser qu'à l'emphysème, D'après ces observations l'auteur tend à voir entre l'hémoptysie, l'emphysème et les symptômes nets de la tuberculose, les diverses étapes d'une maladie à évolution très lente dont l'hémoptysie est souvent le phénomène initial, et la dyspnée asthmatique le symptôme prédominant. Le pronostic de cet emphysème chronique est celui même de la forme de phthisie qui lui a donné naissance; son évolution est très lente, mais il peut compliquer la phthisie de symptômes aigus d'asystolie.

Parmi les complications pulmonaires consécutives à la grippe, la plus grave sans contredit est la gangrène pulmonaire, dit avec raison M. de Caze. Elle peut apparaître dès les premiers jours de la grippe, ou très tardivement (un mois après le début). Ses symptômes et son évolution clinique, le traitement qu'elle comporte, n'ont rien de particulier.

Le diagnostic est très difficile au début, car les symptômes sont souvent obscurs. On l'observe surtout chez les affaiblis et chez les individus antérieurement atteints d'affections bronchiques ou pulmonaires. A l'autopsie, on a trouvé des lésions de gangrène circonscrite ou diffuse avec ou sans pyopneumothorax; dans ces derniers cas, le liquide contenu dans la plèvre est également putride. Ces gangrènes consécutives à la grippe ne sont pas dues, comme M. Bouchard l'a bien montré, à l'agent pathogène de l'influenza. Le bacille de Pfeiffer ne fait que préparer le terrain aux infections secondaires.

On trouve fréquemment, en percutant le thorax des pneumoniques des zones de tympanisme, sur lesquelles M. Demonchy attire l'attention. Ces zones de tympanisme se rencontrent au début de la pneumonie, ou pendant la période d'état. Le tympanisme du début, *tympanisme précurseur*, se montre avant l'éclosion de tout autre signe stéthoscopique. Il est presque constant mais passe souvent inaperçu à cause du peu de durée de son existence. En 24 ou en 48 heures, il fait place à la matité.

Le tympanisme de la période d'état peut s'appeler *tympanisme compensateur*, car il est analogue à celui qu'on rencontre sous la clavicule dans la pleurésie. On le rencontre : des deux côtés aux sommets (rare); des deux côtés aux bases (rare); d'un seul côté en haut (fréquent), en bas (fréquent).

Dans cette dernière catégorie de faits, on peut le trouver à la même hauteur que le foyer d'hépatisation, mais sur la face opposée du thorax (en avant si la matité est en arrière, par exemple); ou bien on peut le trouver à une hauteur différente du foyer de pneumonie. Dans ces deux cas, il a la même signification physiologique. Mais il est différent du tympanisme précurseur, qui est comme le stade initial obligatoire de la maladie alors que celui-ci n'est que contingent.

Ce tympanisme peut s'expliquer par le relâchement du poumon. Le relâchement de l'organe est causé : dans le tympanisme précurseur, par la raréfaction de l'air, due à la présence de l'exsudat; dans le tympanisme compensateur, par la mise en détente des lobes non malades que le bloc hépatisé soulève en augmentant de volume.

Un certain nombre d'observateurs, Rilliet, Barthez, Arnaud et Lop, Ad. d'Espine ont vu dans la pneumonie des éruptions rouges, étendues à la plus grande partie des téguments. Cadet de Gassicourt leur a donné le nom de rash pneumoniques. Peut-être pourrait-on aujourd'hui, avec plus de raison, les appeler érythèmes pneumococciques ou pneumoniques. Telle est l'opinion de M. Macé.

Ces érythèmes ont été scarlatiniformes dans tous les cas, sauf dans deux où l'éruption fut rubéoliforme. L'absence, dans les observations publiées, de toute autre cause que la pneumonie pouvant expliquer le développement de cette éruption rend à peu près indubitable leur nature pneumococcienne.

Ces éruptions peuvent apparaître dès le début de la pneumonie, ou un peu plus tardivement. Ces érythèmes sont fugaces, disparaissent sans être suivis de desquamation, sans laisser aucune trace de leur passage. Ils n'impliquent aucune modalité spéciale de la pneumonie et n'en aggravent nullement le pronostic.

D'après M. Paumelle dans les fausses défervescences de la pneumonie franche chez les enfants, le pouls suit rarement la température, ce qui est intéressant au point de vue du pronostic.

Il existe aussi le plus souvent des troubles de la circulation pendant la convalescence : le pouls est faible, il est ralenti et irrégulier.

La médication n'y est en général pour rien.

Ces troubles ne comportent aucun pronostic fâcheux et ne réclament aucun traitement, étant sans influence sur la santé générale.

Si les crachats sanglants sont assez fréquents dans la pneumonie, l'hémoptysie proprement dite y est assez rare. C'est ce qui résulte des observations de M. Sauné. L'hémoptysie des pneumoniques se voit surtout au début de la maladie; sa cause la plus importante est la vaso-dilatation du poumon dans la pneumonie.

Agissent comme causes adjuvantes *dans la période initiale*, l'excitation du cœur, semblant compenser en partie l'abaissement de la tension consécutive à la vaso-dilatation; la tuberculose, en ajoutant sa part à l'action congestive, en apportant de la gêne à la circulation et enfin en diminuant la résistance des parois des vaisseaux dans cette affection.

Dans la période d'état, l'hémoptysie, bien plus rare qu'à la période initiale, a surtout pour cause les infarctus, la diminution de résistance vasculaire et surtout l'augmentation de la tension dans l'artère pulmonaire consécutive à la gêne apportée à la circulation par l'exsudat fibrineux.

Dans l'une ou dans l'autre période, l'hémoptysie des pneumoniques est favorisée par les affections cardiaques, la pleurésie, les infections antérieures, l'alcoolisme et toutes les intoxications capables d'amoindrir la vitalité des parois vasculaires.

A côté de la pleurésie, qui survient dans la convalescence de la pneumonie, couramment désignée sous le nom de pleurésie métapneumonique, il y a place pour une forme d'inflammation pleurale, se manifestant par un épanchement concomitant ou immédiatement consécutif à l'hépatisation pulmonaire.

Avec M. Lemoine, M. Mauvais appelle cette variété pleurésie parapneumonique. L'épanchement est séro-fibrineux, jamais purulent. Il est en général peu abondant. On n'y trouve de pneumocoques, ni par l'examen direct des lamelles, ni par les cultures. Il a tendance à se résorber spontanément, mais la ponction hâte la guérison. Le diagnostic se fait aisément par la constatation des signes d'épanchement pleural se superposant à ceux de l'hépatisation pulmonaire, ou leur faisant suite lors de la défervescence critique. Il sera souvent utile de recourir à la ponction exploratrice pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une pneumonie massive.

M. Zuber admet que l'infection pneumococcique chez l'homme est en général une infection localisée et localisée le plus souvent, au poumon; cependant les pneumocoques tendent continuellement à envahir tout l'organisme et à passer dans le sang; ce dernier processus est en rapport avec la gravité de la maladie dont l'expression la plus intense est la septicémie, c'est-à-dire l'infection générale.

Dans l'infection localisée, qui est la forme habituelle, le pneumocoque ne passe dans la circulation générale qu'à l'état d'unités, il n'y pullule pas, et pour démontrer sa présence dans le sang il faut faire porter l'examen (culture et inoculations) sur une quantité notable de liquide, plusieurs centimètres cubes, par exemple.

Ce passage de quelques pneumocoques dans la circulation générale explique les métastases de cette infection; en effet, les pneumocoques transportés peuvent s'arrêter et se fixer dans différents organes où, en se multipliant, ils causent un foyer infectieux (arthrites, méningites, abcès, etc.).

Les localisations secondaires de l'agent infectieux sont vraisemblablement sous la dépendance de l'état pathologique des régions ou des organes où ces nouveaux foyers se font.

Cette hypothèse est difficile à prouver dans beaucoup de cas où on n'a pas pu mettre en évidence la cause de la localisation secondaire.

Cependant, dans quelques cas, les conditions cliniques ont réalisé ce desideratum et on a vu le pneumocoque venir pulluler dans un organe ou une région déjà malade (ostéite à pneumocoque consécutive à une fracture, ostéite à pneumocoque dans un ancien foyer d'ostéomyélite, suppuration d'une articulation contenant des dépôts uratiques).

L'expérimentation a montré que ces cas n'étaient pas de simples coïncidences et on a pu, chez des animaux infectés par le pneumocoque, provoquer des localisations secondaires par l'emploi de traumatismes physiques ou chimiques.

Chez l'homme malade, infecté par le pneumocoque, l'emploi de certains médicaments, en injections sous-cutanées, a réalisé cliniquement le processus expérimental provoqué chez les animaux.

La péricardite à pneumocoques est une complication rare de la pneumonie, à l'étude de laquelle M. Oski Caracotchian consacre son travail. Elle peut être primitive, ce qui est rare; ce n'est alors qu'une manifestation locale d'une infection pneumococcique généralisée. Elle peut être secondaire, ce qui est la règle, la contagion se fait alors du poumon au péricarde par les lymphatiques. Les hommes, surtout les adultes, sont atteints. Elle se rencontre plutôt dans la pneumonie droite. On la voit de préférence à la période d'hépatisation grise qu'aux autres stades de cette phlegmasie. Elle passe souvent inaperçue par suite des difficultés que la maladie primitive peut amener dans les signes sthétoscopiques et dans les phénomènes généraux.

Son apparition peut être soupçonnée lorsqu'on se trouve en présence d'un abaissement brusque de la courbe thermique s'accompagnant d'algidité et de cyanose des extrémités ou d'une ascension de la courbe thermique succédant à un abaissement plus ou moins marqué. Le pronostic est des plus graves surtout dans les formes purulentes et hémorrhagiques. Le véritable traitement, celui qui peut donner aux malades quelque chance de guérison, c'est la paracentèse.

Il existe une affection de la gorge produite par le pneumocoque de Talamon-Fränkel que l'on peut décrire sous le nom de pneumococcie pharyngée, avec M. Gaultier. Cette pneumococcie présente cinq types déjà signalés par Netter en 1891 et aujourd'hui bactériologiquement démontrés : une forme suppurée, une forme érythémateuse, une forme folliculaire, une forme pseudo-membraneuse, une forme herpétique.

Les deux derniers types pourraient bien n'en former qu'un seul. La pneumococcie pharyngée présente, au point de vue clinique, un ensemble de symptômes qui rappellent tout à fait la symptomatologie de la pneumonie. Cette affection peut exister à l'état de pureté, précéder, accompagner ou suivre d'autres manifestations pneumococciques, d'où il résulte que toute manifestation pneumococcique quelle qu'elle soit, implique la nécessité de tenir autant que possible dans un état d'asepsie la cavité bucco-pharyngée.

Bien que le microbe de la coqueluche ne soit pas encore connu, la coqueluche est bien certainement une maladie contagieuse dont le principal caractère est la quinte de toux spasmodique.

Aucun des médicaments préconisés n'a jusqu'ici réussi à raccourcir la durée moyenne de la maladie.

M. Michailovitch, se basant sur les affirmations de plusieurs médecins, sur leurs observations et celles qu'il a pu recueillir, nous dit que le bromoforme, administré avec prudence et selon la formule et les doses de M. Marfan, donne des effets satisfaisants. (Voir *Gazette*, 1896, n° 36, p. 425.)

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Guilhon (Raoul-Joseph-Antoine). *Recherches expérimentales sur les propriétés coagulantes et sur les propriétés toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques.* N° 67.

M. Faguet (Henri-Marc-Edouard). *Recherches sur la diphthérie aviaire et ses rapports avec la diphthérie de l'homme.* N° 74.

M. Mounon (Jean-Pierre). *Recherches sur le fonctionnement du foie dans la grippe-influenza.* N° 75.

M. Guilhon, dans sa thèse, démontre que l'urine humaine, injectée dans les veines d'un lapin, provoque presque toujours, à certaine dose, des coagulations du sang, qui précèdent la mort dont elles sont une des causes.

L'autopsie de l'animal montre qu'il succombe le plus souvent à des causes mécaniques (thromboses, embolies) entravant la

circulation, quelque soin qu'on ait pris de filtrer les urines. L'eau distillée produit ses désordres analogues.

L'action comparée de la même urine sur des lapins de même poids, mis dans les mêmes conditions d'expériences, mais différant entre eux par l'absence ou la présence dans leur sang de ferment anticoagulant, montre qu'avec l'urine de certaines personnes, il faut injecter une dose double pour amener la mort des lapins à sang rendu incoagulable.

Il faut donc, dans toute étude de toxicité des urines, tenir compte de leurs propriétés coagulantes et de leurs propriétés toxiques et déterminer leur coefficient uro-coagulant, comme leur coefficient uro-toxique.

Ces deux propriétés biologiques de l'urine sont indépendantes l'une de l'autre. Leurs coefficients peuvent être égaux (phlébites), comme ils peuvent différer beaucoup (cancers). L'eau distillée, dans les expériences de l'auteur, a tué les lapins à la dose moyenne de 139 c.c. par 4 kilogrammes d'animal. Additionnée d'extrait de tête de sangsue et de chlorure de sodium à différents titres, elle présente son minimum de toxicité, 580 c.c. (solution de 9 gr. 1 de NaCl pour 1000 grammes de liquide, solution dont la concentration moléculaire se rapproche le plus de celle du sérum).

Les urines physiologiques, injectées à des lapins à sang normal et à des lapins à sang incoagulable, ont tué les premiers à la dose moyenne de 110 c.c. 6, et les seconds à celle de 133 c.c. 6. Les coefficients uro-toxiques vrais de ces urines (0,193) sont les 82 centièmes des coefficients urocoagulants (0,234).

Les urines des malades atteints de néoplasmes malins, étudiées de la même façon, ont tué, dans le premier cas, à la dose moyenne de 85 c.c. 7, et, dans le second, à celle de 135 c.c. Les coefficients urotoxiques vrais de ces urines (0,211) sont les 62 centièmes des coefficients urocoagulants (0,338).

Chez deux malades atteints de phlébite, les coefficients urotoxiques et urocoagulants sont restés à peu près les mêmes (0,119 et 0,118), malgré la précaution prise de rendre le sang des lapins incoagulable.

Le même procédé, appliqué par l'auteur à l'étude de la toxicité du chlorure de potassium, sel de potasse le plus abondant et le plus toxique de l'urine, a montré que ce sel, réellement toxique, doit voir sa toxicité abaissée de 40 pour 100.

L'auteur pense que l'énorme écart entre les coefficients urocoagulant et urotoxique (celui-ci étant les 62 centièmes du premier) dans les cas de néoplasmes et dans les urines normales (82 centièmes) pourrait être utilisé pour le diagnostic des cancers peu accessibles.

S'il est vrai que la toxicité du sérum est en raison inverse de celle de l'urine, on pourrait peut-être tenter de hâter la guérison des malades atteints de phlébite par l'injection ou l'ingestion du ferment contenu dans l'extrait de tête de sangsue.

D'après M. Faguet la diphthérie aviaire peut se présenter sous des formes bien différentes. Deux d'entre elles méritent surtout de fixer l'attention. Dans l'une on trouve le bacterium coli commune; dans l'autre le bacille de Lœffler.

Cette seconde forme est la plus intéressante, car elle démontre que la contagion de la diphthérie peut se produire de la volaille à l'homme.

Des mesures prophylactiques sévères devront être prises au sujet des volailles atteintes de diphthérie, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre forme, puisqu'en dehors de la diphthérie on trouve, chez l'homme, des angines à fausses membranes produites par le bacterium coli.

Voici les mesures prophylactiques proposées par l'auteur :

a) Les enfants ne devront pas avoir près d'eux, se mêlant à leur jeux, des pigeons, des petites poules, etc.

b) On devra examiner les animaux nouvellement achetés et, avant de les mêler aux autres, leur faire subir une quarantaine de plusieurs jours.

c) On devra surveiller les volailles, pour découvrir chez elles les premiers symptômes du mal : larmoiement, écoulement nasal, etc.

d) Dès qu'une poule sera malade, atteinte de la pépie, d'une angine quelconque, on devra l'isoler.

e) Dès qu'elle sera guérie ou morte, on désinfectera la volière contaminée. Pour cela les désinfectants les plus actifs sont : l'acide phénique, le sulfate de fer, le sublimé, le crésyl, la solution de potasse, le chlorure de chaux, etc.

D'après M. Mounon la grippe altère assez profondément le fonctionnement de la cellule hépatique, surtout dans les formes gastro-intestinales. Frappée dès le début, la cellule hépatique semble ne recouvrer ses fonctions que progressivement.

Toute complication qui survient dans le cours de la grippe augmente la perturbation hépatique. Se produit-il une rechute, la cellule hépatique est de nouveau et plus profondément altérée.

Si la grippe survient chez un sujet dont le foie est déjà altéré, il semble qu'elle revête des allures plus graves. Elle aggrave encore la perturbation hépatique préexistante.

La déduction thérapeutique est de réduire autant que possible le surmenage hépatique dans la grippe par le régime lacté et l'antisepsie intestinale.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Critique du traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration (Kritische Bermerkungen zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst der Castration), par Goldschmidt (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 15). — L'auteur voudrait qu'on envisageât le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration avec un peu plus de sang-froid. Si les guérisons sont nombreuses, les échecs ne manquent pas.

Il faudrait avant tout s'assurer, par la cystoscopie ou autrement, qu'il n'y a rien dans la vessie, ni calcul ni tumeur; que la prostate elle-même ne présente pas autre chose qu'une simple hypertrophie. En second lieu l'auteur proscrit d'une façon absolue la castration au début de l'hypertrophie, en vertu de ce fait qu'on ne sait jamais comment cette hypertrophie se conduira.

Bactériurie comme complication de la gonorrhée (Die Bacteriurie als Complication der gonorrheischen Erkrankung), par Schlifka (*Wien. med. Presse*, 1896, n° 13). — L'auteur a constaté chez certains gonorrhéiques, récents ou anciens, l'existence d'un état particulier des urines, qu'il désigne sous le nom de bactériurie. Les urines sont troubles, et sous le microscope on trouve dans le liquide une foule de germes.

Chez les gonorrhéiques, la bactériurie se manifeste localement par l'apparition quelquefois brusque d'un écoulement purulent qui ne renferme pas de gonocoques, mais souvent des colibacilles. Quelquefois les malades présentent des phénomènes généraux : de l'abattement, de la fièvre, etc., que l'auteur attribue à la résorption des toxines.

D'après l'auteur l'infection de la vessie et de l'urine peut se faire sous ces conditions par deux voies : par la voie uréthrale dont l'épithélium modifié par les gonocoques ne résiste plus à l'invasion des bactéries; par la prostate qui, modifiée par l'inflammation, se laisse envahir par les colibacilles de l'intestin.

Pouvoir d'absorption de la vessie saine (Zur Frage der Absorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase), par Hattinger (*Centralb. f. Krankh. d. Harn und Sexualorg.*, 1896, vol. VII, p. 249). — L'auteur a repris les expériences de Bazy, et en injectant des solutions de cocaïne ou de strychnine dans la vessie de lapins auxquels on avait lié ou non l'urèthre et les uretères, il a provoqué chez ces animaux des phénomènes d'intoxication et la mort, quand la dose injectée était considérable, 11 milligrammes de strychnine par exemple.

L'auteur ne pense pourtant pas qu'il s'agisse là de phénomènes d'intoxication. Il adopte plutôt l'opinion de Guyon, qui explique ces résultats par ce fait que ces expériences s'éloignent trop des conditions physiologiques et qu'il faut compter avec l'action des solutions concentrées sur l'épithélium de la vessie.

Abcès latents des os (Ueber latente Eiterherde im Knochen), par Elbich (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n[os] 30

et 31). — L'auteur, après avoir signalé les formes anormales de l'ostéomyélite (l'ostéomyélite d'emblée chronique ou subaiguë, la périostite albumineuse, l'ostéomyélite scléreuse non suppurée, etc.), attire l'attention sur une terminaison particulière de l'ostéomyélite, l'abcès osseux. D'après les observations recueillies par l'auteur, les choses se passent de la façon suivante :

Le malade a eu une ostéomyélite qui s'est terminée par la guérison soit spontanément, soit après une intervention. Au bout de quelques années, quelquefois au bout de 10 à 20 ans, il est repris de douleurs dans l'ancien foyer et le membre se tuméfie; le plus souvent ces phénomènes disparaissent au bout de quelque temps, mais reviennent ensuite, etc. Si l'on opère, on trouve soit un foyer d'ostéomyélite, soit un abcès intra-osseux, et dans les deux cas le pus renferme des staphylocoques virulents; s'il y a abcès, sa cavité ne communique pas avec la cavité médullaire de l'os.

Il peut encore arriver que l'abcès, au lieu de siéger dans la diaphyse, occupe l'épiphyse de l'os. Dans ces cas les poussées aiguës se compliquent de phénomènes articulaires avec formation d'exsudat articulaire. Les phénomènes articulaires disparaissent ordinairement avec la poussée aiguë et reviennent quand l'abcès épiphysaire subit une nouvelle poussée. Le plus souvent on ne se doute pas de l'existence de l'abcès intraépiphysaire et les malades sont traités pour un rhumatisme imaginaire ou pour une hydropisie articulaire récidivante. Mais il suffit de vider la collection intraosseuse, comme l'auteur l'a fait dans 3 cas, pour voir les accidents articulaires disparaître définitivement.

Dans les 3 cas opérés par l'auteur, l'abcès intraépiphysaire ne communiquait ni avec la cavité articulaire ni avec le canal médullaire.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Eau.

Pharmacologie. — L'eau est le véhicule par excellence des médicaments utilisés en hypodermie : en sorte que l'on peut dire que la fortune hypodermique d'une substance active est liée à sa solubilité dans l'eau, tous les autres dissolvants pouvant avoir leurs contre-indications (douleurs, irritations locales), ou leurs dangers (embolies graisseuses).

L'eau dissout presque tous les sels minéraux : quant aux alcaloïdes, généralement peu solubles, ils forment pour la plupart avec les acides minéraux ou organiques des composés qui s'y dissolvent très bien.

Néanmoins, ces composés ont fréquemment une stabilité médiocre, et, quelquefois, comme nous l'avons dit ailleurs, sont susceptibles de se transformer chimiquement ou physiologiquement en un temps variable sous l'action du réactif *eau* : exemple : la morphine se transformant en apomorphine. D'où le précepte, souvent répété au cours de ce formulaire, de ne se servir que de solutions récemment, ou mieux, extemporanément préparées.

Pour préparer les solutions destinées à l'usage hypodermique, on doit employer de l'eau distillée, filtrée et parfaitement stérilisée. Le pharmacien a tout avantage à la préparer lui-même, ses manipulations en seront singulièrement facilitées. Un grand nombre d'appareils ont été imaginés pour cela : la plupart tiennent beaucoup de place et sont d'un prix élevé. En voici un que nous avons vu fonctionner au service de la consultation de l'hôpital Cochin et qui paraît répondre à tous les desiderata.

Il se compose (fig. 1) d'une petite chaudière chauffée par un brûleur à gaz. L'eau, prise sur la conduite du service d'eau de la ville, arrive, par le branchement A, remplir un réservoir contenant un serpentin dont l'usage sera indiqué tout à l'heure. Ce réservoir étant plein envoie l'eau dans un tube conduisant à la chaudière où elle entre en ébullition : puis elle gagne sous pression, mélangée de vapeur, à une température voisine de 105°-108°, le serpentin dans lequel elle se condense et se refroidit, pour traverser un filtre Chamberland où elle se débarrasse des particules solides qu'elle tient en suspension et après avoir redissous ses gaz de constitution.

L'ensemble de l'appareil mis en place occupe une superficie murale totale de moins d'un 1/2 mètre carré.

En tous cas, le médecin qui formule une solution hypodermique doit-il, suivant le conseil de M. le professeur Landouzy (1), toujours prescrire : *eau stérilisée* ou *eau bouillie* et non *eau distillée*. « C'est, en effet, mettre le pharmacien dans l'obligation légale de faire extemporanément bouillir l'eau qui va dissoudre le sel alcaloïdique; c'est empêcher le pharmacien de faire sa solution avec l'eau distillée qu'il a en réserve dans des récipients plus ou moins vastes, fréquemment exposés aux souillures que leur apportent et le contact de l'air et le contact des mains des préparateurs. » Le praticien ne peut « se porter garant que des formules à eau stérilisée, à eau bouillie ».

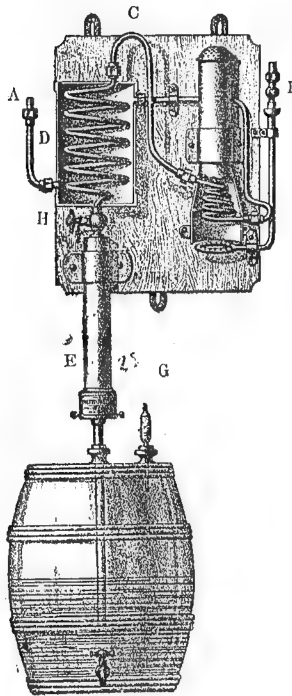


Fig. 1.

Stérilisateur-filtre, système Perthuis (Bengel et Mégret)

A. Arrivée de l'eau de la ville.
B. Arrivée du gaz.
C. Partie haute en col de cygne du serpentin dans lequel vient l'air qui se redissout dans l'eau à son refroidissement.
D. Serpentin pour le refroidissement.
E. Filtre à bougie porcelaine.
F. Tonneau recevant l'eau stérilisée.
G. Ampoule de prise d'air contenant du coton stérilisateur.
H. Robinet pour régler le débit de l'appareil.

Usages thérapeutiques. — L'eau a été employée pure en injection sous-cutanée à la dose de 1 à 5 centim. cubes :

a) Contre les vomissements des phthisiques (Tripier).

b) Comme succédané de la morphine dans les névralgies (Potain, Dieulafoy).

c) Contre les quintes de toux des phthisiques et les névralgies costales (Landouzy).

d) Contre la sciatique (Pollak).

e) Comme succédané du liquide de Brown-Séquard chez les neurasthéniques.

Ces effets des injections d'eau pure ne sont pas seulement dus à la suggestion : il est vraisemblable que l'eau a une action inhibitrice sur les filets sensitifs cutanés, peut-être même une action toxique sur les terminaisons nerveuses. En tous cas, cette action toxique de l'eau pure est-elle évidente sur le globule sanguin (Bosc et Vedel). Aussi doit-on toujours l'employer en petite quantité et en injection sous-cutanée : car elle ne se résorbe pas facilement; et doit-on la proscrire rigoureusement en injection intraveineuse.

Effets de l'injection :

L'injection *d'eau pure stérilisée* produit localement une assez vive cuisson qui disparaît rapidement pour faire place à une

1. Voir *Formulaire pratique de l'hypodermie*, par le Dr Gabriel Maurange, préface par M. le professeur Landouzy, p. XVI et XVII. Paris, Rueff, éditeur, 1896.

diminution marquée de la sensibilité dans une zone plus ou moins étendue. Il n'y a aucune autre réaction locale de 1 à 5 centim. cubes : au-dessus de cette quantité, il se forme une zone d'induration qui peut persister assez longtemps.

G. Maurange.

Traitement de la sciatique par les injections de glycérophosphate,

Par M. Billard.

M. Billard se sert, pour les injections hypodermiques de glycéro-phosphates, de 3 liquides : le premier est une solution au quart de glycéro-phosphate de soude qu'on peut formuler de la façon suivante :

Glycéro-phosphate de soude	5 gr.
Eau distillée	20 gr.

Le deuxième est une solution dont chaque centimètre cube contient :

Glycéro-phosphate de chaux	0,04
— — magnésie	0,04
— — potasse	0,04
— — soude	0,13
Soit au total	0,25

Le troisième enfin est une solution dont chaque centimètre cube contient 25 centigrammes de glycéro-phosphates ainsi répartis :

Glycéro-phosphate de fer	0,05
— — chaux	0,04
— — magnésie	0,04
— — potasse	0,04
— — soude	0,08
Soit au total	0,25

L'avantage de ces solutions concentrées, c'est que le sel se conserve indéfiniment en solution stérile et saturée, tandis qu'il se décompose, au contraire, facilement dans les solutions étendues : l'acide glycéro-phosphorique reprend une molécule d'eau pour régénérer l'acide phosphorique.

On peut commencer par injecter 1 centim. cube qu'on peut élever à 2 et même à 4 centim. cubes; mais les doses de 2 cent. cubes sont largement suffisantes, en général, et moins pénibles pour un malade.

Les solutions doivent être préparées d'une manière tout à fait aseptique, par très petites quantités à la fois, et conservées soit dans des ampoules de 2 centim. cubes, soit dans de petits flacons stérilisés dont le contenu ne servira que pour une seule injection.

Les injections seront faites avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, et profondément, le plus loin possible du derme, là où le tissu cellulaire est plus lâche, dans les masses musculaires même et à une distance assez rapprochée du nerf; elles doivent de plus être poussées lentement.

Avec les deux premiers liquides, on ne constate jamais après la piqûre ni la moindre douleur ni aucune trace de phénomène inflammatoire. Le patient perçoit quelquefois une sensation passagère de vibration ou d'engourdissement dans la région piquée et tout se borne là. Mais il n'en est pas de même avec la solution qui contient du glycéro-phosphate de fer. Une douleur assez vive suit immédiatement la piqûre, douleur qui persiste environ 10 minutes à un quart d'heure pour disparaître ensuite complètement. Mais au bout de 5 heures environ une douleur sourde commence d'abord à se faire sentir au niveau du point injecté; bientôt de la chaleur, de la rougeur, de la tuméfaction se manifestent sur une assez large surface. Ces phénomènes persistent en moyenne 48 heures.

Il faut par conséquent rejeter l'emploi ou l'association du fer dans les glycéro-phosphates en injections à cause des douleurs intenses et prolongées qu'il occasionne, et en raison surtout des phénomènes inflammatoires auxquels il donne naissance dans la presque totalité des cas.

Avec les autres solutions, au contraire, l'injection n'est jamais douloureuse, tout au plus peut-on constater une légère sensibilité de la peau qui persiste quelques instants.

L'effet est, en général, rapide et surprenant : de nombreux malades ont vu disparaître presque instantanément toute douleur au niveau du point injecté. Dans des cas plus heureux encore, certains malades ont vu disparaître ces douleurs complètement ou s'atténuer notablement sur un segment entier du membre inférieur. Tel malade injecté au point douloureux le plus élevé, comme le point iliaque par exemple, voit, après une seule injection, disparaître la douleur à ce niveau, ainsi qu'au niveau des points fessier, trochantérien, fémoraux, échelonnés au-dessous de lui, pour éprouver seulement de la douleur aux points poplité ou péronier. Tel autre n'éprouve d'amélioration sensible qu'au point directement injecté ou dans son voisinage.

Mais dans un certain nombre de cas aussi, environ 1 heure après l'injection, une sensation de tiraillement se fait sourdement sentir au niveau du point injecté; cette sensation qui n'a jamais le caractère d'une véritable douleur, va en s'atténuant pour disparaître au bout de 4 ou 5 heures. Parfois cependant il faut attendre assez longtemps, même 24 heures, pour voir ces phénomènes de sensibilité disparaître et l'injection produire son effet habituel d'amélioration. Il existe sur ce point une gamme des plus variées qu'expliquent facilement la susceptibilité thérapeutique de chaque malade, l'ancienneté de la maladie, la nature de la névralgie et l'état des lésions anatomiques.

Souvent la douleur ne cède pas après une première injection, ni même quelquefois après une seconde. Ce n'est parfois qu'après une série d'injections pratiquées chaque jour au niveau ou dans le voisinage du même point que l'amélioration se fait sentir.

Dans les névralgies récentes, aiguës, le résultat est toujours favorable, la douleur disparaît presque immédiatement au niveau de chaque point qu'on injecte, et en quelques jours, en général, le malade a vu disparaître tous ses points douloureux et se trouve complètement guéri.

Mais dans les cas de sciatiques anciennes, invétérées, les résultats sont généralement moins favorables. Il y a des cas où la guérison est complète, mais il en est d'autres où le traitement peut complètement échouer. Il est rare en tout cas que le traitement n'ait au moins une action sédative très grande sur les douleurs.

Dans la majorité des cas, il n'y a rien à noter au niveau de la piqûre; quelquefois il se produit en ce point un peu d'engourdissement et la peau peut rester sensible quelques instants. Dans des cas assez rares, il se forme au bout de quelques jours, un nodus inflammatoire qui peut durer plusieurs semaines, mais il faut savoir que ces nodus ne se produisent jamais qu'avec des glycéro-phosphates non purs, contenant du carbonate de soude libre.

En résumé, les glycéro-phosphates en injections ont donné, dans un grand nombre de cas, une guérison complète; presque toujours une amélioration des plus nettes; dans des cas assez rares, ils ont atténué seulement la douleur, dans un cas enfin de sciatique invétérée ils ont échoué complètement. Ce sont des liquides d'une innocuité absolue dont l'action n'est pas seulement locale, mais qui agissant en même temps sur le système nerveux, peuvent améliorer l'état adynamique ou organique des parties malades.

Inutile d'ajouter que, quand la sciatique est symptomatique, la médication causale est de toute rigueur. En même temps qu'on s'attaque à l'élément douleur par les injections de glycérophosphates, il faut s'adresser à la maladie primitive : instituer un traitement général approprié, si le diabète, la blennorrhagie, la syphilis, la tuberculose, l'impaludisme sont en cause; recommander le port d'un bas spécial dans la sciatique variqueuse; recourir à la suggestion sous toutes ses formes contre la sciatique hystérique, à l'ablation d'esquilles ou de tumeurs dans les cas de sciatiques par compression, à la cure méthodique d'une affection pelvienne (1).

1. *Thèse de Paris*, 1896.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les frictions salicylées dans le rhumatisme.

La voie gastrique présente tant d'avantages pour l'absorption des médicaments qu'elle est généralement adoptée dans la grande majorité des cas en thérapeutique. Mais il est des malades dont les voies digestives sont en mauvais état ou doivent être ménagées avec le plus grand soin; il est aussi des médicaments qui produisent sur l'estomac des effets nuisibles, et bon nombre d'observations ont montré dans ces derniers temps la fréquence des gastrites médicamenteuses et des troubles gastriques d'origine thérapeutique.

De là l'emploi d'autres procédés d'introduction des substances médicamenteuses : voie rectale (lavements, suppositoires), voie cutanée (frictions), voie sous-cutanée (injections hypodermiques), etc.

Parmi les médicaments susceptibles de provoquer l'intolérance gastrique et des accidents d'intoxication, le salicylate de soude est un de ceux dont il importe le plus de rendre l'emploi possible, en raison de ses propriétés pour ainsi dire spécifiques à l'égard du rhumatisme aigu. Plusieurs auteurs dans ces dernières années ont préconisé l'absorption par la peau, et cette méthode a fait l'objet d'un travail récent de M. L. Husson (de Nancy) où nous puisons les éléments de cette revue (1).

Déjà, depuis longtemps, on employait l'acide salicylique comme topique dans diverses affections de la peau, pour utiliser ses propriétés antiseptiques. Puis on a eu l'idée de mettre à profit son action antirhumatismale, en le mettant au contact des articulations affectées de rhumatisme aigu, pour produire un effet local sur l'arthropathie. — Au début, on avait appliqué sur les articulations douloureuses des compresses imbibées d'une solution aqueuse de salicylate de soude à 5 p. 100. Pour éviter l'acidité, on neutralisait la liqueur avec 2 à 3 gouttes d'ammoniaque. Le salicylate de soude était absorbé assez rapidement, puisqu'on pouvait constater sa présence dans l'urine au bout de 12 à 15 heures (2).

1. L. Husson, *De l'absorption de l'acide salicylique par la peau, et des frictions salicylées dans les affections rhumatismales* (thèse de Nancy, mars 1896, n° 11).

2. Bouchut et Desprès, *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale.* Supplément, 4e édition.

En 1882, Orton (1) entoure les articulations avec du lint imbibé d'une solution de salicylate de soude, et recouvert d'une soie huilée : les douleurs sont rapidement et notablement adoucies.

Mais ces moyens sont tombés en désuétude, probablement parce qu'ils ont donné des résultats peu marqués et très inconstants. L'absorption du salicylate de soude en solution aqueuse était d'ailleurs trop minime, d'aucuns même l'ont niée absolument, et l'on ne pouvait tabler sur elle pour obtenir des effets suffisamment démonstratifs. Aussi de nouvelles recherches étaient nécessaires.

En juin 1893, le professeur Bourget (de Lausanne), à la séance annuelle de la Société vaudoise de médecine, a donné le compte rendu des résultats qu'il avait obtenus par l'emploi externe de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (2). Pendant 2 ans il a traité tous ses rhumatisants par une pommade salicylée à 10 p. 100, et n'a eu qu'à se louer des effets qu'il a constatés. La douleur est supprimée dès les premières heures qui suivent l'application de la pommade; le gonflement diminue en général dès le deuxième jour; la fièvre tombe complètement entre le troisième et le cinquième jour. Chez aucun de ses 19 malades, il n'a observé les fâcheux accidents qui arrivent dans l'administration des préparations salicylées à l'intérieur (bourdonnements d'oreilles, délire, troubles gastro-intestinaux).

Depuis les premiers essais de Bourget, la méthode s'est rapidement vulgarisée, et bientôt les journaux de médecine français et étrangers ont relaté de bons résultats dûs à cette médication. Récemment, MM. Linossier et Lannois (de Lyon) ont étudié l'absorption de l'acide salicylique par la peau (3). Leurs recherches ont démontré indiscutablement que cette absorption est possible et se fait même très facilement. Elles ont établi que l'acide salicylique émet des vapeurs à partir de 25°, vapeurs lourdes et peu diffusibles, mais susceptibles de traverser la peau, peut-être à la faveur d'une action solubilisante de l'acide salicylique sur la couche cornée de l'épiderme (action kératolytique).

M. Husson a confirmé ces recherches et rejeté l'hypothèse d'une pénétration de vapeurs salicylées par la voie pulmonaire. Ses observations recueillies dans le service de M. Bernheim (de Nancy) ont montré les bons effets qu'on peut retirer de ces frictions salicylées.

La pénétration de l'acide salicylique à travers la peau est grandement favorisée lorsqu'il est incorporé à un corps gras et surtout à un corps gras se rapprochant de la matière grasse contenue dans le sébum. Pratiquement, il faut surtout employer, selon M. Husson, une pommade salicylée ayant pour excipient principal la *lanoline*, additionnée si l'on veut d'un peu d'essence de térébenthine. L'onguent sera ainsi peu fluide et remplira les conditions requises pour le maximum d'efficacité des frictions.

M. Husson emploie la formule suivante :

Acide salicylique finement pulvérisé. .	10 gr.
Essence de térébenthine	10 gr.
Lanoline	80 gr.

Quant au *mode d'emploi* de la pommade, voici quelques précautions à prendre. Nettoyer par un savonnage la

1. *The British medical Journal*, n° 1097, 1882.

2. *Semaine médicale*, 5 juillet 1893.

3. *Lyon médical*, 23 juin 1895.

partie à recouvrir pour enlever l'enduit sébacé superficiel. La friction doit durer au moins 5 minutes. Il est contre-indiqué de raser les poils au préalable, puisqu'on se priverait ainsi d'un élément important de traction et de tiraillement de la peau. Puis on enveloppera de coton la partie frictionnée afin d'y maintenir une température assez élevée. Les frictions seront renouvelées tous les jours.

Un inconvénient, léger à vrai dire, de la méthode, consiste dans la desquamation de l'épiderme en conséquence de l'action dissolvante exercée par l'acide salicylique sur la couche cornée. Mais cette desquamation n'arrive guère qu'après 5 ou 6 jours, alors que l'effet thérapeutique est déjà produit. En tout cas elle n'est point douloureuse et ne doit point nécessiter la suspension du traitement.

L'absorption de l'acide salicylique par la peau présente des différences suivant les divers individus. D'après Bourget et M. Husson, la peau des jeunes absorbe mieux, et celle des blonds mieux que celle des bruns et des sujets à peau basanée. La finesse des téguments est donc une condition favorable à la pénétration. Cela explique aussi pourquoi il y a des différences marquées dans la rapidité de l'absorption suivant qu'on applique la pommade sur telle ou telle partie du corps d'un même individu.

Les indications des frictions salicylées dans le rhumatisme aigu résultent en grande partie des contre-indications de l'absorption du salicylate par la voie buccale.

Le plus ordinairement, dans les cas où ce médicament est mal toléré, il donne des *troubles gastriques :* dégoût des aliments, douleur de pression, malaise stomacal, nausées et même vomissements. Robin a vu des ulcérations pharyngées et stomacales chez des sujets soumis au traitement salicylé. Van Ackeren (1), en introduisant avec une sonde de l'acide salicylique dans l'estomac de lapins, a vu se produire de nombreuses hémorrhagies de la muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin. Chez un animal il y eut des ulcères stomacaux, chez un autre une ulcération de la vessie.

Comme autres manifestations du *salicylisme,* il faut noter les *bourdonnements d'oreilles*, qui peuvent incommoder beaucoup les malades; des bouffées de chaleur, une sorte d'ébriété salicylique. Quelquefois, sous l'influence de doses fortes, on a vu se produire des épistaxis, du collapsus cardiaque, des troubles cérébraux (céphalée, délire, etc.). La physiologie nous apprend qu'à doses toxique c'est un poison des centres nerveux, qui agirait exclusivement sur la substance grise.

L'action nocive du salicylate peut également retentir sur le *rein*. V. Ackeren a constaté chez l'animal de l'albuminurie avec des cylindres et de l'hématurie : l'autopsie décelait les lésions de la néphrite aiguë. La tendance du médicament à produire des congestions rénales doit donc le faire rejeter si le filtre rénal est altéré pour une cause ou pour une autre : les néphrites sont une contre-indication formelle à son emploi. Si le pouls est petit et le cœur affaibli, il faut craindre le collapsus cardiaque qui pourrait survenir.

Certains auteurs ont attribué les accidents de salicylisme aux impuretés du salicylate de soude. Il est reconnu aussi que le salicylate obtenu par le procédé de Kolbe est beaucoup plus toxique que celui qu'on retire de l'essence de Wintergreen. Quoiqu'il en soit, le fait existe; mais il ne faudrait pas cependant exagérer outre mesure ces inconvénients. Il est certain que dans beaucoup de cas le salicylate est facilement toléré, surtout si l'on a soin de le donner par petites doses (jamais plus d'un gramme à la fois), et en solutions suffisamment diluées; si l'on a soin aussi de masquer son goût désagréable par un correctif approprié. Mais, au moindre signe d'intolérance, il faut le suspendre absolument : or, c'est là un inconvénient sérieux, puisqu'il est démontré que la guérison du rhumatisme nécessite un emploi suffisamment prolongé du médicament après la disparition des symptômes aigus.

1. Bardet, *Nouveaux remèdes*, 1895.

Avec les frictions, au contraire, pas de salicylisme à redouter; de plus, elles peuvent être continuées sans inconvénient pendant toute la durée de la maladie. Est-ce à dire, cependant, qu'il faille faire des frictions une méthode absolument exclusive dans le rhumatisme? M. Husson ne le pense pas; il estime qu'il faut leur donner plutôt le caractère d'une *méthode adjuvante*, et qu'il ne faut pas faire table rase de l'autre genre de médication.

En dehors des cas où une lésion gastrique ou rénale impose une contre-indication formelle dès le début, il est d'avis d'employer le salicylate suivant le mode d'administration ordinaire. Car il serait illogique de ne pas vouloir bénéficier de cette médication, qui a fait ses preuves et qui est, en somme, un moyen de saturer l'organisme d'un agent qui combat efficacement l'infection rhumatismale. Aux premiers signes d'intolérance, il sera toujours temps de supprimer le médicament.

En même temps, dès le début du traitement, on fera des frictions salicyliques sur les articulations malades et *cela dans tous les cas*. Elles ajouteront ainsi leur action propre à celle du salicylate et le malade ne pourra qu'y gagner. Si les douleurs étaient par trop intenses, on pourra employer concurremment l'antipyrine ou la phénacétine ou, au besoin, l'opium et la morphine.

En dehors du rhumatisme articulaire aigu, les frictions salicylées rendront encore des services dans *toutes les formes douloureuses de rhumatismes* (rhumatisme subaigu, rhumatisme chronique, douleurs rhumatoïdes, lumbagos). Certes, elles ne feront pas disparaître les lésions chroniques du rhumatisme, les nodosités articulaires, les raideurs; mais elles diminueront la douleur, ce qui est toujours le résultat le plus ardemment attendu par les malades.

Les *névralgies*, surtout celles d'origine rhumatismale, seront également susceptibles de ce traitement : névralgies intercostales, sciatiques, etc., enfin les douleurs de la goutte pourront être atténuées aussi par ces frictions.

REVUE DES CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896.

Fréquence et forme des rétrécissements du bassin.

M. E. Kufferath (de Bruxelles) s'est adressé à toutes les cliniques obstétricales de la Belgique (Bruxelles, Gand, Liège, Louvain), et à toutes les Maternités établies dans les principales villes des neuf provinces. L'ensemble des statistiques donne, pour la Belgique, sur 23 091 accouchements, 419 cas de rétrécissements du bassin, soit 1,81 p. 100. Sur ce nombre il n'y a que *deux bassins ostéomalaciques* (Bruxelles), soit 0,009 p. 100 et *six bassins obliques* soit 0,03 p. 100.

Pour les *bassins rétrécis rachitiques et non rachitiques*, les statistiques d'Anvers, Liège et Bruxelles donnent les chiffres suivants :

Sur 11 869 accouchements, il y a 141 *bassins aplatis non rachitiques*, soit 1,10 p. 100.

Total, sur 11 869 accouchements, il y a 99 *bassins aplatis non rachitiques*, soit 0,83 p. 100.

Sur ce même nombre, 11 869 accouchements, on trouve encore 6 *bassins généralement et régulièrement aplatis*, soit 0,05 p. 100.

M. Kufferath divise les bassins aplatis en 4 catégories : dans lesquelles il préconise la conduite suivante :

Bassins aplatis de 11 a 9 centimètres. — *Grossesse avant terme :* pas d'intervention, à moins que les accouchements antérieurs n'aient donné naissance à des enfants plus volumineux que la moyenne. D'après le volume de la tête de ces enfants, fixation de l'accouchement prématuré au commencement ou à la moitié du dernier mois de la grossesse.

Grossesse à terme. — 1° *Enfant vivant.* Accouchement spontané; application du forceps, si la tête est engagée dans le rétrécissement ou si la manœuvre de Müller indique une capacité suffisante du bassin ; version, dans le cas où la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, malgré un travail prolongé. Tout à fait exceptionnellement, symphyséotomie (volume exagéré de l'enfant, présentation oblique de Nœgelé, présentation du front, etc.).

2° *Enfant mort.* Forceps ; si l'application du forceps est difficile, embryotomie (basiotripsie),

Bassins aplatis de 9 a 7 centimètres. — *Grossesse avant terme :* accouchement prématuré artificiel à partir de 7 mois 1/2 de la grossesse.

Grossesse à terme. — 1° *Enfant vivant :* l'accouchement peut encore parfois se faire spontanément si l'enfant est petit; le plus souvent forceps ou version : forceps, quand la tête est engagée dans le rétrécissement; version, quand la tête est mobile et que le rétrécissement n'est pas trop prononcé, de 8 1/2 à 9 centimètres.

Au-dessous de ces limites, le forceps ou la version sont généralement dangereux pour l'enfant de volume ordinaire ; il faut donner la préférence à la symphyséotomie.

L'embryotomie n'est pratiquée sur l'enfant vivant, qu'en cas de refus de la mère ou de la famille pour l'opération de la symphyséotomie ou si les conditions de santé de la mère sont telles que cette intervention est absolument dangereuse.

2° *Enfant mort :* embryotomie.

Bassins aplatis de 7 a 5 centimètres. — *Grossesse avant terme :* accouchement prématuré artificiel combiné avec la symphyséotomie. La limite inférieure de cette intervention est de 5 cent. 1/2. Il pratique, dans ces cas, l'accouchement prématuré artificiel et la symphyséotomie à 7 mois 1/2 de grossesse.

M. Kufferath ne pratique plus *l'accouchement prématuré artificiel simple* au-dessous de 7 centimètres.

Grossesse à terme. — *Enfant vivant :* de 6 1/2 à 7 centimètres, la symphyséotomie peut encore être pratiquée ; elle devient cependant dangereuse à cause de l'écartement considérable des pubis.

De 6 1/2 à 5 centimètres, opération césarienne ou opération de Porro. Celle-ci est indiquée s'il y a atrésie du vagin. L'embryotomie n'est pratiquée, sur l'enfant vivant, qu'en cas de refus de l'opération césarienne, ou bien si les conditions de la mère sont absolument défavorables.

2° *Enfant mort :* embryotomie.

Bassins aplatis au-dessous de 5 centimètres. — Que l'enfant soit vivant ou mort : opération césarienne, exceptionnellement opération de Porro, au terme de la grossesse. L'avortement ne doit être pratiqué que si la mère ou la famille refusait absolument l'opération césarienne.

En terminant M. Kufferath émet un desideratum au sujet d'une statistique sérieuse des bassins rétrécis.

Toutes les femmes qui se présentent dans les Maternités devraient être admises avant le travail pour pouvoir être mensurées.

La mensuration devrait être faite suivant des principes à établir, uniformes pour tous les pays.

A cet égard, la mensuration digitale ne peut donner que des résultats approximatifs, incomplets. La pelvimétrie instrumentale devrait être appliquée, non seulement au diamètre conjugué vrai, mais aux autres diamètres du bassin, tant du détroit supérieur que de l'excavation pelvienne et du détroit inférieur.

Les pelvimètres qui méritent surtout d'être employés sont ceux qui répondent à ces exigences. Le pelvimètre de Van Huevel (dernier modèle) ou le pelvimètre de Skutsch, qui n'en est qu'une modification, sont, sous ce rapport, les instruments les plus pratiques et les plus recommandables.

A côté de ces recherches cliniques, devraient être instituées des recherches anatomiques directes.

Toute autopsie du cadavre d'une femme devrait comprendre un examen au moins sommaire du bassin. Cet examen révèle-t-il quelque anomalie, le bassin serait étudié complètement, et, de cette façon, l'on pourrait arriver à établir non seulement les différentes variétés des bassins rétrécis, mais encore leur fréquence relative dans une région donnée.

M. Fochier (de Lyon) en se basant sur l'étude de 120 bassins de femmes, pris à l'amphithéâtre et sur celle des bassins de 105 femmes accouchées à la clinique de Lyon pendant l'année 1895, conclut que dans la région lyonnaise, il y a 21,66 p. 100 de bassins rétrécis (chiffre anatomique) et 21,11 p. 100 (chiffre clinique) ; que la très grande majorité des bassins simplement aplatis, et un bon nombre de bassins généralement rétrécis, ne présentent aucune trace de rachitisme ; que si l'on tient compte de ce fait que l'on trouve des transitions insensibles entre les types différents de bassins *suffisants* et les types correspondants de bassins rétrécis, la majorité des bassins rétrécis ne doit pas être considérée comme le résultat de phénomènes pathologiques à proprement parler, mais comme des variétés de développement.

Cette assertion est de toute évidence pour les bassins aplatis, moins frappante pour les bassins généralement rétrécis.

M. Fancourt Barnes (de Londres) a trouvé dans la Maternité royale de Londres, pendant 10 ans, sur un total de 38 065 femmes enceintes : 150 bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centimètres ; 45 bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins de 10 centimètres ; pas un bassin ostéomalacique.

Pendant ces 10 dernières années, on a pratiqué à la clinique 4 versions, 196 forceps, 15 craniotomies, pas une fois l'opération césarienne.

Ces chiffres montrent que les rétrécissements dans la Maternité de Londres sont en général insignifiants.

M. Lusk (de New-York). — Les déformations pelviennes sont extrêmement rares dans notre population indigène.

Ce ne sont guère que :

Des bassins légèrement aplatis ;

Des bassins justo-minor ;

Des variétés de la cyphose et de la scoliose.

Le bassin rachitique est presque inconnu.

L'ostéomalacie n'y existe pas.

M. G. Rein (de Kiew). — Dans les 12 cliniques et maisons d'accouchements des différentes régions de la Russie, sur 55 000 femmes enceintes, il s'est trouvé 2 205 bassins où le conjugué vrai a été jusqu'à 9,5 pour les bassins aplatis, et de 10 pour les bassins généralement et régulièrement rétrécis, ce qui fait 4 p. 100 de bassins rétrécis dudit degré.

Le nombre total des bassins rétrécis, en y comprenant les bassins avec un degré moindre de rétrécissement, est presque le même en Russie que dans les autres pays.

Mais en général il se trouve, en Russie, relativement très peu de bassins avec un degré considérable de rétrécissement et le Caucase, où le rachitisme se rencontre rarement, donne le plus faible taux de bassins rétrécis, 1,04 p. 100. Le plus élevé a été donné par la clinique de Varsovie, 48 p. 100 de bassins rétrécis avec le conjugué vrai 9, et c'est à Varsovie que presque tous les bassins rétrécis sont rachitiques. La différence des chiffres, dans les différents établissements, tient à la différence ethnographique, au rachitisme plus ou moins répandu, aux mensurations du bassin plus ou moins exactes et, enfin, à l'évaluation des données obtenues par les mensurations.

La forme prédominante est le bassin aplati non rachitique, vient ensuite le bassin généralement et régulièrement rétréci.

L'ostéomalacie est très rare, et la proportion des bassins ostéomalaciques n'est que de 0,007 p. 100.

M. Pestalozza (de Florence) a trouvé sur en chiffre total de 7 962 femmes enceintes accueillies dans la clinique obstétricale de Florence depuis 1883 jusqu'à 1895, 2 437 femmes dont le conjugué de Baudelocque était au-dessous de la moyenne.

En ôtant de ce nombre les 993 femmes qui, tout en ayant un diamètre de Baudelocque de 19 centimètres, ne justifièrent d'aucune autre façon, ni par les mensurations internes ni par la marche du travail, le diagnostic de conformation vicieuse, il reste un total de 1 444 bassins dont on a pris les dimensions d'une façon régulière ou dans lesquels la marche du travail justifia le diagnostic de conformation vicieuse.

Parmi ces 1 444 bassins rétrécis, on a pu préciser la forme du rétrécissement et, dans la pluralité des cas aussi, la cause, dans 770.

Dans ces 770 bassins rétrécis, on a pu reconnaître l'influence du rachitisme dans 339 cas, dont 145 étaient des bassins aplatis non rachitiques, 536 des bassins généralement et régulièrement rétrécis; 50 enfin reconnaissaient des causes diverses (cyphose, cypho-scoliose, luxation uni ou bilatérale, paralysie atrophique des membres inférieurs) à l'exclusion absolue de l'ostéomalacie qui fut rencontrée une seule fois dans la Maternité de Florence et même, dans ce cas, sans aucune influence sur la marche du travail.

Des 1 444 femmes atteintes de rétrécissement du bassin, 1 391 accouchèrent à la clinique; les opérations réclamées par l'étroitesse du bassin ont été au nombre de 361, c'est-à-dire on a fait 159 forceps, 38 versions, 42 extractions, 62 accouchements prématurés provoqués, 46 embryotomies, 5 symphyséotomies, 14 sections césariennes.

La mortalité a été de 8 femmes sur les 1 391 accouchées. Sur les 1 391 accouchements il y a eu 95 enfants morts pendant le travail et par la suite des opérations.

M. Treub (de Leyden) a pu dépouiller les observations de 22 955 accouchements des cliniques d'Utrecht, d'Amsterdam et de Leyden, depuis 1860 jusqu'à 1896. Sur ces 22 955 accouchements, il s'est trouvé 816 bassins rétrécis soit 3, 5 p. 100.

Parmi ces bassins il y avait :

657 soit 2, 8 p. 100 de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centimètres.

159 soit 0,7 p. 100 de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugé vrai de moins de 10 centimètres.

Pas un bassin ostéomalacique.

Pour ce qui est des modes d'intervention les plus usités pendant les dix dernières années, il règne, en Hollande, une grande uniformité d'idées ne différant que dans les détails.

Le forceps n'est appliqué que dans le cas où la tête a déjà passé au moins pour la moitié le détroit supérieur. Tant que tel n'est pas le cas, on fait la version podalique.

Jusqu'ici, on ne fait pas la symphyséotomie.

Pour les bassins modérément rétrécis, on provoque l'accouchement prématuré. C'est là qu'il y a des différences de détail pour la limite du degré de rétrécissement, nécessitant déjà ou permettant encore l'accouchement provoqué. La limite supérieure varie, pour les bassins aplatis, de 8 1/2 à 8 centimètres et pour les bassins généralement rétrécis, de 9 3/4 à 8 3/4 centimètres, la limite inférieure de 7,5 à 7 centimètres, respectivement de 9 1/4 à 8 1/2 centimètres. Cette différence provient de l'emploi de la position supinée (dite de Walcher) qui a fait reculer les limites de l'accouchement provoqué pour ceux qui se servent de cette position. Entre les bassins qui sont justiciables de l'accouchement prématuré et ceux qui donnent une indication absolue de l'opération césarienne (conjugué vrai de 6,5 centimètres pour les bassins aplatis, 7,5 pour les bassins généralement rétrécis) se trouvent les cas dans lesquels on conseille l'opération césarienne. Si cette indication relative n'est pas acceptée, on fait la perforation soit de la tête première, soit après version faite, quand l'extraction manuelle de la tête se trouve être impossible.

M. Morisani (de Naples) a trouvé sur 2 769 accouchements, 47 p. 100 de rétrécissements du bassin.

Il s'agissait 2 fois de bassins généralement et régulièrement rétrécis, 50 fois de bassins plats rachitiques, 1 fois de bassin plat non rachitique, 21 fois de bassins simplement aplatis, tous symptômes de rachitisme, 10 fois de bassins ostéomalaciques, etc.

D'une façon générale M. Morisani trouve que les chiffres recueillis ne peuvent être exacts ni comparables. Dans les maternités, en effet, il ne se présente que les femmes qui ont besoin d'assistance. En outre, les statistiques ne peuvent être d'une utilité réelle, car tous les accoucheurs ne sont pas d'accord sur la classification des bassins et l'on ne pourra tirer des statistiques des conclusions fermes qu'après avoir adopté une classification qui sera la même dans tous les pays.

Mme Krajewska (de Dolnja-Tuzla) a trouvé sur 1 245 femmes qu'elle a examinées au point de vue obstétrical 11 cas d'ostéomalacie. Toutes les malades appartenaient à la population mahométane du pays; aucune n'était enceinte. Elle croit que l'on peut faire entrer, dans les causes de l'ostéomalacie, une mauvaise hygiène et aussi la précocité du mariage.

M. Audebert (de Bordeaux). — Du 1er juin 1895 au 31 juillet 1896, 773 femmes sont venues accoucher à la clinique; 52 d'elles étaient atteintes de rétrécissement du bassin, soit 6,72 pour 100.

39 fois l'accouchement s'est produit spontanément. Les opétions pratiquées dans les autres cas ont été :

9 forceps dont deux après symphyséotomie, 4 versions dont une après symphyséotomie 1 accouchement prématuré combiné avec la symphyséotomie; 4 symphyséotomies : 1 fois combinée avec un accouchement prématuré artificiel et suivie d'une version, 2 fois suivie de forceps, 1 fois avec extraction du siège. Les 4 enfants sont vivants. Toutes les mères ont guéri; 7 ont présenté des accidents infectieux légers, mais sont parties guéries.

En défalquant un enfant mort au début du travail, à la suite d'hémorrhagie due à une insertion basse du placenta, il y a eu deux morts :

D'après les résultats, il semble à M. Audebert qu'on peut conclure que, dans les bassins de 8 centimètres à 9 cent. 1/2, on devra attendre le terme de la grossesse; le plus souvent, 75 fois p. 100, l'accouchement se fera seul; donc la symphyséotomie offre une ressource précieuse qui permettra, sans faire courir des risques sérieux à la mère, de sauver presque à coup sûr la vie de l'enfant.

Traitement de l'éclampsie.

M. Charpentier (de Paris) arrive aux conclusions suivantes :

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté.

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis, administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3° Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant; par une céphalotomie, une basiotripsie, une crânioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dila-

tabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et, par suite, sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot, comme une ressource ultime en un cas désespéré.

M. F. Halbertsma (d'Utrecht) envisage seulement la question de savoir si à la fin de la grossesse ou au commencement du travail il faut attendre ou provoquer l'accouchement. Il pense qu'on doit intervenir activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave, à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire à une personne âgée, à une grossesse multiple, à un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce que le pouls soit devenu fréquent et faible, mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse, l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

M. L. Mangiagalli attribue une grande importance au traitement préventif qui s'adresse avant tout, à l'albuminurie, mais qui en même temps combat efficacement les troubles gastriques et nerveux. Le lait, associé aux antiseptiques intestinaux, augmente la diurèse, améliore les fonctions de la peau, stimule l'action du cœur et constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, par la morphine, par le chloral, par le chloroforme, par les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique. Il constitue, en tous cas, l'unique traitement possible dans l'éclampsie post-partum, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions permettant l'intervention obstétricale.

La saignée, suivie d'injections sous-cutanées ou intraveineuses de solution physiologique de chlorure de sodium, est une méthode thérapeutique qui s'appuie sur des considérations rationnelles et possède des faits cliniques en sa faveur.

L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte, d'un côté, de la gravité du cas, de l'autre, des dangers de l'intervention.

Dans l'éclampsie intra-partum, il faut terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col, quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse : provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine, du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficaces qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes associée aux moyens indiqués, on ne pense pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col, la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, trouvera une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée, l'opération césarienne peut avoir sa justification, plus spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

Toute intervention doit être faite sous le chloroforme.

M. Veit (de Leyde) a obtenu les meilleurs résultats par le traitement mixte : accélération prudente du travail, rupture des membranes, accouchement après dilatation complète des parties molles, administration de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, diaphorèse par des moyens extérieurs, etc., tels sont les moyens auxquels il a recours.

Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse par elle-même qu'il faille recommander, d'une manière absolue, des opérations exigeant une main exceptionnellement habile. Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

M. N. Charles considère que le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave toxémique pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer *un lavage ou une désintoxication du sang et des tissus*, n'a qu'une action douteuse.

Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral) ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

L'éclampsie post-partum est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins); ensuite, et surtout, l'examen des urines au point de vue de l'albuminurie.

Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif dont le régime lacté est la base.

En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 p. 100 des enfants sauvés dans la statistique personnelle de M. Charles).

M. John W. Byers (de Belfast) fait tout d'abord remarquer que pour ce qui est de l'étiologie et de la pathogénie de l'éclampsie, un changement d'opinion s'est opéré chez les médecins anglais, sur deux points en particulier. Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins, et ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause des convulsions.

L'hypothèse la plus probable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail, le rein est surchargé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux; le même accident peut se produire, si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation, ou lorsque le rein se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse, causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus.

Quant au traitement de l'accès, M. Byers préconise la morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons. Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

Pour débarrasser la malade du poison qui cause les convul-

sions, on peut avoir recours aux purgations, aux bains chauds, à la chaleur autour de la malade, et abstinence de liquide.

Le traitement obstétrical doit être conduit de la façon suivante :

Si le travail n'est pas commencé, il faut traiter les convulsions, tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail est commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

Le traitement prophylactique comprend le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds.

M. Parkin (de Philadelphie) a obtenu avec le veratrum viride les meilleurs résultats dans le traitement de l'éclampsie. Le veratrum s'attaque, en effet, à la cause même de l'éclampsie qui est l'empoisonnement du sang. Il affaiblit notablement la fréquence du pouls, et on sait que les convulsions sont rares si le pouls est maintenu à 60 ou au-dessous. Ses principales actions thérapeutiques sont d'augmenter l'activité de la fonction cutanée, d'abaisser la température, d'augmenter la sécrétion urinaire. La preuve de son efficacité est que 92 p. 100 des malades de M. Parkin ont pu être sauvées.

M. Tarnier (de Paris) envisage l'éclampsie avant l'attaque, l'éclampsie après l'attaque.

Comme traitement préventif, il administre le régime lacté, non seulement à toute femme albuminurique, mais à toute femme enceinte présentant des accidents nerveux quelconques qu'on peut rattacher cliniquement à la toxicité du sang. Au *régime lacté absolu* qui est indispensable, il faut ajouter l'administration du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Dans le traitement curatif, il faut combiner à l'alimentation lactée la saignée générale et l'emploi des purgatifs drastiques. Si les malades ne peuvent avaler le lait, M. Tarnier se sert de la sonde œsophagienne. Comme purgatif drastique, il donne une goutte d'huile de croton dans une cuillerée à soupe d'huile de ricin. Il attache une grande importance à cette saignée séreuse. Depuis quelque temps, il essaie les injections sous-cutanées de sérum artificiel; il n'a pas employé les injections intraveineuses.

La marche du traitement de l'attaque d'éclampsie est pour lui la suivante : 1° large saignée du bras; 2° purgatifs drastiques; 3° chloroforme, chloral; 4° régime lacté.

Cette méthode est celle qu'il emploie depuis le commencement de l'année 1892. Ses résultats sont bien meilleurs qu'avant et il ne peut voir là qu'une simple coïncidence.

M. Pamard (d'Avignon) a recours à la pratique suivante; comme moyen curatif, il commence toujours par une saignée copieuse de 800, 900, 1 000 grammes, puis il a recours au chloroforme. Comme traitement obstétrical, il est d'avis de débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient. Si le travail n'est pas commencé, il le provoque; s'il l'est, il dilate le col et extrait le fœtus dès qu'il peut passer. Dans les cas d'éclampsie post-partum, il a recours au curettage, pour débarrasser la cavité utérine des débris placentaires qu'elle pourrait contenir.

M. Lindfords (d'Upsala) emploie, comme tout le monde, le traitement par le régime lacté et le chloral, mais il croit qu'on n'aura le traitement spécifique et rationnel de l'éclampsie que que lorsqu'on sera fixé sur l'étiologie de cette affection.

M. Audebert (de Bordeaux) pense qu'il est utile de combiner, dans le traitement de l'éclampsie, la saignée avec les copieuses injections de sérum stérilisé, méthode qui a l'avantage de substituer à une certaine quantité de sang toxique une masse plus ou moins considérable de liquide non toxique.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux) croit qu'on peut limiter la thérapeutique de l'éclampsie aux agents suivants : le chloroforme, base du traitement; le chloral à doses abondantes et répétées par les voies stomacale et rectale; la saignée qu'il faut pratiquer non seulement sur les femmes vigoureuses et pléthoriques, mais aussi chez les chétives et débiles; les injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée. Il faut aussi donner aux malades, par n'importe quelle voie, du lait pour les nourrir et les soutenir.

M. Bossi (de Gênes) considère que l'indication principale, en cas d'éclampsie, est de vider l'utérus par la dilatation forcée de préférence aux incisions du col et à l'opération césarienne. Pour pratiquer la dilatation forcée, après de nombreuses recherches, il a fait construire le dilatateur qui présente les avantages : 1° de pouvoir être appliqué avec un succès certain, même dans un col non raccourci et fermé, comme cela peut se rencontrer chez une primipare; 2° de donner à l'accoucheur l'assurance de pouvoir toujours obtenir une dilatation suffisante pour l'extraction du fœtus, en un laps de temps plus ou moins court, selon les indications : dans les cas très graves, la dilatation complète peut être obtenue en l'espace de quinze à vingt minutes; 3° enfin de provoquer des contractions même dans un utérus tout à fait inerte.

Sur 38 cas d'éclampsie traités par cette méthode, il n'a eu que 2 décès et il n'a jamais observé de déchirures du col avec l'emploi de son dilatateur.

M. Pasquali (de Rome) a observé 25 cas d'éclampsie sur lesquels il y a eu 5 cas de mort. Sa pratique est à peu près la même que celle qui est indiquée dans les rapports. Contre l'accès, il a recours aux injections de morphine, et, dans les cas où il craint la congestion pulmonaire, il emploie l'extrait fluide de veratrum viride.

M. Cortejanera (de Madrid) l'emploie le traitement classique : régime lacté, petites saignées que l'on répète s'il y a lieu, chloral. Dans sa pratique personnelle, il rejette toute intervention active avant le début de l'attaque d'éclampsie, car les manipulations sur le col peuvent déterminer les attaques chez les femmes albuminuriques.

M. Morisani (de Naples) n'est pas partisan de l'avortement quand l'éclampsie se déclare aux premiers temps de la grossesse. Dans les derniers mois, s'il y a un début de travail, il faut terminer l'accouchement; s'il n'y a pas commencement de travail, il faut avoir recours à l'accouchement forcé. Le meilleur instrument pour faire la dilatation du col, c'est la main. Au besoin, on peut employer de petites incisions multiples du col, mais il proscrit absolument les longues incisions qui peuvent déterminer la rupture de l'utérus. Il préférerait au besoin, l'opération césarienne aux longues incisions.

M. Queirel (de Marseille) a observé 29 cas d'éclampsie : 6 femmes succombèrent, 23 guérirent. Sur les 29 enfants, 17 moururent après l'accouchement, 2 ne furent pas expulsés, 10 survécurent. Toutes ses malades ont été traitées par le chloroforme, le chloral, le régime lacté, 2 ont été saignées, 6 ont guéri, 2 sont mortes. Sur 4 traitées avec des injections de sérum artificiel, 2 ont guéri, 2 sont mortes.

L'accouchement se termina 15 fois spontanément, 8 fois par une application de forceps, 1 fois par l'emploi du ballon de Champetier; 3 femmes succombèrent sans que le travail se soit déclaré; 3 fois les accès survinrent aux 4e, 7e, 7e mois 1/4 et déterminèrent la mort de la femme avant toute intervention.

Deux fois, les accès ont apparu seulement au moment du travail; 4 fois l'éclampsie n'est apparue qu'après le travail.

M. Fochier (de Lyon) considère le chloral comme le médicament spécifique de l'éclampsie, qui s'attaque à la cause de l'affection. La saignée et le chloroforme ne sont que des médicaments d'attente. Il emploie naturellement le régime lacté. Quand la femme ne peut le supporter, il a recours aux lavages de l'estomac, et, quand la cavité stomacale a été lavée, il y introduit du lait et du chloral qui sont alors bien tolérés. Il s'est toujours bien trouvé de ces lavages stomacaux chez les éclamptiques.

Hémorrhagies vestibulo-clitoridiennes pendant l'accouchement.

M. Audebert (de Bordeaux) distingue deux variétés de ces déchirures :

1° Déchirures *primitives* dans lesquelles l'orifice vaginal est intact, et qui se produisent au niveau d'un pli de la région vestibulaire appliqué fortement contre l'arcade pubienne par la pression de la tête fœtale; si cette pression est très considérable, la muqueuse et le tissu caverneux sous-muqueux céderont au point le plus tendu, d'où hémorrhagie.

2° Déchirures *secondaires*, consécutives aux ruptures de l'anneau vaginal, qui leur servent d'amorce, et grâce auxquelles

elles s'étendent de proche en proche jusqu'au clitoris (coup de ciseaux de Pajot).

Il faut reconnaître de suite d'où vient l'hémorrhagie ; on a toujours tendance à incriminer, dans ce cas, l'inertie utérine ; dans l'une des observations de M. Audebert on avait pratiqué le tamponnement utéro-vaginal pour arrêter une hémorrhagie vulvaire.

L'hémostase ne sera assurée d'une façon définitive ni par la compression (à l'aide des doigts, des pinces à forcipressure, des serres-fines, etc.), ni par les ligatures. On devra affronter les bords de la déchirure par 2 ou 3 points de suture au catgut fin, et compléter le pansement par un bandage en T convenablement serré.

Hystérie et éclampsie.

M. Buscarlet (de Genève) a observé un cas où le diagnostic d'éclampsie était bien embarrassant. Il s'agissait d'une femme âgée de 22 ans, primipare, et qui avait présenté 4 mois auparavant des signes d'hystérie au début. Il se déclara chez elle une grossesse avec rétro-flexion utérine dont la phase douloureuse donna lieu à des attaques convulsives. L'utérus put être réduit, tout allait bien, lorsqu'au 7e mois la malade fut prise de violents maux de tête, de maux de cœur, la face devint bouffie, et les urines qui, examinées jusque-là, n'avaient jamais rien présenté d'anormal, devinrent tellement chargées d'albumine que le dosimètre donna 14 grammes par litre. Quelques jours auparavant, la malade avait eu une cause de refroidissement et depuis lors avait senti de vives douleurs dans les reins. Le régime lacté fut difficile à faire suivre vu le dégoût de la malade pour le lait, mais fut enfin très bien supporté. Le lendemain déjà, l'albumine avait diminué de moitié, mais dans la nuit de violentes douleurs épigastriques survinrent, des nausées, puis une crise convulsive qui dura 2 heures et céda enfin aux inhalations de chloroforme et au chloral en lavement.

Le 3e jour, 1/2 gramme d'albumine, une crise identique à la 1re dans la nuit, même traitement. L'albumine continue à diminuer, mais les crises deviennent de plus en plus longues et prennent le caractère franchement hystérique. Dans la journée la malade a toute sa connaissance et ne souffre plus, elle ne se souvient pas des crises de la nuit. Vers le 5e jour les bruits du cœur fœtal cessent et l'albumine disparaît bientôt entièrement. Elle accouche au 7e mois d'un enfant mort, et pendant 3 jours depuis lors tout va bien, les crises ont cessé, mais, à partir du 4e jour, elles reprennent chaque soir et sont suivies d'un sommeil cataleptique qui dure toute la journée suivante. Cet état ne cesse qu'à la suite de bains froids donnés régulièrement et là santé se rétablit progressivement. Jamais il n'est revenu d'albumine dans les urines et l'état hystérique s'est bien amélioré depuis lors.

En résumé, il s'agit là d'un cas de néphrite *a frigore* ayant amené la mort de l'enfant, et dans le cours de cette néphrite des crises convulsives hystériques sont survenues, pouvant faire croire à l'éclampsie, les crises se distinguaient de cette dernière par l'absence de vomissements, de troubles de la vue, de convulsions de la face et de phase comateuse, de plus leur répétiton toutes les nuits et à la même heure.

Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen.

M. Granville Bantock. — Les bactéries ne sont pour rien dans la genèse de la suppuration, car elles sont l'effet et non la cause des conditions spéciales dans lesquelles on les rencontre. Les abcès survenant dans les plaies ou sur le trajet des sutures ne sont pas dus à la pénétration de « germes » ou de bacilles adultes, mais proviennent dans le premier cas de la présence de matière morte agissant comme corps étranger, et dans le second de la compression des tissus produite par des sutures trop serrées.

A l'ordinaire, la simple suture à points séparés suffira à toutes les exigences de la pratique.

Chez les sujets très maigres ou très gras on devra fermer le péritoine séparément par la suture en surjet, tandis que le reste de la plaie abdominale sera réuni par un ou deux étages de sutures.

Le crin de Florence constitue le meilleur matériel de suture pour celle à points séparés, tandis qu'il sera préférable d'employer le catgut, non préparé à l'acide chromique, pour les sutures perdues.

M. La Torre (de Rome). — La fermeture de l'abdomen est encore aujourd'hui une question si particulièrement intéressante qu'il vaut la peine de s'en occuper.

Les auteurs, pas même les écrivains spéciaux ne sont encore d'accord sur la définition des hernies post-opératoires. On doit entendre par *hernie post-opératoire* la sortie des viscères à travers une solution de continuité des plans de la paroi abdominale. Le plan qui se trouve le plus ordinairement ouvert est le plan musculo-aponévrotique.

Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale ; on pratiquait la suture en masse des tissus et on avait fréquemment de la suppuration. Elles le sont moins aujourd'hui depuis que l'on suture l'abdomen d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après la méthode extra-péritonéale avec les modifications recommandées par Durante.

Les causes des éventrations peuvent se réunir sous 3 chefs : 1° le défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ; 2° les circonstances qui déterminent la réunion par première intention de ce plan ; 3° les circonstances qui déchirent la cicatrice.

Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de 3 facteurs principaux : l'incision, les fils employés, et le mode de suture.

Les éléments les plus importants sont l'incision et la suture du plan musculo-aponévrotique ; c'est-à-dire l'endroit où l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus.

La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent la cause des hernies ; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle.

La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, faire porter l'incision sur la ligne blanche et puis, avant de la suturer, enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'aux bords internes des muscles droits et suturer en réunissant les gaines et la substance musculaire.

M. Alban Doran (Edimbourg). — J'ai examiné un grand nombre de malades laparotomisées depuis 10 années et davantage. Selon moi, il faut attendre plus de 2 ans avant d'être certain que la malade est à l'abri de toute éventration. Cependant, j'ai vu une hernie se produire au bout de 5 ans au point où l'on avait établi un drainage, après une opération pour grossesse extra-utérine. Une des causes de la hernie réside dans le fait que l'opérateur comprend souvent un fragment de péritoine dans la suture, ce qui constitue le point de départ d'un sac herniaire, en même temps que ce fragment interposé empêche la réunion des tissus sous-jacents. Je pratique, pour ma part, la suture en masse par points séparés, au crin de Florence : cependant, chez les sujets très gras, il vaut mieux y joindre la suture de l'aponévrose au moyen d'un surjet au catgut. Quand l'éventration est chose faite et que l'on en entreprend la cure radicale, c'est au contraire la suture à 3 étages qu'il faut pratiquer et il faut unir au moyen d'un solide surjet de catgut chaque couche prise à part.

J'ai revu dernièrement un certain nombre de malades chez lesquelles on avait pratiqué le drainage abdominal : la majorité n'avait pas de hernies, j'ai la conviction que celles-ci sont en raison inverse de l'expérience du chirurgien.

Cependant, quelle que soit la méthode et malgré l'habileté de l'opération, l'éventration se produira quelquefois malgré tout : le tympanisme est une des causes qui agiront dans ce sens, aussi devra-t-il être combattu spécialement. Il faut ajouter les imprudences de beaucoup de malades après leur opération et leur négligence à garder leur ceinture.

M. Jayle (Paris). — Je viens rappeler que, depuis 1887, mon maître M. Pozzi pratique la suture continue au catgut par plans séparés en étages réunissant séparément la plaie péritonéale, la plaie musculaire et la plaie aponévrotique : la peau est suturée à part ; autrefois, M. Pozzi employait les points séparés au crin de Florence : aujourd'hui, il emploie la suture continue intra-dermique qui donne de magnifiques cicatrices. Ses incisions abdominales sont, comme on le sait, très petites, et jamais, dans cette période de près de 10 ans, une seule malade n'est revenue avec une éventration si peu prononcée

qu'elle soit. En présence de pareils résultats, on comprend qu'il paraisse superflu de modifier cette méthode.

M. Doléris (Paris). — Je suis d'accord avec M. La Torre et M. Granville Bantock quant à leurs conclusions. Je veux parler seulement de quelques expériences entreprises sur le choix de la ligne d'incision et sur les résultats fournis à l'un des rapporteurs par des expériences entreprises sur les chiens.

Déjà, MM. Cazin et Noac avaient, en 1894 et 1895, entrepris des expériences analogues.

J'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit tout à côté de la ligne blanche et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages : il s'agissait toujours d'incisions courtes; le résultat a été excellent. Je n'oserais pas espérer d'aussi bons résultats avec les grandes incisions et les parois distendues par des grossesses répétées ou une tumeur volumineuse.

Il y a intérêt au contraire, dans ce cas, à réséquer autant que possible la ligne blanche, très élargie dans ces cas : c'est ce que je fais habituellement, mais je n'ai jamais, de propos délibéré, pratiqué la résection totale de la bande fibreuse, telle que se conseille M. La Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance, suivie du rapprochement par suture des bords des muscles droits, la cicatrice tégumentaire. Il y aura une telle exubérance de peau, qu'un bourrelet déformant s'y produira sans doute. En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic sera poussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse qui ne porterait que sur la région inférieure de la paroi.

Même remarque pour le cas où l'on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car dans ces cas, on ne fait que réséquer la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement exact des téguments reste très aisé.

Ce sont là des objections *a priori*, mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne blanche sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure d'après les sections chez les animaux. Leur statique est, en effet, différente de la nôtre.

M. La Torre a sectionné et suturé sur la région sous-ombilicale. Or, cette région de la paroi ne rapporte aucun effort : sa disposition avalée l'indique.

La région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets habituels de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille suture.

Ces expériences de M. Cazin prouvent, par les coupes microscopiques de M. La Torre, que la réunion musculaire immédiate se fait dans des conditions parfaites.

M. Laroyenne (Lyon). — J'ai essayé de faire des incisions s'arrêtant à 4 ou 5 centimètres du pubis pour éviter le point faible existant à ce niveau. Quand le drainage devra être pratiqué précisément à la partie inférieure de l'incision, on peut placer des fils d'attente au niveau du drain, que l'on peut nouer plus tard : ces fils comprennent le péritoine, l'aponévrose et le muscle, non la peau. Des expériences sur le cadavre prouvent que la peau empêche le parfait affrontement des parties inférieures. On n'a que rarement des éventrations par cette pratique. Quant à la marsupialisation, loin de créer une cause d'éventration, elle constitue ultérieurement des tractus solides qui réconfortent la paroi abdominales.

M. Sabino Cœlho. — La suture à étages m'a donné des déceptions : j'ai eu non seulement des suppurations qui m'ont forcé à désunir la plaie, mais même des éventrations. Je préfère la suture à points séparés comprenant tous les plans et faite au moyen du crin ou du fil d'argent.

M. Queiel (Marseille). — J'ai pratiqué la suture par étages, un surjet de catgut ferme le péritoine, les muscles et l'aponévrose sont réunis à la soie plate, la peau est fermée avec des points séparés de soie plate alternant avec des points de crin de Florence. Pour les grosses hernies, je fais comme Thiriar (de Bruxelles) et j'insère une lamelle d'os décalcifié entre l'aponévrose et le muscle. J'ai pratiqué cette petite modification 3 fois et j'en ai obtenu d'excellents résultats : elle conviendra, je pense, aux cas où l'on doit obtenir avec une paroi très relâchée une cicatrice très solide.

M. Condamin (Lyon). — Je pratique la suture en *lacet de corset* pour les larges éventrations des hernies ombilicales ou des fibromes. Je place un surjet de soie assez lâche que je resserre ensuite point par point, en y revenant à plusieurs fois comme font les femmes qui veulent obtenir avec leur corset une très fine taille. Un second surjet ferme l'aponévrose : le procédé a entre autres avantages celui d'éviter la blessure de l'intestin, comme cela peut arriver quand le resserrement immédiat de chaque fil refoule l'intestin dans la partie de la plaie encore ouverte.

M. Byford (Chicago). — Les 2 conditions d'où dépendent l'éventration et les hernies post-opératoires sont la coaptation imparfaite et l'infection.

Les moyens de les prévenir sont :

1° Une incision bien nette.

2° Le moins de contusions possible des tissus pendant le cours de l'opération.

3° L'accollement et la réunion exacte des tissus, les rapprochant le plus possible de ce qu'ils étaient avant l'opération.

Je préfère l'incision médiane comme réunissant plus que toute autre ces diverses conditions. Le tissu cellulaire est moins capable de rétraction que les cicatrices des tissus musculaire et aponévrotique : c'est donc une erreur de rechercher une cicatrice par trop résistante. La cicatrice doit être réduite au minimum. Dans ma pratique, j'emploie un certain nombre de sutures perdues, placées par étages, à 3 centimètres de distance, comprenant le tissu musculaire, les aponévroses et le péritoine. Avant de serrer ces fils, je place des sutures séparées au crin de Florence, à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à 1 centimètre de distance. Les sutures perdues ont été conservées pendant des années sans produire aucun trouble et sans que la malade s'en soit jamais aperçue. Il faut éviter soigneusement l'infection, car elle peut empêcher la réunion par première intention. Les quelques hernies que j'ai observées ne se sont produites qu'après de longues années et toujours dans les cas où j'avais pratiqué le drainage.

M. Rapin. — Je voudrais dire quelques mots sur les moyens d'obtenir une cicatrice de bonne apparence, point qui n'est pas sans importance chez les jeunes femmes, chez les jeunes filles. Je fais une incision transversale au ras du pubis, incision concave remontant jusqu'aux épines du pubis : les vaisseaux rencontrés peuvent être pincés, entre autres les vaisseaux superficiels de l'épigastrique : on relève le lambeau vers l'ombilic au moyen d'un fil, puis la ligne blanche est incisée sur la ligne médiane comme à l'ordinaire. On ferme par des points séparés au crin de Florence. J'ai employé ce procédé 8 fois et j'en ai obtenu d'excellents résultats esthétiques avec une consolidation parfaite.

M. Rein (Kiew). — Dans la plupart des cas, la simple suture à points séparés suffit. Il faut des sutures très aseptiques, ce qui est toujours facile chez les femmes à ventre distendu, on peut même dire chez toutes les multipares, car elles ont toutes un certain degré de hernie abdominale, il faut faire la suture en surjet.

M. La Torre. — Je ne crois pas que le procédé de Pozzi qui consiste à détacher les gaines musculaires sans couper les muscles, puisse donner de bons résultats en raison du tissu fibreux qui vient s'interposer entre eux. Sans la section des muscles, on n'obtient que des réunions provisoires, formées par le tissu aponévrotique qui, tôt ou tard, finit par laisser se faire l'éventration.

Danger de la grossesse trop rapprochée de l'ovariotomie.

M. Laroyenne (Lyon). — Observation d'une malade ovariotomisée par l'auteur et qui, 3 mois après entra à l'hôpital avec des symptômes très graves d'hémorrhagie interne, durant déjà depuis 5 jours. Elle mourut le soir même. A l'autopsie on

trouva une grossesse de 3 mois : le ligament large était déchiré au niveau du pédicule, la ligature était absolument large et deux petites artères se montraient absolument béantes à ce niveau. L'auteur conclut en conseillant de recommander aux opérées d'éviter pendant plusieurs mois après l'opération la possibilité d'une grossesse.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. Guttierez (Madrid) relate plusieurs observations d'occlusion intestinale après l'hystérectomie.

M. Jacobs. — Aux causes ordinaires d'occlusion intestinale, il faut ajouter la septicémie, cause de la parésie intestinale. La gaze que l'on place dans le vagin entre les pinces cause de rapides adhérences. C'est pourquoi je préfère clore le fond du vagin comme je l'ai déjà dit plusieurs fois.

M. Reynier. — Je demande qu'on ne supprime pas complètement le mot de choc opératoire : je sais que dans la grande majorité des cas, il s'agit d'infection, mais il est incontestable que, chez certaines femmes, il existe une véritable dépression nerveuse, qui favorise tout spécialement cette dépression. Ces accidents se produisent toujours chez les mêmes malades, ce sont des nerveuses qui donnent souvent peu après la preuve de leurs tares diathésiques.

M. Pichevin. — Je connais également des cas de choc opératoire véritable, se produisant après la laparotomie, en dehors de toute septicémie : quant au rôle du traumatisme, il est également indéniable et peut suffire à produire secondairement la parésie intestinale.

M. Jayle. — Sur une série de 500 laparotomies que j'ai étudiées, j'ai trouvé 50 cas de choc opératoire que j'ai minutieusement examinés, et toujours j'ai pu retrouver l'infection.

M. Pichevin (Paris). — Le choc opératoire, pour être exceptionnel, n'en existe pas moins, comme on l'a démontré expérimentalement. Il apparaît immédiatement après l'opération. Dans un cas que j'ai observé, des tiraillements prolongés sur l'épiploon ont amené un état de choc tel qu'il m'a fallu lutter plusieurs heures pour arracher la malade à la mort. Cette femme, qui avait subi l'hystérectomie, n'avait pas perdu du sang. La perte de la séreuse par un traumatisme aseptique peut amener la parésie sous-jacente du muscle intestinal. J'ai constaté ce fait une fois. L'examen bactériologique et les cultures ont démontré que le liquide péritonéal n'était pas infecté. Des purgatifs ont suffi pour guérir cette malade qui avait des phénomènes graves de pseudo-septicémie. Enfin la compression seule amène des phénomènes d'obstruction qui n'ont rien à voir avec la septicémie péritonéale primitive.

M. Th. Rein (de Kiew). — Je crois que le choc opératoire n'est pas une pure fiction. Enlevez à un animal successivement les quatre membres, et la mort se produira. Si vous enlevez une tumeur quelconque ayant contracté des adhérences solides anciennes avec les intestins, l'épiploon, le foie, etc., vous aurez des cas de mort par ébranlement général, sans que la septicémie y soit pour rien. Nous ne pouvons donner une définition scientifique du choc, mais l'expérience physiologique et la clinique sont d'accord pour montrer que celui-ci est toujours possible après les grandes mutilations en dehors de toute infection.

Inversion utérine.

M. Duret (Lille). — Dans les inversions irréductibles avec symptômes d'hecticité et leucorrhée fétide, M. Duret préfère l'hystérectomie vaginale à la méthode de Périer; après échec de tous les autres procédés, y compris celui d'Otto Kuestner. La présence de la vessie dans la tumeur est chose beaucoup plus rare qu'on ne le croit.

Leucoplasie vaginale.

MM. R. Pichevin et **A. Petit** (de Paris) concluent de deux examens histologiques que les lésions de la leucoplasie sont distinctes de la vaginite et du kraurosis de la vulve qui est caractérisé par l'infiltration de leucocytes et de boules hyalines dans le stratum corneum par l'atrophie des cellules du réseau malpighien par le peu de développement du stratum granulosum et par l'inflammation des couches les plus inférieures du derme.

La leucoplasie est donc une entité pathologique distincte. La dégénérescence épithéliomateuse des plaques n'est pas un accident de la leucoplasie, mais doit être plutôt considérée comme un stade évolutif ultime de cette affection.

Mobilité du coccyx et rétrodéviation.

M. Blondel (Paris) insiste sur le rôle méconnu de l'appendice coccygien comme élément de la statique utérine. La mobilité anormale de l'os, par luxation devenue permanente à la suite de traumatisme, ou beaucoup plus souvent comme conséquence de l'accouchement déplace en avant de 2 à 3 centimètres l'attache du releveur de l'anus; celui-ci se trouve raccourci d'autant et précisément dans l'axe de sa plus grande longueur où se rencontrent en même temps ses éléments les moins contractiles. Il en résulte un glissement du vagin en avant, une colpocèle postérieure dont les conséquences dans l'étiologie de la rétrodéviation sont bien connues. Après l'accouchement, ce glissement est encore facilité par la laxité des parois du canal vaginal et la moindre tonicité de l'anneau vulvaire. Mais M. Blondel a observé cette colpocèle postérieure chez des multipares, même chez des vierges, et a pu presque toujours constater la mobilité extrême du coccyx, consécutive à une chute sur cet os; dans tous les cas, il y avait un degré plus ou moins marqué de déviation de l'utérus en arrière et dans un cas rétroversion absolument complète.

Au point de vue de ce traitement, il faut bien reconnaître que nous sommes jusqu'ici très désarmés. Cependant M. Blondel croit que les pessaires très allongés, du type de celui de Hodge peuvent rendre de grands services, en fournissant un point d'appui à la masse musculaire du releveur, et lui permettent de ne pas se déplacer en avant avec le coccyx, et peut-être même limitent-ils le déplacement de celui-ci en avant.

En tout cas les malades ont obtenu par ce moyen un réel soulagement; mais il faut souvent tâtonner longtemps avant de trouver la taille appropriée à chaque cas particulier. La colporraphie postérieure rend également des services en corrigeant le déplacement du vagin.

Dans certains cas cependant, rien ne peut calmer la douleur, soit que la femme souffre depuis très longtemps, et qu'une névralgie rebelle, qui seule mérite le nom de *coccygodinie* se soit installée à ce niveau, survivant à la réparation de la lésion, soit qu'il existe un ovaire douloureux et prolabé, dont les mouvements du coccyx réveillent chaque fois la souffrance. Ces femmes sont les mêmes d'ailleurs qui souffrent pendant le coït et pendant la défécation. L'extirpation de l'ovaire s'il est malade, ou plutôt celle du coccyx peuvent alors devenir le seul remède.

M. Blondel a été obligé de faire cette extirpation, dans un cas où le coccyx très long et très mobile, par suite d'une chute survenue peu après un accouchement, venait heurter un ovaire prolabé, chaque fois que la malade s'asseyait ou exécutait certains mouvements. Il donne le manuel opératoire de cette ablation, pour laquelle il préfère à l'incision linéaire médiane de Nott et de Montgomery, deux incisions, l'une transversale, l'autre oblique, formant lambeau et découvrant, après rabattement, une large brèche triangulaire. Il insiste sur la nécessité, après le détachement des fibres du releveur et des ischio-coccygiens, de ne pas abandonner les fibres à elles-mêmes, ce qui accroîtrait encore le relâchement du diaphragme pelvien et son déplacement en avant. Au moyen de fortes ligatures de soie, il reprend ces fibres et les rattache aux ligaments latéraux du sacrum, fronçant les bords de la brèche laissée par l'ablation du coccyx. Repos absolu au lit, dans le décubitus latéral et constipation pendant 15 jours, corrigée par l'emploi des antiseptiques intestinaux.

Chez une malade traitée ainsi, la rétrodéviation, d'ailleurs non compliquée de rétroflexion et n'attaquant pas le fond du Douglas, a été guérie *ipso facto* et sans autre traitement. Actuellement le col est très remonté en arrière et les douleurs ont entièrement disparu. Pendant l'opération, une fois les fils passés, mais non fixés, il était aisé de constater qu'en tirant sur eux, le périnée tout entier se déplaçait en arrière et que le col de l'utérus remontait de plusieurs centimètres.

Prolapsus de l'utérus.

M. Mangin (de Marseille) donne la statistique suivante :

I. *Prolapsus complet*, 52 interventions ; 1° *par le cloisonnement du vagin, 17 cas*, 17 guérisons durables. Les premières opérations ont donné des résultats moins parfaits. 2° *Par élytrorrhaphie et périnéorraphie* avec amputation du col, seules ou combinées à l'opération d'Alexander, 7 fois, à l'hystéropexie abdominale, 2 fois, *35 cas*, 26 guérisons durables, 5 améliorations, 4 insuccès. *Les 14 derniers cas ont donné 14 guérisons*. 6 grossesses, accouchements simples.

II. *Prolapsus moyen* (utérus à la vulve), traitement par élytrorrhaphie, amputation du col, périnéorrhaphie, *105 cas*, 91 guérisons durables, 14 résultats incomplets dus presque tous à ce que le col sain n'avait pas été amputé. *Dans les 30 derniers cas, 29 guérisons durables*, un seul retour sérieux d'abaissement chez une malade à tissus peu résistants, 16 grossesses.

III. *Prolapsus au 1er degré* par élytrorrhaphie, amputation du col, périnéorrhaphie, *35 cas*, 35 guérisons de l'abaissement ; 5 malades souffrent encore, mais de lésions des annexes, 11 grossesses.

Pas de mortalité opératoire, une seule malade a succombé 27 jours après son opération au réveil d'une ancienne affection rénale ; localement elle était guérie, et n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'infection.

En résumé le cloisonnement du vagin ou les opérations plastiques très serrées suffisent à presque tous les cas et leurs résultats heureux sont pour ainsi dire constants.

Prolapsus utérin; hystérectomie et double colporrhaphie.

M. Schmeltz (de Nice). — Le meilleur procédé de cure radicale est de combiner l'hystérectomie vaginale à la colporrhaphie et à la colpo-périnéorraphie. J'ai modifié ces procédés en faisant la colporraphie antérieure par simple incision de la muqueuse et en décollant cette dernière avec le doigt. L'hystérectomie se fait avec des ligatures pour permettre de faire les colporraphies. Enfin la colpopérinéorraphie est réalisée par un procédé modifié de celui de Lawson-Tait, moins rapide et plus simple.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Henry Delagénière (du Mans). — Cette troisième série de 10 nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibro-myomes de l'utérus me paraît intéressante, surtout au point de vue des modifications que j'ai apportées à la technique opératoire. Ces modifications ont porté sur trois points principaux :

1° *Préparation de la malade*. Elle se réduit à la désinfection aussi complète que possible du vagin et du col de l'utérus. Dans ce but la malade suivra, chaque fois que cela sera possible, un *traitement préparatoire* (injections antiseptiques, pansements antiseptiques, etc.) pendant un certain temps avant l'opération. Au moment de l'opération, le vagin et le col utérin devront être traités comme le champ opératoire lui-même (écouvillonnage du col avec des mèches de gaze iodoformée, nettoyage du col et du vagin avec de l'alcool sublimé au centième, puis avec solution de sublimé au centième, enfin tamponnement lâche avec gaz iodoformée.

2° *Hémostase*. L'hémostase provisoire ne présente rien de particulier. La masse est enlevée comme une tumeur et des pinces sont placées sur tout ce qui saigne.

L'hémostase définitive est plus compliquée. Je fais 4 pédicules pour les 4 sources artérielles principales. Pour l'artère utérine, je passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse de grosse soie. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin, afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait, puis vigoureusement serré. Il en résulte un pédicule latéral accolé au vagin. Pour l'utéro-ovarienne, un fil à boucle passée est placé sous la pince clamp et le pédicule est fait horizontalement à la hauteur du rebord de la collerette, absolument comme pour une ablation d'ovaires.

L'hémostase de la tranche vaginale est obtenue au moyen de trois anses de fil placées en avant et en arrière et destinée à relier la tranche vaginale au bord de la collerette. Enfin, comme dernière précaution, la collerette est suturée séreuse contre séreuse, au moyen d'un surjet isolant complètement le champ opératoire de la cavité péritonéale. Cette suture de la collerette présente encore cet avantage considérable de constituer une barrière efficace à l'infection pouvant venir du vagin.

Le drainage est une précaution utile et sans inconvénient ; je préfère l'emploi des tubes de caoutchouc.

3° *Soins consécutifs*. Ne jamais laisser en place le drain plus de 48 heures ; surveiller le drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin (tamponnement vaginal renouvelé fréquemment, puis injections antiseptiques).

Au point de vue des résultats, cette troisième série porte à 30 le nombre de mes opérations avec 28 guérisons et 2 morts.

Rétroflexion de l'utérus gravide.

M. Hartmann. — Au congrès de Bordeaux, l'an dernier, M. Jacobs a communiqué 10 cas de rétroflexion de l'utérus gravide traités par la laparotomie suivie d'hystéropexie : ce chiffre d'opérations m'a un peu étonné, étant donné ce que j'avais observé.

Dans les premiers mois la rétroflexion ne détermine aucun accident et le plus souvent l'œuf, en se développant, amène le redressement de la déviation.

Du 3e au 4e mois, l'utérus est à l'étroit ; dans l'excavation, il y a des accidents (menaces d'avortement, accidents vésicaux, en particulier rétention d'urine, etc.). Dans 4 cas, accompagnés de rétention d'urine, j'ai réduit sans anesthésie l'utérus en insinuant l'extrémité de deux doigts entre son fond et l'excavation, commençant la réduction par le fond même de l'organe. Dans les 4 cas l'organe redressé est resté redressé et la grossesse a continué normalement.

La laparotomie ne serait indiquée que dans les cas où il existe un véritable couvercle à l'excavation, couvercle formé par des adhérences de la vessie à l'épiploon et au rectum. Mais ces cas sont d'une rareté extrême, la réduction simple sans anesthésie est presque toujours possible, M. le prof. Morisani (de Naples) et M. de Cortejavena (de Madrid) viennent de me dire que jamais l'intervention opératoire ne leur avait paru nécessaire.

Kystes du vagin.

M. H. Brodier (de Paris). — Je rapporte ici 2 cas intéressants en raison d'abord de la nature de l'affection, ensuite de l'identité d'évolution des lésions :

1er cas. Femme de 29 ans. Grand kyste de la paroi antérieure du vagin avec petit kyste inclus dans le précédent. Il est apparu après l'accouchement. Incision du grand kyste, contenu presque exclusivement muqueux, extirpation du petit kyste, guérison.

2e cas. Femme de 65 ans. Grand kyste de la paroi antérieure du vagin chez une malade soignée à tort pour une cystocèle et une uréthrite, ce kyste est survenu après l'accouchement, il y a 18 ans.

De ces 2 faits, je tirerai les remarques suivantes.

I. — Ces 2 variétés de kystes appartiennent aux kystes congénitaux en raison de leurs rapports intimes avec l'urèthre, de leur contenu et de leurs grandes dimensions longitudinales puisqu'ils remontaient jusqu'au niveau du cul-de-sac antérieur.

II. — Un examen trop rapide peut faire croire à une cystocèle surtout quand la paroi du kyste est épaisse et flasque comme dans le 2e cas.

III. — Ces kystes ne se sont révélés qu'après l'accouchement et par des douleurs vaginales antérieures qui ont pu faire croire à une uréthrite.

Bien que la 1re malade ait guéri sans intervention radicale, puisque je n'ai enlevé que le petit kyste inclus dans le grand, je crois que l'extirpation est le procédé de choix.

Tumeur végétante de l'ovaire.

M. Dumont-Leloir (de Tourcoing) communique l'observation d'une volumineuse tumeur kystique proliférante de

l'ovaire, du poids de 7 kilos, avec généralisation pariétale, épiploïque et péritonéale chez une femme de 60 ans. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une néoplasie épithéliale. Or, la femme a été opérée au mois de mai 1896 et actuellement elle est dans un excellent état de santé et aucune récidive ne s'est produite.

Raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale.

M. H. Byford. — La méthode que j'emploie consiste dans une incision de la paroi antérieure du vagin en forme de T, dans la destruction des adhérences péritonéales, avec suture du corps de l'utérus au péritoine vésical, raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale, et fermeture par sutures transversales qui attirent le bout de l'incision transverse du T dans la ligne médiane. Je crois que cette cysto-hystérorrhaphie donnera des résultats durables.

Traitement consécutif au curettage pour endométrite.

M. Planellas (de Valence). — Nous avons tous été frappés de la fréquence des récidives des endométrites à la suite du curettage, et je suis convaincu que la plupart de ces récidives sont dues à l'absence de traitement consécutif. Aussi me suis-je appliqué à compléter l'action de la curette par celle d'agents médicamenteux, en employant particulièrement les astringents pour les métrites catarrhales, les hémostatiques pour la variété hémorrhagique, et les antiseptiques pour les variétés infectieuses.

Altérations épithéliales du col utérin.

MM. d'Hotman de Villiers et **Thérèse** (de Paris). — Nous avons observé chez une femme de 41 ans, de santé parfaite, sur un col utérin augmenté de volume et exulcéré au niveau des lèvres, une petite plaque blanche de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette plaque, d'un blanc nacré, brillant, était recouverte d'une sécrétion épaisse, blanc jaunâtre, se détachant difficilement de la surface sécrétante. Elle semblait comme appliquée sur la surface du col, en faisant un léger relief sur le tissu sain environnant. Primitivement située sur le museau de tanche, elle avait envahi au bout de 3 mois la partie supérieure droite du col.

L'état général était resté excellent, et rien ne pouvait faire songer à un début de cancer épithélial ; nous pensâmes à rapprocher cette lésion d'une altération de la vulve similaire d'aspect et récemment décrite par Breisky, Ohmann-Dumesnil et H. W. Longyear sous le nom de « kraurosis vulvæ » (voir *Semaine Médicale*, 1896, pl. 136).

Ayant fait l'amputation du col, nous avons pu pratiquer l'examen histologique de la plaque, ce qui nous a montré l'existence d'une véritable couche cornée reposant sur une couche de Malpighi épaissie, dont les éléments sont, de place en place, groupés en une sorte d'évolution inodulaire, suivant une disposition qui donnait assez bien l'impression des premières phases d'un épithélioma perlé ou d'un cancroïde, sans que toutefois on pût distinguer le moindre envahissement des tissus sous-jacents par les éléments épithéliaux.

Emphysème sous-muqueux vaginal.

M. Dupraz (de Genève). — Les recherches que j'ai faites sur l'emphysème sous-muqueux vaginal ou *colpophyerplasie kystique* m'ont permis de démontrer que cette affection est une lymphangite proliférante avec développement de kystes à contenu gazeux.

Les gaz que l'on retrouve ici sont l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré et l'acide carbonique.

Quant à la cause de l'affection, elle est due à un microbe, probablement un saprophyte de l'eau, dont l'injection chez la chienne a reproduit la maladie avec ses détails caractéristiques. y compris les cellules géantes de revêtement de la paroi des kystes,

Cette même affection se retrouvant dans la vessie et l'intestin, il serait préférable d'adopter le terme générique d'*emphysème sous-muqueux*, proposé par Eisenlohr pour la désigner. Dans le cas où elle a le vagin pour siège, ce serait de l'*emphysème sous-muqueux vaginal*.

La même maladie est fréquente dans l'intestin du porc : j'ai pu en étudier quelques spécimens.

Pansement des plaies abdominales.

M. Rendu (de Lyon). — Il n'est pas un gynécologue se livrant à la chirurgie de l'abdomen qui n'ait été frappé par le nombre relativement élevé des plaies de cette région qui, pansées par le procédé de Mikulicz, s'infectent secondairement, bien que traitées suivant toutes les règles de la méthode antiseptique. Une malade est opérée depuis 4, 8, 10 jours ; son état a été satisfaisant jusqu'ici, lorsqu'on trouve le pansement trempé de sang ou de sérosité ; ou bien, la température, qui jusque-là oscillait entre 37° et 38°, monte à 39° ou 40°. On défait le pansement, on enlève toutes les pièces souillées, on lave, on nettoie et on refait le pansement. Les jours suivants une amélioration survient graduellement, mais quelquefois la situation s'aggrave.

C'est après avoir observé ce fait bien des fois que j'en suis arrivé à redouter très sérieusement ces changements de pansement tant qu'on n'a pas franchi la zone ou la période dangereuse et qui est d'assez longue durée.

Dans 2 cas j'ai retardé le 1er pansement jusqu'au 27e et au 31e jour. Il s'agissait dans le 1er fait d'un énorme kyste séreux du rein droit, de 10 kilogr. 1/2, que j'ai traité par la néphrectomie transpéritonéale ; le 2e cas se rapporte à un volumineux kyste dermoïde du ligament large.

Tuberculose du pubis et salpingite double tuberculeuse.

M. Coromilas. — J'emploie depuis plusieurs années, dans la plupart des cas de tuberculose chirurgicale inopérable pour une cause quelconque, un mode de traitement qui consiste à injecter tous les 3 ou 4 jours dans les foyers morbides un mélange composé de 5 parties de camphre, 4 parties de résorcine, 20 parties d'huile d'olive et 12 parties de sulfure de carbone. C'est ainsi que j'ai procédé chez une malade atteinte d'ostéite tuberculeuse du pubis, avec double salpingite suppurée de même nature et tuberculose pulmonaire au début, et j'ai eu la satisfaction de voir survenir la guérison au bout de peu de temps.

De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début ; son traitement opératoire.

M. Boursier (de Bordeaux). — Parmi les symptômes fonctionnels que l'on observe dans les premières périodes du début du prolapsus, il faut faire une large part aux troubles urinaires, et parmi ceux-ci l'incontinence d'urine mérite une place spéciale.

Elle revêt, en effet, des caractères cliniques particuliers : il y a des incontinences vraies ou fausses, avec ou sans douleurs, mais toujours l'incontinence se manifeste dans la station debout, s'exagère dans les efforts ou à la suite de la fatigue et disparaît d'ordinaire dans la position couchée. Elle a donc lieu surtout pendant que le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique et elle n'est nullement en rapport exact avec l'intensité des lésions.

Cet accident paraît toujours être de cause *uréthrale*, et on l'observe dans les cas où l'urèthre a subi des tiraillements et des lésions qui ont été susceptibles de détruire plus ou moins complètement sa tonicité.

La lésion uréthrale constatée, il est naturel de chercher à la combattre par une des nombreuses opérations de correction uréthrale.

Chez une femme de 31 ans, mariée l'année précédente et qui, dans un premier accouchement, subit 10 applications de forceps avec déchirure totale du col et du vagin et partielle du périnée, je constatai les phénomènes de prolapsus au début, avec douleurs urinaires et incontinence douloureuse dans la station de-

bout et au moindre effort. Je lui fis en une seule séance un curettage avec amputation du col, une large colpopérinéorrhaphie et, en outre, une incision uréthrale avec élévation de l'urèthre par le procédé de Pousson. La malade sortit de l'hôpital complètement guérie de son prolapsus et de son incontinence, et elle est restée telle depuis lors, c'est-à-dire depuis 8 mois.

La correction uréthrale n'est pas admise en France dans les cas analogues, et divers auteurs affirment l'efficacité constante de la colporrhaphie antérieure dans ces circonstances (Pozzi, Comar). Aussi, chez une seconde malade, âgée de 39 ans, ayant fait 5 accouchements à terme et 7 fausses couches, qui présentait des phénomènes d'entéroptose et de prolapsus génital au début, avec une incontinence d'urine vraie sans douleur, mais constante dans la station debout, je me suis borné à pratiquer un curettage avec amputation du col, une colpopérinéorrhaphie et une très large colporrhaphie antérieure. A la suite de ces opérations, la guérison du prolapsus était complète, mais l'incontinence d'urine persista avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

Il résulte de ces deux faits que l'opinion actuelle est trop absolue et que dans les cas de prolapsus au début, accompagné d'incontinence d'urine, les opérations de correction uréthrale sont indiquées toutes les fois que les lésions uréthrales sont manifestes et accentuées.

Sur la technique de l'hystérectomie.

M. Bossi (de Gênes). — Dans l'hystérectomie vaginale, je ne suis ni partisan absolu de la forcipressure ni partisan absolu des ligatures.

Entre les deux méthodes, il existe un procédé mixte qui consiste dans l'association de l'emploi des ligatures avec l'usage de la forcipressure, en usant plus ou moins de l'un ou de l'autre, selon les complications de chaque cas.

D'habitude, je commence toujours par une ligature de chaque côté, qui renferme l'artère utérine et laisse libre tout l'espace du canal vaginal. Puis j'ouvre le péritoine et, selon qu'il y a plus ou moins d'adhérences et des tumeurs plus ou moins volumineuses, je continue soit par les ligatures, soit par la forcipressure, réservant ce dernier moyen pour les cas compliqués.

Je ne fais aucun usage des écarteurs, ayant plus de confiance dans le tact du doigt que dans le sens de la vue, et croyant que l'on arrive ainsi bien plus facilement et librement à explorer ce qu'on doit lier et couper.

Hystérectomie totale dans les cas de myomes.

M. Fargas (de Barcelone). — Après avoir employé 64 fois différents procédés, j'ai choisi définitivement l'hystérectomie abdominale totale de Doyen sans hémostase préventive en m'aidant pour saisir le col d'une griffe spéciale qui peut être utile dans beaucoup d'autres cas chirurgicaux et que j'ai l'honneur de présenter.

1er temps. Position de Treudelenburg, laparotomie et bascule de la tumeur contre le pubis.

2e temps. Perforation du cul-de-sac de Douglas.

3e temps. Désinsertion du col de la vessie et des uretères.

4e temps. Section des ligaments larges et l'opération est presque terminée.

5e temps. Hémostase avec ligatures et suture du plancher pelvien.

6e temps. Suture abdominale.

L'opération dure 25 minutes pour les cas simples et 1 heure pour les cas difficiles.

Tous les cas peuvent être abordés par ce procédé, parce qu'il donne du jour pour isoler le col de la vessie et les uretères. Il n'exige pas l'hémostase préventive et ne laisse pas de tissus qui peuvent favoriser l'infection secondaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 Septembre 1896.

M. le Président annonce la mort de M. le Dr Rochard, ancien président de la Compagnie, et lève la séance en signe de deuil.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Grossard (Albert-Toussaint). *Contribution à l'étude de la dilatation de la trompe d'Eustache par les bougies (le bougirage).* N° 461. (H. Jouve.)

M. Ferrand (Constant). *Troubles vasculaires du labyrinthe.* N° 458. (Ollier-Henry.)

M. Sassier (René-Guillaume-Marie-Joseph). *Des bruits subjectifs de l'ouïe.* N° 475. (P. Lemaire.)

La dilatation de la trompe d'Eustache au moyen de bougies graduées est une méthode essentiellement française, perfectionnée en ces temps derniers par les auteurs allemands et en particulier par Urbantschitsch. Le bougirage est indiqué toutes les fois que la douche d'air est insuffisante à aérer la cavité tympanique. On doit aussi l'employer dans tous les cas d'affection chronique de l'oreille moyenne, dans lesquels, avec des symptômes de surdité et de bruits subjectifs, l'isthme de la trompe possède moins de 1 millimètre à 1 millimètre 1/3 de calibre. L'élargissement de la trompe doit être considéré alors comme d'autant plus nécessaire, que la lumière de celle-ci s'écarte davantage de la normale qui est d'environ 1 millimètre 1/2, et qu'avec cela, les symptômes de bourdonnements et de surdité sont plus marqués. Il ne faut pas faire suivre le cathétérisme d'une douche d'air. En effet, si la méthode employée autrefois est peu à peu tombée dans l'oubli, c'est parce qu'elle avait donné lieu à des accidents souvent graves, parmi lesquels on doit citer l'emphysème.

Des faits rapportés par M. Ferrand, nous conclurons avec lui que, dans toute affection labyrinthique, on doit s'attacher à préciser la cause des phénomènes morbides. Que dès qu'on a acquis la certitude qu'on se trouve en présence de troubles vasculaires, on doit ici, comme dans les autres organes, pouvoir leur attribuer la production de 3 états morbides : anémie, congestion, apoplexie, se manifestant par des symptômes parfois difficiles à différencier. Une fois qu'on est parvenu à les différencier, il faut avoir recours à une thérapeutique raisonnée, seule capable de conduire, à travers les affections du labyrinthe, au but cherché.

Les bruits subjectifs de l'ouïe ne constituent pas une entité pathologique, mais simplement un symptôme. Comme le montre bien M. Sassier, ils sont nettement distincts des bruits entotiques ou internes perceptibles objectivement par le médecin et par le malade. Ils sont toujours produits par une irritation quelconque du nerf auditif ou de ses terminaisons. Cette irritation peut être : réflexe à point de départ dans l'oreille ; à point de départ dans la bouche, le nez, la gorge ; à point de départ dans les autres organes : ou directe produite par toute cause capable d'ébranler la chaîne des osselets ; par des variations de pression sanguine, par des inflammations de l'oreille interne, par certaines intoxications. Il y a lieu de les distinguer des hallucinations et des illusions de l'ouïe. Souvent un bruit subjectif peut être le point de départ d'une illusion ou d'une hallucination. Les bruits subjectifs ne sont pas incompatibles avec les hallucinations. Le traitement des bruits subjectifs varie avec celui de l'affection qui en est la cause.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Thérapeutique chirurgicale des angio-cholécystites non calculeuses,

Par M. Raymond Petit,
Interne des hôpitaux.

La chirurgie des voies biliaires a concentré tous ses efforts dans ces dernières années contre la lithiase, et cette affection est encore considérée par quelques-uns comme la seule justiciable d'un traitement chirurgical.

Aujourd'hui, le chirurgien doit trouver un champ plus vaste dans les affections biliaires, grâce à la connaissance plus approfondie de l'infection des canaux de la bile, infection dont le rôle devient prépondérant; grâce aussi aux progrès successifs apportés à la technique opératoire. Les cas d'intervention chirurgicale en dehors de la lithiase se sont multipliés; ils ont permis d'apprécier à la fois les bons effets de cette méthode nouvelle et les procédés opératoires qui conviennent le mieux aux différentes affections justiciables de ce traitement.

Ce qui domine actuellement toute la chirurgie des voies biliaires c'est l'élément infectieux; son rôle est capital, même en matière de lithiase, car la différence est grande entre un calculeux aseptique qui pour le chirurgien, est surtout un traumatisé et un calculeux infecté, chez lequel l'élément septique tient la place prépondérante. Du reste pour quelques auteurs qui se placent à un point de vue tout à fait général, la formation calculeuse ne serait en somme qu'une façon de réagir assez commune des voies biliaires vis-à-vis d'un élément étranger, et cet élément étranger est le plus souvent microbien.

Les malformations des voies biliaires sont encore bien peu connues et elles n'ont donné lieu jusqu'ici à aucune intervention; cependant elles existent d'une façon certaine : témoin l'observation de Freund qui trouva à l'autopsie d'un enfant de quelques mois une anomalie congénitale de la vésicule biliaire remplie d'un liquide clair et visqueux; témoins aussi les cas étudiés par Dartigues (1).

Les traumatismes des voies biliaires sont évidemment justiciables de l'intervention du chirurgien, et ici l'indication est simple à formuler. La vésicule ouverte déverse dans le péritoine une liquide aseptique, comme l'ont démontré les recherches de Duclos et de Netter, mais la grande séreuse ne se montre pas toujours très tolérante vis-à-vis du liquide biliaire, même dépourvu de germes; il faut donc agir directement en fermant la solution de continuité du réservoir de la bile par la cholécystotomie idéale, et on aura d'autant plus de chances de succès que l'on interviendra plutôt après l'accident; nous n'en voulons pour preuve que les belles observations de Kehr et de Routier.

Le chirurgien peut encore être appelé à agir dans certains cas de tumeurs des voies biliaires, ou lorsqu'une tumeur du voisinage comprime ces canaux. — Mais il est rare que l'acte chirurgical fasse découvrir un cancer primitif du cholédoque ou de la vésicule à son début et bien limité. Le plus souvent il s'agit d'un néoplasme déjà étendu ou d'une obstruction biliaire par une tumeur de la tête du pancréas et la cholécystostomie, la cholécystentérostomie ne sont dès lors que palliatives en pareil cas.

Les opérations pour lithiase ne sont plus à discuter; ce sont elles surtout qui ont été bien étudiées et dont les indications et la technique sont actuellement bien établies; nous n'y insisterons pas. Rappelons cependant que les lithiasiques se présentent, comme nous le disions à l'instant, avec deux types bien différents : les uns encore aseptiques, qui ont subi un traumatisme par leur calcul, les autres, plus importants peut-être, qui ne sont qu'accessoirement calculeux et qui sont surtout infectés.

Ainsi donc c'est l'élément infectieux qui d'une façon générale, doit tenir la place prépondérante dans la chirurgie des voies biliaires. Nous avons rappelé en quelques mots son action sur la production des calculs, il nous reste à étudier maintenant les infections non calculeuses de l'arbre biliaire, qui ont été l'objet de la récente thèse si documentée de Longuet (1) à laquelle nous ferons plus d'un emprunt.

L'agent infectieux peut venir contaminer les canaux biliaires par 4 voies : *artérielle, veineuse, lymphatique, cholédoccienne*, cette dernière étant la plus commune.

Les microbes qui ont été rencontrés dans les conduits de la bile sont variables; le plus communément, on a affaire au bacterium coli d'Escherich, hôte habituel de l'intestin : mais on a pu y déceler dans certains cas la présence du bacille typhique et plus rarement du bacille de Koch, du bacille virgule, des vibrions divers, des staphylocoques, des streptocoques et même des pneumocoques. — D'ailleurs l'infection n'est pas toujours imputable à une seule espèce microbienne et à côté des infections pures il faut en ranger d'autres, plus fréquentes peut être, où les espèces sont associées.

Enfin dans certains empyèmes de la vésicule biliaire le pus est absolument stérile : de même, certaines hydro- ou hématocholécystites sont à contenu parfaitement aseptique (Longuet.) — Cela ne modifie en rien du reste les indications opératoires, car les tissus sont là en état de microbisme latent ou en imminence de réveil d'infection comme le prouvent les perpétuelles poussées de péritonite localisée autour du cholécyste enflammé.

Toutes les infections des voies biliaires ne ressortissent pas, en l'état actuel de nos connaissances, à l'intervention

1. Dartigues. *Presse médicale*, 20 juin 1896.

1. Longuet, thèse de Paris, 1896.

chirurgicale; ainsi nous restons désarmés en face de certains ictères infectieux qui rentrent dans la famille des ictères graves; c'est qu'ici l'infection frappe presque d'emblée les régions nobles du foie, les cellules hépatiques elles mêmes. Il ne faut donc pas s'étonner de ne trouver mention d'aucune intervention dirigée de propos délibéré contre cette maladie fatale. — Mais heureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi et l'infection reste souvent localisée à l'arbre biliaire.

Avec Longuet nous diviserons ces infections en deux groupes : 1° infection de l'arbre biliaire principal comprenant) : *a*) les infections radiculaires (hépatites infectieuses, cirrhoses hypertrophiques), *b*) les infections ramusculaires (angiocholites), *c*) les infections tronculaires (cholédocites); 2° les infections de l'arbre biliaire accessoire comprenant : *a*) les septicémies biliaires, *b*) les pyohémies biliaires; *c*) les abcès froids biliaires.

1° Infections de l'arbre biliaire principal.

A. *Infections radiculaires.* — Bon nombre d'auteurs considèrent aujourd'hui que les cirrhoses du foie, au moins à leur origine, relèvent d'une infection plus irritante que pyogène dont le résultat le plus fréquent est la cirrhose hypertophique de Hanot. Si l'élément microbien n'a pas été démontré d'une façon péremptoire dans ces états du foie, il faut se rappeler cependant que Sabourin et Le Dentu ont trouvé du pus dans le foie de sujets atteints de cirrhose hypertrophique. Deux théories pathogéniques ont été édifiées sur ces bases : les uns avec Dupré (1) admettent le rôle vraiment pathogène des bactéries qui suffiraient à elles seules pour engendrer la sclérose infectieuse.

Les autres avec Chauffard (2) soulèvent l'hypothèse de la cirrhose hypertrophique s'accompagnant d'infections secondaires.

Quelle que soit celle de ces explications qu'on admette, il n'en est pas moins vrai qu'il y a infection à un moment donné et infection pyogène. — Lorsque les abcès biliaires existent faut-il les laisser sommeiller ?

Déjà plusieurs chirurgiens : Segond, Terrier, Quénu, Routier, Le Dentu, Pierre Delbet ont opéré des cas d'hépatomégalie; tous n'étaient pas des cirrhoses de Hanot; il s'agissait ici de cirrhose hypertrophique sans ictère, là de congestion du foie avec hypertrophie.

Dans la cirrhose hypertrophique de Hanot, l'intervention s'impose sans discussion s'il existe des abcès biliaires manifestes; mais lorsque les complications infectieuses sont au second plan, ce qui est la règle, faut-il s'abstenir ? Ici, il faut sans doute avoir recours au traitement médical; mais le plus souvent, et de l'aveu même des médecins les plus éclairés, il donne peu de résultat !... Si l'on considère donc que la maladie conduit, d'une part, à une issue fatale sans intervention, que d'un autre côté, la laparotomie conduite avec prudence est d'une innocuité parfaite, on est tenté de se rallier à la cure sanglante. — Mais il faut l'avouer, les cas opérés sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer. Dans les cirrhoses hypertrophiques sans ictère, M. Quénu a obtenu un résultat encourageant par l'opération. Enfin les interventions dirigées contre la congestion du foie avec hypertrophie ont donné les succès les plus brillants.

Il est bien évident qu'en l'état actuel de nos connaissances, on ne peut décrire une technique opératoire; les uns on fait une simple exploration, les autres se sont bornés à détruire des adhérences; d'autres enfin ont fistulisé la vésicule, soit à l'extérieur, soit dans l'intestin et de préférence dans le colon. — L'avenir nous apprendra quelle est la meilleure intervention en pareil cas.

B. *Infections ramusculaires.* — Un seul exemple d'opération pour angiocholite suppurée non calculeuse est actuellement connue, c'est celui de Soudler (1). Mais l'angiocholite n'est pas toujours suppurée. Lorsque la collection purulente existe, l'opportunité d'un traitement chirurgical n'est évidemment pas discutable; si l'angiocholite infectieuse n'est pas suppurée, la laparotomie n'en est cependant pas moins indiquée car il n'est qu'un moyen d'éviter la suppuration à cette phase, c'est d'enrayer l'infection par un drainage précoce; cependant il ne faudrait pas se prononcer d'une façon trop absolue ; bien des cas d'angiocholite infectieuse ont pu guérir par le traitement médical : c'est donc au clinicien de savoir discerner les formes justiciables ou non du traitement chirurgical. Mais comme l'infection a une marche extensive, lorsque le traitement médical sera resté sans effet, l'opération semble parfaitement jutifiée.

Après la laparotomie il faudra s'attaquer à la poche distendue, ce qui nécessite le plus souvent un temps opératoire préalable, l'hépatotomie au thermo-cautère. L'angiocholécyste mis à découvert, on l'ouvrira en suturant ses parois à la place; et si la tumeur ne peut être amenée jusqu'à ce niveau, on fermera la cavité abdominale en suturant ses feuillets pariétaux et viscéraux, tandis qu'une mèche passant par la brèche hépatique sera laissée dans la cavité largement ouverte.

C. *Infections tronculaires.* — L'existence des suppurations cholédocciennes non calculeuses, avec ectasie du cholédoque, ne saurait plus être mise en doute aujourd'hui ; mais les cas de ce genre sont encore peu nombreux et ce qu'il y a de curieux dans les interventions dirigées contre cette infection, c'est que la cholédocostomie a été réalisée à l'insu même de l'opérateur. — Difficile à reconnaître au lit du malade, voire même au cours de l'intervention, les cholédocites réclament néanmoins la cure sanglante d'une façon précoce et c'est sans doute parce que les rares opérations pratiquées dans ces cas ont été tardives que l'issue ne s'est pas montrée favorable.

Ici encore aucune règle opératoire ne saurait être formulée actuellement. Toutefois, nous répéterons, après Longuet, cette remarque de Quénu (2) : « *La situation du cholédoque permet d'affirmer que l'incision médiane aura tout autant d'avantages et souvent plus de chances de nous rapprocher du conduit commun que l'incision latérale.* »

2° Infections de l'arbre biliaire accessoire. — Les cholécystites, selon le degré de virulence de l'élément pathogène, selon le degré de réaction locale et de réaction générale, forment trois grandes classes, les septicémies biliaires, les pyohémies biliaires et les abcès froids biliaires.

A. *Septicémies biliaires.* — Les cholécystites qui rentrent dans cette catégorie ont pour caractéristique bactériologique la présence de microbes tels que le bacille d'Eberth, le vibrion cholérique ou le bacterium coli, mais portés au maximum de leur virulence. Il ne faut donc pas s'étonner de l'absence ordinaire de collection purulente dans ces cas, puisque les éléments anatomiques intoxiqués succombent sur place sans esquisser la moindre réaction, la phagocytose étant insuffisante ou nulle.

L'infection pendant un temps très court est localisée sur un point du cholécyste où se produit l'ulcération

1. Dupré, thèse de Paris, 1891.
2. Chauffard, *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, tome III, p. 878.

1. Soudler, *Deutsche Zeitschrift f. Chirxrgie*, 1893, p. 405.
2. Quénu, *Progrès médical*, 1895.

qui est uniquement fonction du microbe. A partir de ce moment, l'agent infectieux se diffuse, il envahit la grande séreuse et devient le point de départ de péritonites septiques ou putrides. Dans cette dernière circonstance, le chirurgien ne peut que tenter, sans grande chance de succès, il faut l'avouer, la laparotomie avec drainage et lavages de la séreuse. Mais avant la dissémination des germes, avant même l'ulcération ou lorsque celle-ci n'a pas encore laissé diffuser l'élément infectieux, l'intervention est indiquée et elle a donné des résultats remarquables. Les angiocholites même non suppurées, de la fièvre typhoïde, du choléra, etc., sont justiciables de la laparotomie, suivie d'une cholécystostomie; la seule contre-indication serait l'état trop avancé de la péritonite, le collapsus, le défaut de résistance du malade qui parfois est incapable de supporter le traumatisme opératoire.

Les indications peuvent donc se résumer ainsi : Au début on aura pour but d'établir un drainage de l'arbre biliaire par une cholécystostomie, opération locale, dirigée contre une affection encore localisée; si la perforation est déjà en train de se produire, on aura à choisir entre une cholécystectomie ou une cholécystotomie idéale d'une part, et la cholécystostomie d'autre part. Ici, le chirurgien sera guidé par l'étendue des lésions, l'état des parois du cholécyste. Si même les bords de la perforation ne peuvent être suturés à la plaie cutanée, on peut établir une loge en fermant de toute part la grande séreuse et faire un drainage de toutes les régions périvésiculaires ainsi isolées. Enfin si la péritonite est établie, la ressource ultime réside dans la laparotomie avec lavages et drainage.

B. *Pyohémies biliaires.* — Les pyohémies biliaires ne sont pas imputables à une espèce microbienne déterminée, il n'y a pas là de microbe spécifique à proprement parler. Sans doute c'est le bacterium coli que l'on rencontre le plus souvent; mais il n'est pas toujours isolé : souvent divers cocci l'accompagnent, venant associer leur action à la sienne : quelquefois même les cocci sont seuls l'agent de l'infection.

Ici la virulence est moindre et la réaction des tissus plus accentuée, aussi l'existence du pus est-elle la règle et ce pus est enkysté parce que les tissus ont eu le temps de se défendre.

Il s'agit donc de rétention purulente et les symptômes de résorption seront la note dominante dans le tableau clinique. Il y a des frissons, de la fièvre à type intermittent, fièvre hépatique de Charcot : localement la région cystique est le siège de douleurs et l'on y sent la vésicule tuméfiée.

Selon le siège principal des lésions, le degré de virulence des microbes et la réaction de l'organisme, on peut établir avec Longuet 4 variétés de pyohémies biliaires : 1° paracholécystites suppurées et fibreuses; 2° péricholécystites suppurées et fibreuses; 3° cholécystites suppurées; 4° cholécystites fibreuses.

La paracholécystite, qui peut, suivant son mode d'extension, être divisée en types *antéro-supérieur, postéro-supérieur, antéro-inférieur, postéro-inférieur,* comprend les cas dans lesquels l'infection a largement dépassé les limites du cholécyste.

La *péricholécystite* diffère de la forme précédente en ce qu'elle désigne une infection plus confinée, s'éloignant peu, en somme, de la zone vésiculaire. Comme la paracholécystite, elle peut être suppurée ou fibreuse, suivant le mode de réaction que l'organisme oppose à l'infection; naturellement, la forme fibreuse est plus favorable que la forme suppurée car elle traduit un degré moindre dans la virulence et une réaction locale plus efficace.

La cholécystite proprement dite peut elle aussi se présenter sous deux formes bien distinctes : suppurée ou fibreuse. Le contenu de la première n'est pas toujours franchement purulent; à côté de la pyocholécystite viennent se placer l'hématocholécystite et l'hydrocholécystite; dans ces trois variétés que l'on pourrait réunir sous la dénomination de cholécystites non calculeuses avec épanchement, l'élément infectieux ne fait point défaut mais il se présente avec des degrés différents de virulence.

La cholécystite fibreuse, enfin, est celle dans laquelle l'infection atteint son degré minimum; il s'agit là d'une véritable lésion parenchymateuse ou interstitielle, dans laquelle l'infection a disparu ou, plutôt, ne se manifeste que par poussées successives : c'est la cholécystite à répétition, susceptible de réveil, entre lesquels les tissus sont en état de microbisme latent.

A ces diverses formes de pyohémies biliaires répondent des indications variables.

Dans la paracholécystite, l'indication thérapeutique est à peine sujette à discussion; l'âge des caustiques n'est plus, et, comme dans toutes les grandes collections suppurées, il faut ouvrir sans hésitation : pourtant quelques auteurs auraient obtenu de bons résultats avec la ponction aspiratrice. Disons de suite que cette thérapeutique ne saurait évidemment convenir qu'à un très petit nombre de cas où les abcès sont peu étendus : tels étaient sans doute les faits heureux dont nous parlions à l'instant.

L'intervention chirurgicale n'a évidemment ici qu'un but palliatif; on ouvre la cavité abcédée comme on ouvre les collections de la fosse iliaque d'origine appendiculaire; mais ici la voie à suivre varie suivant les cas : dans le type antéro-inférieur, on évacuera par une incision dans le flanc; le type antéro-supérieur ne peut être attaqué utilement qu'avec une large thoracotomie selon l'indication de Lannelongue. Au type postéro-supérieur convient la voie transpleuro-péritonéale (Israël et Segond). Enfin le type postéro-inférieur appelle une incision lombaire.

Lorsque l'abcès est ouvert et évacué faut-il s'en tenir là et laisser en place le foyer principal de l'infection, sa source même, la vésicule malade, ou bien doit-on de propos délibéré la chercher et l'ouvrir ou même l'enlever? Ces considérations prêtent à la même discussion que dans l'appendicite. Sans doute à l'heure actuelle quelques chirurgiens recherchent l'appendice et le résèquent dès la première intervention et systématiquement; mais ils sont en petit nombre. Nous croyons plus prudent et plus raisonnable de ne pas aller d'emblée à la recherche du cholécyste, en principe; mais lorsque la vésicule se présente d'elle-même, enflammée ou perforée, nageant dans le pus il nous semble tout à fait logique de l'inciser et de la mettre au net avec quelques irrigations antiseptiques. Agir autrement n'est-ce pas s'exposer à rompre de précieuses adhérences et à ensemencer de ce fait toute la grande cavité séreuse? Plus tard, quand la période aiguë est passée, on pourra rechercher la vésicule et pratiquer une cholécystectomie secondaire, s'il subsiste des symptômes locaux avec poussées successives; et encore on choisira une période d'accalmie pour intervenir à froid comme dans l'appendicite.

Fränkel a nettement posé la conduite à tenir dans la *péricholécystite* : « ... Après avoir épuisé les ressources médicales, il faut faire la laparotomie et détruire les adhérences. » Cette thérapeutique est tout à fait rationnelle. Ici encore, à moins d'avoir la main forcée, il faut attendre la période d'accalmie.

La laparotomie qui convient le mieux est la laparo-

tomie latérale, sur le bord du muscle droit : cette voie conduit sûrement et avec le moins de dégâts possible au centre des lésions.

Le ventre ouvert, il faut chercher à libérer les adhérences sans ouvrir les voies biliaires : on n'agira donc que sur la péricholécystite. Mais cette destruction des adhérences est souvent longue, difficile, minutieuse, c'est une véritable dissection dans un magma de néo-membranes.

L'intestin sera souvent adhérent sur une assez grande longueur; dans ce cas il faut faire une soigneuse suture séro-séreuse pour fermer toute voie d'infection.

Les adhérences levées, l'hémostase faite avec le plus grand soin, on refermera l'abdomen sans drainage : le drain ne trouverait son indication que si l'on était intervenu en pleine poussée douloureuse, car on sait que ces exacerbations sont le résultat d'un réveil de l'infection ou d'une infection nouvelle.

Mais il faut bien savoir que la dissection des adhérences peut présenter des difficultés insurmontables; Bœckel, Keen et Musser, ont dû dans deux cas de ce genre battre en retraite après une laparotomie purement exploratrice; néanmoins cette intervention, bénigne aujourd'hui, semble recommandable bien que ses bons effets soient difficiles à expliquer. La malade de Keen et Musser guérit merveilleusement après cette simple exploration.

La cholécystite non calculeuse avec épanchement, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes graves d'infection et qu'elle menace le reste des voies biliaires, ressortit elle ausi au traitement chirurgical. Le traitement médical est ici absolument impuissant, ou tout au moins il ne peut jour qu'un rôle adjuvant et à ce titre il doit être conservé. Mais avant de s'armer de l'instrument tranchant ne pourrait-on pas tenter une ponction aspiratrice? Cette méthode a été tentée par Keen et Musser, Kocher, Terrillon, Alexander, Vincent, etc., etc. Tous les faits sont venus démontrer d'une façon indubitable que cette thérapeutique est nulle; les malades n'en ont jamais tiré aucun bénéfice, ni guérison, ni amélioration. Il ne faut même pas admettre à notre sens la ponction exploratrice pour confirmer le diagnostic : si le chirurgien peut en tirer des enseignements, le malade n'y trouve que de graves risques à courir; c'est ainsi qu'un malade de Sendler s'étant fait faire une ponction exploratrice contre l'avis formel de ce chirurgien, faillit mourir d'une péritonite.

Toutes les distensions biliaires permanentes doivent donc être traitées chirurgicalement et cela d'une façon précoce, non pas qu'il y ait beaucoup à craindre la perforation suivie de péritonite, mais surtout parce que les malades sont menacés de succomber à la phlébite, à l'infection purulente et, s'ils sont ictériques, à l'insuffisance hépatique. L'indication est donc formelle dans les distensions vésiculaires non calculeuses et définitives, il faut avoir recours dans le plus bref délai aux soins de la chirurgie.

Quelle est l'opération qui convient à ces cas?

Personne ne songera à imiter Landerer qui, après avoir fait une hépatopexie, creusa quelques jours après au trocart et au fer rouge un tunnel transhépatique pour arriver jusqu'à la vésicule.

Quelques auteurs, avec Riedel et Sendler, ont décollé le péritoine pariétal pour l'amener jusqu'à la vésicule puisque celle-ci ne pouvait être amenée jusqu'au péritoine.

D'autres se sont servi d'un bouton-canal de Murphy, mais la meilleure méthode est certainement celle qu'a recommandée Terrier et qui consiste à utiliser tous les tissus aptes à former cloison hermétique pour constituer une loge péritonéo-épiploïque isolée de la grande séreuse, et par laquelle on fait le drainage.

Il faut donc commencer par faire une laparotomie latérale si la vésicule est faiblement distendue; sur le point culminant de la tumeur si la vésicule est très distendue; médiane enfin si la vésicule est énorme, colossale.

Le ventre ouvert, la distension vésiculaire éloigne de suite du chirurgien l'idée d'une cholécystite calculeuse; la cholécystite simple ou les tumeurs de la tête du pancréas donnent seules de telles dilations en règle générale. Mais le volume considérable de la tumeur est gênant, il faut le réduire, et pour cela la ponction est un moyen précieux. Toutefois il est des cas où le contenu, trop épais pour passer à travers un trocart même large, nécessite l'incision évacuatrice : il va sans dire que celle-ci ne sera de mise qu'après qu'on aura hermétiquement fermé la grande séreuse, et dans ce cas l'opérateur devra nécessairement s'arrêter là, la cholécystectomie devient impossible. En principe, il faut retarder le plus longtemps possible l'ouverture de la poche vésiculaire, et tendre vers l'idéal qui consiste à enlever la vésicule d'une seule pièce, sans l'avoir ouverte, en s'assurant que le *ductus communis* est libre. Mais jusqu'ici ce n'est là qu'une vue théorique qui n'a jamais été réalisée pour ces cas spéciaux. La libération des adhérences peut aussi présenter dans cette maladies des difficultés insurmontables, la cholécystectomie idéale ne peut être réalisée et il reste à choisir entre deux méthodes, la cholécystentérostomie et la cholécystostomie. Du reste la cholécystectomie est parfois contre-indiquée, par exemple lorsque le cholédoque n'est plus perméable, ou lorsque l'état général du malade ne permet pas une intervention d'aussi longue durée.

La cholécystentérostomie, comme la cholécystostomie, sont des opérations palliatives établissant ici un drainage extérieur, là un drainage interne.

Le drainage interne a ses avantages : pas de difformité extérieure pas de trajets fistuleux suppurants avec les pansements quotidiens qu'ils nécessitent; mais ses inconvénients sont graves : ouvrir une poche suppurée dans un milieu septique comme l'intestin c'est la certitude d'entretenir une suppuration profonde qui s'éternisera. Néanmoins, la cholécystentérostomie trouve son indication dans l'obstruction définitive du cholédoque, car la fistulisation extérieure aurait pour résultat de soustraire à l'intestin la totalité de l'humeur biliaire qu'il réclame pour son bon fonctionnement.

Dans tous les autres cas, c'est à la cholécystostomie qu'il faut recourir; sous toutes ses formes, elle reste et restera l'opération d'urgence et de pratique courante pour les cholécystites non calculeuses avec distension.

Restent les cholécystites fibreuses sans épanchement. Toutes ne relèvent pas du traitement sanglant, mais les formes douloureuses ne sont curables que par l'extirpation du cholécyste; c'est là ce que les faits ont démontré. La cholécystectomie est ici l'opération de choix, tandis que la cholécystostomie devient l'opération d'urgence, de nécessité, réservée aux cas où la cholémie est intense et l'état général profondément délabré.

C. *Abcès froids biliaires.* — Nos connaissances sur la tuberculose des voies biliaires ne remontent pas très loin; le premier, Lancereaux a bien mis en lumière ces infections à bacille de Koch, qui ont suscité depuis de nombreuses et intéressantes recherches. Pourtant, nous ne savons pas encore exactement si le bacille pénètre par voie sanguine, par voie lymphatique ou par voie canali-

culaire ascendante. D'autre part, il est probable, mais non prouvé, que la fonte caséeuse des parenchymes biliaires peut être due à d'autres agent que le bacille de la tuberculose, par exemple à l'actynomycète ou à l'aspergillus.

Lorsqu'une tumeur biliaire se développe à froid, lentement et sans grande réaction, chez un sujet tuberculeux ou suspect de tuberculose, sans relation apparente avec la lithiase, on doit penser à la tuberculose de la vésicule biliaire.

Au point de vue de l'intervention, deux cas peuvent se présenter; ou bien la tuberculose biliaire est une des manifestations bacillaires chez un tuberculeux avancé, ou bien c'est une lésion locale. Dans le premier cas, l'abstention de tout acte chirurgical s'impose sans discussion; mais dans le second à quelle intervention se rattacher?

A priori la cholécystectomie répond à tous les desiderata, en supprimant le foyer infecté; mais lorsque les lésions sont plus avancées, lorsqu'elles ont atteint par exemple le péritoine, et que l'extirpation du cholécyste est devenue impossible ou dangereuse, il faut attendre l'adhérence du sac vésiculaire à la paroi, puis faire une cholécystostomie. Sans doute il persistera une fistule, mais entre deux maux il faut choisir le moindre.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Boyard (Benjamin). *Contribution à l'étude clinique des gommes syphilitiques de la conjonctive*. N° 444. (P. Delmar.)

M. Leblond (L.). *Des agents hémostatiques en rhinologie*. N° 373. (H. Jouve.)

M. Aymé. *Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale*. N° 551. (H. Jouve.)

M. Dantan (Gaston). *Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique*. N° 508. (P. Delmar.)

M. Calderon (Luis-Felipe). *Irido-choroïdites infectieuses*. N° 418. (A. Davy.)

M. Espinat (J.-B.). *Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques*. N° 505. (H. Jouve.)

M. Poitout (Camille). *Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières*. N° 480. (H. Jouve.)

M. Meyer (Henri-Edouard). *Contribution à l'étude du scotome scintillant*. N° 435. (Daix.)

M. Livet (Guillaume). *De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie et particulièrement dans le traitement du cancer de l'utérus*. N° 403. (H. Jouve.)

M. Claret (Marcel). *Des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses*. N° 563. (G. Carré.)

M. Frappier (Anselme). *Vaisseaux sanguins de l'utérus. Des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies*. N° 564.

M. Praud (J.). *Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes*. N° 555. (H. Jouve.)

M. Laran (François). *Traitement de l'infection puerpérale par le sérum du Dr Marmorek*. N° 585. (A. Maloine.)

M. Paté (Eugène). *Essai d'étude clinique sur le traitement de l'infection puerpérale par les sérums antistreptococciques et les injections intra-veineuses d'eau salée*. N° 569. (P. Delmar.)

La syphilis tertiaire ne respecte pas toujours la conjonctive, bien que les gommes de cette muqueuse soient pourtant assez rares. M. Boyard les étudie dans sa thèse. Elles sont uniques ou multiples, leur volume est variable. Non traitées, elles se terminent par ulcération et sous l'influence du traitement spécifique par résolution, habituellement.

Elles siègent le plus souvent sur la conjonctive bulbaire, parfois aussi sur la conjonctive palpébrale. Les premières sont ordinairement uniques ou en nombre restreint, les secondes sont parfois assez nombreuses.

Elles coïncident, quelquefois, avec des lésions syphilitiques de l'œil interne, auxquelles il faut attribuer les troubles de la vue qui peuvent persister. Près du limbe scléro-cornéen, elles peuvent déterminer des opacités partielles de la cornée. Le diagnostic est parfois difficile, et ne devient certain qu'après l'action curative du traitement de la syphilis. La plupart des auteurs pensent que les gommes de la conjonctive palpébrale ont leur origine dans le tarse. Celles de la conjonctive bulbaire auraient leur origine dans la sclérotique ou le tissu cellulaire sous-conjonctival ou dans la conjonctive elle-même.

L'hémostase provisoire dans le cas d'hémorrhagie nasale peut être obtenue au moyen d'un nettoyage de la cavité nasale par un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine au 1/5 ou au 1/10.

Elle prépare, dit M. Leblond, à l'hémostase définitive par la cautérisation avec le nitrate d'argent ou si cette cautérisation doit être plus profonde avec le galvano-cautère porté au rouge sombre. Enfin, dans le cas d'épistaxis rebelle où le tamponnement est nécessaire, c'est au tamponnement avec la gaze iodoformée, que l'auteur nomme tamponnement par étages, qu'on donnera la préférence. Il est, en effet, à l'abri des critiques formulées contre les autres modes de tamponnement, car il n'est ni trop douloureux ni difficile à pratiquer, et d'un autre côté, il est efficace et antiseptique et par conséquent incapable de donner naissance aux infections secondaires de l'oreille moyenne si souvent reprochées au tamponnement postérieur des fosses nasales.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale est une affection assez commune, encore méconnue il y a quelques années et confondue avec les pharyngites.

Elle s'observe principalement chez l'adulte et est liée fréquemment à des affections nasales, comme le prouve M. Aymé. Caractérisée par une sensation de corps étranger, quelquefois d'étranglement, au niveau de la gorge, des troubles de la parole et du chant, des douleurs localisées et irradiées dans diverses régions du cou, une toux spasmodique ou quinteuse, et quelquefois par des accès de dyspnée, cette affection a une marche essentiellement lente et continue, parfois entrecoupée de poussées subaiguës, mais offrant peu de gravité. Le diagnostic se basera surtout sur l'examen laryngoscopique. Pour détruire et enlever les tissus hypertrophiés, il faut recourir à un traitement purement chirurgical; on emploiera l'anse froide ou incandescente.

Le travail de M. Dantan se termine par les conclusions que voici : toutes les fois que les mouvements des organes de transmission sont diminués ou diminuent progressivement par suite de modifications de la muqueuse de la caisse, le massage est indiqué. De même dans le cas de diminution de mobilité de l'appareil de transmission produite par des synéchies. Le massage indirect par pneumothérapie, utile quand la chaîne n'a perdue qu'une partie de son élasticité et de sa mobilité est contre-indiqué le plus souvent lorsque le processus de sclérose est avancé. Les méthodes de massage indirect lent sont encore l'appareil de Delstanche avec un manomètre et plus simplement la poire à pressions en caoutchouc. Les méthodes de massage indirect vibratoire se réduisent à l'emploi de vibrations mécaniques; sans nier les résultats parfois heureux de la phonothérapie, il faut en attribuer le plus souvent les résultats à l'action vibratoire mécanique seule et les qualités sonores sont plus nuisibles qu'utiles, quand l'oreille y est longtemps soumise. D'autre part, on reproche au massage indirect de limiter, en grande partie, son action au tympan. Le massage direct a l'énorme avantage d'agir sur la chaîne des osselets. Ce massage vibratoire manuel paraît le mode le plus rationnel et l'emploi de la sonde à ressort de Lucæ est actuellement le pro-

cédé qui en permet l'application la plus efficace. Le massage vibratoire direct de la trompe et de son orifice pharyngien apportent le plus souvent une part sensible à la réussite du traitement. Le massage peut maintenir l'audition satisfaisante pendant un temps très variable, parfois fort long. Le massage sera totalement inutile dans tous les cas d'immobilisation complète de la chaîne, par suite de soudures et de productions calcaires ou osseuses. C'est dans ce cas au traitement chirurgical qu'il paraît rationnel de s'adresser. Suivant les indications, la mobilisation opératoire remplacera le massage direct; l'extraction des osselets et dans certains cas de l'étrier lui-même, pourra peut-être en constituer le dernier terme.

Il existe au cours ou dans la convalescence de certaines maladies des irido-choroïdites à caractère infectieux. Toutes les fois que l'organisme est envahi et que l'infection devient générale, l'œil est exposé à ces accidents d'irido-choroïdites que M. Calderon étudie sous le nom d'irido-choroïdites infectieuses. Quand l'infection a eu lieu par le streptocoque, elle prend un caractère spécial et souvent la manifestation oculaire se fait en même temps que des poussées de pseudo-rhumatisme articulaire infectieux. Ces formes diffèrent de l'irido-choroïdite rhumatismale : par la suppuration qui souvent existe; par la marche; par la présence de microorganismes dans le pus; par l'absence de douleurs.

Les lésions infectieuses du côté de l'utérus ont une place dans l'étiologie des irido-choroïdites. M. Espinat, dans son travail montrent qu'elles donnent lieu à des irido-choroïdites séreuses, plastiques, ou à hypopion, souvent frustes au début, à marche lente, à poussées successives, qui peuvent provoquer la perte de la vue. Elles reconnaissent comme pathogénie l'infection par des germes, mais une infection atténuée. Le traitement ophthalmologique est insuffisant. On devra traiter aussi la lésion utérine et supprimer de la sorte la cause de l'infection.

La fréquence du chancre des paupières, suivant M. Poitout, devient de plus en plus grande à mesure qu'on sait mieux le reconnaître au milieu des affections similaires. L'inoculation peut se faire au cours d'un acte vénérien, ou accidentellement, et dans ce dernier cas le chancre est presque toujours professionnel. Comme symptômes, le chancre palpébral présente l'aspect d'un chancre induré, modifié un peu cependant par la structure des paupières : au lieu de montrer une induration véritable, il se présente avec un léger épaississement parcheminé. L'ulcération, qui est une érosion simple, a plus de tendance à se surélever qu'à se creuser. L'adénopathie est intéressante par son siège. Quand le chancre siège au grand angle de l'œil, les ganglions sous-maxillaires sont surtout atteints; quand il siège au petit angle, c'est surtout le ganglion préauriculaire qui est pris. L'induration peut persister de longs mois, après guérison du chancre.

Contrairement aux idées généralement admises, les chancres palpébraux ne donnent point naissance à des syphilis spécialement malignes. Comme traitement, on fait une bonne antisepsie locale, et on rejette toute méthode caustique; car elle donne différentes complications cicatricielles du côté des paupières, ou des points lacrymaux.

Le scotome scintillant est un phénomène essentiellement *transitoire*. M. Meyer dans son travail nous dit que, *progressif* dans son évolution, il est constitué par deux phénomènes fondamentaux : *le scotome* et *le scintillement* qui peuvent se rencontrer *dissociés*. Quand ils sont réunis, le scintillement succède toujours au scotome. Fréquemment *héréditaire*, il se rencontre à tout âge, et chez les deux sexes. Il est plus fréquent chez les arthritiques. Il reconnaît le plus souvent comme cause immédiate une grande sujétion physique ou morale chez des individus mal disposés à la supporter; c'est donc un *symptôme neurasthénique*. Le scotome scintillant ne présage rien sur l'état ou l'avenir de la vision; il peut se produire concurremment ou en dehors de tout état pathologique de la vision. La rareté des cas où on le rencontre précédant de grandes névropathies, comparée à sa fréquence permet de le considérer comme indépendant de ces affections. Cependant lorsqu'il accompagne des troubles cérébraux passagers, on peut toujours craindre de voir ces troubles s'établir à l'état permanent. On ne peut l'expliquer que par un spasme ou une paralysie passagère des vaisseaux en un point quelconque de l'appareil nerveux visuel. Il paraît inexact de vouloir attribuer au scotome scintillant un siège précis et uniforme pour tous les cas. Le trouble circulatoire qui en est la cause doit pouvoir se produire en des points très divers le long de l'appareil nerveux visuel. Les crises paraissent abrégées par tout ce qui est susceptible de modifier la circulation. L'hygiène a la meilleure influence sur le retour des accès.

Après les observations rapportées par M. Livet on peut conclure que l'application du carbure de calcium arrête immédiatement les hémorrhagies. — Ces hémorrhagies, qui parfois ont reparu après une première application ne reparaissent pas après la seconde. Le carbure de calcium fait disparaître l'odeur nauséabonde du cancer utérin. — Il calme presque toujours et atténue toujours les douleurs d'une façon rapide. L'emploi du carbure de calcium, sans retirer au curettage suivi de la cautérisation au fer rouge sa valeur thérapeutique, lui est de beaucoup préférable, car son application ne nécessite ni anesthésie ni un certain nombre d'aides. — Enfin, l'emploi du carbure de calcium ne demande pas d'outillage spécial.

Après l'hystérectomie vaginale, les annexes laissées en place, saines ou atteintes de lésions, ne subissent pas fatalement l'atrophie. Il en résulte, dit M. Claret, dans sa thèse que les annexes laissées en place peuvent devenir le point de départ de tumeurs inflammatoires ou kystiques dont le développement s'accompagnera parfois de phénomènes fonctionnels graves. Outre ces tumeurs pelviennes dues à la persistance de débris annexiels, on peut observer, après l'hystérectomie vaginale, des tumeurs kystiques développées dans l'épaisseur des ligaments larges restants, aux dépens des vestiges du corps de Wolf. Ces tumeurs, tout en restant rares, ne sont pourtant pas exceptionnelles. Pour en prévenir l'apparition, il faut s'efforcer d'enlever les annexes en choisisssant le procédé opératoire qui permet le mieux leur extirpation; ce procédé paraît être l'énucléation annexielle après la section médiane de l'utérus et avant le placement des pinces sur les ligaments larges. Quand ces tumeurs kystiques se sont développées, il faut les extirper, soit exceptionnellement par la voie vaginale, soit de préférence par la laparotomie.

Ce qui ressort de toute l'étude de M. Frappier, c'est la nécessité d'une hémostase parfaite. C'est là le point essentiel qui doit préoccuper le chirurgien qui fait une hystérectomie. Quand cette condition n'est pas remplie, il faut, quelques heures après l'opération, enlever le pansement, étaler largement le champ opératoire, introduire des instruments bien désinfectés dans une région encombrée de caillots sanguins, et assurer l'hémostase. L'opérateur ne doit pas non plus, par un entêtement incompréhensible, se servir exclusivement de tel ou tel procédé d'hémostase, mais s'inspirer des circonstances et employer tantôt les ligatures, tantôt les pinces, tantôt les deux simultanément. Que l'on emploie les pinces ou les ligatures, il faudra toujours les placer soigneusement, de façon à rendre leur glissement impossible.

Si l'ovariotomie a pu, dans certains cas, atténuer des accidents nerveux, elle peut, ainsi que l'hystérectomie, être suivie de phénomènes névropathiques. L'ablation des organes génitaux de la femme peut, selon M. Praud, exagérer les troubles actuels, réveiller des accidents anciens calmés; faire éclore ces accidents chez des malades non nerveuses d'apparence et créer un état névropathique. Les phénomènes névropathiques ainsi déterminés sont très variables. Ils peuvent ressortir à l'hystérie, à la neurasthénie, au goître exophthalmique et à l'aliénation mentale; parfois ils ne se rapprochent d'aucune névrose classée. L'intervention chirurgicale agit par choc matériel, trouble vasomoteur ou réflexe : les accidents éclatent immédiatement après l'opération; par action psychique : les accidents se développent lentement, plus ou moins longtemps après l'opération.

Le sérum de M. Marmorek est efficace dans le cas d'infection puerpérale causée par le streptocoque. Son action se fait sentir non seulement contre les infections généralisées, mais encore

contre les infections localisées. Le traitement agit d'autant mieux qu'il se rapproche plus du début de l'infection. Si l'infection est un peu vieille, il vaut mieux commencer par des doses de 20 cent. cubes répétées toutes les 12 heures et diminuer ensuite à mesure que la température baissera. Une fois que la température est tombée, il faut encore faire à la malade des injections de sérum de 10 cent. cubes pendant deux ou trois jours, sans quoi on s'expose à voir remonter la température. Le sérum ne paraît pas présenter d'inconvénients sérieux. Les traitements antiseptique et chirurgical doivent lui être associés toutes les fois qu'on suppose qu'il reste des débris de placenta et de membranes dans la cavité utérine, où qu'on n'est pas sûr que l'infection soit causée par le streptocoque seul.

Le défaut d'examen bactériologique ne doit pas empêcher le traitement par le sérum à la condition de faire en même temps le traitement antiseptique et chirurgical. On doit encore faire le traitement par le sérum même quand l'examen du sang ne décèle pas la présence du streptocoque, car l'infection peut être causée par lui sans qu'on le trouve dans le sang au moment de l'examen.

Les *sérums antistreptococciques* que M. Paté a employés n'ont donné que de médiocres résultats lorsqu'il en a fait usage dans les formes très virulentes. Ils ont paru exercer une influence favorable dans les cas de faible et moyenne intensité. A cet égard il est rationnel d'y recourir mais avec prudence.

Les *injections intra-veineuses* d'eau salée sont par contre un moyen puissant de combattre les accidents graves de la septicémie puerpérale, et l'auteur croit que dans les cas graves, et surtout dans les cas désespérés nous devons y avoir recours, mais sans oublier que les bons résultats dépendent du bon fonctionnement du cœur et surtout des reins.

Cependant, ces échecs ne doivent pas faire renoncer à la sérothérapie, cette méthode nous fournira le moyen de lutter contre certaines streptococcies très virulentes qui, pour le moment, résistent encore à nos moyens d'action.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

M. Fieux (Jean-Marie-Joseph-Georges). *Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile.* N° 76.

M. Delbrel (Jean-Pierre-Emile). *Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires.* N° 83.

Lorsqu'on envisage, dans une tête fœtale, les reliefs osseux qui peuvent faire obstacle à l'engagement, en outre du front, de l'occiput et des bosses pariétales, on doit tenir compte de la saillie désignée par M. Fieux sous le nom de *pilier pariéto-zygomatique.*

Dans les bassins aplatis, la tête, pour triompher de l'angustie pelvienne, s'incline sur le pariétal postérieur, la flexion et la diagonalisation mettant les bosses pariétales dans *le diamètre latéro-sacro-pubien*, puis enfin s'incline sur le pariétal antérieur.

Dans les bassins aplatis, appelés par l'auteur *les bassins justes*, l'accouchement naturel est souvent possible. Le forceps est dangereux et la symphyséotomie serait autorisée, si la version ne donnait d'excellents résultats. Si l'on redoute l'extraction tête dernière, on pourra recourir à l'extraction tête première avec des lacs inoffensifs permettant de faire suivre à la tête le mécanisme le plus favorable, quitte à faire ensuite la symphyséotomie, seule de mise dans les rétrécissements plus accentués.

Le bassin infantile, ou bassin rond, ne doit pas être confondu avec le bassin généralement rétréci ; l'insuffisance des diamètres transverses est ici la vraie cause de dystocie.

L'application de forceps dans un bassin infantile, sans être meurtrière, détermine à peu près fatalement une dépression frontale chez le fœtus, compression de l'angle sacro-vertébral, au-devant et au-dessus duquel le front a dû se relever.

L'hyperflexion est obligatoire du fait du rétrécissement dans les diamètres transverses.

La symphyséotomie est ici peu avantageuse, vu le léger bénéfice que gagneraient les diamètres transverses avec le faible écart permis par l'inextensibilité des parties molles de ces jeunes sujets.

La version avec dilatation préalable du bassin mou doit être l'intervention de choix, car, dans l'extraction tête dernière, la flexion exagérée indispensable abaisse le front, au lieu de le relever au-devant du promontoire.

L'urticaire des voies respiratoires est un sujet controversé et peu connu, admis par les uns, rejeté par les autres. Cependant il en existe des observations indiscutables que l'auteur a réunies à deux cas personnels.

Pour prouver l'existence de cette forme d'urticaire, M. Delbrel s'appuie sur les faits suivants :

a) L'urticaire est une affection ambulante, passant d'une région à l'autre, et, dans le cas présent, des voies respiratoires à la peau ou réciproquement.

b) Les accès de suffocation de l'urticaire se produisent sous l'influence des mêmes causes.

c) L'éruption débute souvent par la bouche, les lèvres et la face comme si elle s'étendait de proche en proche.

Une irritation banale des voies respiratoires (bronchite) crée une prédisposition à la localisation du mal. Il y a balancement entre les phénomènes respiratoires et cutanés.

La lésion semble pouvoir se faire soit dans le larynx, soit dans les bronches et affecte dans ces deux cas des signes spéciaux. Tantôt, en effet, l'œdème de la glotte paraît être le symptôme dominant; tantôt c'est l'irritation des terminaisons nerveuses dans les bronches.

La fréquence de l'urticaire des voies respiratoires est plus grande qu'on ne l'a dit.

Il existe des formes graves d'un diagnostic difficile avant l'éruption cutanée.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Cystostomie sus-pubienne (Das beste Verfahren bei Cystotomia suprapubica die Blase zur öffnen), par Dandolo (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 33, p. 788). — Le procédé d'ouverture de la vessie, en cas de cystostomie sus-pubienne que l'auteur désigne sous le nom de meilleur, consiste à mettre la vessie à nu par une incision transversale, à la fixer et à inciser longitudinalement seulement la couche musculaire ; arrivé sur la muqueuse, on écarte les lèvres de la boutonnière musculaire (de la vessie) à l'aide de deux fils de soie, et on incise la muqueuse.

Traitement des hernies gangrénées (Ueber die Behandlung gangränöser Hernien), par Bogdanik (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 33, p. 785). — Pour éviter la péritonite consécutivement aux interventions sur les hernies étranglées et gangrénées, l'auteur n'ouvre la cavité abdominale qu'après avoir transformé le champ opératoire en une plaie aseptique. Dans un cas de hernie inguinale étranglée, il procéda donc de la façon suivante :

Il fit une incision qui l'amena jusqu'au sac, mais avant d'ouvrir ce dernier il excisa toutes les parties infiltrées, gangrénées ou simplement suspectes, et désinfecta le champ avec de l'eau phéniquée. Dans le sac ouvert, il trouva de l'épiploon gangréné et derrière, une anse de l'intestin grêle également gangrénée. Il plaça alors deux pinces, une sur l'épiploon, l'autre sur l'anse, et enleva le sac au ras de l'anneau, puis il attira au dehors une certaine quantité d'épiploon et le coupa au ras de l'anneau. Il ne restait plus dans la plaie, de nouveau désinfectée, que l'anse gangrénée. On fit alors une toute petite incision à l'anneau, de façon à pouvoir amener au dehors une certaine partie de l'anse. Deux pinces furent alors placées aux limites des parties suspectes, et ces dernières enlevées. Après suture des deux bouts de l'intestin, l'anneau fut franchement incisé et l'opération terminée comme une cure radicale. Le malade guérit sans complications.

Opération de Porro (Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glüklichem Erfolge für Mutter und Kind), par Pobedinsky (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 31, p. 801). — L'observation d'opération de Porro ayant eu pour résultat de sauver la vie de l'enfant et de la mère, que publie l'auteur, présente les particularités suivantes :

1° Le bassin présentait les déformations à la fois rachitiques, cyphotiques et scoliotiques.

2° On a préféré l'opération de Porro à l'opération césarienne en vertu de ce fait que la malade a déclaré qu'elle ne consentirait jamais à une autre laparotomie en cas de nouvelle grossesse.

3° La constriction du segment inférieur de l'utérus a été faite avec les mains d'un aide, et non pas au moyen d'un lien élastique, de crainte d'amener l'asphyxie de l'enfant par arrêt de la circulation.

MÉDECINE

Traitement de l'angine phlegmoneuse (Zur Behandlung der Angina phlegmonosa), par Killian (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 30, p. 696). — Pour ouvrir facilement les abcès périamygdaliens consécutifs à l'angine phlegmoneuse, l'auteur cocaïnise la muqueuse et pousse une sonde rigide dans la fossette sus-amygdalienne : les tissus très friables cèdent et la sonde parvient très facilement jusqu'à la collection purulente. Il retire ensuite la sonde et après avoir placé dans l'orifice une pince fermée, il en écarte les branches de façon à créer un large orifice d'écoulement pour le pus. La pince est réintroduite encore deux fois, les deux jours suivants.

Diagnostic clinique du bacille typhique (Ueber den klinischen Nachweiss der Typhusbacillus), par Pollak (*Centralb. f. inn. Mediz.*, 1896, n° 31, p. 715). — L'auteur a pu confirmer dans ses recherches avec les selles typhiques qu'en ensemençant ces dernières sur le milieu d'Elsner, on obtient deux, quelquefois trois cultures : celle du bacille typhique, celle du colibacille et celle du *bacillus fæcalis alcalogenes*. Le diagnostic différentiel entre les cultures typhiques et les cultures colibacillaires est facile à l'œil nu, surtout pour un bactériologiste exercé ; toutefois, pour plus de sûreté il faut encore soumettre les deux bacilles à une étude complète ce qui exige beaucoup de temps et enlève au milieu d'Elsner une grande partie de sa valeur pratique.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'orexine (Zur Behandlung der Erbrechens während der Schwangerschaft), par Rech (*Centralb. f. Gynaköl.*, 1896, n° 33, p. 851). — Observation d'un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, guéris par l'administration de l'orexine, en cachets de 30 centigrammes, 3 cachets par jour. Les vomissements ont cessé après le troisième cachet et ne se produisirent plus. La malade avait pris en tout 9 cachets.

Raccourcissement artificiel des ligaments larges par la voie vaginale en cas de prolapsus et de rétroversion de l'utérus (Ueber die künstliche Verkürzung der Ligamenta lata, u. s. w.), par Kocks (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 32, p. 825). — L'auteur rapporte dans son travail 3 observations de prolapsus avec rétroversion de l'utérus où les malades ont été définitivement guéries par le procédé suivant :

Après incision du cul-de-sac postérieur du vagin, la vessie a été décollée, comme dans l'hystérectomie vaginale, jusqu'au péritoine et le décollement continué à droite et à gauche au-dessus de chaque ligament large. La vessie décollée a été ensuite repoussée en haut, et une série de sutures passées, de dehors en dedans, à travers les ligaments larges, et ces derniers suturés au-devant de l'utérus. Les fils une fois tirés, les parties latérales de chaque ligament large se sont trouvées ramenées au-devant de l'utérus, si bien que lorsque les fils ont été noués, la ligne de suture se trouva sur la ligne médiane au-devant de l'utérus, et les ligaments larges raccourcis de la longueur des parties plissées. La vessie a été ensuite fixée au niveau du bord supérieur à l'aide de 15 à 20 sutures, si bien que les deux points de suture formaient un T.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Ergotine.

Définition. — L'ergotine est l'extrait aqueux d'ergot de seigle repris par l'alcool et évaporé à nouveau. Le type de cette préparation est le produit connu sous le nom d'**ergotine de Bonjean**.

Cette ergotine paraît renfermer les produits solubles de l'ergot autres que l'ergotinine.

L'ergotine Yvon diffère de la précédente en ce que chaque gramme de la solution qu'elle représente équivaut au même poids d'ergot. C'est en somme une solution titrée d'ergot.

Il existe encore un grand nombre de préparations d'ergotine (Wiggers, Berjot, etc.). Mais celles de Bonjean et celles d'Yvon doivent être préférées à toutes les autres, en pratique hypodermique, en raison de la consistance de leur composition et de leurs effets.

Solubilité. — L'ergotine est soluble dans l'eau et la glycérine. L'ergotine de Bonjean s'emploie en solution au quart, au dixième ou au vingtième. L'ergotine Yvon peut être administrée en nature ou diluée dans un poids égal d'eau bouillie.

Propriétés thérapeutiques. — L'ergotine est un excitant des fibres musculaires lisses.

En cette qualité elle est vaso-constrictive, provoque la contractilité de l'utérus, et paraît même avoir une action tonique sur le muscle cardiaque.

Ses propriétés vaso-constrictives énergiques en font un hémostatique puissant : à ce titre on l'emploie avec succès contre l'hémorrhagie (métrorrhagies, hémoptysies, gastrorrhagies, hémorrhagies intestinales). Nous devons dire cependant que les progrès de la chirurgie ont singulièrement diminué les indications de l'ergotine en gynécologie. Il est certain, par exemple, que les métrorrhagies *post partum* — immédiates ou par inertie utérine, éloignées ou symptomatiques d'une rétention partielle du délivre — seront heureusement combattues les premières par le nettoyage exact de la cavité utérine et les injections chaudes, les secondes par le curettage, *à l'exclusion de l'ergotine*. Il est non moins exact que les métrorrhagies de certaines formes d'endométrite et même celles qui accompagnent les myomes utérins sont plus efficacement taries par la curette que par l'ergotine. Néanmoins on ne peut nier l'influence favorable exercée par ce médicament sur les fibromes utérins (Lucas-Championnière, Moutard-Martin, Hildebrandt), et sur certaines formes de congestion utéro-ovarienne.

Dans le premier cas il constitue un traitement symptomatique, qui sera d'une précieuse ressource pour le praticien, surtout lorsque l'intervention chirurgicale est refusée par les malades. Dans le second, il peut devenir un véritable agent curatif dont l'action est surtout remarquable sur le phénomène douleur.

L'ergotine, peu efficace dans les épistaxis rebelles où là encore l'intervention locale est la méthode de choix, a au contraire gardé toute sa valeur dans le traitement de l'hémoptysie et des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde. Elle a, en outre, dans cette dernière maladie, l'avantage d'exercer sur le cœur une action tonique qui l'a fait préconiser comme le médicament par excellence des complications cardiaques dues à l'hébertisation (E. Demange). On en a même fait l'application systématique au traitement de la fièvre typhoïde (Duboné).

Dans le même ordre d'idées, M. Wilcox l'a employée dans le traitement des troubles de compensation chez les cardiaques et M. Huchard contre l'embryocardie des convalescents. Goldenbach l'a expérimentée avec succès contre les sueurs des phthisiques et on l'a même prescrite dans le diabète (Carrigan).

Dose usuelle. — A partir de 15 ans et *chez l'adulte* : 50 centigrammes par injection de 2 à 4 grammes en 24 heures. Pour l'ergotine Yvon, ne pas dépasser 2 grammes en 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats* : La douleur locale est vive et persistante.

b) *Eloignés* : Au bout de 12 à 15 minutes l'hémorrhagie

diminue, les contractions utérines s'affirment. Peut être répétée au bout de ce temps.

Le lieu de la piqûre demeure sensible pendant quelques jours, il reste quelquefois même un petit noyau d'induration qui se résorbe lentement.

FORMULES

Les formules hypodermiques d'ergotine sont innombrables : on introduit dans les solutions tantôt de la glycérine, tantôt du chloroforme, tantôt de l'acide phénique pour les mieux conserver. Le praticien a tout à gagner à se servir d'une solution qu'il préparera extemporanément lui-même avec de l'ergotine Bonjean ou de l'ergotine Yvon et de l'eau bouillante. Ainsi il réduira au minimum la réaction locale. Voici les formules qu'il pourra réaliser facilement :

Ergotine Bonjean	2 gr. 50
Eau bouillante	10 cent. cubes.

2 cent. cubes par injection à répéter contre l'hémoptysie.

Ergotine Bonjean	1 gr.
Eau bouillante	10 cent. cubes.

5 centim. cubes tous les deux jours pour les applications gynécologiques.

Ergotine Bonjean	0 gr. 50
Eau bouillante	10 cent. cubes.

2 à 5 cent cubes dans l'embryocardie, les affections cardiaques.

Ergotine Yvon	āā
Eau bouillante	

1 à 2 cent. cubes.

Nous donnons en outre ci-dessous les principales formules employées par les différents auteurs.

Ergotine	2 gr.
Glycérine	āā 15 gr.
Eau de laurier-cerise	

1 à 10 cent. cubes.

(Lucas-Championnière, Moutard-Martin, Bucquoy.)

Ergotine	1 gr.
Glycérine	āā 4 gr.
Eau distillée	
Eau de laurier-cerise	2 gr.

2 à 4 cent. cubes.

(Jaccoud.)

Ergotine	2 gr.
Eau distillée	āā 10 gr.
Glycérine pure	

1 à 3 cent. cubes.

(Huchard.)

Ergotine	1 gr.
Eau distillée	5 gr.
Acide phénique neigeux	0 gr. 10

(Bierdet.)

Ergotine	7 gr. 50
Eau distillée	22 gr. 40
Chloroforme	2 gr.

(Atkinson.)

Ergotine	3 gr.
Glycérine	āā 5 gr.
Alcool	
Eau distillée bouillie	

1 cent. cube tous les soirs contre les sueurs des phthisiques.

(Goldenbach.)

Ergotine Yvon	1 gr. 80
Eau	8 gr. 20

1 à 4 cent. cubes.

(Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

VARIÉTÉS

Inauguration du monument d'Alphonse Guérin.

Dimanche dernier a eu lieu à Ploërmel, sous la présidence de M. le professeur Guyon et avec l'assistance de nombreuses notabilités médicales, tant de Paris que de la province, l'inauguration du monument élevé à la mémoire d'Alphonse Guérin, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, l'inventeur du pansement ouaté.

Assise sur le socle qui supporte le buste de notre regretté confrère, une Gloire inscrit sur ses tablettes :

Pansement ouaté, 1870.

Un bas-relief représente Alphonse Guérin appliquant son pansement dans une salle d'hôpital.

Discours de M. le Dr Guyon,

Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, Chirurgien des hôpitaux.

Au moment où je viens au milieu des compatriotes d'Alphonse Guérin remplir la mission qui m'a été confiée, je ne puis pas ne pas me souvenir d'un autre grand deuil qui récemment frappait aussi la France et la Bretagne.

Je serai, j'en suis sûr, l'interprète des sentiments de tous ceux qui se pressent aux pieds du monument, élevé sur l'initiative de l'Association Bretonne, en saluant la mémoire de Jules Simon, avant de vous dire comment un humble enfant de Ploërmel est devenu le grand chirurgien, le bienfaiteur de l'humanité dont vous célébrez aujourd'hui la gloire.

Vos pensées vont d'elles-mêmes, dès l'ouverture de cette réunion, vers l'homme illustre, vers le grand citoyen, qui fut le camarade d'enfance d'Alphonse Guérin et demeura son ami fidèle pendant toutes les années de leur longue existence.

C'est à lui que revenait l'honneur de présider cette cérémonie ainsi que le soin de peindre une physionomie dans laquelle pétillait l'intelligence, souriait la malice, et se lisaient la franchise, la droiture et la fermeté. Grâce au charme de son talent, vous en auriez eu sous les yeux la vivante image. Vous auriez entendu un orateur hors de pair dire les rares qualités qui distinguèrent le héros de cette fête.

Chez Alphonse Guérin, l'homme est aussi intéressant à étudier que le chirurgien. Personne ne le connaissait mieux que Jules Simon et n'était plus capable d'apprécier, avec l'autorité du savoir, l'influence de son éducation et de ses origines sur sa belle destinée. L'analyse pénétrante de l'éminent philosophe, nous eût montré la force persistante de la première direction et des premiers exemples. Elle eût bien mis en relief, la puissance de ceux qui ont le bonheur d'y avoir puisé le sentiment absolu du Devoir.

Les obligations si étroites qu'il impose furent en toute circonstance acceptées avec la plus entière soumission par un caractère aussi épris d'indépendance que l'était celui de votre compatriote. Il aurait fallu l'éloquence de Jules Simon pour dire à quelle école son ami avait appris à s'y plier.

C'est pour les mêmes raisons que tous ceux qui ont connu Alphonse Guérin voyaient succéder aux emportements parfois violents de son ardente nature les retours les plus spontanés d'une bonté innée, à laquelle il était heureux d'obéir ; et comme le bouillonnement était facile, fréquentes furent les occasions de prouver que son cœur était celui d'un homme compatissant, affectueux et dévoué. Sa préoccupation d'épargner la souffrance fut l'un des principaux mobiles de ses actes de chirurgien. Il se croyait débiteur d'une grande somme d'amitié envers ceux que ses vivacités avaient atteints ; ayant eu à faire son chemin et

connaissant les difficultés de la route, il aimait à conseiller, à encourager, à secourir ceux qui n'étaient encore qu'au point de départ.

Le devoir comporte aussi bien les délicatesses qu'il nécessite les rigueurs ; il est des circonstances où l'on distingue difficilement où il se trouve, Alphonse Guérin était souvent consulté dans ces cas de conscience et ses avis n'allaient plus seulement à des jeunes, mais à des contemporains ou des aînés. Sa réputation de droiture lui valut ces témoignages d'une absolue confiance.

Il avait à un trop haut point le sentiment de sa dignité, pour ne pas avoir celui de sa valeur. C'est ce qui lui a permis d'être et de toujours rester modeste. Assurément l'idée d'une apothéose ne s'est jamais présentée à son esprit. S'il en avait eu la vision, elle n'aurait pu être différente de ce que réalise aujourd'hui la ville de Ploërmel. Une fête populaire, familiale et simple, remplie de couleur locale comme la vôtre, est bien celle dont le désir pouvait remuer une âme bretonne.

Quel plus beau rêve pour un habitant de votre contrée que la consécration de sa gloire dans sa ville natale : au seuil de la maison paternelle, en présence de ses compatriotes, de ses élèves, de ses collègues, quelle douce satisfaction que celle du rayonnement de sa renommée sur son pays d'origine ! Aussi, Messieurs, lorsque le Comité breton a désiré que notre cher collègue reçût ici les hommages qui lui sont dus, avons-nous compris, malgré nos regrets de n'avoir pas son image à Paris, que le comité médical devait acquiescer à ce vœu.

L'attachement du Breton pour son sol natal est connu de tous, chacun sait combien est complète la solidarité qui existe entre les terres de granit recouvertes de chênes, chantées par Brizeux, et les populations à volonté si énergique qui les habitent. Elle est telle que vous ne vous dépaysez jamais sans esprit de retour. Quelle que soit la contrée où la destinée vous emporte, votre pays est toujours le plus beau de la terre, votre cœur s'émeut au souvenir de votre clocher, le plus haut d'alentour.

Alphonse Guérin qui jamais n'abandonna sa Bretagne eut, un mois à peine avant de quitter la vie, le pressentiment du retour définitif ; il écrivait à un ami de Vannes :

« Ordinairement on redoute la mort; moi je pense avec un singulier sentiment de bonheur que mon corps sera bientôt porté sous la lande du Cerisier, où je dormirai du bon, de l'éternel sommeil, en terre de Bretagne. »

Dans toute sa carrière se retrouvera l'empreinte de son origine. Il sut vouloir et, comme tous ses compatriotes, il voulut avec ténacité. Nous le verrons aussi ferme dans ses idées de savant chirurgien, qu'il nous est montré fidèle aux sentiments conçus dans son enfance, par la phrase touchante que je viens de transcrire.

Il lui faudra de longues années pour atteindre le but qu'il s'était proposé : mais il ne perdra pas de vue la pensée qui le domine et poursuivra, sans jamais l'abandonner, l'opinion qu'il s'était faite de la nature de la maladie terrible que dès la première heure il a résolu d'étudier et de combattre.

Il était encore très jeune, lorsque son oncle maternel, qui dans les circonstances graves tenait auprès des deux frères la place de leur père mort à 38 ans, alors que Frédéric, l'aîné, avait 7 ans et Alphonse 6 ans à peine, le prit un jour à part. Il n'avait été jusque-là qu'un enfant turbulent et batailleur, son instruction restée rudimentaire lui avait acquis la réputation d'un très médiocre écolier. L'oncle lui fit comprendre qu'il était temps de se mettre au travail, sa mère ne pourrait toujours coudre et broder pour augmenter les ressources du ménage, il faudrait devenir capable de la nourrir à son tour.

M. Paul Reclus qui nous donne ces détails, dans le bel éloge prononcé à la Société de chirurgie de Paris, ajoute : Les résolutions d'Alphonse Guérin furent bientôt prises. Son instinct l'avertissait que dans un milieu nouveau, il se plierait plus aisément aux exigences d'une vie nouvelle.

Il ne faiblit pas devant cette nécessité et demanda à quitter son cher Ploërmel, à s'éloigner du théâtre des jeux de sont enfance, pour aller s'enfermer au collège de Vannes. L'idée fut trouvé bonne ; la mère et les deux enfants partirent à pied, suivis d'une voiture portant les malles et les meubles. Son frère et lui devaient ajouter à la réputation déjà grande de l'institution qui les reçut. En 1831, époque où le poète Brizeux en sortait, le recteur demandait l'exemption de rétribution pour cinq élèves remarquables par leurs succès et leur conduite; parmi eux se trouvaient Jules Simon et les deux Guérin. Ils commençaient ainsi à venir en aide à leur mère.

Les résultats de l'entretien avec son oncle avaient été décisifs et s'affirmaient de façon si positive qu'ils devaient être définitifs. Alphonse Guérin comprit, ce jour-là, que le travail auquel il pensait si peu était son devoir, et devint laborieux. Il le fut toute sa vie, et devait dans ses dernières années, en donner un rare exemple.

Lorsque la limite d'âge qui est imposée aux chirurgiens des hôpitaux l'obligea, en 1879 à quitter son service de l'Hôtel-Dieu, il voulut profiter des loisirs de la retraite pour se livrer à des recherches anatomiques et physiologiques.

Et, comme il le disait en 1893 devant la Société de chirurgie, il demanda à ses collègues de lui apprendre à pratiquer les opérations nouvelles, afin de compléter son éducation chirurgicale. Le vieux chirurgien allait passer dans le services des jeunes les matinées qu'il ne pouvait plus consacrer au sien.

Aussi cette période de la vie, qui d'ordinaire est celle du repos fut-elle féconde; ses publications furent nombreuses. Il communiquait à l'Académie des sciences, les résultats de dissections particulièrement délicates, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences dans sa session de Bordeaux, des recherches physiologiques d'un très haut intérêt sur la communauté de la circulation, et c'est en juillet 1893 qu'il lisait devant l'Académie de médecine sa très importante note sur l'action des réflexes nasaux, sur l'arrêt du cœur pendant la chloroformisation. Le zèle du travailleur ne s'était pas ralenti, l'ardeur du savant ne s'est jamais éteinte.

Alphonse Guérin était bien de ceux qui aiment passionnément notre profession, qui chaque jour s'y attachent davantage et ne sauraient s'en dégager, sans éprouver les plus grands regrets. Cependant, il y était entré sans en avoir eu le désir, par pure raison, sans la moindre vocation. C'est à une nouvelle intervention de son oncle que fut due la décision qui le fit étudiant en médecine.

Ploërmel a un trop glorieux passé militaire pour que ceux qui y naissent et y commencent la vie, ne ressentent pas son influence. Alors que depuis de si longues années les rameaux du chêne qui abrita les héroïques compagnons de Beaumanoir, sont desséchés, on grandit encore à son ombre. Les noms inscrits sur l'obélisque qui le remplace, de même que la vue du Champ des Anglais, parlent vivement aux jeunes imaginations et les péripéties chevaleresques du Combat des Trente, qu'aucun Français n'ignore, sont encore moins oubliées ici.

Alphonse Guérin voulait être soldat, soldat de terre ou, comme tant de Bretons, soldat de mer. Il se préparait à l'école navale de Lorient lorsque M[me] d'O'Neil, une cousine de sa mère, religieuse tenant la pharmacie à l'hospice civil et militaire de Bourbon-Vendée, lui fit proposer une place d'interne en médecine.

La lutte fut douloureuse, nous dit encore M. Reclus. Accepter c'était rompre avec ses goûts les plus chers, avec des goûts qui jamais ne l'abandonnèrent, briser bien des rêves d'avenir. Mais cette fois encore l'oncle parla de la mère; il lui fit comprendre que la carrière qui s'offrait le mettrait beaucoup plus tôt que l'état militaire à même de subvenir à ses besoins. En s'adressant au fils, il était sûr de convaincre; toutes les hésitations cessèrent. Ce fut ainsi, que l'amour filial donna Alphonse Guérin à la chirurgie française.

De fait, il commençait ses études sous la meilleure égide. Il avait la religion du devoir, l'amour du travail; une volonté persévérante. Ce sont là pour l'avenir de la plupart des professions, et pour la nôtre en particulier, les qualités essentielles. Elles tiennent lieu de vocation, elles la fécondent lorsqu'elle existe. Quand on les possède la réussite est assurée; on va plus ou moins loin, tout dépend de leur degré. Le chemin parcouru par Alphonse Guérin montre qu'il les avait au plus haut point.

La chirurgie française était alors dans une de ses phases les plus brillantes et les plus troublantes.

C'est dans notre pays que se poursuivit surtout l'œuvre destinée à donner en leur forme définitive les bases sur lesquelles s'est édifiée notre science.

La préoccupation principale des chirurgiens de la première

moitié de ce siècle, leur continuel objectif, avait été le perfectionnement du diagnostic et l'étude approfondie de ce qu'ils appelèrent « la médecine opératoire ». Leur méthode avait été anatomique, le moyen de la mettre en œuvre, la création et la culture d'une science nouvelle : l'anatomie chirurgicale ou topographique. Le traité de Velpeau; bientôt après celui de Blandin avaient présenté, pour la première fois dans son ensemble, l'étude de cette partie de notre science; ils en avaient assuré le complet développement.

La réglementation précise de l'art obligatoire fut la naturelle conséquence de ces travaux et le diagnostic chirurgical, au moins pour sa partie anatomique, y trouvera des règles positives : l'on a pu dire que celui de toute une catégorie de tumeurs avait été débrouillé par Velpeau. La prédilection de pour ce genre de travaux, assurait la continuité du progrès. La chirurgie marchait d'un pas sûr, vers l'apogée de son évolution anatomique. Alphonse Guérin ne pouvait manquer d'y largement contribuer.

Son traité de chirurgie opératoire devint l'un de nos livres les plus classiques et six éditions n'en épuisèrent pas le succès. Deux volumes importants de leçons cliniques, montrèrent qu'aussi bien dans l'art d'opérer que dans l'art de diagnostiquer les maladies, il était passé maître. Son exceptionnelle habileté et son savoir lui avaient fait conquérir un des premiers rangs parmi ses contemporains. L'œuvre dont il nous reste à vous entretenir transmettra son nom à la postérité.

Les belles conquêtes qui grandissaient la science chirurgicale permettaient à ses adeptes de reconnaître le mal, d'en bien apprécier le siège et l'étendue, par suite, de l'attaquer en toute connaissance de cause, avec une hardiesse justifiée ; elles ne leur donnaient cependant qu'un pouvoir imparfait.

De terribles catastrophes le démontrent. Nul n'était sûr du résultat de ses interventions, le sort des opérés, quels que fussent les soins et la sollicitude dont on les entourait, était à la merci de l'infection purulente. Ce fléau se jouait de tous les efforts, il défiait la science et l'habileté des plus expérimentés.

La chirurgie, malgré qu'elle devînt chaque jour plus consciente de ses forces, plus désireuse de les employer, ne rendait pas les services dont sa marche progressive pouvait déjà faire prévoir l'étendue. Retenue dans son essor, elle n'utilisait qu'une partie de son pouvoir et le découragement étreignait souvent les plus énergiques.

Les recherches qui se poursuivaient, avec une ardeur et une persévérance qu'il est facile de comprendre, pour arriver à connaître la nature de ces accidents meurtriers et les combattre utilement, étaient elles aussi « surtout anatomiques ». Il ne pouvait en être autrement à une époque où ce qu'on appelle le « solidisme » avait triomphé de « l'humorisme. »

Alphonse Guérin n'hésita pas cependant à se poser en adversaire de la théorie régnante qui était celle de l'inflammation des veines. C'est dans sa thèse inaugurale, en 1845, qu'il osa s'attaquer à la doctrine de la phlébite et lui opposer celle que depuis lors il ne cessa de défendre.

En venant dès l'abord se mesurer avec un ennemi qui semblait invincible, il mettait au service de la chirurgie, les qualités qu'il avait désiré utiliser dans une autre carrière. La décision de son caractère, ses instincts de combativité et sa ferme volonté, s'affirmaient dans le choix d'un sujet aussi rempli de difficultés.

Celui du terrain où il lui paraissait possible de vaincre, donnait la preuve de la sûreté de son jugement, de la pénétration de son intelligence.

Les fortes études qui avaient conduit l'étudiant à l'internat et lui avaient fait obtenir au concours le titre envié d'aide d'anatomie de la Faculté permettaient au nouveau docteur d'avoir une conviction très arrêtée.

Pour lui, la cause de l'infection purulente devait être cherchée non dans la production du pus dans les veines sous l'influence de leur irritation inflammatoire, comme le voulait Dance, ou dans l'absorption directe du pus dans la plaie comme le professait Velpeau, mais dans une altération du sang de même nature que celle des fièvres graves, altération déterminée par des miasmes répandus dans l'atmosphère.

Il admettait que l'air servait de véhicule à une substance qui n'était « ni visible, ni tangible », mais dont les effets dénonçaient l'existence. Ces effets qui aboutissaient à une infection se produisaient principalement à la suite de l'absorption exercée par la plaie.

« Des idées que je viens de soutenir, disait-il en concluant, découle un principe de la plus haute importance en thérapeutique chirurgicale, c'est que l'on aura chance d'échapper à l'infection purulente toutes les fois qu'on ne laissera pas une plaie au contact de l'air. » Et il terminait par ces lignes :

« Je n'ajouterai rien à cette observation prophylactique que je viens d'énoncer et qui me semble devoir être féconde en bon résultats, pourvu qu'elle ait quelque retentissement. »

Ce retentissement qui a été si grand devait longtemps se faire attendre.

La conception « d'une fièvre purulente », l'hypothèse « d'une substance invisible et non tangible » capable de la produire, étaient trop éloignées de la direction presque exclusive donnée aux esprits par des méthodes d'ailleurs fécondes. Elle était en complet désaccord avec les idées doctrinales régnantes, avec la pratique adoptée pour le traitement des plaies. Nous étions, malheureusement si éloignés de croire qu'il fallait chercher dans la réforme des pansements le remède des accidents consécutifs aux opérations ! Sur ce point, les doctrines de l'Académie de chirurgie continuaient à nous régir. Rien ne devait prévaloir contre elles, tant que l'on ne pût invoquer pour rendre compte des actions perturbatrices, qui retardaient la cicatrisation de plaies et s'opposaient à la guérison des opérés, que « l'action de substances invisibles et non tangibles ».

Il fallut attendre qu'elles prissent corps. Les admirables révélations de Pasteur pouvaient seules prouver que ceux qui avaient dénoncé la cause du mal sans le connaître avaient eu une véritable prescience.

Alphonse Guérin ne pouvait, on le comprend, manquer d'être fortement impressionné par ces merveilleuses découvertes. Il y vit de suite la confirmation de sa pensée, la possibilité de réaliser l'espoir, toujours conservé, de vaincre l'ennemi qui opprimait la chirurgie.

Les miasmes dont il parlait sans cesse, ces émanations subtiles absorbées par les plaies et qui empoisonnaient le sang, devaient être des ferments; les ferments devaient engendrer l'infection purulente.

Il importait que ces déductions, qui se présentaient naturellement à un esprit aussi bien préparé que le sien, fussent soumises au contrôle de la clinique. Son élève le Dr Dibos fut chargé de soutenir cette opinion dans sa thèse inauguré en 1868 et lui-même vint la défendre devant l'Académie de médecine et dans les notes lues devant l'Académie des sciences : *Sur le rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales*.

Il pouvait parler alors avec certitude et généraliser l'influence qu'il attribuait à ces agents. Nous étions en 1875 et le pansement ouaté, après avoir été expérimenté pour la première fois, le 1er décembre 1870, à Saint-Martin, avait depuis été largement et heureusement employé.

Ainsi que l'a écrit et l'on peut dire proclamé Alphonse Guérin, ce furent les expériences de Pasteur sur l'action filtrante de l'ouate, qui l'amenèrent à essayer de renfermer les plaies sous d'épaisses couches de cette substance. Il espérait avec juste raison que les corpuscules de l'atmosphère y resteraient emprisonnés et seraient arrêtés dans leur marche vers la plaie, comme ils étaient empêchés de pénétrer dans les ballons bouchés avec du coton.

L'air filtré et complètement purifié deviendrait inoffensif, les plaies ne pourraient plus souffrir de son contact. L'application « de ce moyen prophylactique » devait, ainsi qu'il l'avait prévu, être féconde en bons résultats.

La genèse du nouveau pansement n'avait pas été spontanée. Une idée géniale lui donnait naissance, mais elle n'était venue à l'esprit de l'auteur de la découverte qu'après de longues méditations et sous l'influence de la foi inébranlable qu'il avait conservée dans sa conception des causes de l'infection purulente.

On comprend donc qu'Alphonse Guérin tint autant qu'il l'a dit à la doctrine qui l'avait inspiré. Non seulement elle l'avait conduit à une découverte de premier ordre, mais à la conception très nette de l'influence des germes dans les maladies chirurgicales, alors que la doctrine microbienne n'était pas encore constituée. Sans doute, nous le savons aujourd'hui de façon positive, l'air, que tous accusaient au début, n'est pas, tant s'en faut, le

véhicule principal des agents pathogènes qui arrivent à la plaie. Mais tout ce que nous avons appris, aussi bien au point de vue scientifique que du côté pratique, n'amoindrit pas la valeur de l'œuvre dont nous parlons.

Les acquisitions nouvelles et précieuses que nous avons faites, la somme plus étendue de nos connaissances, ne font que mieux préciser son rôle dans la révolution maintenant accomplie. Elle y a contribué dans une mesure que ceux qui écriront l'œuvre de la chirurgie moderne, considéreront Alphonse Guérin comme l'un de ses fondateurs.

Ainsi que vous pouvez le lire sur le socle de ce monument, c'est du mois de mars 1871 que date la généralisation de l'emploi du pansement ouaté. Alphonse Guérin avait quitté l'hôpital, où il fit un service supplémentaire pendant toute la durée du siège; resté à Paris pendant la commune, il se consacrait entièrement à son service de l'hôpital Saint-Louis : c'est là qu'il appliqua son pansement. Les salles de ce grand établissement avaient mérité une détestable réputation. Malgré ces conditions néfastes, l'on vit les guérisons se succéder, au point de devenir la règle, alors que le résultat des opérations n'avait cessé d'être désastreux même avant la guerre.

Les circonstances dans lesquelles fut démontrée avec tant d'éclat la puissance de méthodes capables de s'opposer aux redoutables conséquences de la contamination des plaies ajoutaient à l'émotion dant nous fûmes tous saisis en apprenant les magnifiques guérisons obtenues par Alphonse Guérin.

Ainsi qu'il l'a dit éloquemment dans un de ses discours, les chirurgiens n'avaient pas seulement la douleur de voir leur pays envahis, ils avaient le chagrin de voir mourir tous les malades qu'ils opéraient. Au découragement dont je parlais tout à l'heure, et dont nous avions dû nous résigner à subir les atteintes, succédait une véritable désespérance. Il était temps que la brillante victoire qui venait récompenser un des nôtres nous prouvât que ce n'était pas en vain que tant d'hommes d'élite s'étaient consacrés à l'avancement de la chirurgie. Son bienfaisant pouvoir s'exercerait désormais dans toute son étendue, il nous était enfin permis de l'espérer.

Les résultats obtenus par un pansement fondé sur une théorie scientifique en apportaient la promesse. Les guérisons que nous avions sous les yeux et qui n'étaient pas sans nous étonner, avaient été prévues. L'application de la méthode d'Alphonse Guérin, ouvrait en France l'ère nouvelle de la chirurgie.

Les premiers résultats de la pratique du maître furent bientôt réunis par un de ses internes, son collaborateur dévoué, M. le Dr Raoul Hervey. Le travail qu'il publia en 1871, de même que sa thèse inaugurale en 1874, fournissent des chiffres qui donnent des preuves éclatantes de l'excellence de la méthode; la pratique des chirurgiens des hôpitaux de Paris la confirma et je crois qu'il m'est permis de dire, qu'il en fût ainsi de la mienne. Beaucoup d'autres travaux, de nombreuses discussions n'ont fait que mieux établir que le pansement ouaté permettait de triompher d'une maladie infectieuse au premier chef.

L'auteur, lorsqu'il a écrit le livre où il étudie sa méthode, a pu montrer les remarquables services qu'elle avait rendus, constater les heureux changements survenus dans la pratique de la chirurgie et l'influence exercée sur l'esprit des chirurgiens. Ce n'est pas parce qu'ils ont douté du pouvoir du pansement ouaté qu'ils ont employé le pansement de Lister : l'une et l'autre méthodes ont leurs indications.

Ainsi que l'a dit M. Lucas-Championnière, lors des obsèques de notre éminent collègue, le pansement de M. Guérin avait « constitué une découverte clinique prodigieuse, une sorte de chef-d'œuvre d'expérimentation ». Et le chirurgien qui a suivi dès 1867 les premiers pas de la méthode de Lister, qui nous la signalait en 1869, mais qui ne nous l'a fait connaître que depuis 1875, qui en a été dès lors l'initiateur parmi nous et l'a apprise, avec un zèle que rien n'a ralenti, à ses nombreux élèves; le chirurgien si compétent dont chacun reconnaît l'autorité et apprécie la valeur, n'hésitait pas à prévoir « un prochain retour à la méthode puissante inaugurée à l'hôpital Saint-Louis par un inspirateur de génie ».

Cette même opinion avait été exprimée par M. le professeur Félix Terrier. Au moment où ce chirurgien célèbre inaugura son enseignement de la médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, il voulut que la seconde leçon de son cours fût consacrée tout entière à l'histoire, à l'étude et à l'appréciation du pansement ouaté. Les qualités qu'il réunit en font à son avis « le pansement de guerre par excellence »; il déplore que cette vérité n'ait point été suffisamment entendue, malgré l'opinion de chirurgiens militaires que le Dr Védrènes, malgré le vœu d'Alphonse Guérin.

C'était un de ses désirs les plus chers que de réaliser pendant les campagnes, à l'aide de son pansement, « la protection de la blessure et celle du blessé ». Le pansement ouaté, il s'est attaché à le prouver, supprime la douleur. Les membres amputés ou fracturés peuvent être violemment heurtés, lorsqu'ils sont sous son abri, sans que les malades se plaignent. Le pansement ouaté, suivant l'expression de son auteur équivaut à « un emballage. » Assurer ces soins aux malheureux soldats que les nécessités du combat obligent à subir les rigueurs des transports successifs, dans les diverses formations sanitaires, devait tenir bien fortement au cœur de celui qui regrettait encore de ne pas s'être tout entier consacré à l'armée.

Nous le disions au début de ce discours, Alphonse Guérin avait au plus haut point la compassion de la souffrance. Sans doute l'influence maternelle avait dû contribuer à développer ses qualités affectives, comme elle avait si manifestement dirigé l'utilisation de celles qui devaient le conduire à la renommée. Je ferais mal son éloge, si je le terminais sans associer à la gloire du fils le souvenir de la mère. Les mères dont le rôle dans l'éducation est toujours si grand, savent, lorsque les circonstances leur en donnent toute la responsabilité, trouver en elles-mêmes des ressources nouvelles. Mme Guérin, restée veuve avec deux garçons en bas âge, se dévoua à sa tâche, travailla pour les élever, et ses exemples leur montrèrent le chemin qu'il convient de suivre pour accomplir les devoirs que la vie nous impose.

Le frère aîné parvint lui aussi aux sommets de sa profession; il avait choisi la magistrature et devint premier président, puis conseiller à la Cour suprême. Il a survécu et il entoure du culte le plus touchant la mémoire du jeune frère qu'il admire. J'en appelle à ceux qui ont été les témoins de la sollicitude avec laquelle il a pris part à l'organisation de cette fête.

Il y assiste, et, parmi tous les souvenirs qu'elle évoque, doivent se présenter, dans toute leur fraîcheur, ceux des jours passés à Ploërmel, ceux de l'enfance libre, joyeuse et bruyante. Les batailles entre camarades étaient, paraît-il, le jeu favori des deux frères. Souvent le combat était précédé d'un défi; on se mesurait sous les yeux d'un juge de camp; il m'a raconté qu'un jour, dans une de ces rencontres, Frédéric faiblissait sous l'étreinte d'un ennemi plus fort; Alphonse assistait à la lutte et s'écriait haletant : « Courage, mon frère, ou l'honneur des Guérin est perdu ! »

Cet honneur, dont l'un et l'autre avez été les vigilants gardiens, brille maintenant de l'éclat le plus vif et vous pouvez en être fier, monsieur le conseiller. Mais il ne vous appartient plus entièrement. Il fait partie de celui de la France, il est celui de la chirurgie de notre pays, de la chirurgie tout entière, et la ville de Ploërmel ouvre aujourd'hui son livre d'or pour y inscrire le nom d'Alphonse Guérin auprès de ceux qui ont illustré la vieille cité bretonne.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Jules Rochard. Née en 1819, Rochard fit sa carrière dans le corps de santé de la marine, et il y parvint au plus haut grade. Son talent incontestable lui fit faire une place importante dans plusieurs de nos corporations médicales civiles, et c'est ainsi qu'il fut membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, du Conseil d'hygiène. Orateur discret, écrivain brillant, il fit des études remarquées sur l'hygiène, il publia un livre à lecture attachante sur l'état de la chirurgie dans la première moitié du XIXe siècle, il prit part aux discussions de la Société de chirurgie, en particulier sur les polypes nasopharyngiens. Et, de plus, il laissera parmi nous le souvenir d'un homme affable et bienveillant. A. B.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement de la cystite douloureuse par le curettage vésical chez la femme,

Par le Dr G. Camero.

La cystite chez la femme, et en particulier la cystite douloureuse, est depuis longtemps déjà étudiée par le professeur Guyon et ses élèves. Dans les cas graves, la vraie thérapeutique, comme l'a montré M. Hartmann en 1887 dans sa thèse, consiste à pratiquer la cystotomie, vaginale ou sus-pubienne. Mais avant d'en arriver là, après échec avéré du traitement médical et des instillations (1), on peut avoir recours à un procédé de moindre gravité chirurgicale, le curettage par les voies naturelles.

Les lésions de la cystite sont en effet le plus souvent localisées au pourtour du col et du trigone, elles sont pendant un temps assez long assez superficielles; et ce n'est que dans les cas extrêmes que s'établissent ces altérations de cystite interstitielle qui semblent au-dessus des ressources thérapeutiques.

Pour longtemps, et même avec des douleurs intenses, on note que la muqueuse n'est intéressée que dans une assez faible profondeur et que le reste de la vessie est peu malade.

A ces cas correspondent des améliorations très nettes à la suite du curettage vésical.

Chez l'homme le curettage vésical est pratiqué à travers une boutonnière et une dilatation périnéale, c'est déjà une opération un peu complexe bien qu'assez simple.

Chez la femme l'opération est encore plus simple, nous indiquerons tout à l'heure avec détails la technique de M. Guyon.

Au curettage sont associés les grands lavages (1) à l'aide de la sonde à lithotritie, mais sans chercher à distendre la vessie qui est douloureuse, musclée, et pourrait se rompre. On sait, et M. Guyon insiste beaucoup là-dessus, que ce sont ces vessies douloureuses qui se rompent le plus facilement quand on les met en contraction en voulant les distendre; ces lavages nettoient le champ opératoire et enlèvent les débris du curettage.

Enfin une sonde à demeure est placée, qui restera de 15 jours à 3 semaines, et contribuera à la cure de la cystite.

On a même attribué à la sonde à demeure, au drainage permanent, le côté prépondérant dans l'amélioration. Telle est l'opinion que défend le Dr Legueu (2) dans un article des *Annales génito-urinaires*; telle n'est pas l'opinion de M. Guyon qui garde au curettage par lui-même le premier rang.

Nous avons relevé 29 observations de curettage vésical par l'urèthre chez la femme. En voici le résultat en bloc : 19 résultats favorables et 10 insuccès complets. C'est-à-dire 65,5 p. 100 de résultats favorables et 34,5 p. 100 d'insuccès.

Les bons résultats du curettage méritent donc de fixer notre attention.

Il est bon aussi d'observer que, de même que la cystotomie, le curettage prépare quelquefois dans la vessie des modifications qui rendent possible les traitements plus simples et qu'à ce titre aussi il est bon.

Est-ce à dire que dans les cas extrêmes il soit toujours suffisant et qu'il faille toujours le préférer à la taille ? il s'en faut, et celle-ci conserve ses indications. Mais, comme nous l'avons entendu dire par M. Guyon dans une de ses leçons cliniques inédites, la cystite peut comporter des opérations moins sérieuses que la taille, et parmi les moyens thérapeutiques qui doivent être mis en usage quand les traitements simples ont échoué, le curettage est un des meilleurs; il sera toujours temps de pratiquer la taille, si le curettage vésical a abouti à un échec; mais actuellement M. Guyon se borne de plus en plus à des traitements simples pour la cystite douloureuse, le curettage vésical à cet égard en est un. Voyons donc la technique du curettage tel que le pratique M. Guyon chez la femme, par l'urèthre.

Les résultats sont indiqués par le tableau suivant (3) :

Cystite et néphrites tuberculeuses.	Amélioration passagère.	1
	Insuccès	3
Cystite doul. tuberculeuse.	Grande amélioration persistante	5
	Amélioration	4
	Insuccès	1
Cystite doul. (tuberculeuse?)	Insuccès (2 fois)	1

1. Voir *Gazette*, 1896, p. 65, 142, 261 et 863.

1. M. Guyon a essayé, tant chez l'homme que chez la femme, de traiter les cystites par les grands lavages analogues aux lavages de la lithotritie : ces lavages se pratiquent sans autre traitement; il a fallu y renoncer car l'amélioration était achetée au prix de douleurs très vives durant 5 à 6 jours après la séance; les résultats étaient d'ailleurs insuffisants. Nous en relevons une observation.

2. F. Legueu, Drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 1065 et suiv.).

3. Les observations ont paru *in extenso* dans la thèse de M. Camero (Paris, 1895-96, n° 452).

Cystite très doul. Polype uréthral et néphrite.	Insuccès.	1
Cystite doul. et néphrite.	Insuccès.	1
Cystite doul. avec salpingite et néphrite.	Insuccès.	1
Cystite pachydermique extrêmement doul.	Insuccès	1
Cystite fongo-vasculaire chroniq.	Grande amélioration persistante.	1
Cystite douloureu.	Grande amélioration. .	6
	Amélioration.	1
	Insuccès.	1

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire que nous donnons ici est celui de M. le professeur Guyon, tel qu'il l'a exposé dans une leçon clinique inédite, et tel que nous l'avons vu pratiquer par lui-même.

Il consiste dans la combinaison du curettage et du grand lavage de la vessie.

La malade est endormie au chloroforme après une piqûre de morphine.

On introduit une sonde de lithotritie et on fait avec une solution d'acide borique additionné pour 1/10 d'une solution de sublimé sans alcool au 1/1000 (ce qui fait du sublimé au 1/10 000), un lavage en poussant assez vivement 1/3 ou 1/4 des seringues en verre modèle Guyon; on fait entrer ainsi plusieurs fois de suite 50 à 60 grammes de liquide. On pousse vivement et de la sorte on fait un lavage qui nettoie la vessie sans la distendre.

Plusieurs seringues seront ainsi employées à laver la vessie avant de commencer le curettage.

Ensuite on introduit par l'urèthre une curette de Volkmann de dimension moyenne; celle-ci dans la vessie est tenue de la main droite, pendant que l'index de la gauche est dans le vagin, la pulpe tournée vers la cloison vésico-vaginale. Sur le doigt gauche on racle à la curette la vessie, on sent parfaitement le travail de la curette, et on doit entendre crier le tissu vésical, non pas aussi nettement sans doute que l'on perçoit le cri utérin dans le curettage de cet organe, mais suffisamment.

Primitivement M. Guyon cherchait à curetter toute la vessie, c'est peu facile; mais frappé de la localisation des lésions au trigone et au pourtour du col. M. Guyon s'est limité à ces points.

La moitié de la vessie est ainsi curettée avec le plus grand soin, on fait jouer la curette sur la partie moyenne puis sur les parties latérales que tend à mesurer et soutient l'index vaginal.

Entre temps on a sorti une fois la curette, et pratiqué avec la sonde de lithotritie une nouvelle série des lavages de vessie indiqués plus haut.

La curette est reportée dans la vessie et le curettage de tout le plan inféro-latéral pratiqué.

On peut avoir pratiqué tout ce temps avant de faire le second lavage, mais si on a fait le curettage inférieur en deux temps il faut de nouveau laver la vessie.

On laisse ensuite évacuer tout le contenu de cet organe, avant de procéder au curettage du reste de la circonférence du col, en particulier de la région supérieure.

La vessie doit être vide pour qu'on puisse faire ce temps de l'opération; la curette de Volkmann introduite de nouveau, le manche abaissé, le tranchant de la curette ramené en avant vers le pubis, on peut refouler un peu la vessie par la main gauche placée sur l'hypogastre, mais le plus souvent c'est le pubis qui fait le plan de soutien. On gratte alors tout le pourtour du col comme il a été fait pour la face inférieure. On pratique ensuite une série de lavages comme plus haut.

Il faut enfin, si on ne l'a fait en curettant le col, curetter l'urèthre; on peut d'ailleurs s'éviter un temps spécial en ramenant la curette sur l'urèthre quand on fait le curettage inférieur et le curettage supérieur. Si on a fait pour l'urèthre un temps spécial, on fera de nouveau une série de lavages.

Puis on installe à demeure une sonde. Le modèle employé est celui du Dr de Pezzer, avec champignon, qui tient toute seule dans l'urèthre.

On la laissera 15 ou 20 jours en ne pratiquant des lavages qu'après quelques jours et en s'assurant qu'elle donne un écoulement régulier.

Du reste quand la sonde fonctionne insuffisamment les malades souffrent.

Au cours de ces interventions on n'a jamais noté d'accident; il ne saurait d'ailleurs s'en produire pour peu que l'on soit attentif. Une manœuvre brutale pourrait seule amener la perforation de la vessie. L'hémorrhagie est peu abondante et s'arrête seule. Les douleurs consécutives ne se produisent que si la sonde fonctionne mal.

Tel est le manuel opératoire du curettage vésical; rappelons en terminant ce que disait M. Guyon dans sa clinique : après l'intervention on ne guérit pas complètement la cystite, mais on la rend apte à guérir par les autres traitements topiques qui ne pouvaient être supportés antérieurement. Cette intervention est simple, facile, à la portée de tous, elle est souvent efficace et laisse toujours en cas d'insuccès la possibilité d'avoir recours à un traitement opératoire plus complexe, la taille vésicale.

Conclusions. — Les conclusions de cette étude peuvent se formuler ainsi :

1° La cystite douloureuse est une affection particulièrement fréquente chez la femme;

2° Le traitement peut consister dans le traitement de l'utérus et de ses annexes, dans le traitement général;

3° Le traitement local de la cystite, facile dans les cas légers, devient insuffisant dans les cas un peu accentués;

4° Le traitement chirurgical proprement dit devient nécessaire dans les cas où la douleur s'accentue;

5° La taille vésicale, en particulier la colpocystotomie, sera réservée aux très grands cas;

6° Très souvent on obtiendra la guérison ou la préparation à la guérison au moyen de topiques locaux, en faisant le curettage de la vessie par l'urèthre.

7° Cette opération est facile, simple, elle n'exige aucune opération complémentaire, et donne de bons résultats.

REVUE DES CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 31 août au 5 septembre 1896.

Incontinence d'urine chez les accouchées.

M. Planellas. — Chez certaines accouchées l'incontinence d'urine est telle qu'au premier moment on est tenté de croire à l'existence d'une fistule vésico-vaginale, dont il est facile de démontrer l'absence par des injections intravésicales de liquides colorés.

L'incontinence peut se produire soit par traumatisme, soit par infection. Dans le premier cas, il y a parésie primitive du plan musculaire de la vessie et de son sphincter ; dans le second, elle prend indirectement naissance par l'infection de la muqueuse, s'accomplissant alors d'après la loi de Stokes.

Le traitement de l'incontinence d'urine des accouchées doit être causal, c'est-à-dire qu'il doit viser à atténuer les conséquences du traumatisme ou de l'infection. Dans tous les cas on associera l'emploi des excitants musculaires de la vessie, comme la noix vomique, par exemple, mais il faudra en surveiller attentivement l'action physiologique.

Tuberculose miliaire aiguë de la mère; infection tuberculeuse intra-utérine du fœtus vérifiée par l'inoculation.

MM. Doléris et **Bourges** (de Paris) ont observé un nouveau cas d'infection tuberculeuse congénitale.

Il s'agit d'une jeune femme qui accouche prématurément après 3 jours de malaise et de fièvre. L'état infectieux de la mère s'aggrave bientôt et la mort survient 3 semaines après l'accouchement. L'autopsie confirme le diagnostic de tuberculose miliaire généralisée

L'enfant, qui vint à 7 mois, se nourrit mal, maigrit, et succombe au bout de 15 jours sans présenter d'autre symptôme bien marqué qu'un amaigrissement extrême. L'examen nécroscopique est négatif quant à la tuberculose. On recueille alors 2 centim. cubes de sang du cœur, qu'on inocule à un cobaye, le sérum (environ 2/3 de centim. cube) dans le péritoine, et le caillot, qui est gros comme une forte noisette sous la peau du ventre. Au point d'inoculation sous-cutanée se forme un abcès qui se vide 10 jours après ; mais la cavité ne se referme pas et il persiste un petit chancre d'inoculation avec adénite inguinale.

48 jours après l'inoculation, on sacrifie le cobaye, qui paraît bien portant, quoiqu'il conserve son chancre et ses adénopathies. Au-dessous de l'ouverture cutanée du chancre on trouve une masse caséeuse offrant le volume d'une petite noisette. L'examen de cette masse caséeuse par la méthode de Ziehl montre qu'elle contient des bacilles tuberculeux. Les ganglions inguinaux sont aussi caséeux. La divisions des bronches et les ganglions lymphatiques sont tuméfiés, mais ne présentent pas de foyer caséeux. La rate est parsemée de granulations tuberculeuses contenant des bacilles dant la vérification est faite par la méthode de Ziehl.

L'examen histologique des organes du du fœtus a été négatif.

Ce fait est à rapprocher des cas dans l'esquels tous les organes du fœtus paraissent indemnes de tuberculose et où cependant l'inoculation expérimentale fut positive.

La présentation de la tête et le mécanisme de son engagement.

M. R. de Seigneux (de Genève), en s'appuyant sur l'étude de 80 cas, arrive aux conclusions suivantes :

Contrairement aux doctrines courantes, la tête ne s'engage nullement d'après un mécanisme déterminé, toujours le même ; mais les trois modes de présentation, aussi bien la présentation du pariétal antérieur que celle du pariétal postérieur et que la présentation synclinique se rencontrent également.

Les dimensions du bassin n'ont, par elles-mêmes, aucune influence sur la genèse du mode de présentation.

L'inclinaison de l'utérus sur le plan du détroit supérieur lui semble, par contre, avoir une action manifeste sur l'inclinaison initiale de la tête. Cette inclinaison de l'utérus, loin d'être constante, varie dans de très grandes limites d'une femme à une autre, en partie suivant l'état de tension ou de relâchement des parois abdominales, et l'inclinaison particulière de l'utérus dans un cas donné donnera naissance à l'un ou l'autre des trois modes de présentation, c'est-à-dire qu'à une inclinaison postérieure de l'axe utérin correspondra une présentation du pariétal postérieur, à une inclinaison postérieure l'obliquité de Naegelé, et qu'il y aura enfin synclitisme si les deux axes utérin et pelvien s'emboîtent l'un l'autre.

La relation qui existe entre le mode de présentation et l'inclinaison de l'utérus sur le plan du détroit supérieur explique le fait que chez les primipares on observe beaucoup plus fréquemment la présentation du pariétal postérieur que celle du pariétal antérieur, tandis que chez les multipares c'est l'inverse. Chez un grand nombre de primipares, en effet, la tension et l'élasticité des parois abdominales maintiennent constamment la matrice pendant toute la durée du travail en inclinaison postérieure par rapport à l'axe pelvien. Chez la grande majorité des multipares, au contraire, les grossesses antérieures, en modifiant l'état des tissus, amènent ainsi la distension et le relâchement progressif des parois abdominales, dont la conséquence est une antéflexion plus ou moins prononcée de l'utérus et, par suite, l'obliquité de Naegelé.

La présentation du pariétal postérieur, loin d'être une présentation anormale et pathologique en elle-même, ainsi qu'on l'enseigne très généralement, est au contraire infiniment plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Sauf certains cas exceptionnels et pathologiques, l'engagement se fait aussi facilement de cette manière et sans plus de difficultés que lorsque la tête se présente au détroit supérieur en obliquité de Naegelé ou en synclitisme.

On sait que dans les cas de rétrécissement du bassin où la tête s'est engagée suivant le mécanisme de Naegelé, c'est le pariétal antérieur qui chevauche sur le postérieur. Ce dernier, s'il ne présente ni marques ni sillons provenant du promontoire, est cependant plus ou moins aplati et déprimé, tandis que le pariétal antérieur a conservé sa courbure normale. Il en résulte une déformation caractéristique de la tête dans le plan frontal, reconnaissable au premier coup d'œil. Dans les cas où le pariétal postérieur s'est engagé le premier, on observe une asymétrie inverse : c'est alors le pariétal antérieur que son passage derrière la symphyse a déformé, et le chevauchement dans la suture sagittale est précisément l'opposé de celui que l'on observe dans le cas précédent. Cette déformation pathognomonique se produit suivant la même règle dans les bassins normaux que dans les bassins rétrécis. Il faut toutefois, pour que cette déformation et ce chevauchement se produisent et qu'ils persistent après la naissance, que le bassin soit *juste*, c'est-à-dire que la tête éprouve de la part de ce dernier une résistance plus ou moins grande capable d'imprimer une déformation durable au pariétal qui s'engage en second lieu. Il en résulte que si dans les cas de bassins normaux on constate après la naissance, sur la tête de l'enfant nouveau-né, un chevauchement des pariétaux dans un sens ou dans l'autre et que l'on connaisse d'autre part la position occupée antérieurement par l'enfant dans l'utérus, on pourra faire, avec la plus grande certitude, de même que dans les bassins viciés, le diagnostic rétrospectif de la manière dont la tête s'est présentée au détroit supérieur.

Sur la dégénérescence graisseuse de la matrice pendant la grossesse.

M. Bossi a pu constater l'existence d'une dégénération graisseuse sur 3 utérus gravides enlevées au cours d'opérations obstétricales. Pour ces 3 utérus l'examen histologique a permis de constater une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. Sur des matrices de chiennes, il a pu suivre toutes les phases de cette dégénérescence.

Ces faits peuvent expliquer, dans une certaine mesure, es cas où l'on observe une involution utérine rapide après l'accouchement et ceux où l'on assiste à une inertie utérine primitive. Dans le premier cas, la dégénérescence serait peu accentuée ; dans le second, l'inertie serait due à une exagération de l'infiltration graisseuse des éléments musculaires de l'utérus.

Traitement de la rigidité du col de l'utérus, du conduit vulvo-vaginal et du périnée.

M. Coromilas conseille de procéder de la façon suivante :

La malade étant placée en position obstétricale ou dans le décubitus latéral gauche, le siège relevé, le médecin, après s'être enduit la main d'une pommade composée de 50 grammes de vaseline pour 3 grammes de cocaïne et 5 grammes d'antipyrine, introduit 4 doigts dans la partie postérieure du vagin, par des mouvements réguliers et demi-circulaires de droite à gauche. On obtient ainsi très rapidement une légère dilatation ; on glisse

ensuite 3 doigts de la main restée inactive, et on répète la même manœuvre; quand le vagin est dilaté au maximum, on enfonce les doigts jusqu'à ce que l'index, le médius et l'annulaire touchent le col de l'utérus et les culs-de-sac, puis on recommence les mêmes mouvements demi-circulaires tout en repoussant en arrière le périnée dilaté avec la paume de la main.

En s'appuyant sur les résultats de son expérience personnelle, M. Coromilas considère que la dilatation telle qu'elle vient d'être décrite permet d'éviter, dans les cas de rigidité du col, les déchirures de ce dernier ainsi que du périnée.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE CHIRURGIE

Séance annuelle tenue à Détroit les 26, 27 et 28 mai 1896.

Tuberculose des organes génitaux de la femme.

M. Vanderveer (d'Albany). — La tuberculose des viscères pelviens chez la femme s'observe à tous les âges. L'hérédité joue un rôle important. La tuberculoses des organes génitaux externes est rare; celle de l'utérus est bien plus fréquente; on peut s'en assurer en examinant au microscope les écoulement utérins et les produits des curettages. L'infection blennorrhagique se greffe souvent sur la tuberculose. L'infection tuberculeuse peut se faire par les doigts, les instruments, le coït. La tuberculose débute par les trompes puis elles envahit le corps et enfin le col utérin. Un col déchiré, une pelvi-péritonite, le traumatisme favorisent l'infection tuberculeuse. Les symptômes consistent en une irritation locale, une petite tumeur siégeant au voisinage de l'orifice dans le vagin, un écoulement utérin, etc. La tuberculose du col peut être prise pour un cancer.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. Mc Lane Tiffany (de Baltimore) a réuni 100 cas d'extirpation du ganglion de Gasser, opérés par 45 chirurgiens, dont 24 n'ont pratiqué cette opération qu'une fois. Chez les malades il y avait une diminution de la sensibilité et de la fonction lacrymatoire. Dans 2 cas Park (de Buffalo) a lié les carotides et il a eu 2 succès.

M. Keen (de Philadelphine). — Sur 2 de ces opérations j'ai eu 2 morts, dont l'une due à une infection et que par conséquent on aurait pu éviter. La haute mortalité que donne l'opération pour la névralgie faciale tient, je crois, à ce qu'elle est souvent exécutée par des opérateurs n'ayant pas une pratique suffisante. Chez 3 de mes opérés il y a eu des troubles de la cornée mais l'œil n'a pas été perdu. Je traite de la façon suivante les ulcères de la cornée: je suture l'une à l'autre les 2 paupières; puis je place au-devant de l'œil un verre de montre enchâssé dans un cadre en caoutchouc.

M. Fowler (de Brooklyn). — Chez un de mes opérés la névralgie a récidivé et cependant je suis absolument certain d'avoir enlevé le ganglion de Gasser. A l'autopsie j'ai trouvé un névrome sur le tronc nerveux dans le trou grand rond. Je suis absolument de l'avis de M. Keen qui veut qu'on protège l'œil d'une manière absolue. Chez un malade opéré par Norton, le ganglion de Meckel avait été complétement enlevé et cependant la douleur récidiva aussi vive au bout de 2 ans; la ligature de la carotide primitive amena une guérison permanente. Dans plusieurs cas, et notamment chez un malade qui avait de la déviation de la langue du côté où on l'avait déjà opéré, la ligature de la carotide a donné de bons résultats.

M. Parmentier (de Buffalo). — Une femme d'un certain âge qui avait de la névralgie faciale en même temps qu'un petit anévrysme de la carotide externe, fut complètement guérie par la ligature de la carotide primitive. J'ai également opéré avec succès un homme atteint de névralgie faciale et chez lequel 3 interventions chirurgicales antérieures n'avaient pas amené la guérison.

M. Weeks. — Je crois qu'avant de recourir à une intervention intra-crânienne, opération toujours très grave, il faut tenter une opération extra-crânienne. Pour moi je trépane la branche du maxillaire, je saisis le nerf dentaire inférieur et je l'arrache, méthode bien supérieur à la section.

M. Dandridge. — Il y a 2 ans 1/2 j'ai opéré un homme pour une névralgie faciale que j'ai guérie; mais il y a une atrophie des muscles de la face et il y a aussi une petite fistule conduisent sur de l'os nécrosé.

M. Fenger. — J'appelle votre attention sur ce fait que la ligature de la carotide primitive donne une mortalité de 18 p. 100.

M. Ransohoff. — La lésion n'est point localisée dans le ganglion de Gasser, mais dans les centres nerveux.

M. Keen. — Deux méthodes médicales paraissent avoir donné de très bons résultats contre la névralgie faciale: 1) celle de Dandrige, qui consiste à administrer des doses massives de strychnine; 2) celle d'Esmarch qui consiste à prescrire des purpurgatifs.

Péritonite tuberculeuse.

M. Abbe (de New-York). — Pour étudier cette maladie il est mieux de prendre pour point de départ le bacille que les lésions macroscopiques, lesquelles ont conduit à reconnaître une forme ascitique, une forme sèche et une forme caséeuse. Une éruption subite de tubercules sur le péritoine peut amener des symptômes aussi aigus qu'une péritonite due à n'importe quelle autre cause. Une apparition plus lente de ces tubercules peut donner en 3 ou 4 semaines une forme ascitique; enfin une action bacillaire moins virulente mettra des mois à amener l'ascite et l'amaigrissement. Dans d'autres cas, qui se distingueront peut-être par la voie spéciale qu'a suivie l'infection bacillaire, on aura la forme sèche ou adhésive avec fièvre hectique et amaigrissement rapide. Le bacille peut encore produire un épanchement de lymphe épaisse et de sérum à flocons qui rapidement deviendront purulents et formeront des gâteaux asymétriques d'épiplon épaissi encapsulant des collections purulentes. Les produits bacillaires se caséifient et il se produit des ulcérations et des fistules. Toutes ces phases de la maladie ne sont que l'histoire de la vie des bacilles et celle de leurs produits. Souvent au début la péritonite est la seule manifestation tuberculeuse que présente le sujet. Même dans les cas où il y a en même temps de la tuberculose pleurale, intestinale ou bronchique, une intervention opératoire peut amener la guérion de la péritonite. L'invasion du péritoine par les bacilles peut se faire à travers la paroi intestinale, par l'intermédiaire d'une typhlite ulcéreuse, par les trompes ou les ovaires, ou par le sang. La simple laparotomie peut guérir des péritonites tuberculeuses; il est bon de recourir à un lavage de la cavité avec une solution saline chaude. La forme ascitique n'est pas favorable, car d'une part le liquide agit comme un bouillon de culture et d'autre part il aide à la dissémination des bacilles. Cependant la congestion qui suit l'évacuation du liquide par la laparotomie et la réaction inflammatoire qui s'établit produisent une hyperplasie cellulaire qui encapsule le parasite et lui fait subir une dégénérescence.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Septembre 1896.

Présidence de M. Hervieux.

M. Debove lit un rapport sur un travail de M. Clozier (de Beauvais) intitulé: *Toxémie dans les troubles nerveux gastro-intestinaux.* M. Debove constate que dans cette pathogénie il s'agit d'une hypothèse que rien ne démontre.

M. Berdersky (de Kiew) fait une communication sur l'auscultation plessimétrique (voir *Gazette*, 1894, p. 190).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Epithélioma de l'ovaire.

M. Bérard présente des pièces provenant du service de M. le professeur Fochier.

La première est un *épithélioma de l'ovaire*, tumeur solide, encore encapsulée, du poids de 1 500 grammes, qui a été enlevée chez une *jeune fille de 16 ans*, vierge. Développement apparent très rapide et sans manifestations inquiétantes; depuis 3 mois seulement, la malade avait constaté l'augmentation de volume de son ventre, le seul signe objectif qu'elle relate. Menstruation régulière, les règles pourtant ont fait défaut le dernier mois.

A l'examen, tumeur dure, solide, mobile, remontant à l'ombilic, indépendante de l'utérus. Pas d'ascite cliniquement appréciable. Etat général bon. Laparotomie il y a 18 jours : opération simple. Extirpation de la tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche dégénéré en masse. L'ovaire droit présente des lésions minimes d'inflammation avec de petits kystes : à cause de la bilatéralité presque constante de telles tumeurs, M. Fochier enlève aussi cet ovaire par mesure de précaution.

Suites simples : la malade est actuellement en voie de guérison.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique par MM. Bard et Paviot, a démontré qu'on était en présence d'une tumeur épithéliale à cellules très jeunes, réparties dans de pseudo-alvéoles, comme on le constate habituellement dans le carcinome; origine probable dans les cellules du cumulus proligère.

L'ovaire droit ne présente au microscope que des lésions inflammatoires insignifiantes.

Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est surtout l'âge de la jeune malade, auquel il est exceptionnel de constater de telles tumeurs.

Myome utérin.

M. Bérard présente une *énorme tumeur myomateuse de l'utérus*, intéressante à la fois par les caractères cliniques qu'elle offrait et probablement aussi par les particularités de sa structure.

Elle a été également opérée par M. le professeur Fochier chez une femme de 49 ans.

Evolution remontant probablement à 4 ou 5 ans. Jamais de troubles de la menstruation. Plusieurs couches toutes normales, la dernière à l'âge de 23 ans. Ménopause l'année dernière.

A l'entrée dans le service, le ventre est gros, peu étalé; on délimite difficilement à travers la paroi, très épaisse, les contours d'une tumeur rénitente par place, même avec fluctuation nette, remontant au-dessus de l'ombilic. Les flancs sont sonores, la tumeur mate. Au toucher, le col se présente très élevé, cicatriciel; le corps de l'utérus, non distinct de la tumeur, a une profondeur de 6 millim. à l'hystéromètre, et une direction normale. Culs-de-sac libres.

Diagnostic probable : kyste de l'ovaire multiloculaire avec réserves pour un fibrome mou, bien que l'on n'ait nettement aucun des symptômes fonctionnels ou objectifs du fibrome utérin.

La laparotomie, pratiquée le 19 mars, conduit sur une énorme tumeur étalée dans l'abdomen, à surface rosée rénitente, presque fluctuante, sans adhérences aucunes et représentant l'utérus néoplasique. Ligaments larges, étirés; pédicule assez étroit, constitué par la partie inférieure du corps utérin. Hystérectomie à pédicule externe avec broches; la section porte sur un point de l'utérus dont la structure se rapproche de la normale. *La tumeur pèse 8 kilogs.*

Suites simples et satisfaisantes au point de vue opératoire.

A la coupe macroscopique de la tumeur, on voit la cavité utérine aplatie d'avant en arrière, profonde de 8 centimètres sur 10 de large et occupant la paroi antérieure de l'énorme tumeur. En arrière et en haut de cette cavité, complètement enveloppée d'une coque de tissu utérin, d'apparence normale, se trouve une masse que l'on dirait myxomateuse, à trame gorgée de liquide séreux et semée de noyaux blanc-rosé, assez durs, dont le volume varie de celui d'un œuf à celui d'une noisette et ayant l'aspect de sarcome. C'est, en effet, ce que l'on décrit d'habitude comme dégénérescence myxo-sarcomateuse des fibromes (th. de Costes). Mais MM. Tripier et Bard, qui ont vu la tumur après son ablation, ont des tendances à l'interpréter comme un type de myome utérin malin. L'examen histologique sera fait et, s'il y a lieu, ce cas sera rapproché de deux autres faits de myome malin de l'utérus observés récemment dans le service de M. Fochier.

Uvéite irienne.

M. Grand-Clément présente une malade atteinte d'uvéite irienne, maladie qu'il décrit depuis 5 ans et qui est cependant souvent confondue avec l'iritis, dont elle diffère complètement. Elle est due à l'inflammation de l'épithélium pigmentaire de la face postérieure de l'iris, et est l'analogue de ce qu'on décrit en médecine vétérinaire sous le nom de fluxion périodique.

La malade, âgée de 42 ans, s'est aperçue, il y a une dizaine d'années, que sa vue se brouillait; elle vint consulter un ophthalmologiste, qui lui fit porter des verres convexes, qui atténuèrent le trouble de la vision. Mais la maladie revient périodiquement, sans douleur, sans rougeur, se caaactérisant par un trouble visuel disparaissant en 3 ou 4 jours. M. Grand-Clément, le père de l'uvéite irienne, consulté, reconnut rapidement la maladie. Il pratiqua le seul traitement indiqué : une large iridectomie.

Cette maladie, dont la nature est encore inconnue, résiste à tous les traitements habituels de l'iritis. Elle aboutit à la cécité absolue.

M. H. Dor conteste à M. Grand-Clément le droit de créer une nouvelle maladie. Ce qu'il appelle uvéite irienne, n'est qu'une forme d'iritis compliquée de cyclite. Il a guéri par l'atropine cette ophthalmie périodique. L'iridectomie n'est indiquée que lorsqu'il y a des adhérences.

M. Grand-Clément insiste et essaye de convaincre M. Dor de l'existence de l'uvéite irienne, qui diffère de l'iritis par sa marche, par ses symptômes (absence de douleur et de rougeur) par son pronostic et son traitement.

Tubercule du pédoncule cérébral.

M. Gallois. — Le 19 avril entrait à la crèche, service de M. Colrat, un enfant de 8 mois présentant de l'ophthalmoplégie externe et du nystagmus.

Cet enfant était malade depuis 6 semaines, poussait fréquemment des cris plaintifs et semblait souffrir de la tête où il portait continuellement ses mains. On n'avait observé ni vomissements, ni constipation.

En l'examinant, on constatait du ptosis de la paupière gauche, du strabisme externe des deux yeux et un léger nystagmus transversal. Les pupilles, régulières, non dilatées, réagissaient bien à la lumière. La fontanelle antérieure, largement ouverte, n'était nullement tendue.

Le poumon, le cœur n'offraient rien d'anormal à l'examen; le foie et la rate étaient volumineux. Les urines ne contenaient pas d'albumine. La température oscillait entre 38° et 39°.

Après quelques journées de séjour l'enfant succombait.

Le diagnostic porté avait été tumeur siégeant au niveau des pédoncules cérébraux et n'ayant intéressé que les noyaux d'origine ou des fibres du nerf moteur oculaire commun.

A l'autopsie, on reconnut que les méninges étaient intactes, et qu'aucune tumeur ne faisait saillie à l'extérieur. Une coupe médiane, faite au niveau des pédoncules, a montré un tubercule du volume d'une noisette siégeant à la même hauteur que les tubercules quadrijumeaux et occupant à peu près toute l'épaisseur du pédoncule. Les portions latérales n'étaient pas envahies. Toutefois la lésion s'étendait davantage du côté gauche que du droit. La partie supérieure du tubercule arrivait au voisinage de l'aqueduc de Sylvius. D'autres sections, portées en différents points du bulbe, ou de la protubérance ont montré l'intégrité des tissus.

Calculs uréthraux.

M. Briau, présente des *calculs uréthraux* qui ont déterminé des accidents mortels d'infiltration d'urine.

Le malade est entré avec de l'incontinence des matières fécales et de l'urine; la verge est tuméfiée et sphacélée. Ce sphacèle fut attribué aux tiraillements habituels que pratiquait le malade pour uriner. M. Jaboulay fit des débridements au thermocautère.

Une sonde introduite dans l'urèthre fut arrêtée vers la région prostatique et révéla la présence de corps étrangers qui furent enlevés par l'uréthrotomie externe. Ces corps, au nombre de trois, sont de dimensions différentes; le plus gros a le volume d'un œuf de pigeon. A la coupe, leur constitution est homogène et l'analyse, faite par M. Porteret, a montré qu'ils étaient composés de phosphate tricalcique et ammoniaco-magnésien.

A l'autopsie, aucun autre calcul ne fut trouvé dans tout le système urinaire. On constata de la pyélite purulente. La poche où ces calculs s'étaient formés surgissait dans la région prostato-membraneuse.

M. Gangolphe. — L'hypothèse de l'origine uréthrale ne paraît pas devoir être acceptée à cause de la dimension de ces calculs, malgré leur composition homogène. Pour pouvoir affirmer cette origine, il faudrait avoir des renseignements antérieurs très nets sur l'incontinence.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances du 15 Juin au 15 Septembre 1896.

Photographie des bruits du cœur.

M. A. de Holowinski. — J'ai pu, l'année dernière, photographier automatiquement les instants des bruits du cœur. Mes expériences reposent sur ce fait que la tension périodique des valvules est synchrone aux bruits perçus par le stéthoscope et par l'ouïe et aussi aux secousses mécaniques qui accompagnent cette tension en se propageant sur toute l'étendue du thorax. Ce sont les instants de ces secousses synchroniques avec le stéthoscope que j'ai pu photographier. Je me suis servi pour cela d'un appareil qui comprend les quatre éléments suivants :

a) Un microphone appliqué sur la surface du cœur;

b) Un téléphone optique excité par le microphone et dont le diaphragme produit les anneaux colorés de Newton;

c) Un système optique pour éclairer les anneaux et en réfléchir l'image réelle inverse et agrandie sur une étroite fente verticale;

d) Un tambour, enveloppé par un papier sensible, qui tourne derrière la fente de la chambre photographique.

Dépense énergétique des muscles.

M. A. Chauveau, à l'appui de ce principe que la dépense énergétique du muscle qui soulève un poids est moindre en partant d'un état d'allongement extrême que d'un état de raccourcissement déjà plus ou moins prononcé, apporte des faits basés sur la dépense énergétique appréciée par les échanges respiratoires.

Il a constaté expérimentalement :

a) Que la dépense énergétique est moins forte pour un même travail extérieur quand un muscle agit sous un moindre degré de raccourcissement;

b) Que d'après les échanges respiratoires tout aussi bien que d'après la valeur de l'échauffement musculaire, la dépense énergétique des muscles s'accroît pour un même travail mécanique accompli avec le degré de raccourcissement qu'affectent ces organes lorsqu'ils entrent en travail.

Influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud.

M. B. Danilewsky montre que cette substance, injectée chez les chiens en petites quantités, a pour effet de produire une augmentation sensible du poids du corps dans la période de croissance.

Cette influence stimulante peut être considérée comme étant en connexion avec l'amélioration du sang déterminé par l'injection de la lécithine chez les chiens, augmentation des érythrocytes et de l'hémoglobine. De plus, les animaux injectés sont plus vifs, plus agités et plus forts que les sujets de contrôle. Il semble même que la lécithine exerce une action immédiate sur le cerveau, car la précocité du développement psychique est très prononcée chez les chiens en parfaite santé.

Sur la présence, dans le nerf laryngé supérieur, de fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires pour la muqueuse du larynx.

M. Hédon, en excitant sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, le bout périphérique du laryngé supérieur, a observé que la muqueuse du larynx, surtout dans la région aryténoïdienne, rougit fortement; il a vu en même temps les gouttes de mucus perler à l'orifice des glandes et se réunir en un enduit visqueux sur toute la surface muqueuse du côté correspondant à l'excitation, tandis que du côté opposé la muqueuse reste sèche. D'après cela, le laryngé supérieur doit être considéré comme un nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx, au même titre que la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire.

Sur la signification physiologique de la division cellulaire directe.

MM. Balbiani et **Henneguy** ont étudié la signification physiologique de la division cellulaire directe ou *amitose*. Si l'on maintient en contact, dans l'air humide, deux fragments de queue de têtard, ou l'extrémité d'une queue avec la partie postérieure d'un têtard préalablement anesthésié, dont on a sectionné une partie de la nageoire caudale, on constate que, au bout d'une heure à une heure et demie, les fragments rapprochés se sont suffisamment soudés pour ne plus se séparer quand on les replace dans l'eau. Cette soudure est toute superficielle et se fait aux dépens des cellules épithéliales qui prolifèrent très rapidement par *division directe*. On ne peut considérer ici l'amitose comme un phénomène de dégénérescence, puisqu'elle conduit, au contraire, à une régénération, et a pour effet de combler la lacune qui existe entre les parties greffées.

Traitement des infections expérimentales colibacillaires par les injections intraveineuses massives de la solution salée simple et de leur mode d'action.

MM. Bosc et **Vedel** ont obtenu, par des injections intraveineuses de la solution salée physiologique (NaCl à 7 p. 1000) la guérison de chiens infectés par des cultures de coli-bacille. Ces injections agissent en favorisant l'élimination des poisons, grâce à l'action osmotique du NaCl et à son action diurétique directe et indirecte; en raffermissant les globules rouges altérés, en activant le mouvement nutritif, en diminuant le pouvoir globulicide du sérum pathologique. Elles déterminent, en outre, une vaso-constriction réflexe immédiate, qui empêche l'énorme et brutale vaso-dilatation produite par l'inoculation du coli-bacille.

Un parasite accidentel de l'homme.

MM. Frèche et **Beille.** — Le parasite en question appartient à l'ordre des *Thysanoures* et a été observé dans les circonstances suivantes :

Un habitant de la Charente-Inférieure, âgé de soixante-dix ans, très soigneux de sa personne, vivant dans une maison confortable, isolée et située en rase campagne, fit, en août 1891, un voyage aux Sables-d'Olonne, à la Rochelle et à l'île d'Oléron, et ne remarqua sur lui rien d'anormal. Quinze jours après son retour, il sentit de vives démangeaisons dans le cuir chevelu et y trouva de nombreux parasites qu'il prit pour des poux. Un traitement mercuriel parut efficace. A l'entrée de l'hiver, les parasites disparurent. Mais au printemps de 1892, de nouveaux parasites se montrèrent et persistèrent jusqu'en novembre de la

même année. En 1893, nouvelle éclosion de parasites au printemps et disparition à l'entrée de l'hiver. Les mêmes faits se sont renouvelés en 1894, 1895, 1896, et cela malgré les plus grands soins de propreté et la désinfection minutieuse de tous les objets mobiliers. Les parasites semblent même devenir de plus en plus abondants : à l'origine, ils se cantonnaient dans la chevelure, mais depuis 1894 ils circulent sur le cou, le tronc et les membres, qui sont absolument glabres.

Ce parasite ne détermine aucune lésion de la peau; le cuir chevelu, sur lequel il est si abondant, n'offre aucune altération pathologique. L'insecte est simplement gênant et désagréable par ses mouvements. Il paraît appartenir au genre *Seira* et avoisine la *Seira domestica*, mais sans lui être identique; on ne peut le rapporter à aucune des espèces décrites par Lubbock dans sa monographie classique.

Particularité curieuse : seule dans son entourage la personne dont il s'agit se trouve atteinte de ce parasite.

Sur le traitement des maladies par ralentissement de la nutrition au moyen des courants à haute fréquence.

M. Vigouroux, à l'occasion de faits communiqués récemment par M. d'Arsonval sur ce sujet, montre que l'électricité statique est employée depuis longtemps avec succès dans les maladies par ralentissement de la nutrition, et son innocuité est absolue.

On n'a, actuellement, aucun motif pour lui substituer les courants à haute fréquence, qui agissent dans des conditions physiques et physiologiques mal définies et ne sont pas sans danger.

Action des radiations de Röntgen sur le bacille diphthéritique.

M. F. Berton a exposé des cultures en bouillon du bacille de la diphthérie aux rayons X pendant seize heures, trente-deux heures, soixante-quatre heures. Après chaque durée d'exposition les cultures étaient ensemencées dans du bouillon et injectées à des cobayes (deux cobayes pour chaque culture). Une culture témoin a été également réensemencée et injectée à deux cobayes. Il n'a obtenu aucun résultat. Les cultures exposées et réensemencées ont poussé aussi rapidement et aussi abondamment que la culture témoin. Les animaux sont morts aussi rapidement que les témoins.

Rôle du circuit électro-neuro-musculaire.

M. Solvay. — A propos de récentes recherches de M. Ch. Henry apportant un argument nouveau en faveur d'une hypothèse que j'ai formulée en 1893, relativement à l'existence d'un circuit électro-neuro-musculaire comparable à celui d'une pile dont l'énergie serait fournie par les oxydations interstitielles siégeant principalement dans les muscles, je soutiens que si la totalité de l'énergie produite par les oxydations interstitielles passait sous forme d'électricité dans les nerfs, ceux-ci seraient le siège de courants décelables par l'exploration téléphonique ou par d'autres moyens sommaires de démonstration, ce qui n'a pas lieu. Enfin, le passage de tels courants amènerait une élévation de température dans les conducteurs nerveux, ce qui ne se produit pas non plus.

Méthode nouvelle de détermination des distances respectives des centres de localisations cérébrales.

M. Ch. Henry. — Assimilant les centres et les conducteurs optique et acoustique à des circuits de piles, ramifiés au circuit de la pile psychomotrice par des fils d'aller et de retour, dont les longueurs sont précisément égales aux distances respectives du centre auditif et du centre visuel psychomoteur, je me suis posé le problème suivant : déduire le rapport de ces distances du rapport des pertes respectives de sensations pour un même effort.

En appliquant les lois de Kirchhoff sur les courants dérivés, je suis arrivé à cette conséquence que le rapport des distances respectives des centres au centre psychomoteur est inversement proportionnel aux pertes de sensations pour un même effort, c'est-à-dire que le centre auditif est plus rapproché que le centre visuel du centre psychomoteur dans le rapport de 1 à 2,5.

Évaporation cutanée chez le lapin.

M. Lecercle a communiqué deux notes sur ce sujet. Tous les physiologistes admettent que le lapin ne perd pas d'eau par la surface cutanée. M. Lecercle a vérifié que très souvent l'évaporation cutanée est faible; mais il lui est arrivé aussi de constater une abondante buée en recouvrant d'une cloche en verre le train postérieur de l'animal. Cette partie avait été, au préalable, débarrassée des poils.

M. Lecercle, en cherchant à déterminer le poids de vapeur émise, a constaté que ces quantités sont très variables pour une même surface et un même temps. Ce poids a varié de 2 à 28 milligrammes en opérant sur une surface de 140 cent. carrés et pendant 10 minutes. Il a étudié aussi l'action de la pilocarpine, et il a observé deux réactions différentes. Chez certains lapins, il y a abondante salivation et faible augmentation dans l'évaporation cutanée. Chez d'autres, où la salivation est presque nulle, il y a notable variation dans la vapeur d'eau émise; mais, dans tous les cas, il faut des doses d'alcaloïde beaucoup plus grandes que celles qu'on donne thérapeutiquement, si l'on tient compte du poids de l'animal.

La pilocarpine agit d'une façon plus nette sur la femelle qui ne salive presque pas. De plus on observe, quelle que soit la dose, un abaissement de la température rectale et une élévation du thermomètre qui reçoit la chaleur rayonnée. Mais, au bout d'une heure, sans doute après l'élimination de la pilocarpine, ces phénomènes disparaissent, et l'animal revient à l'état primitif.

La galvanisation augmente d'une façon certaine l'évaporation cutanée chez le lapin. Cette évaporation augmente, en même temps que l'intensité, jusqu'à un maximum qui n'est pas dépassé. Après le passage du courant, l'excitation imprimée aux organes glandulaires se poursuit, et l'évaporation est même plus grande en moyenne que pendant le passage du courant.

De plus, en même temps que l'évaporation cutanée se poursuit, il y a relèvement des températures soit centrale, soit cutanée.

Action des rayons de Rœntgen sur l'élimination des phosphates.

M. Lecercle, d'après des expériences faites sur des lapins, pense que l'action des rayons X, poursuivie pendant trois jours, aurait pour effet d'augmenter l'élimination des phosphates par les urines. Cette augmentation paraît se continuer deux jours après l'expérience, et l'élimination revient ensuite au taux normal.

Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang.

M. E.-S. London, pour faire suite à ses premières expériences (voir *Gazette*, p. 604), a institué les expériences suivantes :

1° Il a soumis des lapins à une privation complète d'aliments pendant 10 jours. Au bout de ce temps, les propriétés bactéricides du sang avaient disparu ou notablement diminué. L'alimentation normale fut rétablie : à mesure que l'animal revenait à son poids normal, son sang recouvrait graduellement ses propriétés bactéricides.

2° La ligature du canal cholédoque a paru accroître à un faible degré les propriétés bactéricides du sang;

3° L'ingestion d'acide chlorhydrique, déjà tentée par Fodor, n'a pas donné de résultats positifs à cet expérimentateur. Pour M. London, à dose modérée, l'acide muriatique accroît les propriétés bactéricides du sang, mais seulement un certain temps après l'ingestion. A faibles doses fréquemment répétées, l'acide chlorhydrique diminue ces propriétés.

4° Quant à l'ingestion de bicarbonate de soude, c'est seule-

ment à la suite de petites doses fréquemment répétées que les propriétés bactéricides du sang s'élèvent au-dessus de la normale. Ces résultats concordent avec ceux de Fodor.

5° Enfin la saignée aiguë, non plus que l'ablation des testicules, ne modifient sensiblement les propriétés bactéricides du sang.

De l'emploi d'écrans au sulfure de zinc phosphorescent en radiographie.

M. Ch. Henry substitue aux écrans simplement fluorescents de platinocyanure de baryum, de tungstate de calcium, etc., un écran de monosulfure de zinc phosphorescent recouvert d'une feuille de papier aiguille, et applique sur le papier l'objet à radiographier. Après quelques minutes d'exposition au rayonnement de l'ampoule de Crookes, il transporte l'écran dans la chambre noire; les profondeurs de l'objet opaques aux rayons X apparaissent en noir, les parties transparentes en clair. On peut étudier à loisir, pendant au moins un quart d'heure, les moindres détails de l'image; en chauffant légèrement l'écran avec une source de chaleur obscure, on peut continuer plus longtemps cet examen.

Le sulfure de zinc phosphorescent est incomparablement plus sensible aux radiations de Röntgen que le sulfure de calcium : si l'on expose pendant cinq minute à un même rayonnement de l'ampoule une plaque *émaillée* de sulfure de calcium et un écran de sulfure de zinc, la première est à peine brillante tandis que le deuxième est voisin de la saturation lumineuse.

Contribution à l'étude de la coagulation du sang.

MM. J. Athanasiu et **J. Carvallo**. — On s'accorde à considérer le phénomène de la coagulation sanguine comme un procédé de défense de l'organisme contre les actions qui peuvent, à un moment donné, léser l'intégrité de l'appareil circulatoire. D'après l'opinion générale, le phénomène de la coagulation serait toujours dû aux éléments seuls du sang, sans aucune autre intervention organique.

D'après nos expériences, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que, à l'état normal, ce sont les éléments figurés du sang et de la lymphe, de préférence les leucocytes, qui fournissent le ferment fibrine nécessaire à la coagulation de ces liquides.

2° Que, lorsque ces éléments sont empêchés par un moyen quelconque (peptone) de remplir cette fonction, les tissus de l'organisme, spécialement le foie, se chargent de les suppléer.

De l'imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue, et de l'immunité conférée par quelques substances anti-coagulantes.

MM. Bosc et **Delezenne** (de Montpellier). — Le sang pris à un animal après injection intraveineuse d'extrait de sangsue peut se conserver très longtemps sans se putréfier. De 20° à 22° C., il peut rester trois semaines, un mois et plus, sans trace de putréfaction, alors que le sang normal est putréfié en trois à quatre jours au maximum.

Pour élucider les causes de cette imputrescibilité, nous avons étudié la résistance à la putréfaction du sang rendu incoagulable *in vitro*, c'est-à-dire mélangé à de l'extrait de sangsue préparé par ébullition et stérilisé. Or, ce sang met un temps bien plus long que le sang normal à se putréfier, mais ce retard ne dépasse pas quatre à six jours.

Cette résistance à la putréfaction n'est pas due à une action antiseptique directe de l'extrait de sangsue, cet extrait constituant un milieu de culture favorable pour de nombreuses espèces microbiennes.

Il faut donc attribuer cette imputrescibilité du sang incoagulable à des modifications produites dans le sang lui-même sous l'influence de l'extrait. Dans ce sang, en effet, les globules blancs ont conservé leur vitalité et l'on constate des mouvements amiboïdes très énergiques, même à la température ordinaire. Ce sang demeurerait « vivant » en dehors de l'organisme et pendant longtemps. Il est probable en outre qu'il faut invoquer l'augmentation du pouvoir bactéricide du sang due aux sécrétions leucocytaires.

On pouvait donc se demander si les substances anticoagulantes n'étaient pas capables d'augmenter les moyens de défense de l'organisme et de conférer l'immunité contre l'infection, au même titre que les toxines.

Nos recherches nous ont permis d'apporter une vérification expérimentale de cette hypothèse. Elles nous ont montré, notamment, que l'injection intraveineuse de peptone ou d'extrait de sangsue suffisante pour maintenir le sang incoagulable pendant quelques heures et faite quinze à quarante-cinq minutes avant une injection intraveineuse de doses mortelles de colibacilles et de streptocoques, peut conférer aux animaux, chiens et lapins, une véritable immunité. L'action empêchante peut être à peu près absolue et il se développe, dans ce cas, des phénomènes réactionnels très prononcés du côté de la circulation, de la respiration, de la calorification, de la diurèse.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

BELGIQUE

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES.

Séance du 4 Septembre 1896.

Tuberculose locale, généralisation.

M. Dervaux rapporte le cas d'un homme de 78 ans, alité dans le service de M. Gallet, et présentant, outre plusieurs cicatrices d'abcès froids aux régions ganglionnaires, des lésions osseuses tuberculeuses d'un métacarpien qui avaient nécessité l'entrée du sujet à l'hôpital. L'enlèvement du doigt correspondant fut jugé indispensable; mais le malade s'y opposant formellement, l'intervention fut forcément incomplète. Au cours de celle-ci, on put juger du reste de l'état tuberculeux des os voisins. Les résultats ne furent pas favorables, et l'amputation du membre supérieur parut seule pouvoir être opposée à la marche du processus phlegmoneux; mais encore une fois, le sujet ne voulut rien entendre et ne permit que quelques incisions de débridement qui montrèrent le bras comme engainé dans du tissu tuberculeux, étalé entre la peau et la couche aponévrotique. Au thorax, une incision fit tomber le bistouri sur du tissu analogue, mou comme du fromage, et reposant également sur l'aponévrose musculaire. A l'extérieur, la peau avait conservé son aspect normal, sauf la rougeur phlegmoneuse. Le malade succomba au bout de peu de jours.

M. Wicot cite le fait d'un jeune homme porteur d'une synovite tuberculeuse du médius datant de 3 à 4 mois et opérée assez récemment. A peine la guérison locale était-elle obtenue qu'une tuberculose aiguë d'un sommet se déclarait, exerçant des ravages si rapides que l'échéance fatale peut être maintenant fixée à quelques semaines.

M. Van Engelen reconnaît la réalité de faits semblables, mais il croit que les cas où l'intervention est suivie d'une amélioration tant locale que générale, et se trouve par cela même justifiée, sont encore en majorité.

Traitement du cancer du rectum.

M. Dervaux a eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Gallet, 4 sujets atteints de cancer du rectum et opérés d'anus artificiel. Les malades se sont très bien trouvés de cette intervention, palliative sans doute, mais à coup sûr bienfaisante; les parties affectées sont soustraites à l'irritation, les hémorrhagies s'atténuent et disparaissent; l'organe, privé de sa fonction, tend à s'atrophier, entraînant dans ce processus une portion plus ou moins grande du néoplasme, la nutrition générale se relève, en un mot il y a une vraie résurrection physique et morale, et les patients le savent si bien qu'ils ne veulent plus entendre parler de quelque autre opération. La survie obtenue,

du reste, n'est pas à dédaigner et dans quelques cas, elle peut être considérable.

M. Crickx appuie absolument la manière de voir de son confrère et pense qu'il faut abandonner généralement toute intervention directe dans le cancer du rectum. Même dans les cas les plus favorables, la récidive est souvent rapide et l'issue fatale moins éloignée que dans beaucoup de cas traités par l'anus artificiel. Il cite le cas d'une femme souffrant d'un cancer rectal avec entreprise vaginale: un anus artificiel amena chez la patiente une augmentation de poids notable et la fit bénéficier d'une survie considérable.

Pour ce qui est de l'incontinence des matières, M. Crickx a vu employer par M. Lavisé un moyen très simple, basé sur la connaissance anatomique de l'entrecroisement des fibres musculaires des obliques abdominaux; lors de l'opération de l'anus, après l'incision de l'aponévrose, on abandonne le bistouri et on écarte avec les doigts les fibres musculaires enchevêtrées, achevant ensuite l'opération comme à l'ordinaire. On obtient ainsi une striction de l'ouverture anale bien appréciable quand on y introduit le doigt. Il n'a jamais été constaté, dans ce cas, d'écoulement fécal involontaire. Une méthode supérieure sans doute consisterait à appliquer ici le procédé du pont sous-cutané employé dans la gastrostomie.

Mort par sidération nerveuse.

M. Van Engelen expose les conditions spéciales qui ont amené la mort d'une patiente peu de temps après une opération gynécologique. Il s'agissait d'un cancer du col, envahissant très peu le corps de l'organe, qui était assez mobile; le vagin était à peine entrepris, le cas en somme était favorable à l'intervention. L'opération dura 3/4 d'heure au plus. Durant les quelques jours qui précédèrent celle-ci, la malade, en proie à une grande nervosité, avait été très agitée et très craintive, absorbée par la pensée de l'intervention prochaine dont elle redoutait l'issue. Dès qu'après l'opération elle eut repris connaissance, elle éprouva une agitation considérable, voulant enlever à tout prix les pinces qui remplissaient le vagin; la camisole de force dut lui être appliquée 24 heures. Puis survint une dépression profonde, la température restant à 38°; toutefois la malade pouvait parler et causer. 28 heures après l'opération, les pinces furent enlevées, sans que rien de spécial se manifestât. 2 jours après, sans cause directement appréciable, la malade mourait subitement.

Anémie aiguë et injection de sérum artificiel.

M. Van Engelen tient à confirmer l'influence si remarquable des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans les cas de pertes sanguines considérables. Il s'agit d'une femme du service de M. Dubois; elle était atteinte d'un sarcome utérin qui occasionna au cours de l'opération, grâce à l'état scléreux des vaisseaux, une hémorrhagie assez abondante d'une artère vaginale. Elle reparut lors du premier pansement et nécessita un tamponnement immédiat. Néanmoins l'état empirait, et M. Van Engelen, appelé d'urgence, trouva la malade profondément anémiée, toute blanche et presque mourante; la température était de 35°6. Il pinça l'artère qui donnait, et aussitôt après fit plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel, 5 à 6 litres en l'espace de deux jours. Une heure après la première injection, la température était remontée d'un degré. Le succès fut rapide et complet.

SOCIÉTÉ BELGE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1er Semestre 1896.

Tubercule caséifié du cerveau.

M. Vindevogel rapporte l'histoire d'un enfant entré le 2 janvier dans le service de M. Tordeus à l'hôpital Saint-Pierre. Les principaux symptômes étaient l'abattement, une paralysie complète du côté droit ayant débuté au membre inférieur, avec contracture dans les parties paralysées. Après quelques jours survient une tuberculose pulmonaire à marche rapide, qui ne tarde pas à se généraliser, et l'enfant succombe à des accidents méningitiques.

A l'autopsie, on trouve les méninges épaissies. A la partie supérieure du sillon de Rolando, à gauche, existe un noyau de tuberculose, du volume d'une noisette, détruisant la substance grise sous-jacente et s'enfonçant dans la substance blanche. Ce noyau est caséifié; il est sec et affecte une coloration jaunâtre. Il existe un second tubercule, moins volumineux, à la face supérieure du lobe gauche du cervelet.

Ramollissement cérébral à foyers multiples.

M. de Toledo montre le cerveau d'une malade de M. Dantz qui a présenté, dans l'espace de 2 ans, 5 attaques à type apoplectiforme.

Cette femme, dont l'intelligence était demeurée intacte, était atteinte de paralysie des membres à droite et d'affaissement de la face du côté gauche.

Le noyau coudé gauche renferme un gros foyer de ramollissement ancien et il existe une série de noyaux plus petits, répartis çà et là dans toute l'étendue des ganglions de la base, tant à droite qu'à gauche.

Hernie crurale étranglée. Opération. Mort de la malade par éclampsie.

M. de Keyser rapporte l'histoire d'une malade du service de M. le professeur Gallet. Il s'agit d'une femme admise à l'hôpital pour une obstruction intestinale datant de 8 jours.

Au moment de son entrée, la malade se trouvait dans un état inquiétant; il y avait des transpirations froides, des vomissements fécaloïdes; le pouls était filiforme. M. Gallet constata l'existence d'une petite hernie crurale étranglée. N'osant chloroformer la malade, il se contenta d'une injection locale de cocaïne et pratiqua la herniotomie. Malgré la durée des accidents, l'anse étranglée n'était pas gangrénée; la réduction fut opérée et l'obstruction fut levée. Malheureusement, l'état général s'aggrava, et la patiente succomba au cours d'une crise nerveuse, ressemblant fortement à un accès d'éclampsie.

A l'autopsie, on reconnut que l'anse étranglée siégeait dans le voisinage du cæcum, qu'elle n'était nullement gangrénée, mais simplement atteinte de congestion passive.

M. Gallet appelle l'attention sur la gravité des accidents nerveux et particulièrement des crises éclamptiformes après l'opération de la hernie étranglée.

Tumeurs utérines.

M. Gallet rapporte :

1° L'histoire d'une malade âgée de 63 ans, venue dans son service pour des métrorrhagies abondantes. Le col utérin était normal; le corps, volumineux, portait à sa face postérieure une tumeur dure, du volume d'une noix, qu'on reconnut être un fibromyome. Pour arrêter les hémorrhagies, M. Gallet entreprit l'hystérectomie par la méthode de Doyen. En examinant la pièce anatomique, l'auteur trouva, outre le fibrome de la paroi postérieure, une tumeur cancéreuse du corps utérin. M. Gallet insiste sur la rareté relative du cancer primitif du corps et sur la malignité toute spéciale de ce genre de tumeurs, qui récidivent rapidement après avoir été enlevées.

2° L'histoire d'une autre malade présentant tous les caractères du fibrome utérin. La matrice était énorme et indiquait 14 centimètres à l'hystéromètre. Il y avait une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant au niveau de la corne droite de l'utérus.

M. Gallet voulut pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais il en fut empêché par un certain degré d'atrésie du vagin et ne réussit, par cette voie, qu'à enlever une tumeur fibreuse de la paroi antérieure de la matrice. Alors, il fit la laparotomie avec hystérectomie totale, et rencontra un énorme kyste uniloculaire à contenu limpide, développé sur l'ovaire gauche. Il l'enleva assez facilement et trouva un second kyste, cette fois dans le ligament large à droite, adhérant fortement au cæcum et à l'appendice.

Deux points sont intéressants dans cette observation : il est rare, lorsque coexistent des fibromes utérins et des kystes ovariques, de trouver dans ces derniers un liquide transparent; le plus souvent, il existe dans ces cas un exsudat hémorrhagique. Enfin, il convient d'appeler l'attention sur les adhérences des organes génitaux au cæcum et à l'appendice. Ces adhérences constituent un des dangers les plus graves dans l'hystérectomie vaginale, car elles deviennent dans cette opération des causes de déchirures intestinales.

Encéphalite à foyers multiples. Ulcère cicatrisé de la grande courbure. Néphrite interstitielle. Autopsie.

M. Mutsaerts rapporte l'histoire d'un individu, âgé de 64 ans, qui a succombé, le 7 avril, dans le service de M. le professeur Crocq, à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean.

V... a été atteint de méningite en 1887, et a souffert en 1888 et 1889 de troubles gastriques qui ont disparu aujourd'hui.

Les accidents actuels remontent à un mois et auraient débuté, au dire du malade, par un embarras de parole, bientôt suivi d'une paralysie progressivement croissante des membres du côté droit. Ils avaient été précédés de céphalalgie et de vertiges.

V... entre à la clinique de Molenbeek le 6 mars 1896. A cette date, on constate un affaiblissement du côté droit de la face, la langue est déviée à droite; le malade a perdu l'usage de l'œil droit. Le membre supérieur droit est paralysé. La marche s'effectue d'une façon à peu près normale. Les réflexes rotuliens sont conservés. La perception des sons est parfaite. La sensibilité à la douleur est diminuée au niveau du membre inférieur droit.

Lorsqu'on ordonne au malade d'exécuter un mouvement avec un des membres, il se trompe et élève, par exemple, le bras gauche lorsqu'on lui dit de soulever la jambe droite. Il existe une confusion absolue entre les diverses parties du corps.

Les troubles de parole affectent l'allure de l'ataxie verbale; le sujet est parfaitement capable d'articuler les sons, il sait répéter les mots qu'on prononce devant lui, mais il est incapable de former lui-même un mot quelconque, sauf toutefois le « oui » et le « non ».

Le 9 mars, on constate un léger amendement des symptômes: le malade sait prononcer quelques mots et lever le bras droit.

A la fin de mars, V... réussit à prononcer encore quelques mots, mais continue à confondre les diverses parties du corps.

Le 6 avril surviennent des contractures spasmodiques du côté paralysé. La déviation de la face et de la langue s'accentue. La respiration est gênée; on perçoit des ronflements dans la poitrine. Le pouls, à 108, est irrégulier; les bruits du cœur sont sourds et on entend un souffle systolique à la pointe. Le membre inférieur droit est œdématié.

Le malade meurt le 7 avril.

A l'autopsie (9 avril 1896), on constate la présence d'une sérosité abondante dans les espaces sous-arachnoïdiens et la cavité crânienne.

Le cerveau présente de nombreux foyers de ramollissement :

1° Près de la fissure interhémisphérique, des deux côtés, un foyer superficiel, limité à la substance corticale, offrant une coloration jaune rouillée;

2° Dans la substance grise et la substance blanche de la moitié inférieure et de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche;

3° Dans la substance grise et la substance blanche du lobule para-central, qui est complètement ramolli, et de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante; les parties moyennes des circonvolutions centrales ascendantes ne sont pas ramollies;

4° Dans la substance grise et la substance blanche de la partie antérieure des première et seconde circonvolutions temporales gauches;

5° Le gyrus supramarginal et l'extrémité postérieure de la première circonvolution temporale gauche offrent une cavité kystique du volume d'une noix, remplie d'un liquide opalin et séparée par une mince cloison de la cavité du ventricule latéral.

Le pied de la 3e circonvolution frontale (circonvolution de Broca) est à l'état normal. Il y a seulement quelques points d'adhérence de la pie-mère, épaissie là comme partout, avec la substance grise.

Il y a aussi un foyer de ramollissement jaunâtre à la partie moyenne de la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet.

Il y a une légère plaque athéromateuse au point d'union des deux artères vertébrales, et une autre le long de l'artère sylvienne gauche. Les artères ne sont nullement oblitérées.

Quant aux autres viscères, il convient de signaler :

a) L'estomac, qui porte à la partie moyenne de la grande courbure la cicatrice d'un ulcère ancien, longue de 4 centimètres. Cette cicatrice est un centre de rétraction et détermine un rétrécissement très appréciable de la cavité du viscère;

b) Les reins, qui sont volumineux et bosselés; leur parenchyme est très dur; la substance corticale est diminuée de volume. Ils offrent les caractères classiques de la néphrite interstitielle.

M. Crocq émet quelques remarques à propos de l'observation qui vient d'être communiquée.

Les phénomènes de paralysie présentent la même localisation que dans l'hémorrhagie et l'embolie cérébrales; mais les symptômes ont diminué graduellement et progressivement; il ne peut donc être question de ces deux maladies, et on se trouve en présence d'un ramollissement cérébral par encéphalite.

Deux symptômes doivent être mis en relief : l'aphasie d'abord, sans dysarthrie, correspondant au type classique de l'ataxie verbale; puis la confusion que fait le malade lorsqu'on lui ordonne un mouvement quelconque. Le désordre est absolu : il prend un bras pour une jambe, une jambe pour l'autre.

Enfin, M. Crocq appelle l'attention sur l'état des reins. Il s'agit bien d'une néphrite interstitielle type, ayant évolué sans albuminurie.

Kystes dermoïdes des ovaires. Fibrome utérin. Hystérectomie par voies vaginale et abdominale. Guérison.

M. de Keyser rapporte l'histoire d'une femme de 43 ans, ayant déjà eu 3 enfants, souffrant depuis quelques mois de constipation opiniâtre et de dysurie. Elle entre dans le service du Dr Rouffart, le 27 mai 1896. Celui-ci diagnostique une augmentation de volume de l'utérus avec tumeurs kystiques des ovaires. L'hystérectomie vaginale est décidée.

Après incision par la voie du vagin, M. Rouffart réussit à extirper l'utérus, lequel porte à sa partie antérieure une tumeur du volume d'une tête d'enfant, présentant l'aspect caractéristique du myome. Il enlève ensuite l'ovaire gauche, lequel porte un kyste dermoïde volumineux. L'ovaire droit porte également un kyste de grandes dimensions, mais ce kyste étant adhérent à l'épiploon, le Dr Rouffart ne put l'enlever que par laparo tomie.

Examen de la pièce anatomique : L'ovaire gauche porte un kyste dermoïde rempli de sebum et renfermant une mèche de poils ressemblant à de l'étoupe, ainsi qu'un nodule de consistance très dure, constituant vraisemblablement une dent. Le kyste dermoïde développé sur l'ovaire droit est beaucoup plus volumineux. Il adhère à l'épiploon par des membranes très riches en vaisseaux sanguins. Ce kyste est accolé à d'autres productions kystiques, mais *non dermoïdes*, répondant au type proligère multiloculaire. Ces kystes renferment un liquide brunâtre, visqueux, filant, gélatiniforme. Quant au kyste dermoïde droit, il renferme une grande quantité de sebum et un nodule de consistance osseuse.

M. Rouffart. — L'intérêt tout spécial de cette observation réside dans la bilatéralité des kystes dermoïdes. Il y a là un argument de haute valeur à l'appui de la théorie de l'origine embryonnaire de ce genre de tumeurs. Il importe également de faire remarquer la coexistence sur un même ovaire d'une tumeur dermoïde avec un kyste proligère multiloculaire.

M. Rouffart comptait d'abord enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. Il en a été empêché par les adhérences du kyste dermoïde droit avec l'épiploon. Ces adhérences épiploïques n'avaient pu être reconnues à l'examen de la malade, car

elles ne modifiaient pas l'état de mobilité de la tumeur ovarique.

Métrite fongueuse du corps utérin. Pyo-ovaro-salpingite droite. Hystérectomie vaginale. Guérison.

M. de Keyser relate le cas d'une femme de 39 ans qui a eu une fausse couche, il y a environ 6 semaines, et se plaint depuis cette époque de métrorrhagies abondantes et de douleurs dans la fosse iliaque droite. M. Rouffart diagnostique une rétroversion utérine avec salpingite droite, et pratique la laparotomie.

A l'examen de la pièce anatomique, on constate l'existence dans le fond de l'utérus, d'une tumeur dont l'aspect rappelle celui de l' « adénome malin ». Les annexes gauches sont intactes. L'ovaire droit est transformé en une poche abcédée qui s'est ouverte dans la trompe et le ligament large, et a contracté des adhérences avec l'S iliaque du côlon et des anses de l'intestin grêle.

M. Rouffart ajoute qu'il a touché au thermocautère les anses intestinales adhérentes à l'abcès. L'état général de la malade était mauvais au moment de l'opération, et M. Rouffart put craindre que la malade ne succombât au shock. L'état est plus satisfaisant aujourd'hui. Il persiste une fièvre légère (38°). Mais la plaie vaginale se cicatrise mal et M. Rouffart se demande s'il ne se développe pas à cet endroit des accidents d'une nature analogue à l'adénome malin trouvé dans l'utérus.

M. de Keyser. — Femme de 23 ans, souffrant de métrorrhagies abondantes et de vives douleurs dans l'hypogastre et les deux fosses iliaques. Opérée d'hystérectomie vaginale par M. Rouffart. Examen de la pièce anatomique : endométrite fongueuse du corps utérin. Abcès des deux trompes. Collection purulente dans l'ovaire droit, renfermant plus de 300 grammes de liquide.

Septicémie puerpérale. Pyosalpinx et abcès de l'ovaire gauche. Epiplocèle inguinale.

M. de Keyser. — Femme de 42 ans, portant depuis plusieurs années une hernie inguinale. S'est accouchée à terme il y a 15 jours. Quatorze jours après la délivrance, elle entre dans le service du Dr Rouffart. Elle a une température de 39°; elle se plaint de douleurs vives au niveau de la hernie, et de pertes fétides et abondantes. A l'examen clinique, le Dr Rouffart trouve la matrice volumineuse et constate l'existence d'un pyosalpinx double.

M. Rouffart pratique d'abord un curettage qui ramène une assez grande quantité de pus et de liquides en putréfaction. Ensuite, il fait une incision le long de l'arcade crurale. Il arrive au sac de la hernie, qui est vide, puis à l'épiploon hernié. Celui-ci est creusé d'une large poche abcédée. Le pus de cet abcès ne renferme que des pneumocoques.

La malade, dont l'état était précaire, succombe peu après l'opération. L'autopsie, rendue difficile par l'état de putréfaction du cadavre, montre cependant l'existence de pus dans les trompes. La matrice est volumineuse, dilatée. La muqueuse est recouverte de caillots sanguins et de débris placentaires.

M. Rouffart croit devoir considérer l'abcès développé dans l'épiploon hernié comme une métastase de la suppuration des organes génitaux.

Deux observations de thyroïdectomie.

M. Heupgen montre deux goîtres récemment opérés par M. Lavisé.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans habitant la partie flamande du pays, ne présentant aucun antécédent. Cette jeune fille se plaignait d'aphonie et de gêne respiratoire, bien que le goître fût petit, de consistance molle.

M. Gratia pense que l'aphonie a pour raison d'être une compression exercée par la tumeur sur le nerf récurrent laryngé.

M. Heupgen. — Le second cas est celui d'une jeune fille de Gosselies, âgée de 23 ans, ne souffrant pas de gêne respiratoire, bien qu'elle portât une tumeur volumineuse et de consistance très dure. Cette jeune fille avait été antérieurement traitée par des injections intra-thyroïdiennes de suc thyroïdien, sans aucun succès d'ailleurs.

Chez cette malade, M. Lavisé n'a enlevé qu'un lobe du corps thyroïde, laissant en place l'isthme et l'autre lobe, qui étaient intacts.

M. Gratia n'est pas partisan des injections de suc thyroïdien pratiquées dans la tumeur même; ces injections sont tout aussi efficaces lorsqu'on les fait en un point quelconque de l'économie.

Pratiquées dans la tumeur, ces injections sont irritantes lorsqu'elles ne sont pas parfaitement aseptiques. Or, pour être aseptisé, le suc thyroïdien doit être soumis à des manipulations qui sont de nature à en modifier profondément les propriétés.

Salpingopéritonite.

M. de Keyser. — Femme de 21 ans, nullipare, atteinte de pyosalpingite gauche. Opérée le 20 mai 1886 d'hystérectomie vaginale.

La trompe gauche est fortement dilatée dans son tiers moyen, et renferme un caillot volumineux. La dilatation de la trompe a provoqué sa rupture, de sorte que la trompe dilatée et l'intérieur du ligament large ne forment qu'une seule poche laquelle est remplie de caillots. L'épiploon voisin s'est irrité, épaissi et adhère par des brides assez fortes à la poche. Il existe d'autres adhérences de la tumeur avec la vessie et l'intestin.

M. Rouffart, tenant compte de la localisation du caillot au tiers moyen de la trompe et d'un arrêt menstruel de 2 mois avant l'apparition des symptômes graves, se demande s'il n'a pas affaire dans l'espèce à un cas de grossesse tubaire.

Abcès du ligament large.

M. de Keyser. — Femme de 19 ans, ayant déjà subi, en janvier 1895, une ovariectomie du côté droit. Depuis cette opération, souffre de douleurs assez vives dans la fosse iliaque du même côté. Ces douleurs ont résisté à un traitement électrothérapique. Le Dr Rouffart constate, en mai 1886, l'existence d'une salpingite et d'un petit fibrome utérin. L'hystérectomie vaginale est pratiquée et la malade guérit parfaitement.

A l'examen de la pièce anatomique, on trouve un abcès du ligament large adhérent à l'utérus et à la trompe abcédée, ainsi qu'à l'épiploon et au péritoine.

Le pus de l'abcès a été examiné au microscope, mais il n'y a été trouvé aucune espèce microbienne.

M. Rouffart fait observer que la première opération pratiquée en 1895 avait été incomplète, et que, déjà à cette époque, existait une salpingite. Les adhérences contractées par la poche abcédée avec les organes voisins étaient cause des douleurs persistantes de la fosse iliaque.

Tumeur de l'ovaire.

M. de Keyser. — Femme de 37 ans, opérée en 1894 d'hystérectomie vaginale. Se plaint depuis quelques semaines d'un écoulement jaunâtre et de douleurs dans la région lombaire et les deux fosses iliaques.

A l'examen, le Dr Rouffart constate l'existence d'une tumeur due à la présence des annexes. La tumeur est surtout développée du côté droit.

La laparotomie est pratiquée. On trouve l'ovaire droit sclérokystique. Il existe un hématome du volume d'un œuf de poule développé dans la trompe du même côté. Des adhérences se sont établies entre ces organes, l'ancienne cicatrice et l'épiploon, formant ainsi une sorte de pelote qui tiraillait les organes du petit bassin et déterminait de vives douleurs.

M. Rouffart constate que, contrairement à ce qui s'observe habituellement, l'ablation de l'utérus n'a pas eu pour résultante l'atrophie de l'ovaire.

M. Vandervelde fait remarquer qu'il est bien possible que cet ovaire augmenté de volume soit, en réalité, atrophié, et que l'augmentation de volume soit due au travail d'inflammation siégeant dans l'ovaire et la trompe voisine.

ITALIE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE ROME

1er Semestre 1896.

Sérothérapie de la tuberculose.

M. Mariani, après avoir rappelé que d'après les travaux antérieurs tout processus tuberculeux serait dû aux produits microbiens, fait observer qu'il serait logique de songer à la neutralisation des toxines microbiennes par des antitoxines. Le sérum de Maragliano est pour lui une antitoxine.

Personnellement il a eu recours au sérum de Maragliano dans les cas où les lésions pulmonaires étaient circonscrites et où il n'y avait pas de destruction du tissu pulmonaire. Dans ces conditions, il a constaté une augmentation du poids et une amélioration locale des tuberculeux. Il estime donc que pour le moment le sérum de Maragliano est le meilleur moyen de traitement de la tuberculose. Pour lui le sérum de Maragliano agit sur le processus et sur la température et est sous ce rapport supérieur à la créosote et au gaïacol.

M. Arcangeli se demande pourquoi ceux qui expérimentent la méthode de Maragliano ne l'appliquent pas dans la tuberculose chirurgicale et surtout dans la tuberculose cutanée. Dans ces derniers cas les résultats obtenus seraient bien évidents et nets, et l'amélioration pourrait être constatée *de visu*.

Ichtyol dans les vomissements de la grossesse.

M. de la Torre a observé 3 cas où les vomissements incoercibles de la grossesse ont cédé à l'application d'un tampon ichtyolé sur le col.

Le 1er cas est celui d'une femme enceinte pour la 5e fois; ses deux premières grossesses furent compliquées de vomissements incoercibles. La dernière grossesse présentait la même complication. Deux tampons d'ichtyol appliqués sur le col de l'utérus ont suffi pour arrêter les vomissements.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une femme enceinte de 8 mois; l'ichtyol donna ici le même résultat favorable.

Enfin, dans le 3e cas, il s'agissait d'une primipare, qui dès le second mois de sa grossesse fut prise de nausées et de salivation. Elle ne pouvait pas avaler sa salive, les mouvements de déglutition provoquant de violents spasmes de la glotte, de sorte qu'elle était obligée de cracher constamment. Le traitement par l'ichtyol a fait disparaître les spasmes de la glotte, de sorte que la malade put désormais avaler la salive sans en éprouver le moindre trouble.

Bactériologie de la rage.

M. Memmo a réussi à obtenir une culture pure d'un blastomycète, de la moelle d'un lapin mort de la rage expérimentale, par le virus fixe. M. Memmo a fait des inoculations à différents animaux, en leur injectant une émulsion stérilisée dans l'eau distillée d'une culture agar âgée de 48 heures. Les cobayes, injectés dans la cavité abdominale, sont tous morts en l'espace de 20 jours, avec des phénomènes de paralysie. L'émulsion de la moelle d'un de ces cobayes a été injectée sous la dure-mère d'un lapin, et dans la cavité abdominale d'un cobaye : les deux animaux succombèrent, dans un état de consomption très prononcé. Les lapins, inoculés sous la dure-mère avec la culture pure, sont morts longtemps après l'inoculation, dans un état d'amaigrissement extrême. Un chien a été inoculé sous la dure-mère, 3 autres dans la région frontale, 3 sont morts en l'espace de 30 à 70 jours. Peu de temps avant la mort, ils avaient manifesté l'envie de mordre ceux qui les entouraient. Ces animaux avaient été frappés de paralysie, d'abord des membres postérieurs, puis des membres antérieurs.

Pendant que M. Memmo poursuivait ses recherches, un petit garçon de 4 ans, soigné pour la rage à l'Institut d'hygiène, vint à mourir. M. Memmo réussit à isoler, dans le cerveau de cet enfant, un blastomycète. La culture agar de ce blastomycète fut inoculée sous la dure-mère d'un lapin; l'animal succomba 11 jours après, en présentant une paralysie complète des membres postérieurs. Les centres nerveux n'offraient aucune lésion digne d'être signalée; mais, dans le cerveau, on put de nouveau isoler le blastomycète. En outre, sur les coupes de la moelle de l'enfant, traitée par le Gram, on rencontra des formes de blastomycète qu'on pouvait rapprocher de celles décrites dans les tissus par San Felice. Le blastomycète isolé dans le cerveau de l'enfant était identique par ses caractères de culture à celui qu'on avait trouvé chez le lapin.

Action des rayons X sur les microorganismes.

M. Memmo a étudié l'influence des rayons X sur le staphylocoque, le streptocoque, le bacille de Löffler et les spores du charbon, mis dans des cellules de Piétri et recouvertes de carton. Les cultures ont été laissées pendant 24 heures dans une chambre obscure, sous un tube de Crookes à la distance de 5 centimètres environ, dans la direction des rayons cathodiques. Les témoins étaient placés également dans une chambre obscure à 15°.

Le résultat obtenu fut absolument négatif; on n'a pas constaté de variation dans les caractères morphologiques, ni diminution du nombre de microbes dans les colonies.

M. Memmo rappelle que Munch a fait des expériences semblables à l'Institut d'hygiène de Monaco. Ayant fait agir des rayons cathodiques pendant 1/2 heure seulement, il a constaté une certaine diminution du nombre de microbes. Il en a conclu qu'en faisant agir sur les microorganismes les rayons cathodiques pendant 5 heures on arriverait à obtenir des effets appréciables. Or la durée de l'action des rayons cathodiques dans les expériences de M. Memmo était beaucoup plus longue, 27 heures, et pourtant on n'a pu constater aucune action sur les microorganismes.

Œsophagite phlegmoneuse.

M. Dionisi. — Il s'agit d'un malade qui entra à l'hôpital en se plaignant de douleurs dans le pharynx, s'irradiant jusqu'à l'épigastre. L'examen du malade conduisit à diagnostiquer une pharyngite compliquée de broncho-pneumonie. Quelques jours après, le malade succombait et, à l'autopsie, on constata que l'œsophage était enflammé dans toute son étendue. La sous-muqueuse et la musculeuse étaient complètement infiltrées de pus; la muqueuse est restée intacte. Il y avait, en outre, de la bronchopneumonie, de la pharyngite et une tuméfaction de la rate. L'examen bactériologique montra la présence du streptocoque.

D'après M. Dionisi, le processus morbide a dû commencer par le pharynx pour se propager vers l'œsophage et le poumon.

Suture de la jugulaire interne.

M. Pasca. — Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau dans le cou, fut pris d'hémorrhagie extrêmement grave. Comme on n'était pas arrivé à l'arrêter par la ligature de la jugulaire externe et de quelques petites artères, on pensa à une lésion de la jugulaire interne. En effet, on s'aperçut bientôt que celle-ci présentait une déchirure longue de 2 centimètres. La ligature latérale partielle ayant échoué, on décida à pratiquer la suture de la paroi veineuse. Après avoir suturé la veine, les muscles et les aponévroses, on sutura la peau, et, à l'aide d'un pansement, on immobilisa la tête. La guérison se fit en 20 jours, sans qu'il survînt de troubles circulatoires soit du côté du cerveau, soit du côté de la face.

M. Pasca fait remarquer à cette occasion que, sur 32 cas de sutures veineuses recueillis par Pilke, il ne se trouve qu'un seul cas de suture de la jugulaire interne et dans ce cas la suture fut suivie d'une hémorrhagie secondaire. M. Pasca insiste encore sur ce point particulier que le fait qu'il vient de rapporter confirme l'hypothèse émise par Richet, d'après laquelle les muscles et les aponévroses de la région cervicale joueraient un grand rôle dans la circulation veineuse du cou.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Rupture d'un kyste hydatique du creux axillaire suivie de la suppuration et de l'élimination de la poche kystique. Troubles amyotrophiques concomitants.

Par M. le Dr Colleville,

Professeur à l'École de médecine de Reims

et M. Guénart,

Prosecteur à l'École de médecine de Reims.

Observation. — P..., âgé de 40 ans, terrassier, entré le 4 novembre 1895, à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Thomas, n° 30).

Aucun antécédent héréditaire spécial. Père mort à 70 ans de vieillesse; mère décédée à 36 ans d'une affection indéterminée. Sœur bien portante.

Pendant son séjour en Afrique, comme soldat, P... eut une pleurésie et des accès de fièvre intermittente. Il revint en France complètement guéri.

Travaillant dans les terrains humides, victime des variations de température et des fluctuations saisonnières, il s'enrhume assez facilement; mais, chaque fois, il ne conserve la chambre que 2 à 3 jours et il peut reprendre ensuite ses occupations.

Le 2 novembre 1895, pendant son travail de terrassier, à la suite d'un grand effort musculaire (élévation exagérée du bras droit pour attaquer avec la pioche un bloc de pierre), il sentit quelque chose craquer dans l'épaule. Cela ne l'empêcha pas de continuer. La journée faite, en rentrant chez lui, il éprouva un malaise général et une certaine gêne dans les mouvements de l'épaule.

Le lendemain, il retourna à son chantier; mais il ne put y travailler que pendant une heure. Son bras manquait de force pour manier les instruments : l'après-midi, il se coucha, se trouvant très indisposé. Il fut pris de petits frissons répétés, de sueurs froides; il toussait un peu et se plaignait d'une violente douleur au niveau du creux axillaire droit. Voyant que la fièvre, qui s'était montrée forte dès le début, persistait avec la même intensité, il se décida à entrer à l'hôpital.

État a l'entrée. — Homme de taille moyenne, bien proportionné et vigoureusement musclé. Son corps est couvert de curieux tatouages, vieux souvenirs de son séjour en Algérie. Aucun stigmate d'hystérie.

Appareil digestif. — Langue blanche, étalée et humide. Anorexie complète. Soif vive sans nausées ni vomissements. Ventre souple au palper : pas de sensibilité épigastrique ni abdominale. Selles régulières. Rate et foie paraissant normaux.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal gauche, rapidement et énergiquement. Pouls plein et fréquent.

Appareil respiratoire. — Les signes physiques ne révèlent à la percussion en avant, au sommet droit, qu'une certaine submatité peu étendue et à l'auscultation, une diminution assez marquée du murmure vésiculaire dans la même région; quelques frottements pleuraux.

Organes génito-urinaires. — Urines foncées, fébriles, sans albumine ni sucre. Sueurs profuses avec frissons quotidiens. Rien de spécial du côté des sens.

Appareil nerveux. — Céphalalgie intense assez persistante. D'une façon générale, aucun trouble de la sensibilité subjective ou objective, si ce n'est une douleur vive, augmentée par la pression légère du doigt ou par les mouvements communiqués, douleur dont le siège est situé assez à fleur de peau dans le creux axillaire. Pas ou peu d'irradiation pénible autour de l'humérus ou du scapulum ; l'articulation scapulo-humérale paraît intacte.

A la simple inspection des muscles de la région antérieure de l'épaule, du bras et de la poitrine, on constate que ces masses sont moins volumineuses que du côté sain. Au repos, les muscles sont plus mous et ne donnent pas la résistance normale que ressentent les doigts qui explorent les congénères à gauche. Cette remarque porte surtout sur les faisceaux du biceps et sur la portion claviculaire du grand pectoral. Pendant la contraction volontaire, les différences signalées sont encore bien plus notables. Le volume et la consistance du biceps sont moitié moindres; le faisceau claviculaire du grand pectoral est très atrophié. Mêmes observations à un moindre degré dans le deltoïde (faisceau postérieur), grand dorsal, grand dentelé et quelque peu dans le triceps. Pas de tremblements fibrillaires. La sensibilité douloureuse éprouvée dans le creux axillaire limite encore l'étendue des mouvements de l'épaule.

4 novembre. — Température : soir, 40°5.

5 novembre. — Température : matin, 39°8; soir, 40°. Traitement : 2 verres eau de Sedlitz.

6 novembre. — Température : matin, 38°6; soir, 39°2. Traitement : sulfate de quinine, 0 gr. 50; bouillon, laitage.

On commence à percevoir au toucher un certain empâtement au fond du creux axillaire. Battements très marqués accusés par le malade. Frissons légers et sueurs profuses.

7 novembre. — Température : matin, 38°2; soir, 38°5. Au sommet droit en avant, on perçoit un souffle tubaire; en arrière, respiration soufflante et rude. Sueurs persistantes. Les signes du phlegmon axillaire s'accusent de plus en plus.

8 et 9 novembre. — Température : matin, 38°4 et 38°; soir, 38°4 et 38°. Amélioration de l'état général. Toux sèche. Au sommet droit en arrière, quelques râles sous-crépitants viennent se mêler à la respiration soufflante; en avant, le souffle tubaire s'entoure également de quelques râles humides. Persistance des frottements pleuraux ne variant pas sous l'influence de la toux, dans le creux axillaire.

10 novembre. — Température : matin, 37°5; soir, 37°5. Le souffle tubaire a presque disparu. Pas d'expectoration; râles humides subsistent. Evolution du phlegmon.

11 novembre. — Température : matin, 37°; soir, 37°2. Quelques petits râles au sommet droit disparaissant peu à peu.

Le 13 novembre, on pratique l'ouverture de l'abcès. Il contenait une assez grande quantité de pus riche en staphylocoques dorés; par l'ouverture de la plaie s'est échappée une poche hydatique, blanche nacrée, vide de vésicules-filles : quelques crochets. En 2 ou 3 jours, la plaie s'est refermée. Du côté musculaire, les phénomènes nerveux s'accentuent. L'amyotrophie progresse; on commence même à constater une légère subluxation de l'humérus en avant et en dedans, n'existant pas

au début. La tête humérale est plus rapprochée de l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde plus accessible que du côté sain. Ce phénomène n'est pas seulement affaire de relief osseux plus marqué par suite de l'amincissement des masses musculaires; c'est de plus une fonction du travail pathologique s'effectuant autour de l'articulation scapulo-humérale et aussi peut-être d'une légère fissure de la partie inférieure de la capsule, conséquence de l'effort musculaire. Comme corollaire de la rapidité avec laquelle les muscles s'atrophiaient de jour en jour, il est curieux d'opposer le petit nombre de séances de faradisation de 10 minutes chacune, au bout desquelles les masses musculaires tendaient à récupérer leur volume primitif. En effet, en l'espace de 9 jours, la différence entre les 2 bras était bien moins appréciable. Le malade, désireux de reprendre son travail, a quitté l'hôpital se considérant en excellente voie de guérison.

Remarques. — Cette observation soulève plusieurs questions à résoudre.

Dans quelle partie anatomique du creux axillaire pouvait s'implanter cette poche qui s'est rompue sous l'influence d'un effort? N'ayant pas eu l'occasion d'en constater la localisation précise sur le sujet, nous répéterons, avec le professeur Berger (*Semaine médicale*, 23 mai 1888, Clinique de Lariboisière : *Sur les kystes hydatiques de l'aisselle*), qu'en raison du siège de prédilection des cysticerques pour le tissu conjonctif intra-musculaire, de préférence aux autres kystes qui adhèrent plus souvent aux vaisseaux ou aux nerfs axillaires, les connexions de la poche devaient se faire probablement avec un des nombreux muscles formant la ceinture péri-scapulo-humérale. Ainsi que nous avons pu le constater au moment de son élimination, le volume du kyste n'était pas plus gros qu'une petite noix. D'après les expériences de M. Chauffard consignées à la Société municipale des hôpitaux (17 avril 1891), la membrane intacte de la vésicule est un filtre naturellement infranchissable pour les microbes; mais, dès que les parois sont altérées ou rompues, elle devient un excellent milieu de culture. Chez P..., les phénomènes d'infection (grands frissons répétés avec le cortège fébrile) ont éclaté dès le lendemain de l'accident en même temps qu'évoluaient sous nos yeux un phlegmon superficiel et sous nos oreilles un petit foyer de pleurite sèche et de congestion limitée au sommet droit, foyer qui n'a pas laissé de traces au moment du départ du malade; les staphylocoques ont été les seuls microbes constatés au microscope et à la culture. Mais le point le plus intéressant et le plus original à développer ici, consistait à savoir si l'amyotrophie périarticulaire, qui a continué de progresser lorsque la cicatrisation de la plaie était achevée et que les phénomènes fébriles infectieux étaient déjà éteints depuis quelques jours, dépendait d'une intoxication imputable seulement au liquide hydatique.

Au premier abord, il semble bien qu'il en soit ainsi : la prédominance de l'atrophie dans le grand pectoral et surtout dans les deux portions du biceps cadrerait assez bien avec la diffusion du liquide nocif selon les lois de la pesanteur et les dispositions anatomiques de la région; surtout avec cette remarque que, plus les mouvements étaient récupérés par le malade, plus cette lésion du biceps s'accentuait par rapport aux autres muscles intéressés. La rapidité avec laquelle s'effectuait sous nos yeux pour ainsi dire la fonte musculaire, étant donnée la petite quantité de liquide répandue dans la région, nous montre son degré de virulence. Heureusement, quelques séances de faradisation ont pu réparer ces dégâts. Nous avons institué une série d'expériences tendant à prouver que le liquide hydatique peut à lui seul, et abstraction faite de toute cause de suppuration, reproduire les symptômes cliniques consignés plus haut.

EXPÉRIENCES FAITES SUR DES GRENOUILLES.

Dans les muscles jumeaux de la patte droite de 2 grenouilles : l'une A de grosseur moyenne et l'autre B plus vigoureuse, nous injectons 1/2 centim. cube de liquide de vésicule provenant d'un kyste hydatique hépatique traité à la clinique chirurgicale par M. le Dr Decès. Gonflement de la région.

Deux jours plus tard, on peut constater que la sensibilité réflexe est moins manifeste sur la patte injectée que sur la patte saine.

Le 12 décembre, c'est-à-dire 2 jours après l'injection, nous commençons notre première série d'expériences sur la grenouille A.

Au moyen du myographe de Marey avec régulateur Foucault, nous obtenons les tracés musculaires suivant les deux pattes, dont les secousses sont produites par des courants de fermeture et d'ouverture, à l'aide d'une pile au bichromate de potasse.

Recherche du nerf sciatique au lieu d'élection de la cuisse, suivie de sa section et de l'excitation du bout périphérique par un courant descendant.

Les secousses d'ouverture et de fermeture sont très apparentes, surtout celles d'ouverture (patte non injectée).



Tracé n° 1.

Sur la patte injectée, dans les mêmes conditions, nous obtenons le tracé suivant dans lequel manque la secousse de fermeture : celle d'ouverture subsiste seule et bien moins marquée.



Tracé n° 2.

Le 15 décembre, c'est-à-dire 5 jours après l'injection, nous répétons les mêmes expériences sur la grenouille B.

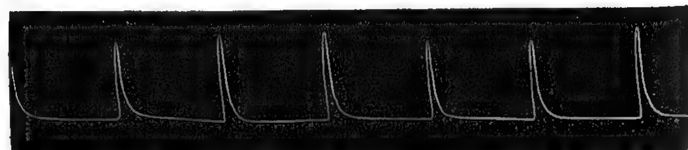
Excitation du bout périphérique du sciatique, après *ligature* du nerf.

1° *Patte saine* : secousses d'ouverture et de fermeture très nettes.



Tracé n° 3

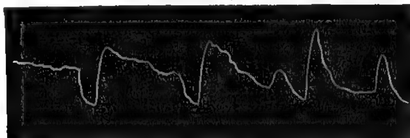
2° *Patte injectée* : secousses d'ouverture existant seules.



Tracé n° 4.

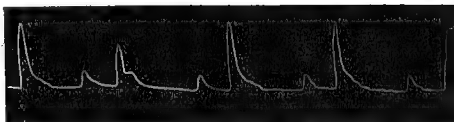
Excitation propre des muscles jumeaux avec 2 piles au bichromate, une seule ne donnant pas un tracé suffisamment démonstratif.

1° *Patte saine.*



Tracé n° 5.

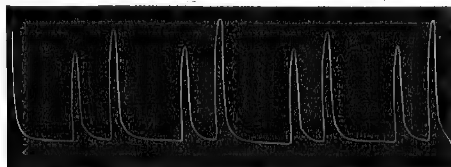
2° *Patte injectée.*



Tracé n° 6.

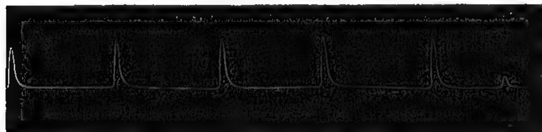
Excitation du bout périphérique du sciatique, après sa *section*, avec une seule pile au bichromate. Secousses nettes d'ouverture et de fermeture.

1° *Patte saine.*



Tracé n° 7.

2° *Patte injectée :* persistance de la secousse d'ouverture.



Tracé d° 8.

On peut déjà remarquer, en étudiant ces divers tracés : 1° qu'après la ligature ou la section, le nerf sciatique du côté sain donne des secousses à l'ouverture et à la fermeture du courant, tandis que du côté injecté, les secousses d'ouverture subsistent seules; 2° les muscles de la patte injectée répondent plus vigoureusement que leurs congénères; mais ceci sera plus sensible dans les expériences suivantes.

Voulant comparer, afin de les faire mieux ressortir, les différences entre une injection stimulante telle qu'une solution normale de chlorure de sodium et un liquide déprimant comme le liquide hydatique, nous avons injecté, le 13 décembre, 1 centim. cube de liquide hydatique dans les jumeaux de la patte droite d'une grenouille vigoureuse, et, le 21 décembre, une égale quantité de solution sodique dans la patte gauche. Les tracés sont recueillis 8 jours après la première injection et 30 heures après la seconde.

1° Membre imprégné de la solution sodique. Excitation du bout périphérique du sciatique sectionné. Secousses de fermeture et d'ouverture.



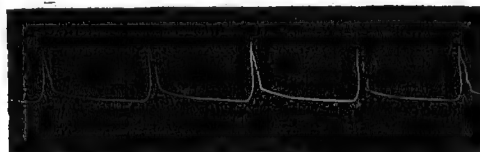
Tracé n° 10.

2° Excitation propre des muscles jumeaux.



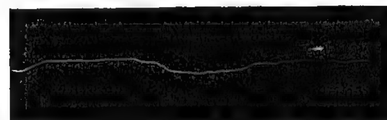
Tracé n° 11

1° Membre imprégné de liquide hydatique. Secousses d'ouverture.



Tracé n° 12.

2° Excitation propre des muscles.



Tracé n° 13.

La nature du liquide inséré dans la patte a donc une influence certaine, puisque l'on obtient, à chaque passage de courant, deux secousses avec le NaCl contre une avec le liquide hydatique. Nous prions de comparer entre eux les tracés n°s 10 et 2, obtenus au bout du même temps d'injection, pour mieux constater les effets contraires.

Mêmes remarques lorsque l'on se reporte aux secousses musculaires directes (tracés n°s 11 et 13) en faveur du NaCl.

La période de 8 jours écoulés depuis l'injection a permis au toxique d'agir dans le sens des tracés n°s 12 et 13; c'est-à-dire encore assez énergiquement lorsque l'on s'adresse au nerf et avec peu de résultat lorsque l'on interroge le muscle, la grenouille étant vigoureuse d'ailleurs.

Etude faite sur un cobaye.

10 décembre 1895. — Après avoir rasé la partie supérieure du membre postérieur gauche d'un cobaye vigoureux, avec les précautions antiseptiques d'usage on injecte 2 centim. cubes de liquide hydatique dans la masse musculaire des extenseurs de la cuisse sur le bassin : cette masse est mesurée quant à son épaisseur à l'aide des deux branches d'un compas. Le liquide injecté provoque de la tuméfaction de la région et des contractions fibrillaires appréciables à la vue et au toucher pendant une durée environ de 5 minutes.

11 décembre. — Le volume de la région fessière est plus grand que la veille, si l'on pince la patte du côté injecté, les mouvements réflexes sont moins nets et moins rapides que du côté sain. L'animal marche lourdement en traînant la patte dans la plus grande partie de sa longueur, comme si le membre était paralysé.

12 décembre. — Le segment supérieur de la patte injectée est en état de contracture permanente. Le segment inférieur peut être fléchi sur le segment moyen et celui-ci difficilement sur le supérieur.

13 décembre. — La contracture s'est étendue à tout le membre, qui reste étendu et rigide : les mouvements de flexion devenus impossibles. Si l'on veut essayer de vaincre la résistance éprouvée, le cobaye pousse des cris de douleur. Aucune sensation spécialement accusée lorsqu'on pince la peau.

La masse musculaire contracturée est moins épaisse que celle du côté sain dans la même position.

15 décembre. — La contracture diminue : la souplesse musculaire revient de bas en haut.

16 décembre. — Noyau induré au niveau de l'injection : gonflement et rougeur du segment inférieur de la patte. Marche pénible, parce que les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont encore difficiles.

19 décembre. — Tendance à la disparition du noyau d'induration : les muscles continuent à diminuer de volume.

20 décembre. — Mort du cobaye par cause inconnue. A l'autopsie, les muscles fessiers du côté injecté sont plus rouges et moins volumineux que ceux du côté sain ; le nerf sciatique est aussi plus petit et moins brillant que son congénère.

Les fibres musculaires ont sensiblement conservé leur aspect normal au microscope, et leur striation transversale : quelques-unes sont diminuées de volume. Sur un certain nombre, les fibres semblent dissociées par une couche protoplasmique parsemée de noyaux séparant la substance striée du sarcolemme. Ces altérations musculaires morphologiques, débutent d'aussi bonne heure, rappellent celles qui accompagnent la section d'un nerf.

On sait qu'en injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un cobaye, au voisinage d'un nerf mixte, certaines substances chimiques, ce nerf subit des altérations nutritives et dégénératives considérées comme de l'inflammation. Ici, les tubes nerveux étaient en effet plus volumineux que ceux du côté sain ; les noyaux des segments interannulaires difficilement appréciables ; le cylindre-axe absolument perdu et noyé dans la substance grasse que contient la gaine de Schwann ; cette substance grasse présentant à l'œil un certain aspect tourbillonné bien net. Le tableau est donc celui des altérations citées plus haut.

Voulant aller plus loin dans la recherche du principe actif, nous avons eu recours à l'obligeance de M. Cordier, directeur du laboratoire bactériologique, pour nous isoler les principes albuminoïdes des produits alcaloïdiques contenus dans le liquide cystique. Voici la note que celui-ci a bien voulu nous remettre. 400 grammes de liquide sont traités par un litre d'alcool absolu. Le précipité de sels minéraux et organiques, mucus, etc., entraîne la diastase si elle existe ; on le décante sur un très petit filtre, on le lave et on le sèche à l'étuve à 37° entre deux feuilles de papier. Ce filtre coupé en lanières est mis à digérer dans 20 centim. cubes d'eau distillée stérile additionnée de V gouttes d'acide chlorhydrique. Le produit de cette digestion dissous dans l'eau, communiquera à cette eau les propriétés diastasiques que possédait la liqueur primitive. Il a été impossible à M. Lajoux, directeur du laboratoire municipal, après avoir fait évaporer le liquide dans le vide, de nous donner un échantillon suffisant pour les expériences physiologiques, tellement peu importante était la quantité recueillie de substances alcaloïdiques. Nous avons donc opéré avec le liquide diastasique.

Grenouille A très vigoureuse. — Injection de 1 centim. cube de liquide diastasique dans la masse musculaire de la jambe droite. Immédiatement après la pénétration du liquide, *période d'excitation* d'une durée de quelques minutes ; mouvements généralisés, désordonnés, déglutition répétée.

Troubles locaux. — 1° *Moteurs :* Ils se déclarent le lendemain de l'injection ; pendant 3 ou 4 jours, phénomènes de contractures suivis de paralysie. Pendant la première période, les muscles droits présentent une contraction de plus en plus énergique ; ce sont d'abord les muscles de la jambe, puis ceux de l'extrémité, enfin ceux de la cuisse : flexion des divers segments, les masses musculaires de la jambe sont particulièrent dures au toucher et offrent de la résistance quand on veut les violenter. La grenouille se sert difficilement de la patte. La période suivante se caractérise par une décontraction progressive qui ne se fait sentir dans la jambe qu'en dernier lieu. La jambe droite reste étendue et flasque, même quand on excite vivement l'animal ; c'est la période de paralysie. La sensibilité excito-réflexe, qui diminue progressivement, devient nulle au bout de 6 jours. L'épiderme finit par se desquamer et tomber par lambeaux ; la coloration des téguments est bien plus foncée que dans les parties avoisinantes.

Après les phénomènes d'excitation du début, la grenouille présente un état de dépression très considérable. Elle garde longtemps la position qu'elle prend à un moment quelconque dans l'aquarium : il faut l'exciter pour la faire nager ; plus tard elle reste insensible aux excitations du dehors, et la paralysie semble s'étendre à tout l'organisme. Mort le 6° jour après l'injection.

A l'autopsie, les muscles en question sont rouges au lieu d'être blancs comme normalement. Légèrement atrophiés, ils sont durs au toucher et très friables si l'on exerce sur eux la moindre traction. Le nerf est augmenté de volume d'une façon sensible. Les vaisseaux sont fortement congestionnés. Chute de l'épiderme et teinte noirâtre de l'hypoderme, fracture spontanée du tibia.

Grenouille B. — Injection également de 1 centim. cube. Mêmes phénomènes que la première, mais moins accentués. De moindre résistance que la première, les expériences physiologiques n'ont pas donné les réactions attendues.

Grenouille C très vigoureuse. — Injection de 1/2 centim. cube. A résisté suffisamment en passant par les périodes de contracture et de paralysie pour fournir des tracés caractéristiques.

PATTE SAINE : NERF SCIATIQUE.



Tracé n° 14.

PATTE SAINE : MUSCLE.



Tracé n° 15.

PATTE INJECTÉE : NERF SCIATIQUE.



Tracé n° 16.

PATTE INJECTÉE : MUSCLE.



Tracé n° 17.

Grenouille D. — Injection de 1/4 cent. cube, comme la grenouille B.

PATTE SAINE : NERF SCIATIQUE.



Tracé n° 18

PATTE INJECTÉE : NERF SCIATIQUE.



Tracé n° 19.

PATTE SAINE : MUSCLE.



Tracé n° 20.

PATTE INJECTÉE : MUSCLE.



Tracé n° 21.

La comparaison entre cette dernière série de tracés et les premiers nous paraît démonstrative. Dans ces deux derniers cas, le liquide diastasique annule complètement la réaction des nerfs et des muscles au courant, il est vrai que la grenouille D était peu vigoureuse.

Avant de tirer les conclusions qui semblent découler de toutes ces expériences, passons rapidement en revue les résultats auxquels sont arrivés les auteurs qui se sont occupés de l'intoxication générale par le liquide hydatique.

A la Société médicale des hôpitaux (le 9 mars 1888) le professeur Debove a constaté que des injections sous-cutanées de liquide hydatique chez l'homme sain, peuvent donner de l'urticaire. Cette éruption, lorsqu'elle se produit avant la ponction d'un kyste, proviendrait par résorption d'un échange entre le contenu du kyste et les tissus voisins. Le 18 mai 1894, à cette même société, M. Achard, à propos de l'autopsie d'un cadavre atteint de kyste hydatique du canal rachidien, relate que deux des opérateurs ainsi que le garçon d'amphithéâtre eurent le soir même de la nécropsie et, le lendemain, des démangeaisons généralisées, de l'urticaire, de l'insomnie et de la fièvre, phénomènes dus à l'absorption des produits toxiques provenant de maniement des vésicules hydatiques; l'affection ne dura que quelques jours en tout.

M. Kirmisson (*Gaz. hebd. de méd.*, 1882, p. 819) a institué des expériences dans le but de constater les propriétés septiques du liquide hydatique filtré et injecté 3 heures après son extraction. 20 centim. cubes sont insérés dans la veine fémorale droite d'un lapin, 95 centim. cubes dans la veine saphène droite d'un petit bouledogue, 10 centim. cubes dans le péritoine d'un grand chien griffon. Tous ces animaux, tenus en observation pendant les 8 jours qui suivent les inoculations, ne présentent aucun malaise. A M. Schlegdenhauffen qui avait isolé un principe « ptomaïne » accusé d'être la cause des symptômes d'intoxication observés, M. Kirmisson objecte que le chimiste de Nancy avait opéré avec un liquide ayant déjà subi une certaine altération. M. Viron (*Arch. de méd. expérim.*, t. V, n° 1, 1892), reprit la question et obtint, à la suite de manipulations chimiques consacrées à la recherche des albuminoïdes, une substance blanchâtre, soluble dans l'eau et offrant la coloration du biuret. Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye, la solution stérilisée de cet albuminoïde donne une réaction inflammatoire très vive suivie de mort rapide. Quelques gouttes d'une solution de 0,02 c. pour 1 centim. cube d'eau, instillées sur la conjonctive d'un lapin, donnent une irritation profonde. 18 heures après, perforation de la cornée; du liquide purulent s'écoule du globe oculaire; mort de l'animal au bout du 5ᵉ jour. La ptomaïne de Schlagdenhauffen ne serait donc qu'une toxalbumine.

Dans un mémoire publié (*Marseille médical*, 1892, p. 803), MM. Boinet et Chazoulière sont parvenus à isoler une ptomaïne très active, cristallisant en longues aiguilles soyeuses, en forme de fougère. Nous bornant aux effets physiologiques obtenus sur les cobayes et sur les grenouilles avec le chlorhydrate de ptomaïne injecté, ces auteurs notent :

Grenouilles. — Après une injection massive de 2 centigrammes, mort au bout d'une trentaine de minutes précédée de mouvements convulsifs généralisés, ralentissement et diminution progressive dans l'énergie des systoles cardiaques, accélération de la respiration.

Cobayes. — Un cent. en injection sous-cutanée produit vers la 5ᵉ minute la parésie de l'arrière-train suivie de tremblements généralisés au bout de 2 minutes. Nouvelle injection de 4 centim. cubes, mouvements convulsifs très intenses; dans la phase pré-agonique, paralysie de l'arrière-train entrecoupée de mouvements convulsifs. Ralentissement des battements du cœur et de la respiration, mort au bout de 5 minutes dans ces conditions. A la dose de 1 centim. cube, élévation de la température de 1°; collapsus et abaissement de la chaleur, si l'on se sert d'une plus grande quantité de liquide.

Notre cobaye n'a pas présenté de pareils symptômes. C'est ainsi que nos grenouilles avaient de l'atrophie musculaire à marche rapide; à aucun moment, de la paralysie. On sait qu'en injectant au voisinage du sciatique certaines substances chimiques telles que l'éther, teinture d'iode, alcool, chloroforme, etc., ou bien, à l'exemple d'Abundo, des liquides de culture du bacille typhique, du pneumocoque de Friedländer, du bacille de la tuberculose, alors que les cultures stérilisées ou les injections du bouillon avant la culture sont inoffensives, les nerfs subissent des altérations nutritives comme celles que nous avons signalées à propos de l'examen microscopique du sciatique du cobaye. Cliniquement, on constate une contracture passagère suivie d'une amyotrophie rapide plus ou moins réparable selon l'intensité et l'ancienneté de la lésion, depuis la chute de la peau jusqu'à la fracture spontanée du tibia chez la grenouille A. Les grenouilles B et D, peu résistantes, ont succombé rapidement à l'intoxication.

Les phénomènes réactionnels se trouvant de même nature, à l'intensité près, selon qu'il s'agit de notre observation ou de l'injection des substances albuminoïdes extraites du liquide hydatique, nous pouvons conclure que ce dernier renferme des toxalbumines. Depuis quelques années déjà, Weir Mitchell, Gautier, Roux et Yersin nous ont habitués, en expérimentant des toxalbumines, à graduer les effets obtenus, depuis l'urticaire et les érythèmes variés, fonctions vaso-motrices des sérums et autres liquides analogues, jusqu'aux péritonites rapidement mortelles.

L'amyotrophie, chez notre malade, est la réponse à l'irritation spéciale des nerfs du plexus imbibés par le liquide hydatique.

Nous estimons qu'il y aurait intérêt dans l'avenir à étudier de plus près la composition chimique du liquide des vésicules dans ses diverses transformations, pour

trouver l'explications des effets toxiques. Comme M. Boinet, nous croyons que le liquide clair (voir plus haut les expériences de Kirmisson), a peu d'action sur l'organisme. Si, au lieu d'être protégé par la membrane vésiculaire, il se répand dans une région même limitée, le liquide subit déjà une légère modification se traduisant par les manifestations cliniques sus-mentionnées, fonctions premières des toxalbumines. Si, comme dans le cas relaté par le professeur marseillais, on fait de l'électrolyse dans la poche, le liquide se métamorphose plus complètement : alors, le dédoublement des albuminoïdes est plus énergique et l'on obtient de véritables ptomaïnes avec toute leur virulence agissant sur des terrains de résistance variée. Nous avons isolé les albuminoïdes des alcaloïdes; mais, d'après le professeur Gautier, les premières joueraient le rôle d'alcaloïdes faibles; ce ne serait donc qu'une question de degré : ainsi serait ramenée à l'unité de plan, avec des variations dans l'intensité, la question de la toxicité du liquide hydatique : on n'aurait plus à discuter le point de savoir si l'on est en présence d'un alcaloïde ou d'une toxalbumine.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Venot (Maurice). *Du foie cardiaque dans les symphyses du péricarde*. N° 420. (G. Carré.)

M. Bernard (Edouard-Amand). *Des altérations d'intensité du premier bruit du cœur au cours de la fièvre typhoïde*. N° 503. (Maloine.)

M. Petit (Victor). *Etude sur les tumeurs primitives du cœur. Des myxomes du cœur*. N° 377. (H. Jouve.)

M. Servin (Edgar). *Essai sur le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral pur (hérédité directe homœomorphe)*. N° 388. (H. Jouve.)

M. Perdereau. *Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur chez l'homme*. N° 343. (H. Jouve.)

M. Chevereau (P.). *Du faux rétrécissement mitral ou rétrécissement mitral spasmodique*. N° 437. (H. Jouve.)

M. Barbier (Georges). *De l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur*. N° 338. (H. Jouve.)

M. Rochebois. *Les cardiopathies au Mont-Dore*. N° 374. (H. Jouve.)

M. Delage (Fernand). *Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone*. N° 400. (H. Jouve.)

M. Bousquet (Maurice). *Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac. Sa valeur dans le diagnostic et ses indications thérapeutiques*. N° 390. (H. Jouve.)

M. Manichon (F.-Lucien). *De l'hérédité du cancer et en particulier du cancer de l'estomac*. N° 415. (H. Jouve.)

M. Babon (J.-E.). *L'état gastrique des ataxiques (étude clinique et de chimisme stomacal)*. N° 264. (Soc. d'édit. scient.).

M. Piard (Emile). *Des suppurations à distance dans l'appendicite*. N° 279. (P. Delmar.)

M. Vincent-Georges (Daniel). *Etude sur le cancer primitif de l'ampoule de Vater*. N° 404. (G. Carré.)

M. Goujon (Jean). *Contribution à l'étude sur l'ictère de la période secondaire de la syphilis acquise*. N° 465. (P. Delmar.)

M[lle] Tzeytline. *Hépatite syphilitique héréditaire tardive*. N° 588. (H. Jouve.)

M. Bidan (Ch.). *De l'insuffisance hépatique*. N° 550. (H. Jouve.)

M. Sangline (G.). *Contribution à l'étude de l'hépatoptose*. N° 498. (H. Jouve.)

M. Bouté (P.). *Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens*. N° 281. (H. Jouve.)

L'asystolie hépatique est une conséquence relativement fréquente de la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale. Elle paraît surtout due à la dilatation permanente de l'oreillette droite entraînant celle de la veine cave inférieure à sa terminaison et des veines sus-hépatiques. Cette asystolie se manifeste par les signes habituels du foie et de la cirrhose cardiaques; mais c'est, nous dit M. Venot, une asystolie permanente comme la dilatation cardiaque dont elle dépend. Elle est caractérisée par une hépatomégalie habituelle. La digitale ne peut avoir qu'une influence incomplète sur la stase veineuse permanente du foie. Les diurétiques et les laxatifs en atténuent les inconvénients. L'hépatomégalie est également commune dans la symphyse tuberculeuse. Anatomiquement il s'agit souvent d'un foie cardio-tuberculeux. En clinique, la nature de l'affection hépatique est habituellement méconnue à cause des difficultés que présente le diagnostic de la symphyse tuberculeuse. Le volume du foie, l'abondance de l'ascite et sa rapide reproduction après la paracentèse, les commémoratifs et l'état général devront y faire penser.

Au cours de la fièvre typhoïde, on voit survenir des modifications dans l'intensité du premier bruit; le simple affaiblissement, le plus souvent, la disparition totale bien rarement. Ces modifications d'intensité qu'étudie M. Bernard doivent être rattachées tantôt à la myocardite, et s'expliquent par les altérations du myocarde, tantôt à un simple trouble nerveux, dû à l'action du poison typhique sur l'appareil d'innervation du cœur. On doit les rattacher à la myocardite, si elles sont accompagnées d'altérations du pouls, à plus forte raison s'il existe en même temps des troubles dans le rhythme cardiaque.

Lorsqu'elles existent absolument seules elles sont dues à un trouble d'innervation cardiaque; elles ont donc une valeur pronostique très différente : s'il y a myocardite, le pronostic est très grave ; s'il y a trouble nerveux, il est bénin en général.

En cas de myocardite, il n'existe pas de rapport constant entre la gravité du pronostic et l'affaiblissement plus ou moins marqué du premier bruit. La gravité du pronostic dépend de l'état du pouls.

Du travail de M. Petit il ressort que la symptomatologie des tumeurs primitives du cœur commence à être mieux connue; que l'existence d'une tumeur primitive du cœur pourra se diagnostiquer lorsque l'ensemble des symptômes qu'il signale seront reconnus, surtout lorsque l'on observera des embolies dont la cause semblera échapper.

Il est impossible de faire cliniquement le diagnostic de la nature de la tumeur lors même que l'on en soupçonnerait l'existence, sauf peut-être dans le cancer et dans la syphilis. Dans certains cas la tumeur est d'une latence remarquable et ne constitue qu'une découverte d'autopsie.

Comme le montre M. Servin dans son travail, l'étiologie du rétrécissement mitral est souvent très obscure. L'hérédité dans le rétrécissement doit être envisagée en dehors des autres affections cardiaques. C'est plutôt une déviation du type normal du cœur gauche, dans certains cas, qu'une véritable lésion.

Plusieurs auteurs admettent le rétrécissement familial; il y a des cas d'hérédité du rétrécissement mitral pur. Il faut rechercher la lésion avant qu'elle ait créé une maladie. La présence d'une sténose mitrale, chez un malade, doit attirer l'attention sur sa descendance.

La découverte d'un rétrécissement mitral pur, même très bien compensé, crée la nécessité d'une hygiène cardiaque sévère.

Le rétrécissement mitral pur est plus fréquent qu'on ne l'a dit dans le sexe masculin, suivant M. Perdereau. La sténose mitrale pure, congénitale, est dans certains cas un vestige d'endocardite fœtale, dans d'autres une manifestation de l'hérédité tuberculeuse, peut-être même de l'hérédité syphilitique. Le rétrécissement mitral pur semble évoluer lentement et être com-

patible avec une longue existence chez les individus qui peuvent prendre les ménagements que réclame leur état.

Le pronostic du rétrécissement mitral pur doit être réservé, même dans les cas les moins défavorables.

A côté du rétrécissement mitral pur et du rétrécissement ordinaire, il doit y avoir place, dit M. Chevereau, pour le faux rétrécissement mitral. Celui-ci ne présente aucune lésion histologique de l'endocarde ni du myocarde. Il se présente avec tous les signes physiques du rétrécissement mitral vrai.

L'apparition de ces signes n'a pas la même explication que dans le rétrécissement classique. En effet, ici, le rôle principal est joué par la valve mitrale droite qui vient faire obstacle au passage du sang, étant placée au-devant de l'orifice auriculo-ventriculaire par suite de la contraction des muscles papillaires qui viennent s'y insérer.

Chose principale à noter dans son histoire, le faux rétrécissement mitral guérit; il disparaît en même temps que la contracture des muscles papillaires. Il disparaît d'autant plus vite qu'on aura soigné le malade non pas en cardiaque vrai mais plutôt en nerveux.

L'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur est due à la dilatation des ventricules ou des anneaux fibreux. Cette dilatation, dit M. Barbier exige pour se produire aux orifices aortique et mitral une altération du muscle cardiaque ou de l'aorte. L'insuffisance fonctionnelle des valvules se rencontre dans la symphyse cardiaque, dans les myocardites, les scléroses et dégénérescences du myocarde, dans le rétrécissement mitral, dans l'aortite aiguë ou chronique, dans l'artério-sclérose, etc.

Les symptômes principaux sont des signes stéthoscopiques analogues à ceux des insuffisances organiques. Le diagnostic est généralement possible ; il est parfois difficile avec celui des souffles cardio-pulmonaires. Le pronostic est très variable et le traitement consiste le plus souvent dans l'administration des toniques du cœur.

Il est une catégorie de cardiopathies qu'il faut éloigner du Mont-Dore; elle comprend, d'après M. Rochenois, les artério-scléroses généralisées, les lésions cardio-artérielles, les dégénérescences. Il en est une autre qui pourra retirer un grand bénéfice du traitement montdorien ; elle englobe les lésions relevant de l'arthritisme, les dilatations consécutives aux maladies des voies respiratoires. L'état du cœur devient alors la source d'indications spéciales. Avec M. Constantin Paul on peut dire : « Le danger n'est pas d'aller aux eaux avec une maladie du cœur, mais avec une maladie du cœur inconnue ».

M. Delage a remarqué qu'on observe constamment chez les chiens empoisonnés par l'oxyde de carbone des lésions de la muqueuse gastro-intestinale caractérisées par de la congestion, des hémorrhagies, des érosions ou des ulcérations, lésions qui se retrouvent sur la muqueuse gastro-intestinale des individus empoisonnés par l'oxyde de carbone.

Leur intensité, leur étendue, paraissent en rapport avec la rapidité de l'intoxication et l'état de plénitude ou de vacuité du tube digestif de l'animal intoxiqué. Dans certains cas d'intoxication par les substances irritantes telles que l'acide tartrique, on peut rencontrer sur la muqueuse gastro-intestinale des lésions à peu près semblables, mais en différant par leur siège et leur étendue. L'examen histologique de ces lésions dans les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone et dans ceux d'empoisonnement par substance irritante n'a fourni aucun caractère anatomique suffisant pour les différencier. Chaque fois que l'expert dans le cours d'une autopsie rencontrera des lésions semblables il devra ne pas oublier qu'elles peuvent être symptomatiques d'une intoxication par l'oxyde de carbone et procéder avant tout à l'analyse spectroscopique et chimique des gaz du sang. Quant à la pathogénie de ces lésions, on ne peut qu'émettre des hypothèses. L'oxyde de carbone n'est peut-être pas seulement toxique pour le globule sanguin, mais aussi pour les autres éléments anatomiques, pour les cellules épithéliales de la muqueuse gastro-intestinale.

L'étude du chimisme gastrique constitue un élément précieux de diagnostic du cancer de l'estomac, mais ne donne pas de signe qui ait une valeur pathognomonique, nous dit M. Bousquet dans sa thèse. L'anachlorhydrie et l'abondance d'acide lactique font quelquefois défaut dans le suc gastrique des cancéreux de l'estomac et se rencontrent dans d'autres affections étrangères au néoplasme. La présence de l'acide chlorhydrique et même l'hyperchlorhydrie ont été signalées dans un certain nombre de cas jusqu'au dernier moment de la maladie : l'autopsie et l'examen histologique ont montré qu'il s'agissait bien d'un cancer de l'estomac. Cette variété de cancer avec hyperchlorhydrie paraît succéder toujours à un ulcère rond de la région pylorique, ce qui, pour des raisons anatomiques et physiologiques, donne l'explication d'un chimisme gastrique aussi anormal en apparence.

La connaissance du chimisme stomacal a une grande valeur pour les indications thérapeutiques. La gastro-entérostomie doit être particulièrement réservée aux cancers de la région pylorique avec hyperchlorhydrie. Pour les cancers qui ne s'accompagnent pas de sténose pylorique très prononcée et appartenant à la classe, de beaucoup la plus nombreuse, des cancers avec anachlorhydrie et fermentations secondaires, il vaut mieux employer un traitement médical.

Le cancer de l'estomac se montre avec un maximum de fréquence dans certaines régions du département de l'Aisne et particulièrement dans le sud de l'arrondissement de Soissons, tel est le résultat des remarques de M. Manichon. Sans vouloir préjuger en rien de l'étiologie, de la nature et de la pathogénie du cancer, il semble ressortir nettement des faits rapportés par l'auteur, qu'on ne peut mettre cette fréquence ni sur le compte de la contagion ou de la transmission par l'eau ou par l'air, mais qu'au contraire l'hérédité apparaît, fort manifeste. Que cette hérédité est particulièrement accentuée dans le sud du Soissonnais où les mariages consanguins sont fréquents ; beaucoup moins apparente dans l'arrondissement voisin de Château-Thierry où ces mêmes mariages se voient plus rarement. Que les membres d'une même famille semblent non seulement hériter de la néoplasie, mais même de la localisation de cette néoplasie, qui, de plus, apparaît le plus souvent à la même période de la vie. Qu'enfin cette hérédité procède quelquefois par atavisme, et peut sauter une ou plusieurs générations pour reparaître avec la même intensité.

De son travail, M. Babon pense pouvoir tirer les conclusions suivantes : Indépendamment des formes anormales de la crise gastrique tabétique admises jusqu'ici, cette crise peut rappeler par sa symptomatologie un accès d'angine de poitrine. Il est utile, pour la commodité du diagnostic de l'accès tabétique, de diviser les crises gastriques en quatre groupes : crises symptomatiques d'une lésion du système nerveux, crises névropathiques sans lésions connues, crises symptomatiques d'une affection stomacale, crises de causes paraissant indépendantes du système nerveux et de l'estomac.

La crise gastrique ne présente pas de type chimique qui lui soit propre; chaque malade fait sa crise suivant l'état organopathique de son estomac.

L'état gastrique des ataxiques ne présente que rarement le type hyperpeptique. On rencontre et on doit rencontrer plus fréquemment l'hypopepsie. La crise gastrique tabétique est une gastronévrose, qui peut survenir tantôt chez des névropathes, tantôt chez des malades ayant une affection stomacale antérieure et indépendante : ce dernier cas étant le plus commun en raison de la fréquence très grande des affections gastriques.

L'ensemble des faits que M. Piard a étudiés peut se résumer dans les propositions suivantes :

On observe dans le cours de l'appendicite des abcès à distance qui sont de sièges variés; on les trouve dans le tissu cellulaire iliaque, dans la cavité péritonéale, dans la paroi abdominale antérieure, dans le foie, dans la plèvre, dans le poumon, dans divers organes plus éloignés : cerveau, parotide, rein, rate. Ces abcès se caractérisent par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguïté avec l'appendice et se différencient de cette façon des abcès périappendiculaires de siège anormal. Ils sont l'expression d'une infection appendiculaire diffusée soit par l'in-

termédiaire d'une contamination péritonéale, soit par le canal des organes vasculaires de l'appendice, grâce à leurs connexions physiologiques ou pathologiques. Ils présentent dans leurs variétés toutes les transitions entre le processus inflammatoire local et la septicémie généralisée. Ils permettent de concevoir un nouveau chapitre à ajouter à la grande classe des auto-infections d'origine interne. Ces abcès sont rares. De leur connaissance résultent pourtant quelques indications opératoires.

Le cancer primitif de l'ampoule de Vater est une maladie rare, à l'étude de laquelle M. Vincent-Georges consacre son travail. Au point de vue macroscopique, il se présente, dans les cas types, sous forme d'une petite masse bien limitée, sans tendance à la généralisation; pouvant obstruer secondairement l'entrée des canaux cholédoque et pancréatique, mais respectant quelquefois le second et laissant indemne la tête du pancréas. *Au point de vue histologique*, le point de départ de la tumeur est plus difficile à apprécier, l'épithélium cylindrique qui la constitue se retrouvant dans la partie terminale des canaux, aussi bien que dans l'ampoule elle-même et dans l'intestin. C'est la localisation étroite de la tumeur qui constitue le principal argument en faveur de son origine purement ampullaire. D'autre part il nous semble évident que le néoplasme ait eu parfois pour origine la portion terminale du cholédoque. De même chez un malade de M. Rendu, la tumeur aurait eu pour point de départ l'intestin. Ce qui conduit à dire qu'il semblerait logique de décrire à part une forme anatomique spéciale, un cancer type, primitivement ampullaire, se développant aux dépens des éléments propres de l'ampoule et s'y localisant. *Cliniquement*, le cancer de l'ampoule de Vater serait surtout caractérisé par une marche relativement lente et peut-être aussi par l'intermittence, par la variabilité et la précocité relative de l'ictère, qui n'ont encore été signalés, ni dans le cancer du pancréas, ni dans le cancer du duodénum.

Au cours de la période secondaire de la syphilis, le plus souvent en même temps que les accidents cutanéo-muqueux, dit M. Goujon, on peut voir survenir de l'ictère qui a sa cause dans la diathèse syphilitique. Il diffère de l'ictère catarrhal par l'absence ou la rareté des prodromes, par l'apparition tardive des troubles gastro-intestinaux, l'élévation moindre et la plus grande régularité de la température et enfin par l'influence héroïque du traitement spécifique. Souvent il s'accompagne d'hypertrophie conjonctive du foie et parfois d'autres altérations viscérales des reins, pouvant produire de l'albuminurie.

Le diagnostic ne peut guère pourtant être affirmé que par élimination. Le traitement spécifique est le seul efficace. Tous les cas ont été bénins jusqu'à ce jour.

L'infection syphilitique héréditaire peut produire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge mûr, des manifestations spécifiques du côté du foie. Ces déterminations anatomiques tardives, qu'étudie Mlle Tzeytline, beaucoup moins fréquentes que les lésions précoces, reproduisent, trait pour trait, des lésions de la syphilis tertiaire acquise.

Le diagnostic de ces diverses manifestations repose sur la mise en évidence des signes directement en rapport avec les lésions anatomiques (déformation de l'organe, ascite), sur la coexistence presque constante d'une hypertrophie de la rate, sur la coïncidence d'une complication rénale, et principalement sur la recherche de tous les stigmates de la syphilis héréditaire tardive. Le pronostic (à part la dégénérescence amyloïde) de ces formes morbides dépend de l'absence ou de la mise en vigueur du traitement iodo-hydrargyrique. Abandonnées à elles-mêmes, elles aboutissent à la destruction de l'organe hépatique, à la mort; soumises à temps au traitement spécifique, elles peuvent guérir parfois d'une façon inespérée. Le traitement de la syphilis héréditaire tardive ne diffère pas notablement du traitement de la syphilis acquise. Les préparations iodurées lui conviennent plus particulièrement; mais il importe de recourir à l'hygiène et aux agents reconstituants, au moins autant qu'aux agents spécifiques.

L'insuffisance hépatique est un état grave qui survient chaque fois que le foie est au-dessous de sa tâche. Cet état, suivant M. Bidan, dérive toujours de l'altération de la cellule hépatique. Ce ne serait donc que la physiologie pathologique pour ainsi dire de la cellule hépatique.

La cellule étant altérée, il en résulte une auto-intoxication. Cette auto-intoxication peut être évitée, si le rein fonctionne normalement, mais s'il est au-dessous de sa tâche ou lui-même altéré, les phénomènes d'insuffisance sont promptement mortels.

M. Sangline conclut de son travail que l'intégrité de l'appareil suspenseur du foie trouve une condition indispensable dans la pression abdominale entretenue par la tonicité de la paroi. L'hépatoptose se rencontre, dans l'immense majorité des cas, chez des femmes dont la paroi abdominale ne remplit plus son rôle physiologique ou présente une éventration. L'imperfection congénitale des tissus y prédispose. L'hépatoptose est justiciable soit du port d'une ceinture eutocique, soit de l'hépatopexie, soit de toute intervention ayant pour but de raffermir la paroi abdominale.

La cirrhose atrophique du foie est une affection peu commune chez les jeunes gens; sa rareté est sans doute une des raisons pour lesquelles le diagnostic n'est presque jamais fait pendant la vie; elle est le plus souvent une surprise d'autopsie, nous dit M. Bouté. Parmi les données étiologiques, l'intoxication alcoolique et l'infection semblent avoir un rôle prédominant; cependant il est des cas où l'on retrouve seulement dans les antécédents héréditaires, l'éthylisme ou des affections hépatiques mortelles. Malgré l'opinion la plus répandue, l'abus de la bière doit être considéré comme le seul facteur étiologique, dans un cas de l'auteur.

Au milieu de la variabilité des symptômes, la constance des hémorrhagies est remarquable. Il est exceptionnel de constater l'atrophie du foie, le plus souvent l'organe est normal ou augmenté de volume. L'hypertrophie de la rate est à ce moment constante : elle précéderait donc l'atrophie du foie.

La marche de la maladie est plus rapide chez les jeunes gens que chez les adultes; sa durée paraît être de cinq mois environ.

Les affections avec lesquelles la cirrhose atrophique est fréquemment confondue à cet âge sont : la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, la leucémie, l'ulcère de l'estomac.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Étude clinique et anatomique sur le lathyrisme (Studio clinico ed anatomico sul latirismo), par Mingazzini et Buglioni (*Rivista sprimentale di Freniatria* 1896, vol. XXII, fas. II). — Mingazzini a étudié au point de vue clinique et anatomique 45 malades atteints de lathyrisme et tous originaires d'Alatri. Les symptômes cliniques de cette maladie sont ceux d'une paraparésie spasmodique. Habituellement l'un des membres est plus atteint que l'autre. Il a réussi à reproduire expérimentalement la maladie chez des animaux. Un examen minutieux du système nerveux central à l'aide des méthodes de Pal et de Marchi ne lui a pas permis de trouver de lésions dans les fibres ou les cellules nerveuses. Les auteurs pensent qu'il s'agit dans cette affection, d'une intoxication qui exerce son action sur les arborisations terminales des neurones cortico-médullaires de la région lombaire.

Sur le groupement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs, par H. Dufour (*Archives de neurologie*, 1896, n° 8). — A l'occasion d'un cas de compression des nerfs de la queue de cheval (analogue aux cas publiés par Souques et Marinesco et Hoche), l'auteur se livre à une étude approfondie des fibres endogènes des cordons postérieurs. Les fibres endogènes qui dégénèrent dans le sens descendant constituent deux groupes, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le groupe antérieur, constitué par des fibres nerveuses à court trajet, occuperait, suivant les étages de la moelle aux-

quels on les considère, les zones suivantes : 1° zone sulco-commissurale postérieure, au niveau du cône terminal; 2° zone sulco-cornu-commissurale dans la région sacrée; 3° zone cornu-commissurale à la région lombaire et dorsale inférieure; 4° virgule de Schultze, à un niveau encore plus élevé. Le groupe postérieur serait formé de fibres commissurales à long trajet et se comporterait de la façon suivante : à la région cervicale et dorsale inférieure, il se trouve à la périphérie du cordon postérieur; à la région moyenne, il se dirige vers le septum; à la région dorsale inférieure, il devient angulaire, ayant une branche transversale le long de la circonférence postérieure de la moelle et une branche postéro-interne le long du septum. Au niveau de l'origine de la 2e paire lombaire, il constitue le centre ovale de Flechsig et dans le cône médullaire, il se confond avec le triangle médian postérieur sur lequel Gombaut et Philippe ont attiré l'attention. On ne doit pas confondre ces fibres descendantes endogènes avec la branche des racines postérieures qui dégénère également en direction descendante.

CHIRURGIE

Traitement du goitre par l'ingestion de thymus (Ueber die Erfolge der Thymusfutterung bei Kropf), par Reinbach (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 202). — L'auteur rapporte dans son travail 30 cas de goîtres traités par l'ingestion de thymus de mouton soit en nature, soit, dans quelques cas, sous forme de pastilles de provenance anglaise. Le thymus en nature était administré sous forme de hachis, étendu sur du pain, à la dose de 10 grammes chez les enfants, 15 grammes chez les adultes, trois fois par semaine. Les doses plus élevées ne semblent pas agir plus énergiquement. Les effets du traitement se manifestaient ordinairement déjà au bout de trois semaines à un mois, et les résultats ne changeaient plus quand le traitement était continué plus longtemps.

Sur les 30 malades soumis à ce traitement, il y a eu 3 guérisons complètes, anatomiques, chez des enfants de 10 et de 12 ans, et 18 améliorations considérables avec diminution du volume de la tumeur et des symptômes provoqués par elle. Dans 10 cas la médication a complètement échoué.

Dans aucun cas il n'est survenu de symptômes toxiques analogues à ceux qu'on observe avec la médication thyroïdienne, ni de symptômes toxiques d'une autre nature.

L'analyse des cas observés par l'auteur ne permet pas de dire dans quelle variété anatomique la médication thyroïdienne a le plus de chances de réussite. Il semble pourtant que les effets de la médication sont particulièrement appréciables dans le goître hyperplastique diffus simple.

En somme les résultats thérapeutiques que fournit la médication par le thymus sont presque identiques à ceux de la médication thyroïdienne. La médication thymique a en outre l'avantage considérable de ne pas produire de phénomènes d'intoxication. Elle peut donc être préférée à la médication thyroïdienne et doit être considérée comme la méthode de choix dans les cas où le traitement thyroïdien n'est pas réussi.

Parmi les cas que publie l'auteur il s'en trouve un où la médication par le thymus a réussi après l'échec complet de la médication thyroïdienne.

Traitement conservateur de l'actinomycose (Zur konservativen Behandlung der menschlichen Aktinomycose), par Jurinka (*Mittheil. aus den Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 139. — L'auteur rapporte trois cas d'actinomycose, deux de la face et un de la région cæcale, guéris par l'administration interne d'iodure de potassium. La guérison peut être considérée comme définitive en ce sens qu'un an après l'interruption du traitement, il ne s'est pas encore produit de récidive.

Les trois cas étaient graves, et les lésions tellement étendues (dans un cas d'actinomycose de la face la suppuration avait même envahi la base du crâne) qu'on ne pouvait guère songer à une intervention radicale.

Le point sur lequel l'auteur insiste, c'est qu'après la fermeture de toutes les fistules, il se fait au bout de quelque temps de nouvelles poussées avec formation d'abcès tout à fait superficiels : pour lui ce serait le résultat de l'élimination des foyers profonds repoussées peu à peu par les granulations vers la surface.

Le traitement a duré six semaines dans deux cas, six mois dans le troisième.

Quant au mode d'action de l'iodure de potassium sur les actinomyces, les recherches de l'auteur ont montré que le champignon n'était pas tué et qu'il cultivait fort bien, même vers la fin de la maladie.

Ulcère perforé du duodénum (Ueber operative Heilung eines Falles von perforirtem Duodenalgeschwür), par Landerer et Glucksmann (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 168). — Le travail des auteurs est fait à l'occasion d'un cas d'ulcère perforé du duodénum guéri par la laparotomie faite à temps. Le malade, sujet depuis de longues années à des hématémèses, est entré à l'hôpital pour une hémorrhagie stomacale qui fut soignée par le repos, l'opium, la glace, etc. Le lendemain parurent brusquement les symptômes d'une péritonite par perforation. On fit la laparotomie dans l'idée d'un ulcère perforé de l'estomac; l'exploration montra pourtant que l'estomac était intact et que le liquide couleur café qui remplissait la cavité abdominale provenait du duodénum. Dans l'impossibilité d'aborder l'ulcère, qui occupait manifestement la paroi postérieure du duodénum, on tourna la difficulté en réunissant par une série de sutures séro-séreuses l'estomac, le côlon transverse, le duodénum et l'épiploon, de façon que le liquide qui s'écoulait du duodénum perforé ne passât plus dans la cavité abdominale qui se trouva isolée. Nettoyage de cette dernière avec des compresses stérilisées, drainage de la région duodénale avec de la gaze iodoformée et suture de la paroi abdominale qui, à la fin de l'opération, s'était trouvée fendue de l'appendice xiphoïde jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la symphyse et d'un hypochondre à l'autre.

Les suites opératoires furent troublées par plusieurs mouvements fébriles; le malade finit pourtant par guérir.

Les auteurs partent de ce fait — le premier cas de guérison opératoire d'un ulcère perforé du duodénum — pour étudier les interventions possibles en pareil cas. Le procédé le plus radical serait l'incision de l'ulcère et du sinus malades, mais il peut se trouver en défaut, soit que l'ulcère occupe une région inabordable, la paroi postérieure, comme dans le cas rapporté, soit que son étendue soit trop grande. En cas d'extension trop grande on peut fermer l'orifice de perforation en suturant par-dessus la séreuse par une suture séro-séreuse ou bien encore en réséquant toute une partie de la circonférence du duodénum, l'ulcère y compris, et en réunissant ensuite les deux bouts par une suture circulaire, au besoin avec le bouton de Murphy. Dans les cas où l'ulcère perforé ne peut être abordé directement par le fait de son siège, on pourra encore avoir recours à la suture par-dessus de l'ulcère non pas de la séreuse immédiate, mais de celles des organes voisins, comme dans le cas qui vient d'être rapporté.

Diverticule de l'estomac consécutif à un ulcère rond (Ein durch ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel), par Kolaczek (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, p. 161). — Il s'agit d'une femme de 45 ans ayant présenté, il y a 6 ans, des symptômes d'ulcère stomacal (hématémèse, douleur s'exagérant après les repas) et venue consulter pour une humeur de la région stomacale datant de trois ans. La tumeur dure, douloureuse à la pression, des dimensions d'un œuf de poule, se trouvait au-dessus des fausses côtes sur le prolongement de la ligne mammaire. La tumeur n'était pas mobile et restait à sa place quand, par l'injection d'un litre d'eau dans l'estomac on faisait descendre le bord inférieur de celui-ci jusqu'à l'ombilic. On pouvait donc diagnostiquer une tumeur du cardia ou de la petite courbure de nature probablement bénigne.

La laparotomie montra l'existence d'une tumeur étalée, occupant une partie de la face antérieure et de la petite courbure de l'estomac et adhérant en arrière au pancréas. La résection de la tumeur et de la paroi stomacale avec laquelle elle paraissait faire corps fut fort difficile à cause des adhérences qui l'entouraient. Suture de l'estomac et drainage à la gaze iodoformée. Guérison complète en trois semaines sans complications.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un diverticule de la paroi stomacale mesurant 12 centimètres de long sur 6 de large. L'orifice de communication laissait passer l'index et sa cavité avait les dimensions d'une grosse noix. La muqueuse stomacale très plissée s'arrêtait nettement aux limites du col et n'arrivait pas au fond du diverticule, lequel fond était partiellement ulcéré, partiellement cicatrisé. La paroi du diverticule était formée par la couche musculaire hypertrophiée qui mesurait 1 centimètre d'épaisseur et par la séreuse en grande partie fibreuse, cicatricielle.

D'après l'auteur l'ensemble de ces caractères montre que le diverticule s'était formée aux dépens d'un ancien ulcère.

MÉDECINE

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la suggestion (Zur Frage der Hyperemesis Gravidarum), par Chazan (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 33, p. 849). — L'auteur, pour lequel les vomissements de la grossesse sont d'origine purement nerveuse et tiennent à une altération de la sphère psychique de la malade, rapporte une observation où les vomissements furent arrêtés après qu'on eût présenté à la malade, en les exagérant, les conséquences graves qui peuvent suivre l'accouchement provoqué avant terme. La malade promit de faire tout son possible pour ne pas se laisser aller aux vomissements, suivit la série de mesures très simples indiquées par l'auteur (gargarisme avec du vin rouge, déglutition de la salive ou d'un morceau de pain au moment des nausées, etc.) et guérit dans l'espace de quelques jours.

Production d'antitoxine par le passage du courant électrique dans les cultures de diphthérie (The production of antitoxine by the passage of electricity through diphtheria cultures), par B. Meade Bolton et H. D. Pease (*Journ. of experim. medicine*, juillet 1896, p. 537). — Comme d'autres expérimentateurs, ces auteurs ont obtenu de l'antitoxine en faisant passer un courant électrique (44 à 72 milliampères) dans les bouillons de cultures du bacille diphthérique.

Antitoxine dans le sang du cheval normal (Diphtheria antitoxin sometimes found in the blood of horses that have not been injected with toxin), par Meade Bolton (*Journ. of experim. medicine*, juillet 1896, p. 543). — Certains chevaux présentent à l'état normal dans le sang l'antitoxine diphthérique. Ce fait offre un certain intérêt, parce qu'on peut, chez ces animaux, obtenir par les injections de toxine une immunisation plus rapide.

Étude des infections terminales (A statistical and experimental study of terminal infections), par S. Flexner (*Journ. of experim. medicine*, juillet 1896, p. 559). — Ce travail démontre la grande fréquence des infections secondaires générales et locales, à la fin des maladies chroniques. Ce sont les microbes pyogènes ordinaires qui tiennent la première place. Des expériences faites par l'auteur sur le pouvoir bactéricide du sang à l'égard du staphylocoque doré montrent que ce pouvoir est moindre chez les sujets cachectiques, souffrant d'affections chroniques que chez les sujets normaux. Le sérum du sang placentaire exerce un pouvoir destructeur très actif sur le staphylocoque doré et le bacille d'Eberth.

Passage de liquide du péritoine dans la circulation (Experimental contribution to the study of the path by which fluids are carried from the peritoneal cavity into the circulation), par I. Adler et S. J. Meltzer (*Journ. of experim. medicine*, New-York, juillet 1896, p. 482). — Contrairement à certains expérimentateurs qui ont admis la résorption par les capillaires sanguins des liquides contenus dans les cavités séreuses, les auteurs de ce mémoire concluent de leurs expériences que c'est principalement par la voie lymphatique que ces liquides passent dans la circulation.

Absorption de la strychnine et de l'acide cyanhydrique par la muqueuse digestive (On absorption of strychnine and hydrocyanic acid from the mucous membrane of the stomach. An experimental study on rabbits), par J. Meltzer (*Journ. of experim. medicine*, New-York, juillet 1896, p. 529). — La strychnine introduite dans l'estomac est rapidement absorbée si le pylore est ouvert et la laisse passer dans l'intestin, mais si le pylore est fermé, elle peut rester dans l'estomac longtemps sans passer dans la circulation. L'œsophage absorbe très peu cette substance. Le pharynx, au contraire, l'absorbe très rapidement. Il en est de même du rectum. L'acide prussique est très bien absorbé par l'estomac, même si le pylore est lié.

Kystes hémorrhagiques de la glande thyroïde (On hæmorrhagic cysts of the thyroïd gland), par W. L. Bradley (*Journ. of experim. medicine*, New-York, juillet 1896, p. 401). — Tous les caractères particuliers des gros kystes du corps thyroïde à contenu liquide semblent indiquer leur origine hémorrhagique; la théorie de Wölfler, qui les fait dériver de la rupture spontanée des vésicules, n'est pas satisfaisante. Les signes fréquents de petites hémorrhagies dans les cas de goître parenchymateux sans altérations manifestes dans les vésicules environnantes, la structure de l'organe et sa position exposée viennent à l'appui de cette manière de voir.

Spirille pathogène (The signifiance of pathogenic spirilla in American surface waters, etc.), par A. C. Abbott (*Journ. of experim. medicine*, New-York, juillet 1896, p. 419). — Description d'un spirille pathogène trouvée dans les eaux de la rivière Schuylkill à Philadelphie. Ce *Vibrio Schuylkillensis* ressemble aux vibrions cholériques et se rapproche beaucoup du *Vibrio Metchnikovi.*

Influence de l'alcoolisme aigu sur la résistance à l'infection (The influence of acute alcoholism on the normal vital resistance of rabbits to infection), par A. C. Abbott (*Journ. of experim. medicine*, juillet 1896). — Expériences faites sur des lapins et démontrant que l'intoxication alcoolique diminue la résistance aux infections streptococcique et colibacillaire.

Pigment des nègres (On the pigment of the negro's skin and hair), par J. Abel et W. S. Dawis (*Journ. of experim. medicine*, New-York, juillet 1896, p. 361). — Le pigment de l'épiderme et des poils chez le nègre est le même. Il ne paraît pas différer quant à sa nature de pigment des poils de la race blanche. Les granulations pigmentaires sont formées d'un substratum coloré, de pigment et de matières inorganique abondantes (calcium, magnésium, fer, acide silicique, phosphorique et sulfurique). Les auteurs ne peuvent conclure que ce pigment soit un dérivé de l'hémoglobine; ils croient plutôt qu'il dérive des protéides des sucs parenchymateux.

La quantité totale de pigment soluble contenue dans la peau d'un nègre de taille moyenne est d'environ 1 gramme.

Recherches sur les albuminoïdes des urines purulentes (pyine et mucine), par E. Leidié (*Journ. de pharmacie et de chimie*, 1er août 1896, p. 97). — La pyine et la mucine ne préexistent ni dans le sérum, ni dans les globules des pus; ce ne sont pas des variétés naturelles d'albumine, mais des produits de transformation d'albuminoïdes primitifs, résultant de l'action des alcalis sur les éléments du pus, à la faveur de la fermentation ammoniacale des urines. Ce qu'on a appelé pyine est un alcali-albumine; ce qu'on a appelé mucine des urines purulentes ammoniacales est une nucléo-albumine; ce qu'on appelle quelquefois mucine des urines acides, provenant du prétendu mucus de la vessie, est un mélange où domine une globuline précipitée sous l'influence de l'acidité urinaire.

La diphthérie dans le Sud-Ouest, par M. Guiraud (*Arch. médic. de Toulouse*, 15 mars et 1er avril 1896). — L'examen des statistiques de 25 années montre que la région du Sud-Ouest de la France est une de celles où la diphthérie sévit avec le moins d'intensité. Cette maladie y est en décroissance, même si l'on fait la part du traitement par le sérum.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Ergotinine, cornutine, sphacélotoxine, acide sclérotinique, sclérotinate de soude.

Définition. — L'*ergotinine*, la *cornutine*, la *sphacélotoxine*, l'*acide sclérotinique*, font partie des principes actifs extraits de l'ergot de seigle.

De ces substances l'ergotinine, isolée par Tanret, est la seule dont la composition soit constante et bien définie : aussi est-elle employée en France à l'exclusion à peu près complète des autres produits, l'acide sclérotinique excepté.

Solubilité. — L'*ergotinine* est insoluble dans l'eau distillée, soluble dans l'eau acidulée et l'alcool faible.

La *cornutine* et la *sphacélotoxine* sont, elles aussi, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool et la glycérine.

L'*acide sclérotinique* et le *sclérotinate de soude* sont solubles dans l'eau.

Propriétés thérapeutiques. — Les propriétés de l'ergotinine et des autres principes actifs sont sensiblement les mêmes que celles des divers extraits connus sous le nom d'ergotine. Ce sont tous des hémostatiques puissants. Néanmoins l'ergotinine paraît avoir sur les autres alcaloïdes de l'ergot, l'avantage d'agir plus vite et plus sûrement. Aussi convient-il d'en réserver l'emploi aux accidents redoutables des métrorrhagies ou hémoptysies foudroyantes.

L'acide sclérotinique jouirait en outre de la propriété d'éloigner les attaques d'épilepsie, quelquefois même de les faire disparaître tout à fait.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :*

Ergotinine : 1/4 de milligramme par injection, 4 à 6 injections par jour.

Cornutine : 1/2 milligramme par injection, 2 à 4 injections par jour.

Sphacélotoxine : 4 à 10 centigrammes par injection et par jour.

Acide sclérotinique et *sclérotinate de soude :* 3 centigrammes par injection, 3 à 4 injections par jour.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* Tous ces produits, injectés sous la peau, causent une sensation de vive brûlure, tant à cause de leur causticité, qu'en raison des véhicules employés.

L'ergotinine doit être plus diluée que ne l'indique Tanret, pour être bien tolérée et par suite plus maniable.

b) *Eloignés :* L'endroit de la piqûre reste sensible assez longtemps. L'action constrictive sur les vaisseaux est très rapide : pour l'ergotinine, elle peut se produire moins de 3 minutes après l'injection. Les autres substances actives sont moins fidèles.

FORMULES

Ergotinine	0 gr. 20
Acide lactique	0 gr. 10
Alcool	2 cent. cubes.
Eau de laurier-cerise	20 gr.
Eau *stérilisée* . . . . . . Q. s. p.	100 cent. cubes.

1/4 à 1/2 cent. cube.

(Tanret.)

Formule de Tanret	ãã
Eau bouillie	

1/2 à 2 cent. cubes.

(G. Maurange.)

Ergotinine	0 gr. 01
Acide lactique	0 gr. 02
Eau de laurier-cerise	10 gr.

1 à 2 cent. cubes.

(Huchard.)

Cornutine	0 gr. 05
Acide chlorhydrique médicinal	IV gouttes.
Eau *stérilisée*	10 gr.

1 à 2 cent. cubes.

(Thomson.)

Sphacélotoxine	0 gr. 40
Alcool à 45°	ãã 5 gr.
Glycérine	

1 à 2 1/2 cent. cubes.

(Freund.)

Acide sclérotinique	0 gr. 30
Glycérine pure	4 gr.
Eau distillée	6 gr.

1 cent. cube.

(Prévost.)

Acide sclérotinique	0 gr. 30
Acide phénique	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Eau *stérilisée*	10 gr.

1 à 10 cent. cubes contre l'épilepsie.

(Bourneville et Bricon.)

Sclérotinate de soude	0 gr. 05
Eau *stérilisée*	1 cent. cube.

Pour faire une injection.

(Ganguillot.)

G. Maurange.

Les syphilis justiciables des traitements hypodermiques.

D'après M. A. Lepaître (thèse de Paris 1895-96) les injections mercurielles intra-musculaires pratiquées avec les précautions nécessaires ne donnent pas lieu à des accidents graves.

Leurs plus gros inconvénients sont la douleur et le dérangement qu'elles causent aux malades.

Leurs avantages consistent dans la rapidité et l'énergie de leur action. — Il faut pour qu'elles agissent efficacement, les donner à doses suffisantes, et leur associer l'iodure quand il peut être utile.

Leurs indications varient avec le malade et la maladie.

a) *Malade.*

Les enfants trop jeunes, les femmes impressionnables, les sujets nerveux, les clients de la ville qui ne peuvent garder le repos ou venir tous les jours se faire injecter, ceux qui tiennent à cacher leur syphilis ne doivent qu'exceptionnellement être traités par ce procédé.

Les hommes vigoureux, les malades qui peuvent rester au repos, et surtout les malades hospitalisés, doivent au contraire être soumis aux cures hypodermiques le plus souvent possible.

Les maladies concomitantes constituent une indication de la méthode, quand elles atteignent les organes de la digestion, ou nécessitent un traitement simultané par la voie stomacale.

Les sujets atteints de néphrite, de diabète, de maladies cachectisantes seront traités si besoin est par les injections, mais cela avec précaution, et de préférence avec les injections solubles.

b) *Maladie.*

La méthode hypodermique, ne paraît pas encore être systématiquement applicable à toutes les syphilis. Elle peut être utile dès le début pour porter un premier assaut à la maladie et plus tard dans les différents cas étudiés ci-dessous :

Les syphilis intenses (étendue, profondeur, rapidité d'évolution; multiplicité, permanence ou récidive des lésions, altération rapide de l'état général), les syphilis incertaines, les syphilis scléreuses, particulièrement celle de la langue, les syphilis du système nerveux, les syphilis oculaires, la syphilis laryngée, les gommes du voile du palais, la syphilis rénale, sont justiciables de la méthode hypodermique.

La méthode n'a pas encore fait ses preuves dans les surdités, les adénites syphilitiques, elle ne paraît pas nécessaire dans les syphilides érosives, les syphilides cutanées secondaires, elle paraît inutile dans les syphilis osseuses surtout quand celles-ci ont déjà été traitées par les autres méthodes de mercurialisation.

De ce travail nous rapprocherons celui de M. F. Constant (thèse de doct., Nancy, 1895-96, n° 71) sur le traitement de la syphilis par les *injections intra-veineuses de cyanure de mercure*. Avec ses maîtres Spillmann et Février, l'auteur conseille d'injecter tous les 2 jours 2 c.c. de la solution suivante :

Hg Cy^2. . . . 0gr50 }
Eau distillée. . 100 } soit 1 centigr. de principe actif.

M. Constant conclut que les injections intra-veineuses de cyanure de Hg présentent les avantages suivants : 1° commodité pour le malade et le médecin; 2° dosage exact de la substance injectée; 3° effets thérapeuthiques plus rapides qu'avec les autres modes d'administration du Hg (le plus soluble des sels de mercure); 4° absence d'accidents d'accumulation à cause de la diffusion plus rapide et absence d'accidents locaux (douleur, inflammation, suppuration), si l'on observe bien la technique opératoire. 5° Enfin cette méthode est surtout recommandable dans les syphilis graves à forme cérébrale, où il faut agir rapidement à cause de l'état de dénutrition du malade; elle paraît inutile dans les syphilis bénignes où les autres modes peuvent être employés avec avantage, le médecin hésitant toujours à employer un manuel opératoire auquel il n'est pas habitué.

Traitement de la migraine par le bromure de potassium,

Par M. Fuchs (1).

Le traitement systématique de la migraine par le bromure de potassium a été inauguré par Charcot. M. Fuchs, qui adopte dans son travail les trois formes de migraine établies par Charcot, croit que le traitement bromuré doit s'appliquer rarement à la migraine simple non douloureuse, sauf certains cas où cette migraine vulgaire revêt des formes particulièrement graves, et dans lesquelles le bromure de potassium agit alors d'une façon efficace là où les autres médicaments avaient échoué.

Par contre, dans la migraine ophthalmique et la migraine ophthalmoplégique, le bromure de potassium ou la médication bromurée constitue le traitement de choix.

La médication est dans ces cas la même que celle qu'on oppose à l'épilepsie : c'est le bromure de potassium ou même les trois bromures associés qu'on administre à doses progressivement croissantes et décroissantes. Le traitement est conduit de la façon suivante :

La dose varie suivant l'âge du sujet, la fréquence et l'intensité des accès, leur caractère. Il faut tenir compte aussi des idiosyncrasies; tels malades sont intoxiqués avec 3 grammes de bromure, tels autres, du même âge, ne sont pas incommodés par les doses assez fortes de 6 à 8 grammes. Il faut donc procéder par tâtonnements; demander, par exemple, si le malade a déjà pris du bromure et quelles en ont été les conséquences. Dans ces conditions, prescrire des doses progressivement croissantes et décroissantes, soit par jour : 5 grammes la première semaine, 6 grammes la seconde, 7 grammes la troisième. A ce chiffre, si, dans les derniers jours de la prise du médicament, le malade présente un peu d'obnubilation de l'intelligence, de la tendance au sommeil, sans toutefois pour cela cesser de vaquer à ses occupations, on est en possession de la dose efficace. Il faut rester à 5 grammes, puis à 6, puis à 7, quitte à aller jusqu'à 8 grammes si la tolérance s'établit trop facilement. Au bout de 6 semaines de traitement on doit être en mesure de juger de la situation et des modifications à apporter à la médication. On continue alors par 5, 6, 7, 8 grammes, etc., et on recherche comment sont influencés les accès.

1. Thèse de Paris, 1896.

Le bromure doit donc être administré à une dose telle que, lorsque le sujet en est à la semaine où celle-ci est le plus élevée, il ressent de légers effets d'intoxication sans toutefois en être sérieusement incommodé : c'est la dose suffisante.

Il est bien rare qu'en possession de cette dose suffisante, le malade, au bout d'un ou deux mois de traitement, n'éprouve une amélioration marquée de son état. Les accès de migraine diminuent de fréquence et d'intensité. Il faut alors redoubler d'attention, rechercher si les malades ne vous trompent pas, inconsciemment, pour ainsi dire. Afin de se rendre un compte exact de la marche de l'affection, Charcot usait d'un moyen très pratique d'appréciation : il faisait, dès le début du traitement, tenir au malade une comptabilité de sa cure, doses absorbées du médicament, accès. En usant de ce moyen, on peut constater que l'affection rétrocède et savoir aussi d'une façon sûre quand il faut d'abord diminuer puis supprimer le médicament.

Une fois la cessation des accidents obtenue, il faut maintenir le malade au moins un an à la dose suffisante. Puis alors on est autorisé à *diminuer* et non pas *cesser*, car jamais il ne faut supprimer brusquement l'administration du bromure, à moins d'intoxication manifeste. Si le sujet prend par semaine et par jour 4, 5, 6 grammes de bromure, on baisse à 3, 4, 5 grammes pendant 2 mois; puis 2, 3, 4 pendant 2 autres mois, et ainsi de suite de façon que la diminution progressive porte sur un laps de temps d'une année. Aux doses terminales de 1 à 2 grammes par jour le bromure n'a aucun inconvénient; les malades y sont habitués et en ont reconnu les bons effets.

La cessation complète des accidents migraineux n'est pas toujours obtenue et, dans beaucoup de cas, il survient encore de temps à autre un accès. Pour éviter ce retour, il faut continuer indéfiniment l'emploi du bromure de potassium. Il devient alors pour ainsi dire un aliment.

C'est dans les cas de ce genre qu'on s'efforcera d'établir la ration minima, au-dessous de laquelle on ne peut descendre sans s'exposer à voir les accès revenir plus fréquents. On cherchera à favoriser l'élimination en veillant à l'hygiène de l'estomac et au bon fonctionnement de l'appareil rénal : le lait, de 1 litre à 1 litre 1/2 par jour; de légers purgatifs, 8 à 10 grammes de sulfate de magnésie; des bains savonneux.

Ce traitement adjuvant est également suivi, au moment de l'administration de la dose suffisante, pour prévenir les phénomènes initiaux de l'intoxication bromurée. M. Gilles de la Tourette, contre les troubles intestinaux, prescrit le salol par prises 0 gr. 10 pour 1 gramme des trois bromures, soit en cachets, soit en paquets dans une substance demi-solide, le potage par exemple. Il ordonne, pour les éruptions acnéiques, des pulvérisations boriquées *loco dolenti* prolongées matin et soir pendant 1/2 heure. Pendant toute la durée du traitement, il défend à ses malades toutes les boissons fermentées, il n'autorise qu'aux repas de l'eau très légèrement rougie.

Le moment d'administration du bromure doit être basé sur l'heure habituelle d'apparition des accès. On donne les deux tiers de la dose 2 ou 3 heures avant le moment présumé de l'accès.

Le bromure doit être administré toujours en solution dans l'eau ou dans un élixir bien dosé à 1 gramme de bromure de potassium par cuillerée à soupe ou par cuillerée à café, de façon à être certain de la dose. On mélange la solution bromurée, au moment d'être prise, à un verre d'eau sucrée ou de préférence à du lait. Le lait est diurétique et aide l'élimination du médicament, surtout s'il est pris à la quantité de 1 à 2 litres par jour. L'estomac tolère bien mieux le bromure très dilué que sous forme de poudre, de pilules ou de dragées.

Enfin, une condition essentielle c'est que le médicament soit pris pendant toute la durée du traitement, *sans interruption d'un seul jour*.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE INFANTILE

Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes dans leurs rapports avec les obstructions chroniques des voies respirations supérieures,

Par le Dr Chapard.

Les causes d'obstruction chronique des voies respiratoires supérieures sont nombreuses : les plus anciennement signalées sont l'hypertrophie des amygdales et les tumeurs adénoïdes. Ces deux lésions sont encore les plus fréquentes et les plus puissantes; le plus souvent elles sont réunies chez le même sujet.

Ces obstructions occasionnent des troubles locaux et généraux qui peuvent avoir une influence considérable sur l'ossification du squelette et sur le développement physique et moral des enfants. Leur influence s'exerce en particulier sur l'appareil respiratoire : les conduits aériens, les poumons s'atrophient par diminution de fonction; la cage thoracique, liée à l'action physiologique des organes de la respiration, les suit dans cette voie, elle cesse de s'accroître et même se déforme.

La déformation variera avec le degré de l'obstruction et son ancienneté, avec l'âge du sujet, c'est-à-dire la malléabilité du squelette. Pour cette raison, les rachitiques seront plus facilement atteints, mais ici il faut prendre garde que l'obstruction peut produire un état général très ressemblant et ne pas prendre l'effet pour la cause.

Il n'y a pas de déformation spéciale à l'obstruction, qui peut produire depuis la simple atrésie thoracique jusqu'aux enfoncements, gouttières, creux, sillons les plus marqués, selon le degré de la sténose, l'âge, l'état du malade. Toutes les formes que l'on a décrites comme caractéristiques se rencontrent, il est vrai, mais pas à l'exclusion des autres. Ce ne sont, pour ainsi dire, que des variétés d'une même espèce, différentes d'aspect mais non de nature.

Presque toujours le sténosé, le déformé thoracique présente, vu de dos, un aspect spécial : une de ses épaules est plus haute que l'autre, la pointe de l'omoplate ressort en arrière; son dos est rond, voûté.

Souvent une cyphose dorsale suivie d'une lordose lombaire compensatrice accompagne ces déformations.

Quelquefois, assez souvent même, lorsqu'on veut bien rechercher et prêter attention aux cas légers, on observe de la scoliose.

On reconnaîtra une déformation thoracique par obstruction en établissant un diagnostic différentiel mais surtout en récapitulant la marche suivie. L'observation montrera souvent au début un mal de gorge, une scarlatine, une bronchite suivis d'amygdalites répétées, de catarrhe nasal, etc. Une cause sténosante est établie et il est facile de la reconnaître si l'enfant est jeune. Le diagnostic sera plus difficile lorsqu'avec l'âge souvent la cause aura disparu et qu'il ne restera plus que les effets produits qui seront : un thorax non développé avec ou sans enfoncements; une lordose, avec cyphose compensatrice, une scoliose.

Le traitement de la cause s'impose et prime tout; le rachitisme est plutôt une indication qu'une contre-indication. Si on l'exécute avant toute déformation, il est prophylactique et, par conséquent, excellent.

En cas de simple arrêt de développement du thorax, tous les moyens employés tendront à augmenter le volume d'air inspiré, de façon à faire reprendre aux voies aériennes leur calibre régulier, aux poumons leur capacité normale. L'appareil respiratoire s'accroît et les parois thoraciques s'élargissent. Si le sujet est véritablement déformé, des exercices spéciaux devront être accomplis en présence et sous l'impulsion d'un chirurgien. Celui-ci adoptera des mouvements particuliers et correspondants à chaque lésion du rachis ou des parois du thorax.

Inversement, une scoliose, une déformation thoracique dont l'origine est douteuse pourra mettre sur la voie d'une sténose pharyngo-nasale jusqu'alors ignorée ou négligée. Ainsi, l'effet fera remonter à la cause.

S'il ne faut pas conclure que toutes les déformations de la poitrine, les déviations rachidiennes sont dues à une sténose respiratoire, du moins, en présence d'une de ces lésions on devra toujours examiner le naso-pharynx (1).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur la présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme.

Communication faite le 28 Septembre 1896 à l'*Académie des sciences*

Par MM. Ch. Achard et R. Bensaude.

D'après des travaux récents, la propriété d'agglutiner les microbes, que le sérum acquiert dans certaines infections, lui viendrait exclusivement des leucocytes. Ceux-ci la lui communiqueraient en exsudant leur contenu au moment de la coagu-

1. Les documents sur lesquels s'appuie cette courte note ont paru dans la thèse de M. Chapard, Paris, 1895-96, n° 579.

lation du sang. Cette théorie repose sur l'étude expérimentale de diverses humeurs. Il nous a paru préférable d'opérer sur le sang lui-même et chez l'homme, dont le sérum, au cours de la fièvre typhoïde, agglutine le bacille d'Eberth.

La principale difficulté résulte de la coagulation. Nous l'avons évitée en utilisant l'extrait de sangsues, préparé avec l'eau salée à 7 p. 1000 ou le sérum humain comme véhicule. Mélangé au sang *in vitro*, ce liquide anticoagulant ne modifie point ses éléments figurés et ne met aucun d'obstacle au phénomène d'agglutination.

Nous nous sommes assurés de la sorte que le plasma privé de tout élément figuré, par dépôt des globules ou par centrifugation, possède le pouvoir agglutinant au même degré, ou peut s'en faut, que le plasma très riche en leucocytes qu'on peut recueillir en laissant déposer les globules ou plus facilement en filtrant le sang sur un tampon d'ouate qui retient un grand nombre de leucocytes.

On pourrait, il est vrai, objecter que, malgré la survie de la plupart des leucocytes, quelques-uns ont pu mourir pendant l'expérience et, en exsudant leur contenu, communiquer au plasma la propriété en question. Il faut donc, après avoir éliminé complètement le plasma qui la possède, chercher si elle subsiste dans les leucocytes restés vivants.

On réalise cette expérience en filtrant le sang sur un tampon d'ouate, comme précédemment, puis en lavant ce tampon avec du sérum normal additionné d'extrait de sangsues. Lorsque le liquide de lavage a cessé de provoquer l'agglutination, on retire le tampon, on l'exprime et l'on recueille un liquide renfermant une proportion considérable des globules blancs (3000 pour 6000 globules rouges par millimètre cube, après filtration d'un demi-millimètre cube du sang pur).

Or ce liquide si riche en leucocytes ne donne pas plus que les dernières gouttes du liquide de lavage la réaction agglutinante. Pourtant, les leucocytes sont bien vivants, ce dont on s'assure en leur faisant absorber des grains de carmin; d'ailleurs l'expérience demande peu de temps (à peine 1/2 heure), et une faible quantité de liquide suffit au lavage (2 ou 3 centimètres cubes). On peut donc conclure que les leucocytes vivants, séparés du plasma primitif, n'ont pas retenu en eux le pouvoir agglutinant.

Cette perte est d'ailleurs définitive, car la propriété disparue n'est pas récupérée par les globules blancs, lorsqu'on les laisse vivre plusieurs heures à l'étuve dans le sérum, et elle ne reparaît pas non plus dans ce sérum lorsque les globules, tués par le chauffage à 50°, y ont exsudé leur contenu.

La propriété agglutinante existant dans le plasma, son passage dans les différentes humeurs ne saurait être exclusivement subordonné à la présence des leucocytes dans ces humeurs, mais doit être rattaché intimement aux phénomènes de la diffusion à travers les membranes vivantes. Ceux-ci peuvent même rendre compte des faits mis en avant par les partisans de l'origine leucocytaire. Ainsi les résultats négatifs, notés par M. Bordet avec la sérosité de l'œdème et l'humeur aqueuse, peuvent être imputés moins à l'absence de leucocytes qu'aux phénomènes de diffusion qui président à la formation de ces liquides, où les matières albuminoïdes du plasma sanguin ne diffusent qu'en faible proportion (1).

On sait déjà que les substances qui déterminent l'agglutination des microbes offrent une certaine résistance à la diffusion *in vitro* : le filtre de porcelaine les retient dans l'urine (Widal), le lait (Achard et Bensaude). Mais nous avons vu celles que contient le sérum traverser le papier-parchemin d'un dialyseur.

Dans l'organisme vivant, il est certain que les phénomènes de diffusion sont plus complexes et que le passage des divers éléments du plasma dans les humeurs et les sécrétions ne s'explique pas uniquement par une simple dialyse. Mais on retrouve cette complexité et des variations vraiment imprévues lorsqu'on étudie la propriété agglutinante. La barrière si fragile du placenta peut suffire à l'arrêter, comme M. Etienne l'a observé chez le fœtus humain et comme nous l'avons vu chez le lapin. Dans les différentes humeurs, elle peut varier même d'un jour à l'autre chez le même sujet, comme M. Widal l'a montré pour l'urine. Le mécanisme de ces variations n'est pas déterminé; mais, en tout cas, ce n'est pas la présence ou l'absence des leucocytes qui suffirait à expliquer pourquoi nous n'avons pas trouvé cette propriété dans la salive, le suc gastrique, la bile non mélangés de sang, alors qu'elle a été rencontrée dans le lait (Achard et Bensaude, Lenoble et Thiercelin), les larmes (Widal et Sicard), le liquide clair comme l'eau de roche des kystes hydatiques du lapin (observations personnelles). Ces derniers faits se conçoivent mieux si l'on fait intervenir la transsudation des substances qui déterminent l'agglutination des microbes et dont nous croyons avoir, dans cette note, démontré la présence dans le plasma du sang vivant.

1. Nous avons trouvé la réaction agglutinante dans l'humeur aqueuse chez l'homme : il est vrai que c'était sur le cadavre (9 heures après la mort) et que cette humeur renfermait quelques rares leucocytes. Nous mettrons hors de discussion les liquides organiques dans lesquels la réaction, que nous avons constatée, peut être due à la présence d'éléments du sang en plus ou moins grande abondance : pus, sérosité pleurale, selles diarrhéiques provenant de l'intestin ulcéré.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Septembre 1896.

Sphacèle intra-abdominal dans une hernie épiploïque étranglée.

M. Peyrot a observé un charron qui depuis plusieurs jours souffrait de douleurs dans une vieille hernie épiploïque, avec douleurs abdominales, mais sans symptômes d'étranglement. Après kélotomie, il trouva que l'épiploon, adhérent à l'appendice épiploïque, descendait en anse dans le sac, et était sphacelé au-dessus, dans la partie intra-abdominale. L'épiploon contenu dans le sac était sphacélé, et la pointe de l'épiploon, adhérente et contenue dans le ventre, l'était également.

M. Peyrot termine en résumant une observation analogue de M. Guinard présentée à la Société de chirurgie.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy présente de la part de MM. Widal et Sicard une note où ces auteurs étudient les propriétés agglutinantes de diverses humeurs à l'égard du bacille typhique. Ils ont déjà montré que la réaction apparaissait par exception dans l'urine, d'une façon constante dans la sérosité des vésicatoires; ils l'ont trouvée dans les sérosités du péricarde, du péritoine, de la plèvre, du pus, de l'œdème, dans le lait et le colostrum, dans la bile; résultats négatifs avec le liquide céphalorachidien, celui des vésicules séminales, la salive; le résultat est positif dans la moitié des cas avec l'humeur aqueuse, liquide cependant dépourvu de leucocytes.

Le pouvoir agglutinatif de ces humeurs s'exerce aussi bien sur le bacille mort que sur le bacille vivant. Il est atténué par leur filtration sur porcelaine, et dès lors cela devait conduire à étudier le rôle des substances albuminoïdes, qu'arrête le filtre. Or, après les manipulations chimiques appropriées, les auteurs ont constaté que les substances albuminoïdes telles que le fibrinogène, la globuline ou la caséine, isolées des humeurs d'un typhique, enlèvent à ces humeurs ainsi modifiées la faculté agglutinante et la retiennent à leur profit.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 Septembre 1896.

Nouvelle adaptation des muscles de la jambe après la guérison du pied bot.

M. Joachimsthal, chez un malade qui avait recouvré les fonctions de la marche à la suite de la guérison d'un pied bot, a étudié la forme et la longueur des gastrocnémiens.

Il a reconnu, *de visu*, que ces muscles du côté malade présentaient une diminution de l'étendue des mouvements et une diminution de la longueur du mollet.

M. Joachimsthal a photographié, à l'aide des rayons de Rœntgen, le squelette des deux pieds du malade dans le but de se rendre compte si la modification des muscles ne tenait pas à un changement de longueur au calcanéum. Il a vu, ainsi, que, du côté malade, le calcanéum présentait une atrophie très nette mais sans modification dans la longueur de l'os. Il a vu aussi que, du côté anormal, l'étendue des mouvements était extrêmement limitée.

Conclusion : c'est à cause de la diminution de la fonction du pied que les gastrocnémiens ont subi l'atrophie. Et ce qui persiste des muscles du mollet n'appartient qu'aux jumeaux qui ont conservé leur fonction de fléchisseurs du genou, tandis que le soléaire, qui n'a d'action que sur le pied, a complètement disparu.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 7 Septembre 1896.

Une hernie traumatique de l'estomac dans la cavité thoracique. Déchirure du foie et de la rate.

M. Capdepon. — Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital Saint-André le 12 août 1896, pour plaie de la cuisse gauche au niveau du triangle de Scarpa. Conduisant un camion, il était tombé de son siège, et le véhicule lui avait passé obliquement sur le corps, des pieds vers la tête, et de gauche à droite. Vu l'état de choc du blessé, il est impossible d'obtenir le moindre renseignement sur la manière exacte dont le traumatisme s'est produit. A l'examen, on constate une vaste ecchymose sur la cuisse gauche et la région du triangle de Scarpa. En même temps, il existe un peu au-dessus du point d'abouchement de la saphène dans la veine fémorale une plaie punctiforme d'où coule un sang noirâtre, dont le débit est augmenté par la pression à ce niveau. Rien du côté de l'urèthre, rien du côté des os du bassin. Le cathétérisme ramène une urine limpide. La palpation ne détermine pas de douleurs sur la paroi abdominale. Pas de vomissements.

Du côté du thorax, on note un aplatissement considérable de la moitié droite, aplatissement dû à la fracture des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes à leur partie moyenne. Pas d'hémoptysie.

Pansement compressif. Boissons chaudes alcoolisées. Piqûres d'éther et de caféine. Le lendemain, mort du malade à 3 heures du matin.

A l'autopsie, la racine de la cuisse gauche est transformée au-dessous des téguments en une véritable bouillie au moins dans la partie interne. La gaine des vaisseaux ayant été refoulée en dehors par l'agent du traumatisme, ceux-ci sont intacts. Pas de sang épanché dans la cavité péritonéale. Rien du côté de l'intestin.

Le foie présente les lésions suivantes : le lobe carré et la moitié postérieure du lobe gauche sont écrasés et la substance hépatique forme un magma dans lequel on ne distingue plus rien. La rate est également déchirée à sa face profonde près de son extrémité supérieure.

Les insertions antérieures et latérales gauches du diaphragme sont dissociées, et l'estomac passant à travers l'orifice ainsi constitué fait saillie dans la cavité thoracique, refoulant en haut et en dedans le poumon gauche qui est intact. Le poumon droit présente une petite déchirure de son lobe moyen.

Il est important de signaler l'absence absolue de symptômes permettant de faire sur le vivant le diagnostic de hernie de l'estomac. La dyspnée était très faible. La sonorité du thorax du côté gauche n'était pas légèrement augmentée. L'autopsie seule a permis de constater la lésion que nous croyons intéressant de signaler.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances du 1er semestre 1896.

Maladie bleue.

M. Gallois présente le cœur d'un enfant mort 25 jours après sa naissance. Cet enfant était atteint de maladie bleue. Dès sa naissance ses téguments avaient présenté une teinte bleutée qui devenait cyanotique sous l'influence de l'allaitement ou d'un mouvement brusque; cette coloration était accusée au visage, aux mains et aux pieds. La température est toujours resté au-dessus de 37°. La respiration, régulière mais courte, se percevait mal à l'auscultation. Le cœur battait régulièrement avec force. Le premier bruit sourd, le deuxième bien frappé.

Le 22 avril il mourait brusquement dans un accès de dyspnée.

L'autopsie a révélé des lésions particulièrement curieuses :

La portion ventriculaire, large, aplatie, présentait un léger sillon interventriculaire, toutefois la pointe bifide montrait bien un commencement de segmentation.

De la partie supérieure et médiane de la région ventriculaire se détache un gros vaisseau ayant la direction de l'aorte normale, et donnant successivement les branches que donne habituellement ce vaisseau : tronc brachio-céphalique droit, carotide et sous-clavière gauche.

En plus de ces vaisseaux normaux, l'aorte donne, à différents niveaux, des artères se portant vers le poumon. Une première, volumineuse, se détache à la face postérieure de l'aorte au niveau du tronc brachio-céphalique et se porte vers le poumon droit qu'elle aborde en avant de la bronche comme le ferait l'artère pulmonaire.

Au niveau de la crosse de l'aorte se détache de sa face inférieure une nouvelle artère volumineuse se portant au poumon gauche où elle se ramifie, gardant la situation et la position que prendrait l'artère pulmonaire elle-même. De la partie supérieure de cette branche se détache une petite artériole se rendant également au poumon.

De la concavité de la crosse se détache encore un vaisseau se dirigeant obliquement vers le poumon droit, passant en arrière de la trachée et de l'œsophage et se plaçant en arrière de la bronche comme l'artère bronchique.

Les veines présentent des anomalies nombreuses. Les veines pulmonaires et les veines caves se rendent à un vaste sinus occupant la partie postérieure de l'aorte, et se continuant de chaque côté par deux auricules. Au niveau de la partie gauche du sinus se jette un tronc veineux qui n'est autre que le tronc brachio-céphalique gauche. Tout fait supposer un cœur à deux cavités.

Epithélioma de glande de Meibonius.

M. Dor relate l'observation d'un homme de 75 ans atteint de trichiasis avec blépharite ciliaire d'un œil. Il était impossible de retourner la paupière, même sous le sommeil anesthésique.

La palpation entre deux doigts faisait reconnaître que le cartilage tarse était très développé, et formait comme un plastron. Il enleva le cartilage, croyant à une tarsite; le malade, qui n'avait pas de ganglions, guérit très bien.

Les préparations histologiques ont montré qu'on était en présence d'un épithélioma différent des épithéliomas sébacés par l'absence de pointes de Schultze.

Corps étrangers du rachis.

M. X. Delore présente une pointe de couteau retirée de l'interstice situé entre la base des deux apophyses épineuses des 8e et 9e vertèbres dorsales environ et restée comme corps étranger pendant 14 ans.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation et qui est entré, le 30 avril dernier, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, suppléé par M. Durand, avait reçu, 14 ans auparavant, au cours d'une rixe nocturne, un coup de couteau dans la partie inférieure de la colonne rachidienne dorsale. La victime de l'agression bornait là ses renseignements sur les circonstances de l'attaque. A l'audience judiciaire où il fut mandé, on lui pré-

senta un couteau dont la pointe était très effilée, comme ayant servi au meurtrier pour accomplir son forfait. Il crut, comme les magistrats, avoir affaire au corps du délit, et lorsque, plus tard, les médecins lui demandaient des renseignements sur l'instrument tranchant, il raconta l'histoire du couteau intact et égara le diagnostic. La plaie dorsale guérit en 8 jours. 2 mois après apparut un abcès qui se cicatrisa rapidement après l'ouverture. 6 mois après, nouvel abcès situé toujours au point traumatisé et dont l'évolution fut très rapide.

Pendant plus de 11 ans, il ne ressentit aucun phénomène nouveau du côté du rachis; il se rappelle cependant qu'après les journées plus fatigantes, il ressentait un léger point douloureux dans la région dorsale inférieure de la colonne.

Dix mois avant son entrée apparut, toujours au même siège un nouvel abcès, qui se termina par une fistule. C'est pour cette fistule qu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 30 avril,

A ce moment, on constate une ouverture située en dehors et à droite des apophyses épineuses des 8e et 9e vertèbres dorsales; le stylet suit deux trajets dont l'un remonte en haut sur une longueur de 5 à 6 centimètres et l'autre descend sur une longueur de 2 à 3 centimètres.

Le 1er mai, M. Durand incise, sous anesthésie, les deux trajets fistuleux très superficiels. Avec le stylet, on trouve un troisième trajet dirigé dans le sens antéro-postérieur et on sent très nettement un corps rugueux dans la profondeur. Un débridement permet d'introduire le doigt qui éprouve l'impression d'un os dénudé ou d'un séquestre mousse; mais on voit immédiatement que ce prétendu séquestre n'est autre qu'un morceau de fer rouillé implanté solidement entre la base des deux apophyses épineuses. On l'extirpe facilement avec une pince.

Les suites opératoires furent fort simples.

Ce fait est intéressant parce qu'il montre, une fois de plus, combien les corps étrangers peuvent être tolérés facilement par les tissus pendant de nombreuses années. Cette tolérance n'empêche pas cependant les phénomènes inflammatoires de reparaître longtemps après. Ces cas sont bien connus, quoique assez rares; dans notre observation, le diagnostic a été particulièrement difficile, en raison de l'erreur des renseignements sur l'instrument vulnérant, qui avaient cependant été fournis par la justice. Ici la justice a contribué à égarer le diagnostic.

Pseudarthrose de l'humérus.

M. Gangolphe présente un jeune homme atteint de pseudarthrose par interposition musculaire et guéri par la suture osseuse.

M. Delore croit que les pseudarthroses sont dues non pas à une interposition musculaire, mais à un vice dans l'application du bandage plâtré. Dans un fait qu'il a publié à la Société de chirurgie, il s'agissait d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, dont les fragments étaient mal coaptés : il fit un avivement sous-cutané avec le ténotome et plaça un bandage convenable. Un mois après la réunion était complète. Il préfère cet avivement sous-cutané à une résection osseuse qui est toujours une opération grave.

M. Vallas ne croit pas, comme M. Delore, que le manque d'immobilisation doive être incriminé comme cause de la pseudarthrose. La preuve en est dans les succès que l'on obtient aujourd'hui par le massage dans le traitement des fractures. Il est bien démontré que les mouvements qui se passent dans un foyer de fracture sont plutôt favorables à la production du cal.

Quant à la thérapeutique employée, la conduite suivie par M. Gangolphe, malgré ses apparences de grande opération, est certainement moins dangereuse que l'avivement sous-cutané au ténotome préconisé par M. Delore. Cette dernière est une intervention aveugle au cours de laquelle on peut blesser très facilement un organe important, nerf ou artère, au lieu de sectionner les faisceaux musculaires interposés.

M. Gangolphe fait remarquer que, dans le cas qu'il présente, l'immobilisation avait été bien faite. L'avivement ne pouvait être fait avec un ténotome, à cause du danger de sectionner le nerf radial, qui côtoyait le foyer de la fracture. Il croit à l'utilité de placer des sutures osseuses qu'on devra laisser longtemps — 2 à 3 mois. Dans les fractures obliques, il serait préférable de placer immédiatement des sutures métalliques.

Relativement aux massages dans les fractures, il se méfie des mauvaises consolidations. Il ne faut pas abuser de l'immobilisation, mais en user.

M. Delore veut une immobilisation absolue qui comprenne l'articulation au-dessus du foyer de la fracture. Lors même qu'il y a un muscle interposé, si l'immobilisation est parfaite, on voit la transformation osseuse se produire et la consolidation devenir parfaite. Il cite un fait à l'appui de sa thèse.

Tumeur du rein droit.

M. Martin présente une tumeur du rein droit, du poids de 2 200 grammes, dont était porteur un enfant de 5 mois. Cet enfant était entré le 11 mai dans le service de M. le Dr Colrat, à la Charité. Les parents sont bien portants. La grossesse et l'accouchement n'ont rien présenté de particulier. L'enfant est venu à terme. Il a été nourri au lait. Deux mois après la mère s'apercevait que son fils avait le ventre ballonné, et une hernie ombilicale se déclara qui fut traitée à l'aide d'un bandage au diachylon. L'abdomen continua à augmenter de volume. L'enfant se cachectisa. On le mit à la crèche de la Charité. A ce moment, la maladie remontait à 3 mois. L'état général était des plus inquiétants. L'abdomen est énormément distendu. La percussion permet de reconnaître une zone de matité très nette, occupant tout l'hypochondre droit et se continuant sans interruption avec la matité hépatique. Aucun point n'est fluctuant. L'hypochondre gauche est le siège d'une sonorité gazeuse. C'est là que sont massés les intestins. Aucun trouble dans les fonctions urinaires. L'enfant mouille normalement ses langes.

Il meurt au bout de 3 jours.

A l'autopsie, une énorme tumeur adhérente à la paroi abdominald en avant, au foie à la partie supérieure, au mésentère et au côlon en avant, occupe toute la région rénale droite et a envahi la fosse iliaque. Son poids est de 2 200 grammes.

L'uretère gauche a été comprimé par la tumeur au niveau de son passage au détroit supérieur. Il s'est formé une hydronéphrose, car le rein gauche est augmenté de volume et la substance rénale coiffe comme une coque la poche urineuse.

L'examen histologique de cette tumeur n'a pas encore été fait et sera publié ultérieurement.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

1er Semestre 1896.

SOIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Trépidation de la rotule.

M. Bechtereff. — La trépidation de la rotule indique l'augmentation de l'excitabilité réflexe. On rencontre ce symptôme dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la sclérose en plaques, dans la paralysie cérébro-spinale agitante et dans les affections cérébro-spinales, déterminées par la dégénérescence descendante des faisceaux postérieurs. On peut également le rencontrer dans les affections fonctionnelles du système nerveux, comme l'hystérie, la névrose traumatique, le paramyoclonus multiplex, etc. C'est la trépidation unilatérale qui a de l'importance, en tant que symptôme d'une affection organique,

M. Golzniger demande si cette trépidation résulte toujours d'une dégénérescence secondaire ?

M. Bechtereff répond que la dégénérescence secondaire n'est nullement nécessaire pour déterminer la trépidation de la rotule. A part les affections purement fonctionnelles qu'il vient d'indiquer, Bechtereff a pu obtenir la trépidation chez les épileptiques, quelques heures après l'accès, lorsque, bien entendu, il ne pouvait pas y avoir trace de dégénérescence secondaire.

M. Ostankoff estime que, d'une façon générale, on peut

considérer la trépidation de la rotule comme un symptôme des affections cérébro-spinales organiques; c'est du moins, dans ces cas, qu'on la rencontre le plus souvent.

Kyste hydatique du sinus rhomboïdal.

M. Antonowski. — Il s'agit d'une femme de 21 ans entrée à l'hôpital avec des troubles moteurs et sensitifs du côté droit et une inégalité des pupilles. La pupille droite, plus large, présentait des troubles d'accommodation et réagissait moins bien à la lumière. Du côté droit la sensibilité générale était diminuée, la force musculaire amoindrie, les réflexes cutanés, exagérés. En se basant sur les données de l'examen clinique des muscles on est arrivé à diagnostiquer chez elle une tumeur cérébrale siégeant près du bulbe. A l'autopsie, on trouva, dans la partie supérieure de la fosse rhomboïdale, un kyste du volume d'un œuf de poule. L'examen microscopique a montré que la tumeur était un kyste hydatique.

Influence de la volonté sur les battements du cœur.

M. Bechtereff a rapporté l'observation d'un individu qui prétend pouvoir arrêter à volonté les battements de son cœur. En l'examinant avec soin M. Bechtereff a constaté que l'individu en question procède de la manière suivante. Après quelques inspirations profondes, il cesse de respirer et contracte fortement les muscles du thorax, de l'abdomen et des extrémités. Les bruits du cœur sont ainsi assourdis par les bruits musculaires. L'expérience dure 15 secondes environ, après quoi les battements du cœur deviennent plus fréquents, ce qui s'explique par l'arrêt de la respiration et un effort musculaire considérable.

M. Bechtereff a répété cette expérience sur lui-même et sur d'autres personnes, et il a pu se convaincre qu'on pouvait obtenir les mêmes résultats. A propos de ces cas, il relate deux observations où l'action de la volonté sur la fonction cardiaque était incontestable. Dans un de ces cas, le sujet pouvait accélérer à volonté les battements cardiaques, dans l'autre, il pouvait les ralentir.

Maladie de Thomsen.

M. Néaronoff a relaté l'observation d'un matelot chez lequel on trouve les symptômes principaux de la maladie de Thomsen et qui ont débuté pendant son enfance.

Les muscles, malgré leur volume considérable, possèdent une force inférieure à la moyenne. Les contractions musculaires dans les mouvements volontaires, s'observent non seulement dans les muscles des extrémités et du tronc, mais aussi dans ceux de la face, dans les muscles masticateurs, orbiculaires et en partie dans la langue. Les mouvements de l'œil sont seuls exempts de ces contractions. Il est à remarquer que les mouvements réflexes, le clignement par exemple, se font facilement et normalement; les réflexes tendineux sont également normaux. L'excitabilité mécanique et électrique des muscles est exagérée et présente toutes les particularités caractéristique de cet état continu. Les mêmes symptômes ont été observés chez le malade pendant le sommeil chloroformique.

M. Betchereff fait remarquer que les mouvements réflexes chez ce malade ne s'accomplissent librement que lorsque les excitations sont faibles; il suffit de rendre ces dernières plus intenses, pour observer immédiatement un certain degré de convulsions. En outre, dans les mouvements volontaires, le degré de l'effort a une influence évidente sur l'apparition des convulsions.

M. Merjzewsky pense que, dans les fortes excitations douloureuses, les mouvements cessent d'être purement réflexes et deviennent, à un certain degré, volontaires.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MOSCOU

Tuberculose chez les enfants.

M. Oustinoff, après avoir résumé les travaux publiés récemment sur cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les tuberculeux résistent très mal aux mauvaises conditions hygiéniques et succombent très vite;

2° On peut prévenir la tuberculose, et il est d'autant plus nécessaire de le faire que la tuberculose héréditaire est rare;

3° L'efficacité des mesures prophylactique est certaine, si on les applique dès la naissance de l'enfant; elle est au contraire douteuse si l'on a recours à ces mesures que dans un âge plus avancé, lorsque les enfants auront eu le temps d'être infectés par des enfants ou des adultes de leur entourage;

4° Le principe de la séparation des malades et des individus sains doit être appliqué d'autant plus sévèrement que l'enfant est plus jeune;

5° Il est indispensable de bien traiter les personnes qui entourent l'enfant et les bien convaincre de l'importance considérable que présentent, pour la vie de l'enfant, les mesures conseillées.

M. Kissel fait remarquer que les médecins n'adopteront complètement telle ou telle mesure préconisée que lorsque le mode de contagion de la tuberculose sera nettement et complètement élucidé.

Hématomyélie.

M. Mouratoff a observé un enfant de 8 ans, dont le développement a été régulier jusqu'à trois ans. A cette époque, il fit une chute suivie immédiatement d'une paraplégie avec anesthésie. Actuellement, on trouve une paralysie des membres inférieurs avec mobilité très limitée des articulations du genou et tibio-tarsiennes, les genoux et les pieds sont contracturés, de sorte que s'il n'est pas soutenu l'enfant ne peut faire que quelques pas. Il existe en outre un amaigrissement notable de muscles fémoraux, une atrophie considérable des muscles des jambes avec diminution de l'excitabilité faradique, une cyanose des mains et des pieds. La sensibilité tactile est normale, la sensibilité à la douleur et à la chaleur diminuée; les réflexes rotuliens et tibio-tarsiens sont exagérés.

Étant donnée l'apparition brusque de la maladie, on doit, d'après M. Mouratoff, admettre une apoplexie de la moelle au niveau de sa portion lombaire. Les phénomènes cliniques présentés par ce malade correspondent à la description telle qu'elle a été donnée par Minor et Kraft-Ebing de l'hématomyélie centrale.

M. Minor fait remarquer que ce cas est très typique ; il a eu à observer un certain nombre de cas semblables où l'examen anatomique a été fait.

Bains chauds dans la méningite cérébro-spinale.

M. Evnine relate l'histoire de cinq malades guéris par ce traitement. Il s'agissait d'enfants de 6 à 10 ans présentant tous les caractères d'une atteinte grave des méninges cérébro-spinales : vomissements, constipation, céphalée, contractures des muscles du cou et des lombes, haute température, petitesse du pouls, etc. Tous furent guéris par des bains journaliers d'une température variant entre 36° et 41°. L'effet des bains se faisait immédiatement sentir : une accalmie dans les redoutables symptômes méningitiques survenait, l'enfant s'endormait pendant quelques heures; son mal le reprenait, il est vrai, au réveil, mais de jour en jour il allait décroissant jusqu'à la complète guérison.

Comme exemple, M. Evnine a cité l'observation d'une fille de 10 ans, entrée à l'hôpital au troisième jour de sa maladie qui avait débuté brusquement par des vomissements, une constipation rebelle; le moindre mouvement qu'on imprimait à la tête faisait crier la malade; de même la pression au niveau des apophyses épineuses. La tête était rejetée en arrière, les muscles du cou contracturés. La température était élevée, le pouls rapide et faible. On fit une *ponction lombaire* et l'on retira 30 cent. cubes d'un liquide purulent. Bains à 36° d'abord puis à 38° tous les jours; ils calment la malade, mais la céphalée, les contractures et la fièvre persistent encore pendant trois semaines ; passé cette époque elles s'amendent et, six semaines après son entrée à l'hôpital, la fillette sort guérie.

Il ressort de ces quelques essais qu'il faut toujours, dans la méningite, essayer des bains chauds qui calment les malades et sont en tous cas absolument inoffensifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MOSCOU

Angiome du droit de l'abdomen.

M. Varnek a rapporté l'observation d'une femme de 28 ans, qui, il y a 9 ans, s'était aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur de l'abdomen. La tumeur a augmenté progressivement de volume, et pendant les 5 dernières années provoquait des douleurs assez intenses. Depuis 2 ans, du pus s'écoulait par l'ombilic.

A l'examen, on trouva dans le voisinage de la région ombilicale une tumeur aplatie, résistante, uniforme, d'une étendue de la paume de la main. La peau qui la recouvrait était normale; on pouvait passer la main sous la tumeur et se convaincre ainsi qu'il n'y avait pas d'adhérence entre elle et les organes abdominaux.

L'opération montra que la tumeur était située dans l'épaisseur du grand droit abdominal du côté gauche. Une hémorrhagie s'étant produite pendant l'opération, on divisa les muscles en plusieurs faisceaux qu'on lia, et on réséqua la tumeur. La plaie s'est réunie par première intention. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un angiome hypertrophié.

Ankylose de la mâchoire inférieure.

M. Saryteschef a rapporté l'observation d'une femme à laquelle on a fait, il y a 2 ans, pour une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, une néarthrose au niveau de la branche montante du maxillaire, avec un bon résultat qui s'est maintenu : la malade ouvre très bien la bouche, peut mâcher et est même en état de faire quelques mouvements latéraux. Dans un autre cas où il s'agissait de l'immobilité du maxillaire inférieur par cicatrice vicieuse, les cicatrices furent réséquées et une greffe fut faite. Le résultat obtenu est satisfaisant.

M. Bobroff a eu à intervenir dans 3 cas semblables : les résultats furent toujours bons.

Résection de l'intestin pour anus contre nature.

M. Spassakoukotski. — Il s'agit d'un malade auquel on avait pratiqué une cure radicale de hernie étranglée, et fait un anus artificiel destiné à parer aux accidents d'obstruction. La cicatrisation avait duré plus de 2 mois et le malade était très épuisée. Deux mois après l'anus fut fermé par la résection des deux bouts de l'intestin, suivie de suture à trois étages. La cicatrisation très lente a duré plus d'un mois, mais le malade quitta l'hôpital en parfait état.

Ce qu'il y eut de particulier dans ce cas, ce fut la présence dans la plaie du pus bleu, accompagnée d'une éruption cutanée spéciale ayant l'aspect de la roséole.

M. Bobroff ne croit pas qu'il soit possible de mettre en rapport l'éruption cutanée avec le pus bleu, étant donné qu'on peut observer ces éruptions dans d'autres suppurations.

Nécrose du cartilage cricoïde.

M. Diakonoff a rapporté l'observation d'une jeune femme de 18 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, fut prise de douleurs dans la région du cartilage thyroïde; la déglutition était difficile, la voix rauque, la respiration ne tarda pas à être gênée, de sorte qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie. L'examen laryngoscopique révéla l'existence d'une tuméfaction considérable, occupant toute la moitié gauche du larynx, et qui persista pendant 6 semaines; au bout de ce temps, on vit se produire un abcès au niveau de la corde vocale gauche; cet abcès s'ouvrit spontanément, mais la tuméfaction ne disparut pas. Pensant alors à une nécrose des cartilages du larynx, M. Diakonoff ouvrit largement le larynx, enleva les parties nécrosées et ferma la plaie, après avoir placé une canule à demeure. La voix s'améliora progressivement, et 2 mois après on pouvait enlever la canule pour un certain temps, en la remplaçant par le dilatateur de Schrötter. La malade, actuellement, en est là.

M. Diakonoff attribue la nécrose du cartilage cricoïde à la fièvre typhoïde et non à la syphilis (la malade est syphilitique), en se basant d'abord sur l'évolution des accidents, ensuite sur l'échec du traitement spécifique.

Tumeur par induration des tissus.

M. Prianischnikoff a présenté un garçon de 15 ans, entré à l'hôpital pour une hernie inguinale. On fit la cure radicale, d'après le procédé de Bassini, et quelques jours après l'opération il se forma, à la place où se trouvait autrefois la hernie, une infiltration assez dure qui, sous l'influence de la compression, disparut d'abord, pour reparaître de nouveau et, cette fois, persister indéfiniment. Actuellement on trouve en ce point une masse de l'étendue de la paume de la main, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne blanche, en haut jusqu'à l'ombilic et en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Il est impossible de la délimiter dans la profondeur : elle a une consistance dure, mais elle est peu douloureuse. M. Prianischnikoff pense qu'il s'agit d'une induration consécutive à l'irritation des tissus, provoquée par la présence des sutures.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE KIEF

Rupture de l'utérus pendant l'accouchement.

M. Rein. — Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui accouchait pour la troisième fois. Ses antécédents ne présentaient rien d'anormal : ses deux premiers accouchements s'étaient bien passés. L'accouchement actuel a commencé à 10 heures du matin. Vers 3 heures de l'après-midi, la poche des eaux se rompit et il y eut procidence du cordon et du bras droit du fœtus. Deux heures après, la sage-femme qui assistait la parturiente se mit à tirer sur le bras et la malade sentit une intense douleur et une faiblesse générale. Les médecins, appelés à 7 heures du soir, la trouvèrent dans un état demi-syncopal et diagnostiquèrent une rupture de l'utérus; le pouls était de 128, la température de 37°5. On la transporta immédiatement à l'hôpital et, environ 1 heure 1/2 après, c'est-à-dire 3 heures 1/2 après la rupture, on fit la laparotomie qui montra la présence dans la cavité abdominale du fœtus avec le placenta. La rupture par laquelle avait passé le fœtus était située sur la paroi antérieure de l'utérus et se propageait vers l'insertion du ligament large gauche. On arrêta l'hémorrhagie par des tampons, la ligature des vaisseaux, etc., et, après avoir appliqué une large ligature sur la partie inférieure de l'utérus, on enleva celui-ci. Les suites opératoires furent fébriles, mais la malade finit par guérir.

Après avoir rappelé que c'est le vingt-cinquième cas de laparotomie dans les ruptures de l'utérus, et le quinzième qui s'est terminé par la guérison. M. Rein dit, que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale doit avoir lieu pendant les 12 heures qui suivent la rupture; le succès sera d'autant plus certain qu'on interviendra de meilleure heure.

M. Woskressensky croit que parmi les causes qui déterminent la rupture de l'utérus, l'imprudence et la violence des tractions ne sont pas toujours les principales. Le segment inférieur de l'utérus qui, d'après les recherches de Hofmeier, constitue un tiers de cet organe, se distingue du col et du corps proprement dit, par une disposition spéciale des fibres musculaires.

Dans les accouchements qui durent un certain temps, la limite du segment inférieur est nettement délimitée par l'anneau de Bandl. L'extensibilité de ce segment augmente dans les cas d'accouchements répétés, et si les conditions sont défavorables, dans les bassins rétrécis, par exemple, la rupture peut se produire facilement. C'est cette extensibilité qui constitue la cause prédisposante essentielle de rupture pendant l'accouchement. La

laparotomie est un moyen de guérison presque sûr, et c'est pour cela qu'il faut y recourir.

M. Rein répond que dans le cas qu'il vient de relater, c'est justement la violence qui fut la cause de la rupture, celle-ci s'étant produite deux heures à peine après l'écoulement du liquide amniotique.

Lipome rétro-péritonéal.

M. Presnitski a rapporté l'observation d'une femme de 66 ans, qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de poule, dans la région inguinale externe. Les limites de la tumeur étaient nettement définies; elle n'augmentait pas sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux et était mate à la percussion. Etant donnés la région et les caractères de cette tumeur, on pouvait supposer soit une hernie, soit un néoplasme. Un examen gynécologique attentif démontra qu'il s'agissait d'un lipome sous-séreux.

L'opération a confirmé le diagnostic : c'était un lipome qui avait traversé l'orifice inguinal interne. La tumeur fut réséquée après ligature et la malade guérit.

Après avoir indiqué que le cas qu'il venait de relater confirmait la théorie de Roser et Linhart sur la participation des lipomes sous-séreux dans la formation des hernies, M. Presnitsky a conclu en disant que dans ces cas l'intervention chirurgicale est absolument indispensable, étant donné qu'il peut exister une véritable hernie derrière le lipome.

Opération césarienne.

M. Rein a eu l'occasion d'intervenir par l'opération césarienne chez une femme qui, 18 mois auparavant, avait subi la même opération pour un rétrécissement du bassin. Elle devint enceinte 4 mois après la première opération; la grossesse évolua normalement, et les douleurs commencèrent à terme.

L'enfant se présentait par le siège. Le diamètre antéro-postérieur étant de 5 centimètres, il n'y avait pas à faire autre chose qu'une opération césarienne. Elle fut faite 12 heures environ après l'apparition des premières douleurs. La paroi abdominale et l'utérus incisés, on enleva l'enfant par les pieds; le placenta fut extrait sans aucune difficulté. L'hémorrhagie fut insignifiante; l'opération dura 37 minutes. L'enfant, normalement développé, pesait 3 310 grammes, il avait une longueur de 50 centimètres. Dans les suites opératoires on n'a noté qu'une élévation de température, déterminée par la rétention des sécrétions. La plaie se cicatrisa par première intention, et la malade quitta l'hôpital en très bon état.

D'après Michaïloff, sur 238 127 accouchements en Russie, on a fait 42 opérations césariennes, dont 8 avant 1881. Tous ces 8 cas se sont terminés par la mort; les autres cas ont donné une mortalité de 33 p. 100. Quant à l'opération césarienne répétée, il faut citer le cas extrêmement curieux de Birnbaum, où l'opération a été faite, sur la même malade, 5 fois.

En terminant, M. Rein demande s'il faut, dans les cas de ce genre, recourir à l'opération césarienne conservatrice ou bien à une opération radicale, comme l'hystérectomie, la ligature des trompes, l'ovariotomie, etc.

MM. Noéloff et **Belineff** estiment que la réponse à cette question ne peut être donnée que par la mère; il s'agit de savoir si elle désire ou non avoir des enfants.

M. Voskressensky pense que dans le cas où l'indication de l'opération césarienne n'est que relative, il faut avoir recours à cette dernière opération; au contraire, lorsque cette indication est absolue, on doit faire l'hystérectomie ou la ligature des trompes.

M. Abouladzé dit qu'il faut toujours préférer l'opération césarienne conservatrice comme étant moins dangereuse que l'hystérectomie totale.

Inversion de l'utérus.

M. Abouladzé. — Il s'agit d'une jeune primipare de 23 ans, accouchée il y a 3 mois. Elle avait été délivrée par une sage-femme qui a exercé des tractions sur le cordon et des pressions sur le fond de l'utérus, ce qui provoqua une hémorrhagie assez grave. Trois semaines après, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur à la vulve, du volume d'un poing. L'utérus prolabé fut réduit, mais la malade ne se rétablit pas, ses règles continuaient à être très abondantes et prolongées.

Lorsque M. Abouladzé vit la malade pour la première fois, 3 mois environ après son accouchement, il trouva une inversion de l'utérus qui n'était pas prolabé, compliquée d'une anémie très prononcée. Le traitement par l'ergot de seigle, l'électricité, le tamponnement, réussit pleinement.

En analysant ce cas, M. Abouladzé arrive aux conclusions suivantes :

1° Parmi les causes qui déterminent l'inversion de l'utérus, il faut tenir grand compte des ruptures profondes du col.

2° Pour arriver à redresser définitivement l'utérus, il est indispensable d'avoir recours aux moyens capables de provoquer des contractions utérines.

M. Gourine fait remarquer que dans les cas d'inversion utérine, on constate souvent l'augmentation de volume de l'organe, ainsi qu'une sécrétion abondante de la muqueuse; il est donc indispensable d'employer préalablement des substances antiseptiques et astringentes qui rendront le redressement plus facile.

Choléra chez les femmes enceintes.

M. Soukhovetski a observé 14 cas de choléra chez des femmes enceintes.

Dans un cas, la grossesse, qui était de 6 mois, ne fut pas interrompue; la femme guérit et accoucha d'un enfant vivant. Dans un autre cas, la malade, enceinte de 8 mois, succomba sans accoucher. Dans 4 cas où il s'agissait de femmes enceintes de 2, 3, 4 et 5 mois, la grossesse fut interrompue et les malades succombèrent. Enfin, dans les autres 8 cas où la grossesse datait de 2 à 9 mois, le choléra détermina des avortements et des accouchements prématurés.

Ces observations confirment donc le fait constaté depuis longtemps, à savoir que le choléra, dans la grande majorité des cas, interrompt la grossesse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Anévrysme de la carotide interne.

M. Betchereff rapporte l'observation d'une femme qui présentait les phénomènes suivants : paralysie périphérique complète de la moitié gauche de la face, avec réaction de dégénérescence; paralysie du nerf moteur oculaire commun, des branches sensitive et motrice du trijumeau; surdité du côté gauche, perte du goût dans la région de la moitié gauche de la langue, y compris son tiers postérieur; atrophie de cet organe du même côté, paralysie du nerf laryngé supérieur, atrophie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, paralysie du nerf accessoire de Willis du côté gauche, certain rétrécissement de la pupille par suite de la parésie des fibres du sympathique cervical. Tous les nerfs crâniens du côté gauche, à part les trois premières paires, étaient donc atteints. Cependant on n'a noté aucun trouble du côté du tronc ni des extrémités. Quant aux phénomènes subjectifs, la malade accusait une céphalée localisée dans la région occipitale gauche. A l'auscultation de la région mastoïdienne, on percevait très nettement un bruit systolique gauche.

C'est en se basant sur tous ces phénomènes que M. Betchereff fit le diagnostic d'anévrysme de la carotide, en dehors de la cavité crânienne, probablement dans le canal jusqu'à la selle turcique. Sur la proposition de M. Betchereff, M. Pauloff fit la ligature de la carotide gauche, le bruit systolique disparut à la suite de l'opération, pour revenir 6 semaines après, mais moins intense.

Quelque temps après, la malade entra pour la deuxième fois à l'hôpital et, à ce moment, on nota les phénomènes suivants : pouls très lent, vertiges, faiblesse générale, tuméfaction des tissus autour de l'oreille gauche, écoulement ichoreux. Il était évident que les accidents primitifs s'étaient compliqués,

A l'autopsie de la malade, qui a succombé au bout de peu de

temps, on trouva un abcès dans le lobe temporal gauche ; il existait en outre un anévrysme de la carotide du volume d'une grosse noix, dans l'intérieur du rocher. Le diagnostic clinique fut donc ainsi confirmé.

Fracture du maxillaire inférieur.

M. Rostovtseff. — Il s'agit d'une fille de 12 ans qui était tombée par la fenêtre d'un troisième étage et qui fut apportée à l'hôpital avec tous les signes d'une fracture de deux apophyses articulaires du maxillaire inférieur. Le traitement consista à repousser en avant le maxillaire inférieur à l'aide d'un appareil spécial; l'application de cet appareil avait lieu tous les jours. Pendant les premiers jours, la malade fut nourrie à l'aide d'une sonde œsophagienne; à partir du 9e jour, elle a commencé à parler, quoique encore d'une façon peu intelligible. L'amélioration fit des progrès et 6 semaines après l'enfant était guérie.

M. Rostovtseff fait remarquer que les cas de fracture double des apophyses articulaires sont assez rares. Il n'en a pu réunir que 5 cas dans la littérature et encore faut-il noter que, dans ces 5 cas, la fracture des apophyses articulaires était compliquée de fractures du crâne et d'autres os, fractures tellement graves que la majorité des blessés a fini par succomber. Un seul a guéri, mais la mobilité du maxillaire inférieur resta chez ce malade fort compromise. Jusqu'à présent on n'a pas encore formulé d'indications précises pour le traitement de ces fractures.

Prolapsus du rectum traité par la torsion.

M. Vreden a rapporté l'observation d'un homme de 22 ans, atteint d'un prolapsus considérable du rectum, et guéri par la torsion d'après le procédé de Gersuny.

D'après M. Vreden, le succès de l'intervention tient à deux causes : 1° la torsion provoque une tension de toutes les couches de la paroi intestinale, d'où il résulte une augmentation des tours du rectum ; 2° la torsion détermine, en outre, un rétrécissement uniforme du calibre, de la partie inférieure du rectum jusqu'au releveur de l'anus.

M. Sklifossowsky estime que ce procédé n'est indiqué que dans les cas où il s'agit d'un prolapsus de toutes les couches du rectum, mais lorsqu'il s'agit du prolapsus de la muqueuse seule, ce procédé serait rarement utile.

Rétrécissement annulaire du vagin.

M. Orloff a cité l'observation d'une femme de 25 ans, primipare, qui, à la suite d'un accouchement laborieux, sans l'assistance d'un médecin, fut prise de fièvre avec métrorrhagies prolongées. Après la cessation des pertes, la malade s'aperçut que son vagin se rétrécissait.

A l'examen, on constata que la muqueuse vaginale formait, à 3 centimètres environ de la vulve, un bourrelet annulaire, qui rétrécissait la lumière du vagin, laissant passer à peine l'extrémité du petit doigt. Il était impossible d'arriver jusqu'au col de l'utérus.

M. Orloff fit des incisions latérales profondes, excisa le tissu cicatriciel et réunit la plaie. Les suites opératoires furent simples, et 1 mois après l'opération, la malade quitta l'hôpital, parfaitement guérie. Son vagin avait le calibre normal, mais était un peu diminué en longueur, par suite de l'excision du bourrelet cicatriciel.

Péritonite tuberculeuse.

M. Meingardt. — Il s'agit d'une fille de 16 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs dans le ventre. Le ventre était considérablement augmenté de volume, et renfermait du liquide dans la région sous-ombilicale. A la palpation on trouvait une tuméfaction générale de toute la cavité abdominale, très prononcée dans la partie inférieure.

A l'ouverture de l'abdomen on trouva une tumeur adhérente au péritoine et aux anses intestinales et contenant une grande quantité de liquide jaunâtre. En outre, la surface interne du péritoine était très épaissie et toute recouverte de noyaux blanchâtres. La toilette du péritoine faite, on sutura la plaie dans l'angle inférieur de laquelle on introduisit un tampon, qu'on laissa pendant un mois environ. La malade a quitté l'hôpital en très bon état.

L'examen microscopique de la tumeur réséquée démontra qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse enkystée, caractérisée par la présence de cellules géantes; on n'a pas trouvé de bacilles de Koch.

Actuellement, 10 mois après l'opération, la malade se plaint de nouveau de douleurs dans le ventre. En outre, on constate la présence de deux fistules sur la cicatrice. Il est difficile de dire s'il s'agit d'une cicatrisation incomplète ou d'une récidive.

Hystérectomie vaginale d'après le procédé de Doyen.

M. Sadowsky, qui a fait 4 hystérectomies vaginales d'après le procédé de Doyen estime que ce procédé est applicable dans la grande majorité des cas. Le volume de l'utérus ne pouvant pas constituer une contre-indication. Ce procédé est surtout précieux dans les cas où l'on a affaire à des affections malignes du corps et du col de l'utérus, étant donné qu'il évite la contamination de la cavité péritonéale. Si le procédé de Doyen est peu employé par les gynécologues russes, cela tient d'après M. Sadowsky à ce qu'ils ne le connaissent pas suffisamment.

M. Zamchine pense que la rapidité avec laquelle on opère d'après le procédé de Doyen exerce un attrait particulier sur les opérateurs. Mais il ne faut pas oublier que ce procédé comporte l'inconvénient des hémorrhagies post-opératoires et de la formation d'eschares dans le vagin.

M. Sadowsky soutient que les hémorrhagies post-opératoires sont très rares. Quant aux eschares, elles ne se sont produites que dans les cas où les pinces ont été laissées en place pendant 72 heures, ce qui est absolument inutile. Il est parfaitement suffisant de laisser les pinces pendant 48 heures; or, dans ces cas, on n'a pas observé d'eschares.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

Céphalée et affections génitales chez la femme.

M. Bykhovski. On sait que, chez la femme, toute une série de troubles nerveux se trouvent en rapport plus ou moins direct avec une affection quelconque des organes génitaux. Il en est de même de la céphalée, et bon nombre des femmes atteintes de céphalée passent d'un médecin à l'autre, absorbent quantité de médicaments sans être soulagées. Mais il suffit de diriger le traitement contre l'affection génitale pour obtenir la guérison complète de cette céphalée jusque-là rebelle.

A l'appui de cette assertion, M. Bykhovsky cite trois cas personnels. Dans tous les trois cas, la céphalée avait duré plus de 2 ans et résisté à tous les traitements. Chez toutes ces malades, il a constaté des affections des ovaires et des trompes. Le traitement par l'électricité a débarrassé les malades en quelques séances de leur céphalée, bien que l'affection génitale ne fût pas complètement guérie.

M. Kostetzky fait remarquer que chez les femmes atteintes d'une affection génitale, la céphalée peut être d'origine très diverse et qu'elle est très rarement réflexe.

M. Pebrofsky dit qu'on ne peut pas, dans les cas cités par M. Bykhovsky, mettre en rapport la céphalée avec l'affection génitale.

M. Woskressenky fait observer que, d'après ses observations personnelles, la céphalée est surtout intense et rebelle chez les femmes atteintes de salpingite.

Syphilis extra-génitale.

M. Basilevski. — Un officier de 45 ans, en se faisant la barbe, se fait une coupure au menton; quelques jours après, assistant à un dîner de camarades, il embrasse un syphilitique avéré. Quelque temps après, il se fait faire la barbe chez un coif-

feur plutôt malpropre. La coupure ne se cicatrise pas, elle prend de plus en plus l'aspect d'un chancre induré.

Six semaines plus tard la plaie finit par se cicatriser, mais il apparaît sur le corps une éruption accompagnée de fièvre intense, et de maux de tête. Au moment où M. Basilevski voit le malade pour la première fois, il trouve une roséole papulo-pustuleuse, du psoriasis syphilitique, des plaques muqueuses l'arrière-gorge, une adénite généralisée non douloureuse, un épaississement du périoste du tibia. Il était donc certain que le malade était atteint de syphilis déjà ancienne.

M. Basilevski pense que le malade a été infecté chez le coiffeur, mais que d'autre part, la contagion a pu résulter de l'embrassade avec le camarade syphilitique.

Entérite chronique par le megastoma entericum.

M. Trjetzky a présenté deux malades atteints d'entérite chronique due au megastoma entericum.

Le premier malade, âgé de 23 ans, souffre depuis 2 ans de diarrhée rebelle à tout traitement et accompagnée de phénomènes dyspeptiques graves. Rien d'anormal dans le chimisme stomacal; les fonctions motrices et absorbantes de cet organe s'effectuent bien. On ne peut retirer de l'estomac à joun que 10 ou 15 cent. cubes d'un liquide légèrement alcalin, coloré par la bile. L'examen microscopique y démontre la présence de cellules rondes, légèrement colorées par la bile, à noyau assez volumineux. Ce sont des leucocytes présentant le même aspect que dans les selles chez les malades atteints de proctite. On y trouve encore des cellules caliciformes, volumineuses, ayant subi la dégénérescence mucoïde.

Le malade avait trois ou quatres selles par jour, en général le matin de 3 heures à 9 heures. Les matières étaient plus ou moins liquides et contenaient toujours du mucus, soit en îlots volumineux, soit en petits flocons.

La réaction de Gmelin dans les selles faisait en général défaut, sauf quand la diarrhée devenait plus intense. A l'examen microscopique des selles on y trouvait, outre des fibres musculaires en plus ou moins grand nombre et des cellules épthéliales, une quantité considérable de parasites qui n'étaient autres que les megastoma entericum.

Pendant trois mois tous les médicaments internes n'ont produit aucun effet sur la diarrhée. Seuls les lavements au tannin ont amené une amélioration notable. Les selles sont devenues plus épaisses, les parasites ont presque complètement disparu, l'état général du malade s'est considérablement amélioré.

Dans le second cas il s'agissait d'un malade de 22 ans, qui a une diarrhée rebelle déjà depuis 3 ans. Les garde-robes, au nombre de trois ou quatre par jour, sont le plus souvent matinales et s'accompagnent de douleurs abdominales et de borborygmes. Depuis quatres mois les matières sont mélangées à du mucus sanguinolent. Les selles sont liquides, colorées par la bile, mais ne donnent pas la réaction de Gmelin. Au microscope on y trouve des particules d'aliments non digérés et un nombre colossal de megastoma. Ces parasites s'y retrouvent sous les deux formes décrites par Grassi : une piriforme, à extrémité postérieure effilée ; à son extrémité antérieure élargie se trouve une échancrure en ventouse réniforme contenant deux petites vacuoles claires réunies par un pont. Les dimensions de ce parasite sont quatre fois plus grandes que celles d'une hématie. Il présente quatre paires de flagella qui sont continuellement en mouvement. A côté des parasites libres on en trouve d'encapsulés, oviformes à reflet gris bleuâtre,

Outre ces deux formes on trouvait dans les selles des malades en question des micro-organismes, les uns plus petits qu'un globule rouge de sang, les autres plus volumineux, allongés, piriformes, avec des vacuoles bien nettes et une espèce d'orifice buccal à l'extrémité élargie où l'on apercevait une sorte d'ondulation permanente. Chez quelques-uns de ces corpuscules, qui avaient tous la réfringence caractéristique des globules blancs, on pouvait aussi voir des flagella.

Ces formations présentaient des mouvement en spirale très rapides autour de leur axe. Les corpuscules très volumineux avaient leur office buccal en forme de l'échancrure de megastoma. Ils prédominaient surtout dans les selles épaisses, tandis que dans les selles liquides les megastoma adultes et encapsulés étaient plus nombreux. Il s'agissait là probablement de megastoma incomplètement développés.

Pour l'auteur, les parasites étaient la cause des troubles intestinaux chez les deux malades, car, d'une part, on n'a pu invoquer aucune autre cause ; d'autre part, les parasites étaient si nombreux qu'ils formaient le quart ou le tiers des matières fécales.

Trépanation du crâne.

M. Kozlovski a rapporté trois cas.

Dans le premier il s'agit d'un garçon de seize ans qui est entré à l'hôpital avec une fracture de l'orbite et du frontal et présentant un état comateux, le pouls et la respiration faibles. La trépanation suivie du nettoyage du foyer et du pansement antiseptique a amené une amélioration. Le lendemain, le malade avait repris connaissance et dix-huit jours après l'opération, le blessé quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Les mêmes bons effets de la trépanation ont été constatés dans les deux autres cas où il s'agissait également de fractures compliquées du crâne. Toutefois dans le troisième cas, où la trépanation a été faite un mois environ après l'accident, pour parer aux accès de vertiges et de syncope qui ont apparu après la cicatrisation spontanée de la fracture, la guérison a été plus longue à se produire,

M. Fleicher fait remarquer que les résultats obtenus par Koslowsi sont vraiment très heureux. Lui-même a été moins moins heureux. Dans un cas de suicide, il avait enlevé des fragments osseux, et cependant, le malade resta paralysé d'une jambe et fut pris, plus tard, de troubles psychiques assez graves.

Rupture du cœur.

M. Karovilski. — Il s'agit d'une femme de 56 ans, entrée à l'hôpital pour une affection pulmonaire. Elle ne tarda pas à se rétablir, mais, quelques jours après, elle fut prise d'hémoplysie, de faiblesse générale et succomba avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque. A l'autopsie, on trouve le péricarde rempli de caillots, le cœur augmenté de volume ; sur le bord externe du ventricule droit existait une orifice de un centimètre de profondeur. Cet orifice conduisait dans la cavité du ventricule, immédiatement au-dessous la valvule antérieure de l'artère pulmonaire. L'aorte et de l'artère pulmonaire étaient athéromateuse les deux ventricules hypertrophiés.

M. Korovitsky pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une endocardite ulcéreuse, avec anévrysme du cœur, cause directe de la rupture.

M. Ryndowsky a observé un cas de rupture du cœur, chez un vieillard de 79 ans, chez lequel on avait trouvé, à l'autopsie, un amincissement cicatriciel de la paroi du ventricule droit ; la rupture avait 1 centimètre environ de longueur. On n'avait trouvé que fort peu de sang dans le péricarde, ce qui s'expliquait par ce fait que la mort était survenue trop vite pour qu'un épanchement sanguin plus ou moins considérable ait eu le temps de se produire.

Ataxie cérébro-spinale.

M. Sikorski. — Il s'agit d'un jeune homme récemment guéri d'une fièvre typhoïde très grave et qui pendant la convalescence fut pris d'une série de symptômes assez singuliers. Il ne pouvait ni faire un mouvement, ni parler, ni avaler, de sorte que, pendant les premiers jours, on fut obligé de l'alimenter à l'aide de lavements nutritifs. On doutait d'abord de son état psychique, mais aux questions posées, il répondait raisonnablement par des mouvements de tête, lorsque ces mouvements furent devenus possibles. Actuellement, on constate chez lui des troubles spéciaux de la marche et de la parole ; il marche en se dandinant et éprouve des difficultés toutes les fois qu'il doit tourner. La parole a ceci de particulier que le malade prononce les mots sur un ton extrêmement strident et criard. Il voit très bien les objets, mais il ne peut pas suivre les mouvements qu'on leur imprime. Tous les modes de la sensibilité cutanée sont normaux. Le sens musculaire, au contraire, est mo-

difié, ce qui explique les troubles des mouvements de tous les muscles volontaires et surtout de ceux du larynx.

D'après M. Sikorski il faut chercher la cause de cette affection dans l'altération parenchymateuse des cellules de l'écorce cérébrale et de la moelle. Comme cette affection porte un caractère systématique elle pourrait s'appeler ataxie cérébro-spinale.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES DE VARSOVIE

Influence du jeûne sur l'action de la digitaline sur le cœur et la circulation.

M. Yordan a entrepris une série des recherches sur l'action de la digitaline sur le cœur et la circulation chez des animaux soumis au jeûne. Il a commencé ses recherches par la digitaline plutôt que par une autre substance pour la raison que la digitaline est très bien étudiée au point de vue clinique, physiologique et toxicologique, de sorte que la moindre déviation de son action normale peut facilement être constatée.

Les expériences ont été faites sur les grenouilles, les chats et les chiens. Pour avoir des grenouilles en inanition, l'auteur a choisi celles qui, apportées au laboratoire en octobre, y sont restées sans aliments tout l'hiver. Quoiqu'un jeûne pareil soit physiologique pour des grenouilles, l'auteur considère néanmoins leur état au moment des expériences presque comme pathologique, car il a pu se convaincre par l'examen microscopique des muscles volontaires et du cœur que les modifications qu'on y trouve au printemps ressemblent beaucoup à celles des muscles des animaux à sang chaud en inanition.

Dans les deux cas on trouve une atrophie simple, un gonflement trouble des éléments, une dégénérescence graisseuse. Ensuite on sait que la quantité de sang des grenouilles recueillies au laboratoire diminue à tel degré, au bout de quelques mois, que l'amputation de la patte ne s'accompagne même pas d'hémorrhagie.

Si l'on nourrit ces grenouilles avec des insectes, l'incision de la patte au bout de quelque temps s'accompagne d'un écoulement de sang. En plus, chez les grenouilles en inanition physiologique, on observe une diminution du poids du corps comme pendant l'inanition pathologique. Enfin l'auteur a pu conserver quelques grenouilles pendant tout l'été jusqu'au mois d'octobre, c'est-à-dire toute une année sans leur donner des aliments.

Les résultats de ces expériences sont les suivants :

1° Le premier degré de l'effet de la digitaline à dose de 0 milligr. 3, qui se traduit en général par la diminution du nombre des contractions cardiaques avec augmentation de leur force, a une durée plus courte chez les grenouilles en inanition que chez les grenouilles normales.

2° Ce degré peut même faire complètement défaut ou ne se traduit que par une légère augmentation du nombre de contractions du cœur, de sorte que l'action du médicament se manifeste d'emblée par le second degré, c'est-à-dire par l'arhythmie, phénomène qu'on n'observe pas chez les grenouilles normales.

3° Il arrive parfois d'observer l'arrêt brusque du cœur déjà par l'action de 1 milligramme de digitaline.

4° Les effets toxiques du médicament sont provoqués par des doses moindres chez les grenouilles en inanition. L'intoxication est beaucoup moins prononcée chez les grenouilles fixées que chez les libres, et cela qu'il s'agisse des grenouilles normales ou en inanition.

5° Le cœur extrait du thorax se contracte moins, sa force contractile est moindre.

Les chiens et les chats en expérience étaient privés d'aliments pendant trois à douze jours; ils ne recevaient que de l'eau. En moyenne l'inanition durait cinq jours. Les résultats sont les suivants :

1° Après un jeûne qui ne dépasse pas trois jours on n'observe pas de différence notable dans l'action de la digitaline. Chez les animaux à jeun comme chez les animaux témoins on observe au premier degré un ralentissement très notable du pouls avec augmentation nette de la tension sanguine; au second degré on notait une accélération brusque du pouls avec d'abord une augmentation puis une diminution de la pression sanguine. Enfin au troisième degré il y avait une chute brusque de la tension avec ralentissement progressif mais très irrégulier des battements cardiaques et une paralysie complète du cœur avec arrêt en diastole.

2° Chez les animaux à jeun depuis cinq jours et plus, le ralentissement du pouls au premier degré n'est pas aussi net ou fait complètement défaut. L'accélération du pouls au second degré est beaucoup moins prononcée que chez les animaux témoins.

3° La tension sanguine ne s'élève que très légèrement au premier degré ; il en est de même au second degré, où l'on observe le maximum de tension aussi bien chez les animaux à jeun que chez les animaux témoins, ce maximum est moindre chez les animaux à jeun. Au troisième degré la chute de la tension s'effectue non pas brusquement mais d'une façon lente et graduelle.

4° Dans l'inanition poussée très loin la tension sanguine est au-dessous de la normale déjà au premier degré avec ralentissement du pouls malgré cela.

5° Chez les animaux en inanition, l'effet de la digitaline s'obtient avec des doses si petites qu'elles n'ont aucune action sur les animaux témoins. L'action toxique se manifeste aussi plus facilement chez les animaux à jeun et l'animal succombe par des doses de digitaline moindres qu'à l'état normal.

6° Chez les animaux à jeun l'excitabilité du pneumogastrique est diminuée, ce qui explique l'absence de ralentissement prononcé des battements cardiaques au premier degré. L'absence d'une très grande élévation de la tension sanguine est peut-être due à la diminution de l'excitablité du centre vaso-moteur, à l'affaiblissement du système vaso-moteur périphérique et à la diminution de l'activité du muscle cardiaque tous phénomènes qui s'observent à un certain degré dans l'inanition.

Bouton de Murphy.

M. Maximoff a fait des expériences sur des chiens. Après avoir coupé l'intestin et réuni les surface de section au moyen du bouton de Murphy il tuait les animaux après la guérison complète afin de pouvoir ainsi juger des résultats obtenus. Sur les dix animaux, sept ont guéri et l'on a constaté chez eux une cicatrisation parfaite ; les trois autres succombèrent. La mort devait dans ces cas être attribuée à différentes erreurs techniques commises pendant l'opération, mais nullement à l'appareil lui-même.

De ces recherches M. Maximoff tire les conclusions suivantes.

1° L'application du bouton de Murphy permet la réunion des bouts de l'intestin en un espace de temps très court — de cinq à dix minutes — tandis que la suture intestinale dure beaucoup plus longtemps, jusqu'à 2 heures parfois, d'où épuisement du malade et choc opératoire ;

2° La technique est extrêmement simple et peut être exécutée par tous les médecins ;

3° Il n'y a pas de rétrécissement à l'endroit où les boutons sont appliqués ;

4° La nécrose du tissu intestinal est limitée ; elle ne se produit qu'au point même où le bouton comprime l'intestin ;

5° La perforation consécutive n'est possible que dans les cas où le diamètre de la section est supérieur à celui du bouton.

6° Plus le bouton est tiré plus la nécrose se produit vite.

7° L'épiploon joue un grand rôle dans la cicatrisation en adhérant à la partie de l'intestin où se trouve le bouton ;

8° Chez les chiens, on n'a besoin, après l'opération, de recourir ni à la diète ni à l'emploi exclusif d'aliments liquides.

4° La suture complémentaire dans l'emploi du bouton de Murphy est inutile, si toutefois il n'existe pas d'indication spéciales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KAZAN

Tumeur du pont de Varole.

M. Vorotinsky. — Il s'agit d'un garçon de quinze ans, entré à l'hôpital pour des vertiges, de la céphalée, des troubles visuels et de faiblesse des membres du côté droit. La marche était chancelante, la voix nasillarde, les mouvements en dehors

de l'œil gauche insuffisants. Il existait en outre une paralysie faciale du côté gauche, de la faiblesse des membres du côté droit, une forte exagération des réflexes tendineux; la sensibilité était intacte. Au cours de la maladie, il survint des vomissements, des nausées fréquentes avec une céphalée intense, une paralysie très prononcée des extrémités du côté droit, de la faiblesse des membres du côté gauche, des troubles de la déglutition et de la parole.

A l'autopsie du malade, qui succomba au bout de quelque temps, on trouva une tumeur du pont de Varole qui, à l'examen microscopique, fut reconnue pour un angiosarcome.

Sérum antidiphthérique.

M. Rojansky a fait cent douze inoculations préventives à des enfants âgés de dix mois et douze ans. Les résultats obtenus ont été excellents en ce sens que pas un des enfants vaccinés n'a été atteint de diphthérie.

Ces inoculations préventives ont été faites, presque toujours, dans des familles où il y avait eu précédemment des cas de diphthérie. Comme complications, on n'a noté que la douleur au point d'injection, qui durait de douze à vingt-quatre heures. M. Rojansky regrette que les inoculations préventives soient encore relativement peu répandues. On trouve des adversaires de ces inoculations même parmi les adeptes les plus ardents du traitement de la diphthérie par le sérum. Il estime que, si le prix élevé du sérum est une des causes de cet état de choses, on ne saurait méconnaître qu'une sorte de sérophobie n'est point étrangère à cette hostilité contre la vaccination diphthéritique.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE SAINT-PÉTERSBOURG

Action de la graisse sur les sécrétions gastrique et pancréatique.

MM. Lobassoff et **Damaskine** ont rapporté les résultats des expériences qu'ils ont faites, le premier sur l'action de la graisse sur la sécrétion du suc gastrique, le second sur l'action de la même substance sur la sécrétion pancréatique.

Dans une première série d'expériences, M. Lobassoff avait déjà remarqué que la graisse entrave la sécrétion des glandes de l'estomac. Depuis, de nouvelles expériences sont venues s'ajouter aux premières et ont établi définitivement l'influence de la graisse sur cette sécrétion. Chez le chien sur lequel portaient les expériences on avait fait une sorte de diverticule stomacal. Pour pouvoir juger de l'action que peut avoir la graisse sur la sécrétion du suc gastrique : 1° on donnait à ce chien de la viande additionnée de corps gras (lait et crème); 2° on introduisait par une fistule spéciale les corps gras dans l'estomac de l'animal une heure après qu'il eut pris la viande; 3° on faisait d'abord prendre au chien de la graisse et on ne lui donnait sa ration de viande que quelques minutes à 1 heure et demie après; enfin 1 heure ou 1 heure et demie après lui avoir administré des corps gras, on montrait à l'animal pendant 5 minutes sa ration de viande sans la lui donner à manger; ces expériences avec le lait ont démontré que pendant la première heure la sécrétion gastrique est faible, puis devient assez considérable pendant les deux heures suivantes pour diminuer ensuite de nouveau. Pour savoir si cette abondante sécrétion est provoquée par le lait ou par la graisse qu'il contient, on fit les mêmes expériences avec de la crème très riche en corps gras. On constata alors que, tandis que 600 cubes centimètres de lait amènent la sécrétion de 30 à 10 cubes centimètres de suc gastrique ayant une force digestive de 3 millimètres, la même quantité de crème grasse n'amène la sécrétion que de 19 cubes centimètres de suc d'une force de 3 millimètres et demi. L'influence défavorable des corps gras sur la sécrétion gastrique paraît donc évidente. Quant au mécanisme par lequel s'exerce cette action d'arrêt, le rapporteur émet 3 hypothèses : 1° la graisse peut empêcher la sécrétion d'une façon purement mécanique en enduisant la muqueuse de l'estomac; mais cette hypothèse tombe devant ce fait que la sécrétion se fait aussi dans le diverticule stomacal où le corps gras ne pouvait arriver; 2° on peut supposer que la graisse enveloppe les aliments et empêche ainsi l'excitation directe de la muqueuse; cependant la graisse exerce son action même quand on ne fait que montrer les aliments à l'animal, quand par conséquent la sécrétion est due à une excitation d'origine centrale; 3° la troisième hypothèse est plus probable : la graisse introduite dans l'estomac agit en déprimant les centres excito-sécrétoires du suc gastrique.

Cette influence de la graisse peut avoir son application pratique, quand par exemple il faut diminuer la sécrétion gastrique trop énergique, sans agir directement sur la digestion.

Toute contraire est l'action des *corps gras sur la sécrétion pancréatique*, ainsi que le prouvent les expériences de M. Damaskine. Chez le chien en expérience on fit d'une part une fistule gastrique qui permettait de surveiller la sécrétion gastrique et d'introduire la graisse directement dans l'estomac sans que l'animal le sût. Ces expériences ont démontré que 90 à 100 grammes d'huile d'olive introduite dans l'estomac activent d'une façon remarquable le sécrétion pancréatique qui atteint dès la première heure le chiffre 18-20 centimètres cubes; pendant cette sécrétion la réaction du contenu gastrique n'est pas acide. D'autre part toute un série d'expériences a démontré que la graisse est un stimulant autonome de la sécrétion pancréatique au même titre, quoique moins énergique que les acides.

Digestion sans bactéries.

M. Neïtzki. — On sait que Pasteur avait émis cette opinion, que l'action des microorganismes est nécessaire à la digestion, de sorte que la vie deviendrait impossible sans la collaboration de ces infiniment petits. Les recherches de M. Neïtzky et de ses collaborateurs l'ont conduit à la conclusion contraire, à savoir que l'existence serait plus facile et plus agréable, si l'homme pouvait digérer les aliments sans l'aide des microbes.

On sait que l'acidité du suc gastrique est nuisible aux microbes et qu'elle en tue un très grand nombre. Dans l'intestin grêle, une partie d'aliment est décomposée par des microbes, notamment par ceux qui décomposent les hydrates de carbone : il se forme alors des acides lactiques, actif et neutre, de l'alcool et d'autres produits du sucre. La décomposition des substances albuminoïdes en ammoniaque, acide éthylique, hydrogène sulfuré, etc., ne se produit que dans le gros intestin. De sorte que la part prise par les microbes dans la digestion stomacale est presque nulle; d'autre part, ils se développent mal, étant donnée la réaction acide du milieu. C'est donc dans le gros intestin seulement, où la réaction des parois et du contenu est alcaline, que les microbes prennent part à la décomposition des substances albuminoïdes. On peut cependant supposer, avec quelque raison, que la fonction digestive du gros intestin n'est pas indispensable à la vie.

M. Neïtzky a eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'un anus contre nature, situé près la valvule de Bauhin, et qui avait vécu six mois, sans que son gros intestin fonctionnât. Dans un autre cas, relaté par Janowsky, la fistule avait duré trente-cinq ans; cette femme avait pu se marier et avoir des enfants, et, à l'opération, on avait trouvé le gros intestin presque complètement atrophié. Ces deux faits démontrent que la vie est est possible sans la participation des microbes. Les recherches expérimentales, d'un autre côté, ont confirmé les observations cliniques : on a porté, sous une cloche remplie d'air stérilisé, un cobaye nouveau-né, et pendant toute une semaine, on l'a nourri avec du lait stérilisé; pendant ces huit jours, le poids du petit cobaye a augmenté de 10 grammes. En outre, son autopsie a montré que tous ses organes se trouvaient dans un état absolument normal.

Rupture du cœur.

M. Krouskof. — Il s'agit d'un professeur de l'Université de Kieff qui, au cours d'une attaque de grippe, fut pris brusquement d'un malaise, et mourut au bout de quelques minutes après.

A l'autopsie, faite quatorze heures après la mort, on trouva le foie hypertrophié, les reins légèrement mobiles, un litre environ d'un liquide séro-sanguinolent dans la plèvre droite, autant dans la plèvre gauche. Le cœur était augmenté de volume; la paroi antérieure du ventricule droit notablement bombée; le

ventricule gauche contenait quelques grammes de sang liquide. Une rupture longue de 4 centimètres, se trouvait sur la paroi antérieure du ventricule gauche; les bords étaient d'une épaisseur de 6 à 7 millimètres, de sorte que, à cet endroit, la paroi cardiaque était certainement amincie. Le muscle cardiaque, dans la région voisine de la rupture, était mou, évidemment nécrosé. Dans la branche perpendiculaire de la coronaire gauche, on trouva un caillot long de 2 centimètres.

M. Krouskoff a expliqué le rupture par ce fait qu'étant donnée l'artério-sclérose, il se formait des caillots qui pouvaient être emportés par le courant sanguin. Un de ces caillots a bouché l'artère coronaire, ce qui a déterminé la nécrose de la paroi du ventricule. C'est cette nécrose qui, sous l'influence d'une certaine excitation et d'une contraction plus énergique du cœur, aura été la cause de la rupture.

Névralgie du trijumeau par dents cariées.

M. Fedoroff fait remarquer que les dents du maxillaire supérieur sont en rapport immédiat avec les organes de la vision et de l'odorat, celles du maxillaire inférieur avec les organes du goût et de l'ouïe. Les observations cliniques de propagation des douleurs de dents confirment du reste l'existence de ces rapports.

Dans la plupart des cas, la douleur localisée à une dent du maxillaire supérieur se propage d'abord sur les dents du même côté, ensuite sur la cavité nasale, l'œil, la tempe et la moitié de la tête du même côté. Si au contraire c'est une dent du maxillaire inférieur qui est malade, la douleur se propage vers la langue, les oreilles, la partie inférieure de la tempe du même côté, le cou, le bras et le thorax et détermine des troubles du goût. Mais il y a des exceptions à cette règle générale. Une dent malade, même si elle ne provoque pas de douleurs, peut déterminer toute une série de phénomènes : dilatation des pupilles, photophobie, diminution de l'accommodation, strabisme passager et même affaiblissement de la vue pouvant aller parfois jusqu'à l'amaurose. M. Fedoroff cite notamment le cas rapporté par Van Konen où il s'agit d'un garçon de onze ans qui se réveilla un matin absolument aveugle, dans l'impossibilité de distinguer l'obscurité de la lumière; l'extraction de deux molaires gâtées permit au petit malade de distinguer dès le soir même la lumière et amena la guérison complète en onze jours.

Les observations cliniques d'un côté, les faits constatés anatomiquement de l'autre, montrent la nécessité qu'il y a de placer les affections dentaires dans l'étiologie des troubles fonctionnels ou névralgiques de la face.

Polypes multiples de l'estomac et de l'intestin.

M. Pebrof. — Il s'agit d'une fille de vingt ans, entrée à l'hôpital pour une diarrhée accompagnée de fortes douleurs dans le ventre et suivie plus tard de vomissements et de crampes dans les jambes. A l'examen, on trouva l'abdomen modérément ballonné et sensible, mais sans œdème ni ascite.

Comme malgré le traitement ces phénomènes présentés par la malade persistaient, on fit une laparotomie, et l'on trouva une invagination du cæcum, dont on réséqua une partie. La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva un polype siégeant à l'entrée du cardia; en outre la muqueuse de la paroi antérieure de l'estomac présentait des élévations et des papules; dans le duodénum et l'intestin grêle, on trouva également un grand nombre de polypes disposés soit en groupes, soit isolément.

Influence de l'alimentation thyroïdienne sur la glande thyroïde.

M. Goukorguievski n'a jamais constaté chez des chiens intoxiqués avec l'extrait thyroïdien ou des glandes thyroïdes en nature une augmentation de volume de la glande thyroïde aussi considérable que celle qui a été décrite par Ballet et Henriquez. L'augmentation du volume existait dant quelques cas, mais elle était peu considérable.

Chez tous les chiens, la glande thyroïde présentait le tableau microscopique suivant : les culs-de-sac glandulaires, étaient très dilatés et remplis d'une substance gélatineuse; l'épithélium, fortement modifié, semblait comme étranglé, de sorte que les cellules avaient perdu complètement leur forme cylindrique ou cubique; le protoplasma manquait complètement, les noyaux étaient allongés dans le sens des parois des culs-de-sac, les vaisseaux comprimés; l'espace compris entre les culs-de-sac voisins était diminué. Ces modifications ont existé dans toute la glande. Nulle part il n'y avait de modifications inflammatoires, ni de développement de tissu granuleux.

M. Janowsk insiste sur l'importance des recherches expérimentales et microscopiques portant surtout sur les substances qui, comme le suc thyroïdien, sont administrées en clinique dans les affections souvent absolument opposées, comme le myxœdème et la maladie de Grave, et qui donnent, dans les deux cas, d'excellents résultats.

Tuberculose de l'intestin.

M. Volkof a observé un cas de tuberculose de l'intestin chez une jeune fille souffrante depuis un an de douleurs à la région sus-ombilicale, et ayant de la fièvre et des sueurs. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouva à la palpation, dans l'hypochondre gauche, de petites tumeurs fermes, peu mobiles, indolores, ayant le volume d'une noix. La rate était augmentée de volume et perceptible au palper. La présence des bacilles de Koch dans les selles, qui étaient rares, permit de poser le diagnostic de tuberculose de l'intestin et des ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques, probablement compliquée de péritonite tuberculeuse. La laparotomie démontra que cette dernière faisait défaut, mais que les ganglions abdominaux étaient atteints. Après une courte période d'amélioration, l'état de la malade s'aggrava et elle succomba bientôt dans la cachexie. A l'autopsie, on trouva une tuberculose du jéjunum et des ganglions mésentériques. La rate renfermait des tubercules. Les autres organes en étaient indemnes.

Ce fait est donc un exemple de plus de la possibilité d'infection tuberculeuse par les aliments.

Rupture traumatique du cœur.

M. Ouskoff. — Il s'agit d'un mécanicien de chemin de fer, tué à la suite d'une explosion de la locomotive près de laquelle il travaillait.

A l'autopsie, on trouva une fracture de la troisième côte et des cartilages de la cinquième; la paroi gauche du péricarde était déchirée, les oreillettes intactes, les ventricules déchirés dans plusieurs endroits; la cloison interventriculaire également déchirée. Pas d'ecchymoses sur les parois cardiaques; l'endocarde était intact, les muscles papillaires et les cordes tendineuses arrachées à leur racine, dans le ventricule gauche; les valvules ne présentaient aucune modification appréciable à l'œil nu.

D'après M. Ouskoff, la rupture du cœur, dans ce cas, peut être comparée à celle d'un ballon rempli d'eau sur lequel on aurait porté un coup violent.

Laparotomie pour hernie ombilicale chez un nouveau-né.

M. Mariantchik a pratiqué la cure radicale d'une hernie du cordon chez un enfant nouveau-né dont la hernie mesurait à la base 8 centimètres. La laparotomie fut pratiquée trente et une heures après la naissance et dura cinquante-cinq minutes, et l'enfant succomba au cinquième jour.

A l'autopsie, on trouva une péritonite localisée et une inflammation aiguë de la muqueuse gastrique et intestinale que M. Mariantchik attribue à la potion alcoolisée que l'enfant reçut après l'opération.

En analysant cette observation, M. Mariantchik arrive aux conclusions suivantes : 1° chez tout enfant viable, la cure radicale doit être pratiquée et de meilleure heure possible; 2° la laparotomie est le procédé opératoire le plus sûr; 3° l'alcool est absolument interdit, même aux petites doses.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet

De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire,

par MM.

L. DOR, Chef du laboratoire de la clinique. | L. BÉRARD, Prosecteur à la Faculté.

La dégénérescence maligne de certaines tumeurs kystiques de l'ovaire est aujourd'hui un phénomène de connaissance banale; enregistré depuis longtemps par les cliniciens, il a été étudié nombre de fois dans son processus histologique; et nous rappellerons seulement ici que Poupinel, soit dans sa thèse, soit dans divers articles publiés depuis, a réuni plus de 150 cas de kystes ovariques devenus cancéreux avant ou après une intervention dirigée contre eux (1).

Mais cet auteur, de même que la plupart des classiques d'ailleurs, a eu surtout en vue les kystes multiloculaires mucoïdes. C'est à peine si, incidemment, on trouve signalée la possibilité de la dégénérescence des kystes dermoïdes. Il semblerait que la question en soit restée à la communication de Cornil et Babinski (*Société anatomique*, 1883), à en juger par le laconisme à ce sujet des ouvrages même récents (2). Pourtant, dans la thèse de Trévoux déjà (Lyon, 1888), M. le professeur Bard a discuté longuement cette question; et d'autre part, à l'étranger, on s'est beaucoup occupé depuis 10 ans du degré de fréquence et de la nature de cette dégénérescence des kystes dermoïdes. Les travaux allemands sont les plus importants; ils sont dus à Krukenberg (*Arch. für Gynakologie*, Bd XXX, 1887) et à Tauffer (*Virchow's Archiv*, Bd. CXLII, 1895).

D'après leurs conclusions, d'ailleurs, on s'explique que ce point ait été laissé généralement dans l'ombre : d'abord le kyste dermoïde est rare relativement aux autres tumeurs de l'ovaire, et les statistiques en relèvent une proportion de 2 à 5 p. 100 seulement avec ces dernières (Billroth, Sp. Wells, Martin, Terrier). Mais, en outre, la complexité, la variété de structure des dermoïdes, sont bien faites pour dérouter l'histologiste : comme le fait observer M. Bard, il faut se garder de confondre avec des dégénérescences malignes vraies, aboutissant à la généralisation du néoplasme ou à la mort par cachexie cancéreuse, des productions dermoïdes *bénignes*, multiples, évoluant simultanément, ou plutôt des fragments morcelés ayant la même origine que le kyste principal et séparés les uns des autres ultérieurement, par le fait même du développement des organes qui en sont porteurs.

En soumettant à cette critique les observations publiées, Tauffer n'a plus trouvé que 8 faits authentiques de transformation cancéreuse vraie des éléments d'un kyste dermoïde : ce chiffre est certainement insuffisant, car il ne comprend pas plusieurs observations françaises, entre autres celles déjà signalées de Cornil et Babinski (1883), pas plus qu'une observation de Kocher de Berne, en 1877. M. Bard, au moment de la publication de la thèse de Trévoux, évaluait à 15 ou 16 le total de ces cas; depuis, il nous a dit en avoir observé encore 3, dont un provenait de la clinique de M. le professeur Fochier. Celui que nous rapportons ici, et qui a été observé dans la clinique de notre maître, M. le professeur Poncet, doit être ajouté à ce nombre.

Avant d'entrer dans le détail de ce dernier fait, nous devons établir ce qu'il faut entendre par dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde, et pour cela dire un mot de la nature des tumeurs dermoïdes elles-mêmes.

Ce n'est pas le lieu ici de reprendre l'énumération des trop nombreuses théories embryogéniques relatives à ces dernières formations. Rappelons seulement que tout le monde s'entend pour les considérer comme d'origine congénitale; et que, des opinions proposées relativement à leur développement, les plus généralement admises, c'est-à-dire la parthénogénèse et l'enclavement, ne peuvent expliquer la constitution de tous les kystes dermoïdes. Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est d'admettre avec M. Bard que ces *tumeurs à tissus multiples*, constituées par des éléments cellulaires appartenant à des variétés ou à des espèces différentes se développant côte à côte, proviennent d'une cellule nodale unique, c'est-à-dire d'une cellule encore peu différenciée de l'embryon, susceptible par conséquent de donner par générations successives des tissus d'autant plus distincts les uns des autres qu'elle se trouvait elle-même à un stade plus voisin de l'état ovulaire, sans d'ailleurs que l'on puisse invoquer à l'origine une influence quelconque de l'un de ces tissus sur le développement des autres (1).

1. Poupinel, Généralisation des kystes et des tumeurs de l'ovaire, th. de Paris, 1886, in *Rev. de Chirurgie*, 1886, et *Annales de Gynécologie*, 1890.

2. V. th. de Dérien, Kystes dermoïdes de l'ovaire, Paris, 1893; voir *Traité de chirurgie*, etc.

1. Cette théorie est étendue par M. Bard au développement des kystes mucoïdes dont les éléments épithéliaux présentent des différences de structure parfois si complexes sur la même pièce (v. th. de Trévoux).

Or, parmi les cas publiés de dermoïdes avec noyaux distincts dits de généralisation, il y a deux catégories bien tranchées : ou bien les noyaux présentent la même complexité que la tumeur primitive (revêtement épidermoïde, poils, acini glandulaires, etc.), ou bien ils ne paraissent plus constitués que par un seul tissu. Ce sont ces derniers noyaux seuls qui doivent être considérés comme secondaires à une évolution maligne ; les autres n'étant que des fragments multiples, contemporains de la tumeur initiale, et provenant du morcellement d'un foyer primitivement unique : conséquence naturelle de ce fait que la tumeur à tissus multiples est d'origine embryonnaire.

« La cellule initiale, dit M. Bard, provient d'une cellule nodale unique, qui se multiplie sur place avant de se dédoubler ; il peut arriver ensuite que les cellules provenant de cette multiplication soient entraînées, séparées en amas plus ou moins nombreux, par le développement naturel des îlots dans lesquels ils sont contenus. Presque toujours, les organes symétriques de l'adulte proviennent de la division d'un foyer primitif unique : tels les ovaires, développés chacun au niveau d'une éminence sexuelle, tandis que les éminences sexuelles proviennent toutes deux de l'éminence génitale, unique et médiane. » Donc, lorsqu'on constatera un kyste dermoïde sur chaque ovaire, ce qui n'est pas exceptionnel, ou un kyste dermoïde et un kyste mucoïde, avec des noyaux greffés sur le péritoine ou sur les organes voisins aussi complexes de structure que la tumeur dermoïde principale, il faudra considérer l'ensemble de toutes les tumeurs comme des colonies secondairement distinctes, provenant toutes d'une même cellule embryonnaire, dont les générations successives se sont peu à peu trouvées séparées par la différenciation même des tissus sur lesquels elles étaient implantées.

Cette manière de voir est en accord avec la situation habituelle de ces greffes dans un rayon relativement restreint (zone génitale du péritoine, épiploon et S iliaque), avec leur allure en général bénigne, et enfin avec la possibilité de leur présence, alors que le kyste dermoïde principal a des contours absolument lisses (cas de Fränkel) sans végétation externe ou ancienne fissure capable de fournir par ensemencement de contact ou par éclatement (processus invoqués habituellement) les éléments de ces noyaux.

Dans cette catégorie rentrent plusieurs cas de Poupinel, un de Moore (1), un autre de Kolaczeck, et 2 de Fränkel (2) où, à côté d'un kyste dermoïde, s'observaient sur le péritoine, sur l'autre ovaire et sur l'intestin, des noyaux ou de petites plaques jaunâtres, les uns avec cheveu central, d'autres avec des glandes sébacées, quelques-uns même avec des dents effilées.

Au contraire, le noyau de généralisation fourni par un dermoïde devenu cancéreux, aussi bien que la portion dégénérée maligne du dermoïde lui-même a la caractéristique suivante : *le tissu cancéreux n'est constitué ici que par une seule espèce de cellules*, et représente ainsi des tumeurs identiques à celles que l'on peut observer communément chez l'adulte sur des organes à tissus similaires. Le kyste dermoïde primitif joue simplement le rôle d'un organe anormal ; et le 2e néoplasme n'est pas, à proprement parler, la conséquence de l'évolution des tumeurs, mais, en quelque sorte, « la tumeur de cette tumeur ».

1. Moore, *Transactions of patholog. Soc. of London*, 1866.
2. Frænkel, *Wiener med. Wochenschrift*, 1883.

Il est bien évident que n'importe quel élément, épithélial ou conjonctif, pourrait être l'origine de la dégénérescence ; mais, dans la plupart des faits relatés jusqu'aujourd'hui, sauf deux d'entre eux étiquetés sarcomes (Virchow et Biermann, cités par Tauffer) et sur lesquels nous n'avons pu retrouver de description histologique détaillée, l'élément qui a donné lieu à la tumeur maligne est la cellule épithéliale du revêtement épidermoïde du kyste.

Quant au processus, il varie peu ; c'est presque toujours en un point assez longtemps limité du kyste que l'on constate un épaississement intéressant surtout le revêtement muqueux interne et formant un bourgeon dont les prolongements restent d'abord inclus dans la cavité, pour ne perforer la paroi que plus tardivement, si bien que la dégénérescence peut passer inaperçue jusqu'au moment où l'on pratique une section de la tumeur. A la coupe histologique, ce bourgeon a les caractères d'un cancroïde, avec quelques variantes de détail néanmoins : tantôt, en effet, les amas épithéliaux se présentent encore bordés à la périphérie par une couche fondamentale de Malpighi (1 cas de Biermann, 1 cas de Kerukenberg), tantôt et plus habituellement les cellules cancéreuses sont toutes du même type épidermique jeune, et non différenciées. On peut de même noter des globes épidermiques typiques, ou seulement des fragments de substance cornée épars entre des cellules plus ou moins globuleuses et dégénérées.

C'est ce que l'on avait dans notre cas. Nous en donnons ici la relation détaillée, qui pourra suffire à elle seule à l'histoire clinique de tous les faits analogues, dont l'évolution a été presque toujours la même :

Observation. — C... Marie, 53 ans, entre à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, le 1er juin 1896, pour y être opérée d'une tumeur abdominale. Quoique d'aspect un peu sénile, elle est pourtant encore vigoureuse et n'accuse dans ses antécédents aucune affection sérieuse avant celle qui l'amène à l'hôpital.

Mariée, elle a eu une seule grossesse normale, terminée par un accouchement des plus simples : fils vivant et en bonne santé. Il y a 3 ans la ménopause s'est produite sans incident, et sans que l'écoulement sanguin ait présenté des caractères spéciaux d'abondance ou d'altération pendant les mois qui précédèrent la suppression des règles.

Il y a 4 ans, la malade commença à ressentir de la pesanteur dans la fosse iliaque gauche, sans tumeur appréciable et sans aucun trouble du côté de l'intestin ou des organes génito-urinaires. Jusqu'en décembre dernier, ces phénomènes persistèrent sans modification notable, avec des intervalles d'accalmie absolument irrégulières : c'est à cette époque que la malade s'aperçut de la présence d'une grosseur dans la fosse iliaque gauche ; progressivement depuis les dimensions de l'abdomen allèrent en s'accroissant, en même temps que le ventre devenait plus lourd, plus douloureux spontanément à la palpation. Depuis un mois, constipation opiniâtre.

A l'examen, l'abdomen se présente saillant, comme dans une grossesse à 6 mois ; une tumeur à contours arrondis remontant jusqu'à l'ombilic occupe la région médiane sous-ombilicale : elle est peu étalée dans les flancs. La surface en est assez lisse. Pourtant on perçoit à travers les téguments une ou deux nodosités en saillie sur la face antérieure. De consistance rénitente, elle ne donne néanmoins pas la sensation de fluctuation vraie. Matité à la percussion de la tumeur ; tout le reste de l'abdomen est sonore.

Au toucher, l'utérus est trouvé à la hauteur normale, col sain, peu scléreux, cul-de-sac postérieur occupé par une masse peu en saillie, peu résistante, mobilisée avec la tumeur dont les déplacements sont eux-mêmes transmis à l'utérus.

Rien de particulier au toucher rectal. L'hystéromètre ne peut être introduit jusqu'au fond de la cavité utérine à cause d'une

antéflexion très prononcée qui ne détermine pourtant aucun trouble vésical.

Le diagnostic posé est celui de tumeur kystique de l'ovaire; probablement kyste dermoïde à cause des douleurs accusées par la malade.

Le *4 juin*, laparotomie dans la position de Trendelenburg. Opération par M. le professeur Poncet.

On arrive sur une tumeur intrapéritonéale, adhérente par une surface de 1 à 2 centim. carrés avec le péritoine pariétal antérieur. Pas de fluctuation nette par le palper de la masse mise à nu. Aussi M. le professeur Poncet préfère traiter cette tumeur comme un néoplasme solide, sans ponction avant la luxation au dehors. L'incision ayant été un peu agrandie, la tumeur est luxée partiellement et se présente alors avec un pédicule étroit dépendant du ligament large gauche, tout contre la corne utérine gauche.

Pince sur le pédicule. Section.

La tumeur tient encore par sa face postérieure à l'S iliaque; heureusement ce sont des adhérences lâches, en connexion avec les appendices graisseux du gros intestin ; le dégagement en est facile.

Dans le pédicule ont été prises d'autres adhérences intestinales; on ne fait donc pas de ligature en masse, mais après fixation du pédicule libéré, tous les vaisseaux qui donnent sont liés isolément. Hémostase facile. Toilette du péritoine pelvien à la gaze iodoformée : pas d'autre noyau visible.

Suture de la paroi à un seul plan.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : un seul pansement au 12e jour pour retirer les fils.

La malade se lève le 20e jour et quitte l'hôpital le 27 juin.

Examen macroscopique de la tumeur. — La masse est développée aux dépens de l'ovaire gauche, dont on ne voit pas d'autre vestige, tandis qu'on trouve accolée à elle l'extrémité évasée du pavillon de la trompe et une partie du ligament large.

Dimensions d'une tête d'enfant ; contours arrondis, consistance telle qu'on ne peut affirmer la fluctuation. Parois de couleur gris rosé, avec peu de vaisseaux. On trouve à la face extérieure quelques bosselures et de petites végétations de nature probablement épithéliale.

A l'incision jaillit brusquement une grande quantité de liquide qui devait être sous forte tension, car immédiatement après son issue les parois de la poche se rétractent assez fortement. Ce liquide a une couleur café au lait, contient en suspension un grand nombre de grumeaux blancs ou bruns ; sa consistance est crémeuse, mais il ne se coagule pas dans le vase laissé à la température ambiante.

Quantité 1 200 centim. cubes. Densité 1 025.

La poche est uniloculaire ; et après l'issue du liquide on a entre les mains une paroi épaisse de 2 à 3 millim., sauf un point notablement plus épais et sur la description duquel nous reviendrons. Presque partout la paroi est lisse et ressemble à celle d'une séreuse épaissie : elle est recouverte en plusieurs endroits par des dépôts plus ou moins adhérents, mais qui s'enlèvent par le grattage, véritables écailles, les unes nacrées, les autres brun mat.

Dans le point épaissi, la structure est tout autre : si l'on enlève les dépôts qui se trouvent à ce niveau, on tombe sur une surface tomenteuse, dure, de 5 à 6 centimètres de diamètres et qui a une consistance fibreuse. C'est dans la région correspondant à cette altération de la paroi interne que l'on trouve aussi sur la paroi externe des productions exubérantes d'aspect néoplasique.

En pratiquant dans tout ce tissu des coupes au bistouri, on reconnaît qu'il s'agit bien certainement d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Donc on doit être en présence d'une vieille poche de kyste dermoïde, ayant subi une évolution épithéliomateuse partielle et récente, peut-être aussi une inflammation d'origine microbienne. La nature dermoïde de la tumeur est affirmée par la découverte dans le liquide d'une dizaine de poils blonds de 5 à 6 centimètres de longueur. Quant à l'inflammation microbienne, elle sera vérifiée par les cultures, l'examen microscopique direct au Gram n'ayant pas permis de déceler de microorganismes.

Examen histologique. — Les coupes ont porté sur deux séries de fragments : *série A* : fragments de la paroi les plus minces, sans bourgeons apparents; *série B* : fragments pris dans la portion épaisse, bourgeonnante et d'apparence épithéliomateuse de la paroi.

Série A : Les coupes ont toutes un aspect à peu près identique, avec des détails de structure simples. Sur presque toutes pourtant le revêtement épidermoïde interne a disparu complètement, soit par suite d'une faute de technique soit par inflammation ancienne. De sorte que la paroi kystique est alors réduite à des stratifications conjonctives beaucoup plus denses et moins vasculaires du côté du bord interne, plus lâches et sillonnées de nombreux vaisseaux au voisinage de la limite externe : là en outre les faisceaux conjonctifs sont infiltrés et dissociés par une quantité de cellules jeunes, à gros noyau fortement coloré, dont les dimensions se rapprochent davantage de celles des leucocytes que des cellules épithéliales néoplasiques que nous décrirons tout à l'heure. Pourtant, comme les vaisseaux à ce niveau ne présentent pas d'altérations inflammatoires, on est en droit de se demander s'il s'agit là de simples globules blancs en diapédèse, ou au contraire d'un début d'envahissement cancéreux.

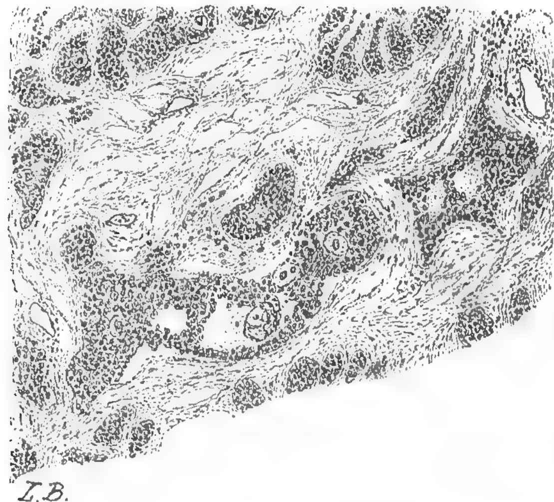


Fig. 1.

Reichert. — Ocul. I; Object. III.

Aspect général d'un point de la paroi du kyste devenu épithéliomateux.

Série B : Ici les coupes diffèrent plus entre elles; pourtant on peut les ramener toutes au type suivant demi-schématique :

A un faible grossissement, la paroi dégénérée se présente (object. I et object. III Reichert) avec un stroma conjonctif lâche, coloré en rose par le picrocarmin, constitué par des faisceaux grêles et très ondulés piqués d'une grande quantité de cellules d'aspects divers, les unes en amas autour de vaisseaux embryonnaires, les autres coulées entre les faisceaux et suivant leur direction. De ces cellules les unes plus petites sont évidemment des globules blancs; les autres au contraire ont les caractères généraux des éléments épithéliaux constituant les amas disséminés dans ce stroma (voir fig. I).

Ces amas épithéliaux revêtent les formes les plus diverses; par places ils ont la disposition pseudo-acineuse du carcinome alvéolaire typique; ailleurs ils se prolongent en traînées effilochées qui se perdent peu à peu sans apparence de limitation dans le stroma. Tout à fait denses, ou au contraire uni- et pluristratifiés avec des lacunes entre leurs éléments, ils demandent pour l'étude de leurs détails intimes à être examinés à un plus fort grossissement. A la périphérie, ils se terminent par coupure brusque, sans donner de revêtement épithélial continu.

A un fort grossissement (object. VI Reichert) on constate dans la structure des cellules des amas des différences sensibles ; pourtant elles ont toutes entre elles ce point commun qu'elles ne

présentent pas de pointes de Schultze, et qu'elles n'arrivent pas à constituer de globes cornés à écailles bulbeuses absolument typiques.

Dans les amas denses, pseudo-acineux, les cellules jeunes, à très gros noyau rouge vif, ont un protoplasma granuleux et plus rosé et sont accolées les unes aux autres sans ordonnance spéciale, prenant par pression réciproque des contours polygonaux, çà et là au centre d'un amas apparaît un élément beaucoup plus volumineux, à noyau granuleux en voie de fragmentation et à protoplasma plus clair (fig. II).

Ailleurs les cellules épithéliales sont disposées en une ou plusieurs rangées, comme au hasard, mais avec une quantité plus considérable de gros éléments à noyau fragmenté, à protoplasma plus réfringent semé de ces corpuscules rouge vif brillants que Rüssel avait appelés corpuscules à fuchsine et qu'il considérait à tort comme un stade de développement des sporozoaires parasites du cancer. Entre ces cellules apparaît déjà une substance amorphe, jaune orangé ou jaune franc, avec les réactions de la substance cornée vis-à-vis du picrocarmin.

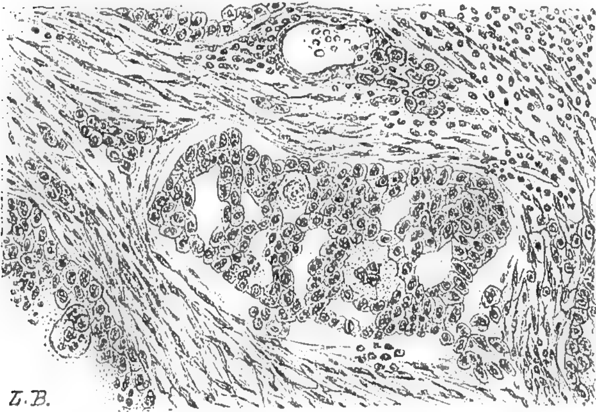


Fig. 2.

Reichert. — Ocul. I; Object. VI.

Amas épithélial émettant des îlots d'infiltration dans le stroma conjonctivo-musculaire.

Ailleurs enfin substance cornée et gros éléments plus ou moins altérés constituent exclusivement la masse qui se prolonge plus ou moins loin dans le stroma.

Ce stroma, peu vasculaire, présente de nombreux éléments cellulaires : les uns rouge vif, petits, surtout autour des vaisseaux, et qui sont des leucocytes; d'autres, colorés en rouge brun, allongés avec un noyau étiré lui-même suivant leur grand axe, doivent représenter les éléments musculaires normaux du tissu ovarien; mais la plupart sont des cellules épithéliales semblables à celles des amas, et témoignant de l'infection à distance.

D'après ces détails il est évident que l'on est en présence d'un épithélioma pavimenteux stratifié, développé sur une paroi de kyste dermoïde; l'absence des pointes de Schultze (que l'on peut constater d'ailleurs dans d'autres cancers d'origine ectodermique tels que le carcinome des glandes de Meibomius) est due probablement à ce que les cellules du type épidermique ont commencé à édifier la tumeur alors qu'elles se trouvaient à un stade fort peu avancé de leur développement. Enfin s'il n'y a pas de globes cornés bulbeux, du moins les productions cornées d'aspects divers telles qu'on les rencontre si souvent dans les cancroïdes témoignent assez ici de l'origine des cellules.

Dans ce cas, les résultats opératoires ont été excellents, et l'on peut escompter une guérison définitive malgré la présence de quelques bourgeons néoplasiques à la face externe de la tumeur : non seulement, en effet, on ne constatait aucun noyau de généralisation dans le voisinage, ce qui est, d'ailleurs, habituel, mais le péritoine lui-même n'avait présenté aucune réaction au niveau de ces excroissances, ni adhérences avec elles, ni épanchement ascitique.

C'est là un fait à évolution relativement bénigne, mais qui doit uniquement cette bénignité à la précocité de l'intervention. Dans la plupart des autres cas connus, au contraire, l'issue a été mortelle. Pour les 9 faits de Krukenberg et Tauffer, on trouve :

2 morts par ouverture dans la vessie (Himmelfarb) (1) et dans le rectum (Tauffer) ;

3 morts opératoires, mais avant la période antiseptique ou à son début, 2 fois par péritonite après ponction du kyste (Pommier Heschl, 1860), 1 fois par blessure de la vessie au cours de l'intervention (Kocher, 1877) ;

1 mort par cachexie avec hydrothorax et ascite et seulement 2 guérisons opératoires : encore, une des malades présenta-t-elle plus tard des phénomènes de récidive, et l'autre fut-elle perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.

Il est à remarquer, en outre, à propos de ces faits qui, nous l'avons dit, se rattachaient tous histologiquement à l'épithélioma pavimenteux, que, comme pour les cancroïdes développés sur l'épiderme normal, l'envahissement se fait par continuité, déterminant, avec la cachexie, des accidents surtout locaux : dans un seul des 2 cas de Cornil et Babinski, on trouve des noyaux secondaires d'épithélioma pavimenteux sans globes cornés dans l'épiploon, l'ovaire sain, le duodénum, le foie, la rate et le poumon droit.

Le salut de telles malades dépendrait donc d'un diagnostic précoce; malheureusement, il ne semble pas jusqu'à présent que nous en ayons les éléments. Dans deux thèses récentes, l'une de Paris (Lesourd, 1893) et l'autre de Lyon (Julhiet, 1895), on a cherché à établir les signes caractéristiques du kyste dermoïde de l'ovaire; leur seule énumération montre combien le clinicien peut rester encore hésitant, même après les avoir constatés réunis. Ce sont : la lenteur d'évolution et le petit volume de la tumeur ovarique, les douleurs à caractère très superficiel qu'elle détermine à son niveau, sans irradiations lointaines, enfin la sensation spéciale, tenant plus de la rénitence que de la fluctuation avec points de consistance variable, qu'elle fournit à la palpation.

Du jour, au contraire, où le kyste dermoïde subit une transformation maligne, on trouve notées dans les observations : l'augmentation rapide de son volume, l'apparition de douleurs par compression avec irradiations, enfin la cachexie. Malgré la fréquence des adhérences péritonéales, l'ascite n'est pas un symptôme sur lequel on attire spécialement l'attention. L'âge peut fournir une indication, mais qui est commune au même titre que les précédentes, à toute tumeur maligne : sur 10 cas, 8 fois les malades étaient âgées de plus de 40 ans. Pourtant, dans 2 observations de Wahl et de Biermann, elles avaient 26 et 21 ans quand leur tumeur commença à dégénérer.

Le seul élément d'un diagnostic sérieux se trouverait donc dans le contraste entre les 2 phases si différentes de l'évolution du néoplasme : la première calme et très longue, la seconde précipitée avec accroissement subit du volume. Mais il arrive alors que les malades elles-mêmes ne s'aperçoivent de la présence de leur tumeur que lorsqu'elle a déjà dégénéré.

Si bien que, pour longtemps sans doute, ces faits resteront parmi les trouvailles d'opération ou d'autopsie.

1. *Centralblatt für Gynäkolog.*, 1886.

La conclusion pratique qui s'en dégage jusqu'à présent est la nécessité d'examiner toujours soigneusement la paroi des kystes dermoïdes dès qu'on y trouve un point bourgeonnant ou épaissi : on sera ainsi à même de faire des réserves sur un pronostic qui paraissait rassurant. Et peut-être aussi reconnaîtra-t-on par là que la dégénérescence maligne des tumeurs dermoïdes de l'ovaire est beaucoup moins rare qu'on ne l'avait supposé.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce,

Par le Dr Parizeau.

L'ordinaire thérapeutique de l'arthrite blennorrhagique comprend, d'habitude, l'immobilisation aussi complète que possible de la jointure, la compression ouatée et, plus tard, la révulsion. Immobilisation, massages, électricité, bains sulfureux et frictions excitantes viennent compléter ces trois éléments principaux.

L'immobilisation, disait Verneuil, est le meilleur des antiphlogistiques à appliquer dans ces cas. Quel que soit le moyen adopté, il sera toujours bon pourvu que l'article malade soit aussi peu mobile que possible.

La compression sera aussi régulière que possible et l'on y apportera les soins habituels en pareil cas.

Pour la révulsion, on a recours aux pointes de feu ou à la teinture d'iode. Mais nous n'insisterons pas, notre objectif n'étant pas de décrire ici le traitement médical de l'arthrite aiguë blennorrhagique.

Disons cependant un mot du traitement général et de celui de l'uréthrite, quand celle-ci n'a pas encore abdiqué. Il est admis à l'heure actuelle que l'infection blennorrhagique existe et forme à elle seule une entité morbide indéniable. Il est donc naturel de penser à la combattre par un traitement interne approprié, et l'on administre à cet effet différents antiseptiques généraux, par exemple, le salol à la dose de 2 à 4 grammes par jour, le naphtol 1 à 2 grammes, le benzo-naphtol 2 à 4 grammes. Voilà pour la médication antiseptique générale dont l'efficacité peut bien avoir été reconnue dans certains cas peu graves, mais dont les effets sur l'arthrite aiguë nous ont toujours paru assez problématiques.

Quant aux antiphlogistiques généraux, sulfate de quinine, salicylate de soude, antipyrine, si utiles dans les phlegmasies rhumatismales simples, nous savons qu'ils ont une action bien modérée dans les cas qui nous occupent.

Le traitement de l'uréthrite nous paraît nécessaire. Nombre d'auteurs appuient sur la nécessité de ne pas l'oublier. Dans les cas d'écoulement aigu à gonocoques encore présents, les malades se trouveront bien des lavages à plein canal avec le permanganate de potasse, à 1 p. 4000, puis 1 p. 2000, etc. En cas d'écoulement chronique et en l'absence du microbe de Neisser, nous croyons qu'il faudrait s'en tenir à la méthode suivie dans le service de M. le professeur Guyon, c'est-à-dire aux injections de sublimé pour les écoulements qui contiennent les microbes d'infection secondaire, aux instillations au nitrate d'argent pour les cas où l'examen microscopique ne révèle rien.

A côté des méthodes de traitement local non sanglant, sont venues se placer les méthodes sanglantes, la ponction et le lavage de l'article par le procédé de Schede, la ponction par la méthode de M. Rendu, et enfin l'arthrotomie.

Quel est le but de ces différentes interventions ? Évidemment d'interrompre le processus inflammatoire en supprimant le contact prolongé de l'épanchement et en modifiant l'état des surfaces articulaires par des lavages.

La ponction simple paraîtrait à peine suffisante dans les cas d'hydarthrose à tendance vers la chronicité. Du reste, on a remarqué même dans ces cas son insuffisance contre le retour de l'épanchement.

Le procédé de Schede serait peut-être plus recommandable en raison du lavage antiseptique qu'il comporte.

Enfin, après avoir retiré le liquide, M. Rendu introduit une certaine quantité de sublimé (5 à 6 c. c.) en solution à 1 p. 4000, qu'il laisse dans l'articulation. Il a publié un cas de guérison complète dû à ce procédé.

Le reproche que l'on peut faire à ces différents procédés c'est de travailler un peu à l'aveuglette. La ponction ne permet pas de constater en quel état se trouve l'articulation.

Par l'*arthrotomie* au contraire, le chirurgien se rendra parfaitement compte de l'état plus ou moins prononcé des lésions. La vue et le toucher ne lui permettront pas d'ignorer jusqu'à quel point la synoviale, les cartilages, l'appareil ligamenteux et les tissus périarticulaires sont envahis.

Le nettoyage, si nécessaire, de la cavité pourra se faire d'une façon aussi parfaite que possible. L'évacuation des fausses membranes, des flocons fibrineux, des végétations synoviales en voie de dégénérescence, impossible à réaliser par l'intermédiaire d'un trocart même un peu fort, deviendra des plus faciles. Les adhérences, si elles existent déjà, pourront être rompues. L'antisepsie des moindres recoins devient possible après l'incision.

Et, du reste, la principale objection que l'on pourrait soulever contre l'intervention du bistouri, a perdu maintenant sa valeur. Nous sommes loin de l'époque où l'on craignait à si juste titre de porter le couteau sur une jointure. L'antisepsie et l'asepsie ont ici comme partout fait leur œuvre. Les observations déjà publiées, la pratique courante de l'ouverture de l'articulation pour suturer la rotule, l'arthrotomie pour corps étrangers du genou dont nous avons pu constater à plusieurs reprises la parfaite innocuité, voilà autant de faits rassurants pour l'intervention.

En tant que procédé opératoire l'arthrotomie est parfaite. Mais quels vont en être les résultats immédiats et quel bénéfice le malade en retira-t-il ? Il souffrait horriblement et sans presque aucun répit, il voit ses douleurs décroître rapidement pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Souvent même elles disparaissent complètement le premier ou le second jour.

Une suite constante et immédiate de l'arthrotomie, c'est la chute de la température, plus ou moins brusque, quelquefois graduelle, mais complète en quelques jours, comme chez quelques-uns de nos malades.

Ce que nous savons de la pathogénie de l'affection nous porte à croire que supprimer en grande partie, comme le fait l'arthrotomie, les causes locales d'inflammation, ce doit être un excellent moyen d'enrayer d'une part l'atrophie musculaire résultant de la phlegmasie et d'autre part de prévenir l'ankylose que nous savons être trop souvent le terme de l'affection.

Le nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour ne permet pas de dire dans quelle proportion l'arthrotomie

supprime l'ankylose. Mais on peut déjà affirmer que dans la majorité des cas, le succès est très satisfaisant.

L'arthrotomie est-elle indiquée pour toute espèce d'articulations? Si nous consultons la liste des observations publiées, nous voyons M. Tillaux ouvrir l'articulation du poignet, puis celle de l'épaule. MM. Thiéry et Walther incisent l'articulation du coude. On ne connaît pas encore d'observation d'arthrotomie du cou-de-pied. Quant au genou, il forme le plus grand nombre des cas où l'intervention ait été pratiquée.

Le procédé opératoire tout en étant très simple mérite cependant quelqu'attention. Nous en dirons un mot pour ce qui regarde le genou, les modifications à apporter pour les autres jointures n'étant pas très considérables.

Le champ opératoire soigneusement préparé, l'opérateur porte le bistouri sur la partie externe du genou, *pas trop en avant*, et on y pratique une incision d'au moins 5 ou 6 centim. Plus grande, cette incision serait inutile, plus petite, elle ne permettrait pas d'y voir suffisamment et sa grande tendance à se cicatriser empêcherait, les jours suivants, l'écoulement facile des liquides. Dans un cas de Tédenat, une parcimonieuse incision de 2 centim. dut être agrandie le lendemain de l'opération. Nous avons dit *pas trop en avant*, car si l'entaille est placée le long du bord externe de la rotule, comme on le fait d'habitude, le drainage en est rendu difficile à cause de la position horizontale des malades. M. Delbet insiste sur ce détail. De deux malades, dont l'un fut incisé tout à fait sur le côté de l'articulation et l'autre à la façon habituelle, le genou du premier se drainait très facilement. Quant au second, on fut obligé plusieurs jours de suite d'exprimer en quelque sorte son genou pour en faire sortir les liquides séro-purulents dont la position trop antérieure de l'incision empêchait l'écoulement.

Au genou, on fait d'habitude une contre-ouverture. Mais certains chirurgiens s'en tiennent à l'incision simple. M. Delbet pratique constamment une seconde incision. Cette seconde entaille ne présente guère que l'inconvénient d'une cicatrice ultérieure, et en revanche elle permet un nettoyage beaucoup plus complet et un drainage assuré. Ce nettoyage doit être fait d'une façon très soignée. Aussitôt l'articulation débarrassée de l'épanchement, l'index introduit dans l'articulation reconnaît l'état des parties, détache et enlève les fausses membranes et les exsudats. La chose nécessite parfois l'intervention de l'ongle tant l'adhérence est complète. Pour achever, on fera un lavage avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, puis avec de l'eau boriquée, ce qui mettra à l'abri d'une intoxication mercurielle. Quelques chirurgiens se contentent de cautériser les surfaces avec le chlorure de zinc à 1 p. 20 (Thiéry) ou l'eau phéniquée forte (Reynier). D'autres ne pratiquent aucune irrigation. Tédenat, cité par Lassalle, aurait obtenu un succès complet sans faire de lavage. M. Tillaux est d'avis qu'un bon lavage assure presque toujours l'intégrité future des mouvements.

Quant à M. Delbet, il conseille de ne pas multiplier les irrigations. La résistance des tissus est fortement diminuée par le contact prolongé et fréquent des antiseptiques. De ce fait, la phagocytose doit être compromise et l'action microbicide des cellules ne saurait être remplacée complètement par celle de l'antisepsie médicamenteuse. Des expériences faites à ce sujet sur le péritoine par M. Delbet mettent le fait en complète évidence. Deux de nos observations mettent aussi la chose en valeur. La femme fut traitée par des lavages fréquents de son genou et l'on eut du mal à tarir l'écoulement séro-purulent. Le genou de l'homme au contraire guérit beaucoup plus vite sans lavages.

Le drainage sera parfaitement établi. Car il est rare, même après un nettoyage complet, de voir l'articulation absolument vide de liquide. Ce qui a pu se reproduire de l'épanchement est aussi conduit hors de l'article à travers les plaies béantes. On pourrait à la rigueuur rétrécir celles-ci par quelques points de suture, mais nous n'en voyons pas l'utilité, vu la grande tendance à la cicatrisation des surfaces cruentées.

Le pansement compressif et l'immobilisation aussi complète que possible viendront ajouter aux bons effets de l'arthrotomie. On ne peut guère recourir à l'appareil plâtré malgré l'immobilité complète qu'il procure; les pansements seront plus faciles avec une gouttière en fil métallique, ou encore une gouttière de Bœckel.

Le fait d'ouvrir une articulation et de l'aseptiser autant que possible ne constitue pas le traitement au complet de l'arthrite aiguë. Nous avons vu l'immobilisation agir concurremment avec l'arthrotomie. Quand, grâce à l'une et à l'autre, les phénomènes inflammatoires auront disparu, on demandera au massage, à la mobilisation, à l'électrisation, de faire le reste. L'intervention de cette thérapeutique complémentaire fera disparaître l'atrophie musculaire, combattra les raideurs de l'ankylose.

Un point de cette thérapeutique est assez délicat à fixer, le début de la mobilisation. Si l'on intervient trop tard, disent les uns, on trouvera l'ankylose déjà solidement installée. Oui, mais trop de précipitation amène souvent un retour à la période aiguë, affirment les autres, et ces faits en effet ne sont pas rares. L'anatomie pathologique et ce que nous savons de la nature osseuse de l'ankylose expliquent amplement ce réveil des phénomènes aigus. Il faut veiller d'une part à ce que l'ankylose ne s'établisse pas en paix, et, d'autre part, à ne pas réveiller l'arthrite en voie de guérison. On donne comme règle à suivre celle-ci : explorer soigneusement la jointure au point de vue douleur, et si l'on ne constate aucun point douloureux, commencer les mouvements avec prudence et modération au début. Au cas où cette mobilisation serait suivie de souffrances persistant longtemps après chaque séance, on s'arrêterait pour attendre de nouveau l'extinction complète de la phlegmasie.

Indications. — Nous venons de voir les avantages et le manuel opératoire de l'arthrotomie. Disons un mot de ses indications.

A quelles formes de l'arthrite aiguë s'adressera de préférence cette intervention? Nous avons vu que cette affection pouvait se manifester avec une double physionomie, présenter parfois peu d'épanchement et beaucoup de gonflement périarticulaire, et parfois aussi, revêtant un autre aspect, débuter par un épanchement considérable et un œdème peu prononcé.

Laquelle de ces deux formes bénéficiera davantage de l'incision? La première tout d'abord ne paraît pas devoir y gagner beaucoup. En effet, pense-t-on, puisque les manifestations principales se passent hors de la jointure, la taille de celle-ci ne devrait pas influencer leur marche. Cependant, nous voyons plusieurs de nos malades présenter nettement les symptômes de cette forme clinique et retirer tout de même un bénéfice absolument avéré de l'opération. Plusieurs des observations publiées jusqu'à ce jour sont exactement du même genre. Il ne nous paraît donc pas possible de nier les avantages de l'arthrotomie dans ces cas.

Pour ce qui est de la forme à grand épanchement, le raisonnement et l'expérience s'entendent pour en faire

l'objet par excellence de l'intervention sanglante. C'est dans ces cas surtout qu'on trouve la synoviale le plus profondément envahie ; les exsudats, les fausses membranes sont en général aussi en plus grande quantité et leur adhérence est plus forte. Les effets d'un nettoyage tel que le comporte l'opération semblent donc devoir être plus directs et plus complets que dans la forme sèche. C'est l'opinion qui ressort pour nous des cas observés jusqu'ici. C'est aussi du reste celle que avons souvent entendu émettre par M. Delbet.

Dans l'une comme dans l'autre forme, à quel moment faudra-t-il intervenir? La tendance générale des chirurgiens est que l'on prenne le bistouri très tôt. C'est un fait qui ressort de leur expérience qu'une intervention précoce aura toujours plus de chance de pleinement réussir. Il est du reste assez rationnel de vouloir le plus vite possible débarrasser la jointure des produits morbides septiques qu'elle contient.

Ainsi donc, en présence d'une articulation envahie par l'arthrite aiguë blennorrhagique, le diagnostic étant bien établi, la douleur, le gonflement, la fièvre, les phénomènes généraux ne laissant aucun doute sur la nature aiguë de l'affection, le chirurgien est autorisé à intervenir d'une façon sanglante les observations jusqu'à ce jour publiées démontrent largement l'innocuité de cette intervention et les grands bénéfices que le malade peut en attendre.

L'excellence des résultats est prouvée par les observations publiées déjà par Tédenat et Lassalle, Tillaux, Hartmann, etc.

A toutes ces observations et à ces remarquables succès, viennent s'ajouter les 8 observations que nous devons à la grande bienveillance de M. Delbet et 3 autres que M. Bazy nous a très aimablement communiquées (1).

Nous attirons spécialement l'attention sur l'ensemble des cas opérés par M. Delbet. Ils constituent la totalité des malades traités par ce chirurgien depuis 2 ans 1/2 pour arthrite blennorrhagique. Voilà donc 8 cas pris au hasard de la consutation et soignés dans les mêmes conditions. Forme sèche et forme à grand épanchement sont à peu près également représentées.

Une seule malade sort de l'hôpital ankylosée en rectitude, et encore n'est-il pas certain qu'elle n'ait pas retrouvé depuis quelque mouvement. Il nous a été impossible de la revoir. Même en ne la comptant pas, il reste une jolie proportion de guérisons.

Deux malades, le numéro I et le numéro II de nos observations, ont eu un rétablissement complet de leurs mouvements. Les autres présentaient à leur sortie, ou quelque temps après, une articulation suffisamment souple pour leur permettre de marcher, monter, descendre les escaliers. Quant aux deux derniers opérés, l'état de leurs jointures et le degré de mobilisation auquel on est arrivé en peu de temps permet d'espérer qu'ils guériront complètement.

1. Les observations ont paru *in extenso* dans la thèse récente de M. Parizeau (Paris, 1895-96, n° 479, G. Steinheil).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Ecart (Ulysse). *Quelques observations de paralysie générale à longue durée.* N° 589. (G. Steinheil.)

M. Saint-Maurice (Gabriel). *De la paralysie générale juvénile.* N° 459. (H. Jouve.)

M. Bardury (J.). *De l'association fréquente de phénomènes cérébro-bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis.* N° 265. (H. Jouve.)

M. Landel (Gaston). *Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte.* N° 488. (H. Jouve.)

M. Helfond (Joseph). *Contribution à l'étude de la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial.* N° 408. (H. Jouve).

M. Guillemot (Yves). *Sur le mécanisme des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial.* N° 431. (H. Jouve.)

M. Kourilsky (Michel). *De la polyurie hystérique.* N° 383. (H. Jouve).

M. Dongradi. *Considérations sur la topographie du zona.* N° 519. (H. Jouve.)

M. Rabbe (Georges). *Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona.* N° 330. (P. Delmar.)

M. Le Dard (Léon-Eugène). *La paralysie faciale dans le tétanos céphalique.* N° 520. (G. Carré.)

M. Caroli. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale.* N° 514. (Soc. d'édit. scient.)

M. Goldspiegel (Stanislas). *De la spermatorrhée neurasthénique.* N° 526. (H. Jouve.)

M. Labatt de Lambert (Edmond). *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie.* N° 491. (H. Jouve.)

M. Griffault (Emile). *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* N° 409. (Progrès médical.)

M. Archambault (Léon). *De la polydactylie au point de vue héréditaire, coïncidence des malformations avec les tares névropathiques.* N° 544. (Maloine.)

Des observations qu'il rapporte dans son ouvrage M. Ecart croit devoir conclure que : il n'y a pas lieu de distinguer une forme spéciale de paralysie générale pouvant être qualifiée de *forme prolongée*. Les cas à longue durée sont complexes; on ne trouve pas dans l'âge du sujet, le sexe, les causes prédisposantes ou déterminantes ordinaires la raison exacte de la longueur observée. Les formes tabétiques ont généralement une évolution lente, les formes spasmodiques ayant au contraire une évolution brève. Dans le type cérébral pur, la longue durée ne se présente qu'à titre exceptionnel. Les formes paralytiques sans délire évoluent plus lentement que les formes à délire très accusé. Les rémissions sont fréquentes dans les cas de paralysie générale à longue durée et c'est le plus souvent sous cette apparence que l'affection évolue lentement. Les cas à évolution lente et progressive sont extrêmement rares.

M. Saint-Maurice conclut que la paralysie générale s'observe chez les adolescents et chez les enfants. Plus son début est rapproché de la naissance, plus elle tendrait à être confondue avec avec l'idiotie. Il semble que la puberté soit un moment favorable au développement de la paralysie générale juvénile. L'hérédité morbide, syphilitique, alcoolique, et surtout l'hérdité nerveuse semblent jouer le principal rôle étiologique. Les symptômes ne diffèrent de ceux observés chez l'adulte que par le moment du développement auquel est arrivé le cerveau frappé. D'une façon générale les symptômes physiques prédominent. Le traitement est prophylactique et consiste en mesures hygiéniques.

L'existence d'une infection syphilitique antérienre, dûment constatée dans les antécédents d'un malade, ne suffit pas pour affirmer l'origine spécifique d'une myélite. Un des meilleurs signes cliniques pour arriver à un tel diagnostic est, d'après M. Bardury, l'association fréquente de phénomènes cérébro-bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis. Cette association existe aussi bien dans les myélites syphilitiques que dans les myélites parasyphilitiques. Toutes les modalités cliniques de la syphilis cérébrale peuvent s'associer aux symptômes de myélite. Au point de vue de la fréquence, les phénomènes oculaires sont ceux qui sont le plus souvent observés et il y a grande utilité à pratiquer l'examen des yeux chez un malade qu'on soupçonne atteint de myélite spécifique.

En présence des chiffres, il n'y a aucune exagération à dire que la syphilis, plus que le rhumatisme et la tuberculose, est surtout une maladie cérébro-spinale.

M. Landel tire de son étude les conclusions suivantes :
La méningite tuberculeuse de l'adulte est une maladie essentiellement variable dans ses symptômes, sa marche, sa durée. Les prodromes peuvent manquer. Dans ce cas, la maladie se déclare par quelque grand accident : délire, attaque apoplectiforme, hémiplégie. Les symptômes ne présentent pas une succession régulière comme l'enfant. Ils peuvent tous manquer. Le diagnostic peut être basé sur la constation de petits signes tels que parésies, troubles oculaires, raideur de la nuque, habitus spécial, raie méningitique, accompagnant de grands symptômes infectieux ou cérébraux.

La paralysie Duchenne-Erb ou radiculaire supérieure, en dehors du refroidissement et de la compression directe par le forceps, un doigt, etc., peut être produite par une hémorrhagie dans le plexus ou par compression des racines cinquième et sixième entre la clavicule et la première côte, d'après M. Helfond. Cette dernière cause s'observe surtout dans les positions vicieuses du bras pendant le sommeil, le bras restant en arrière et dessous la tête; la même cause agit dans les cas d'abduction forcée du membre supérieur pendant la chloroformisation; enfin, dans quelques accouchements et aussi chez des ouvriers portant de gros fardeaux sur la nuque, le bras en haut et en arrière, le mécanisme est le même que dans les cas précédents. Pour prévenir ces paralysies qui surviennent pendant la chloroformisation, il faut mettre le bras du malade sur le front, veiller surtout à ce que la tête soit inclinée du côté du bras élevé.

Il existe des cas de paralysie du plexus brachial par tiraillement des racines de ce plexus, comme le montre dans sa thèse M. Guillemot. Que l'on tire sur la tête sortie, ou que l'on tire sur les épaules ou les bras, tête restante, la lésion est la même, le danger le même : l'arrachement des radicelles des nerfs formant le plexus. Dans la présentation du sommet, avec application du forceps, les paralysies sont dues à la compression directe des racines cervicales intérieures.
On évitera tous les accidents en employant exclusivement les manœuvres de Mauriceau et Champetier de Ribes avec expression utérine, le forceps tête dernière. En aucun cas, le fœtus vivant, on n'est autorisé à tirer sur la tête sortie, ni sur les épaules ou les bras, tête dernière. Le cou est la *res sacra* de l'accoucheur. Le pronostic de la paralysie a une gravité en raison directe de la force des tractions exercées par l'accoucheur.

M. Kourilsky conclut de son travail que la plupart des cas de polyurie simple ou de diabète insipide doivent rentrer dans la classe de la polyurie hystérique. Le diabète insipide est destiné à disparaître de la nosologie médicale. La polyurie hystérique existe tantôt seule, tantôt associée à des stigmates d'hystérie ou à des stigmates psychiques et physiques de dégénérescence.
Les intoxications (l'alcoolisme surtout et peut-être le saturnisme) jouent le rôle d'agent provocateur dans l'éclosion de la polyurie hystérique. La « chlorurie » paraît être un signe constant de cette polyurie. La suggestion tient la première place au point de vue diagnostique et thérapeutique. Mais il ne faut pas oublier non plus que la valériane et l'hydrothérapie agissent également contre ce syndrome hystérique.

Comme l'ont soutenu MM. Brissaud et Achard, M. Dongradi pense que la plupart des cas de zona dit primitif ou essentiel ont une origine spinale. Le désaccord qui existe entre la topographie de l'éruption et la distribution des nerfs cutanés, la concordance de la topographie de cette éruption avec celle des troubles sensitifs d'origine médullaire, la coexistence possible d'anesthésie spinale avec l'éruption, le caractère des douleurs qui sont vagues et diffuses, l'absence habituelle de points névralgiques, l'existence parfois constatée de douleurs symétriques et d'hypéresthésie rachidienne, quelques cas de troubles moteurs associés au zona constituent des arguments à l'appui de la théorie médullaire. Les faits anatomo-pathologiques ne sauraient fournir matière à des objections contre cette théorie centrale du zona dit primitif. Enfin la théorie infectieuse de Landouzy se concilie fort bien avec l'origine spinale de ce zona.

M. G. Rabbe termine son travail par ces conclusions : Parmi les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours du zona de l'une ou l'autre des branches du trijumeau, il faut compter la paralysie faciale qui apparaît surtout dans le zona de la branche ophthalmique. Elle survient avant ou après l'éruption et est rare; sa pathogénie est mal connue. Elle a tous les caractères de la paralysie faciale périphérique. Sa durée varie de quatre jours à plusieurs mois. Elle s'est toujours terminée par la guérison, qui peut être spontanée. Le traitement par les courants continus a donné de bons résultats.

D'après M. Le Dard, le tétanos céphalique s'accompagne presque constamment, lorsqu'il est consécutif à une plaie de tête, de paralysie faciale. La nature tétanique de cette paralysie, est aujourd'hui suffisamment démontrée; mais sa pathogénie est obscure. L'anatomie pathologique ne fournit à ce sujet aucun renseignement. Ses allures sont celles des paralysies faciales périphériques. Les branches intra-temporales sont exceptionnellement affectées. Exceptionnellement aussi le facial supérieur reste indemne. Elle peut être unilatérale, passer d'un côté à l'autre ou être bilatérale. Cette paralysie peut apparaître en même temps que le trismus, avant lui ou longtemps après, même au moment de la convalescence. L'asymétrie faciale qu'elle produit est parfois exagérée par l'existence d'une contracture du côté opposé. La paralysie siège presque toujours du même côté que la blessure. Lorsque le tétanos guérit, la paralysie faciale guérit. Sa persistance n'est notée qu'une fois.

Dans le traitement de la névralgie faciale il faut, d'après M. Caroli, quand les traitements médicaux n'ont donné aucun résultat, intervenir chirurgicalement par la névrectomie et la résection ganglionnaire. Il faut s'assurer d'abord qu'il n'existe aucune lésion dentaire, gingivo-périostite, arthrite alvéolo-dentaire ou autre, pouvant être le point de départ d'une névralgie faciale; car alors il faudrait faire disparaître cette lésion, de préférence par la résection du rebord alvéolaire. Toutes les fois qu'une névralgie faciale a débuté par la sphère du nerf sous-orbitaire, il faut pratiquer la résection de ce nerf et du ganglion de Meckel, et cela même si les autres branches du trijumeau sont ultérieurement le siège de phénomènes douloureux. On n'aura recours à la résection du ganglion de Gasser que si une intervention sur les branches extra-crâniennes du trijumeau n'a donné aucun résultat.

Dans sa thèse, M. Goldspiegel nous montre que la spermatorrhée est un symptôme fréquent dans la neurasthénie. Le plus souvent elle dépend d'un état particulier d'irritabilité héréditaire de l'axe cérébro-spinal. Cette irritabilité pathologique peut apparaître dans tout ce qui met en jeu les parties du système nerveux qui président aux fonctions génitales : lésion de l'urèthre, hémorrhagie ancienne ou répétée, lésions des vésicules séminales ou des canaux éjaculateurs, existence d'hémorrhoïdes, présence dans l'intestin des ascarides. Quant à la spermatorrhée neurasthénique, sous la dépendance de la miction, elle peut survenir en dehors de toutes pertes séminales pathologiques, ayant pour cause occasionnelle une uréthrite blennorrhagique. La spermatorrhée de la défécation, symptôme aussi fréquent, a pour cause occasionnelle, probablement, la contraction simultanée des vésicules séminales et du rectum, aidés par la pression des muscles abdominaux.
Le symptôme qui accompagne souvent la spermatorrhée neurasthénique est l'impuissance génitale. Comme le même symptôme accompagne souvent la spermatorrhée prodromique du tabès, la première chose à faire est de s'assurer qu'on n'est pas en présence de troubles matériels. Il est rare que la spermatorrhée neurasthénique arrive à un degré très avancé. Ordinairement les symptômes s'amendent en partie par le traitement approprié.

Du travail de M. Labatt de Lambert on peut conclure que l'épilepsie suppose une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise, en vertu de laquelle l'organisme a une tendance à

réagir aux excitations par des phénomènes convulsifs. La cause déterminante directe de l'épilepsie pourrait bien être une intoxication par un poison convulsivant. Ce poison pourrait être produit dans l'organisme (auto-intoxication) ou sécrété par des éléments microbiens (hétéro-intoxication), spécialement par les staphylocoques blancs dont les toxines sont convulsivantes et dont la présence a pu être révélée dans le sang des épileptiques. La théorie de l'intoxication dans l'épilepsie serait basée sur l'observation des modifications du sang, de l'urine et des troubles digestifs. Elle conduit à une médication nouvelle dont les résultats heureux seraient une preuve de plus à l'appui de cette notion pathogénique de l'épilepsie.

On peut distinguer au point de vue anatomo-pathologique plusieurs formes de l'idiotie, dit M. Griffault : idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie, idiotie symptomatique de microcéphalie, idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions, idiotie symptomatique d'une malformation congénitale ou pathologique du cerveau, idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tubéreuse, idiotie symptomatique de sclérose atrophique, idiotie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chronique, idiotie pachydermique et myxœdémateuse, idiotie symptomatique de tumeurs de l'encéphale.

Cliniquement trois degrés sont à reconnaître : idiotie complète, imbécillité, arriération.

La très grande majorité des enfants atteints de l'une ou l'autre des variétés d'idiotie sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers mais plus particulièrement les malades appartenant aux deux dernières. Ils sont éducables et leur état peut être d'autant plus heureusement modifié qu'ils sont plus tôt soumis au traitement médico-pédagogique.

Le travail de M. Archambault peut se résumer dans les propositions suivantes : l'hérédité des malformations acquises n'est pas encore démontrée : elle existe peut-être. Hippocrate l'admettait. A notre époque, Brown-Séquard, Rémy Saint-Loup, etc., ont présenté des observations qui tendent à la démontrer. Il y a un rapport indéniable entre les malformations — la polydactylie entre autres — et l'hérédité névropathique. Cette anomalie doit être opérée dès la naissance : pour prévenir la récidive, il faut avoir soin de bien enlever tout le doigt et de gratter le cartilage épiphysaire.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Baumelou (H.). *De la cure radicale des hernies ombilicales.* N° 1156. (A. Rey.)

M. Allemand (A.). *Contribution à l'étude de la cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte.* N° 1215. (Boy. St-Etienne.)

M. Grange (J.). *Contribution à l'étude de quelques variétés de hernies rares au point de vue de leur siège.* N° 1205. (A. Rey.)

M. Berger (C.). *De la hernie obturatrice.* N° 1155. (A. Rey.)

Les indications de la cure radicale de la hernie ombilicale chez le nouveau-né et l'enfant doivent être tirées, d'après M. Baumelou, de la considération de leur volume, de leur irréductibilité totale ou partielle, de leur tendance à s'accroître ou même à rester stationnaire pendant un temps d'épreuve n'excédant pas 18 mois chez les enfants de 2 à 7 ans, et aussi des troubles occasionnés par la présence de la hernie, dans l'état général et le développement du sujet. Chez l'adulte, on interviendra toutes les fois que la hernie ne sera pas « constamment, facilement et complètement maintenue ». L'opération sera pratiquée suivant l'un des trois procédés de Lucas-Championnière, de Le Dentu ou de Condamin. L'auteur donne néanmoins la préférence à l'omphalectomie qui devra être réalisée toutes les fois que les dimensions de l'anneau feront espérer un rapprochement facile des bords de la plaie : exception doit être faite pour les hernies ombilicales congénitales de l'adolescent et de l'adulte, à canal bien conservé, qui seront traitées par le procédé de Jaboulay (suture de la paroi postérieure du canal à la paroi antérieure), et pour les hernies du nouveau-né où l'on recourra de préférence à l'annulorrhaphie simple, après avivement.

M. Allemand fait la critique des différents procédés actuellement en usage pour la cure radicale de la hernie ombilicale. Il condamne comme insuffisants tous ceux dans lesquels l'ombilic est conservé : il y a fatalement persistance d'un infundibulum, amorce pour la récidive. Mais l'omphalectomie a l'inconvénient de laisser une plaie ovalaire dont l'affrontement dans le sens vertical est difficile et ne se fait qu'au prix d'un *froncé* de la ligne blanche, plus accusé au-dessus de l'ombilic qu'au-dessous. Il en résulte moins de solidité de la suture en ces points qui, cependant, d'après les expériences de l'auteur, supportent, pendant l'effort, la tension maxima. Un grand nombre de procédés ont été employés pour renforcer la paroi abdominale : omphalectomie à lambeaux de Le Dentu, ouverture de la gaine des droits et suture musculaire de même, croisement des droits de Dauriac, etc. L'exécution en est compliquée, et, de plus, ne peut être toujours entreprise après kélotomie. Seul le procédé de M. Duchamp semble répondre à tous les *desiderata*. Il consiste à suturer la plaie transversalement de haut en bas : l'affrontement est facilité par la forme même de la perte de substance, ovale à petit axe vertical, et la suture ainsi orientée supporte, dans l'effort, le minimum de tension.

Malheureusement, ce procédé n'est pas applicable aux hernies très volumineuses, où on aura recours à l'omphalectomie avec restauration de la paroi, après prolongation en haut et en bas de l'incision de la ligne blanche (Condamin).

L'avivement simple et la suture à étages est, par contre, la méthode de choix dans les hernies adombilicales, c'est-à-dire dans celles dont l'orifice est distant d'au moins 2 centimètres de l'ombilic. Ces hernies, fort douloureuses, longtemps confondues avec la hernie ombilicale vraie, dont elles se séparent par leur pathogénie et leur symptomatologie, entrent dans les variétés de hernies, rares quant à leur siège, étudiées par M. J. Grange. De celles-ci se rapprochent les hernies qui se produisent dans la gaine des droits et qui sont facilement reconnaissables. La hernie diaphragmatique est d'un diagnostic plus laborieux, puisqu'il n'a été fait que 6 fois sur 300 cas connus et seulement au cours de phénomènes graves d'étranglement. Seule la voussure d'un côté du thorax avec sonorité tympanique, et ventre rétracté pourra mettre le chirurgien sur la voie : en tous cas, est-il bon de connaître ces faits.

Les mêmes difficultés de diagnostic se retrouvent pour les hernies lombaires anormales qui peuvent siéger en dehors du triangle de Petit ou de Grynfelt, dans tout autre point de la paroi affaiblie par vice congénital, abcès, ou même malformation de la crête iliaque. Ces hernies doivent toujours être reconnues, car elles sont au plus haut degré justiciables de la cure radicale. Il en est de même des laparocèles qui apparaissent au niveau du bord externe du muscle grand droit (hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel) et qui, devenant repidement irréductibles, réclament une intervention précoce. Il est enfin d'autres anomalies abdominales, ni éventrations, ni hernies, qui reconnaissent pour origines une absence congénitale partielle ou un arrêt de développement de la paroi musculo-aponévrotique et qui, bien contenues, sont compatibles avec une excellente santé.

Mais parmi les variétés rares, l'une des plus intéressantes est assurément la hernie obturatrice, qui fait l'objet du travail de M. C. Berger. L'issue des viscères abdominaux dans le canal sous-pubien peut se produire à tout âge, mais est plus fréquente chez la femme et à partir de 60 ans. Elle se révèle plutôt par des phénomènes abdominaux et la douleur du genou que par la tuméfaction, généralement peu appréciable qui siège vers l'angle supéro-interne du triangle de Scarpa, en dehors du scrotum chez l'homme et de la grande lèvre chez la femme. Dans sa forme fruste, seule la névralgie obturatrice ou signe de Romberg permettra un diagnostic que peut-être confirmera la sensibilité au niveau des orifices interne et externe du trou sous-pubien, révélée par le toucher vaginal et rectal. En cas d'étranglement, la kélotomie doit être pratiquée au moyen

d'une large incision verticale de 8 à 10 centimètres, menée à travers la peau et le grand abducteur jusqu'à l'aponévrose pectinéale. On pénètre ensuite avec la sonde cannelée dans l'interstice qui sépare le pectiné du premier et du deuxième adducteur, jusqu'au sac dont on doit reconnaître les rapports avec les nerfs et vaisseaux obturateurs avant de pratiquer le débridement. Il va sans dire que la cure radicale doit être tentée dans tous les cas où le diagnostic aura été posé.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

De la pneumotomie dans la phthisie (Ueber Pneumotomie bei Phthisie), par Quincke (*Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I. p. 234). — L'auteur a réuni dans son travail 10 cas de tuberculose ulcéreuse des sommets traités par l'ouverture et le drainage de la caverne. Sur ce nombre il n'y a eu qu'une guérison (qui ne s'est pas démentie depuis cinq ans); dans deux cas on a obtenu un arrêt de la tuberculose, pendant un an dans un cas, pendant trois ans dans l'autre; 1 malade a été amélioré, l'autre n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention, 3 ont succombé, plus ou moins longtemps après l'intervention, à leur tuberculose; 2 ont été perdus de vue.

D'après l'auteur, l'ouverture et le drainage des cavernes ne peut passer pour un traitement rationnel de la tuberculose localisée aux sommets. Le traitement de ces cavernes qui sont des abcès tuberculeux doit, d'après lui, s'inspirer des principes de traitement des abcès tuberculeux en général. Or, dans les abcès en général ce qui s'oppose à la cicatrisation de la cavité par accolement des parois, c'est l'évacuation incomplète du contenu, quand l'abcès siège dans les parties inférieures des poumons, et la rigidité de la paroi thoracique quand l'abcès occupe le sommet du poumon. Il s'ensuit que dans les abcès tuberculeux qui occupent presque toujours les sommets, l'intervention doit avoir pour but de faire disparaître la rigidité de la paroi thoracique, ce à quoi on peut parvenir en l'espèce par la résection plus ou moins étendue de la 2e et de la 3e côtes, en regard de la caverne. Les cas de Bier et surtout celui de Spengler, que l'auteur rapporte, montrent que la résection en question peut amener à elle seule la guérison de la tuberculose localisée; on comprend qu'elle peut n'être que très utile dans les cas où l'on se décide pour l'ouverture et le drainage de la caverne.

D'après l'auteur l'intervention chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire très localisée ne devrait être faite que dans la phthisie fibreuse.

De la résection préliminaire du cinquième cartilage costal pour aborder le péricarde dans les interventions à pratiquer sur cet organe, par Durand (*Revue de chir.*, 1896, n° 485). — L'auteur s'occupe dans son travail surtout de l'incision large du péricarde, mais il pense que la résection du cinquième cartilage, opération de gravité insignifiante, doit être préconisée aussi comme premier temps de la ponction simple, afin d'éviter la blessure possible des organes voisins, poumons et plèvre, ou même la ponction à blanc.

La principale indication de la résection du cinquième cartilage costal se trouve surtout réalisée dans l'incision des épanchements purulents, car elle donne une large voie pour l'accès du péricarde et secondairement pour son drainage. Cette résection crée en effet dans le thorax une ouverture représentant la somme des largeurs de deux espaces intercostaux et d'un cartilage; elle permet en outre d'arriver sur le péricarde lui-même dont le bord inféro-antérieur atteint en général le cinquième cartilage. La résection faite, on a une brèche de largeur variable suivant les sujets, mais qui permet toujours à l'œil de voir, au doigt de toucher la collection péricardique, de récliner la plèvre quand cela est possible, en tout cas de la respecter, et d'inciser, aussi largement qu'il est nécessaire, le sac fibreux. Comme manuel opératoire, l'auteur conseille le procédé d'Ollier, légèrement modifié :

Incision cutanée sur le cinquième cartilage costal, parallèle à celui-ci et longue de 6 à 8 centimètres. Elle doit commencer sur la ligne médiane.

2° Isolement et dénudation rapide du cartilage à l'aide du bistouri.

3° Résection de ce cartilage qu'on commence en le séparant de ses attaches sternales et en le soulevant de dedans en dehors.

4° Ligature des vaisseaux mammaires internes aux deux bords, supérieur et inférieur, de la plaie.

5° Décollement du triangulaire du sternum pour aller à la recherche du péricarde distendu et du cul-de-sac pleural qu'il faut décoller. Si le décollement pleural est insuffisant, si le péricarde est dissimulé derrière le sternum, entailler le bord de celui-ci avec le davier gouge.

6° Incision du péricarde qui se présente bien largement à la vue et au toucher.

Du traitement chirurgical des tumeurs de la fosse latérale moyenne du crâne, par Krogius (*Revue de chir.*, 1896, p. 434). — Dans l'observation que publie l'auteur, il s'agit d'une femme de 34 ans, atteinte depuis trois ans de douleurs névralgiques violentes de la moitié gauche de la face. En février 1893 il survint un léger ptosis et du myosis du côté gauche, suivis deux mois après d'une anesthésie de la moitié gauche de la face.

En juillet de la même année on nota une paralysie complète du droit externe de l'œil gauche, en septembre, un rétrécissement de la trompe d'Eustache, causé par une tumeur faisant saillie dans la cavité naso-pharyngienne. L'intensité de la névralgie ne fit qu'augmenter jusqu'au printemps de 1895.

L'examen de la malade ayant fait porter le diagnostic de tumeur de la fosse latérale moyenne gauche du crâne, on se décida pour une intervention radicale. L'opération, faite le 6 avril 1896, comprit les temps suivants : 1° résection temporaire de l'arcade zygomatique et de l'apophyse coronoïde de la mâchoire inférieure d'après le procédé de Krönlein; 2° trépanation de la base du crâne; 3° extirpation d'une tumeur de la fosse latérale moyenne.

La tumeur, des dimensions d'un œuf de pigeon, fut reconnue à l'examen microscopique pour un endothéliome.

Le sixième jour après l'opération il survint une procidence du cerveau; l'état général resta pourtant satisfaisant jusqu'au douzième jour, quand se déclarèrent les symptômes de méningite. La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie on constata que la tumeur n'avait pas été complètement extirpée. A la base du rocher se trouvait un prolongement de tumeur qui s'étendait sous la dure-mère jusqu'à la fosse postérieure sans pourtant intéresser la gouttière basilaire ni la pointe du rocher. Dans le sinus caverneux il est resté ainsi une partie de la tumeur. On trouva enfin, au-dessous de la base du crâne, une tumeur diffuse, d'aspect médullaire, qui s'étendait en arrière jusqu'au voisinage de l'articulation occipito-atlantoïdienne, en avant jusqu'à la paroi latérale gauche de la cavité naso-pharyngienne.

Les méninges étaient infiltrées.

D'après l'auteur, l'issue mortelle doit être mise sur le compte de la procidence du cerveau survenue au sixième jour et qui a favorisé ou plutôt rendu inévitable une infection des méninges. Pour éviter cette procidence, l'auteur pense qu'on pourrait à l'avenir fermer la cavité crânienne en suturant le bout du muscle temporal au bord interne de l'orifice de la trépanation, ou bien encore faire une opération ostéoplastique telle que Krause l'a indiquée pour la résection intra-crânienne du trijumeau.

De la gastropexie, par Duret (*Revue de chir.*, 1896, n° 6, p. 421). — L'observation de gastropexie pour gastroptose considérable, que publie l'auteur, montre d'après lui que dans les cas invétérés de prolapsus stomacal contre lesquels la thérapeutique a échoué, une opération chirurgicale inoffensive peut être tentée avec succès. Les malades atteints de gastroptose très accusée sont souvent en proie à des souffrances intolérables, à des accès névropathiques et même à des troubles mentaux : ils tombent dans la neurasthénie et l'épuisement par les douleurs incessantes, et dans l'amaigrissement progressif par l'impossibilité de toute alimentation. En replaçant et en fixant l'estomac dans la

position normale, l'opération, comme cela résulte de l'observation que publie l'auteur, fait disparaître tous ces troubles.

La gastropexie comprend les temps suivants :

1° Laparotomie médiane, découvrant dans l'incision le péritoine de la région épigastrique dans une hauteur de 8 à 10 centimètres et descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic.

2° Recherche de l'estomac dans la région sous-ombilicale de l'abdomen, et sa reposition dans une situation normale, au besoin en relevant la face inférieure du foie.

3° Fixation à la paroi abdominale du pylore et la petite courbure par une ligne de sutures. Celle-ci peut être continue ou à points séparés. La partie à souder à la paroi est la région antérieure de l'estomac voisine de la moitié droite de la petite courbure. Il faut, en effet, que le contact ait lieu sur une surface assez large pour que les adhérences soient ultérieurement suffisamment solides.

4° Fermeture de la plaie de la laparotomie à l'aide de trois plans de sutures.

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à la physiologie de la cellule nerveuse, par M. Levi (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, mai 1896, p. 169). — L'auteur a étudié les modifications morphologiques qui se passent dans le cytoplasma de la cellule nerveuse, après l'excitation avec un courant faradique. Il a choisi comme sujet d'études, les ganglions spinaux du lapin dont il a étudié en même temps la structure fine, confirmant à ce point de vue l'opinion de Flemming. En effet Lévi a vu que la partie achromatique est constituée par des fibrilles fines qui se continuent dans les parties chromatiques. Dans les ganglions excités pendant un certain temps, il a pu constater, en utilisant comme moyen de coloration la fuschine acide, l'acide picrique et le vert de méthyle, la présence de petits éléments d'aspect granulaire qui se colorent avec la fuschine acide et ont pour siège la substance achromatique de la cellule plus particulièrement dans la partie interfibrillaire. Lévi a vu que ces granules fuschinophilées n'existent pas ou seulement en petites quantités dans les cellules des ganglions qui se trouvent à l'état de repos déterminé par la section du nerf afférent. Il admet que ces éléments granulaires représentent des échanges nutritifs, analogues à ceux qui existent dans les autres cellules de l'organisme. Leur coloration par la fuschine acide n'est pas accidentelle, mais dépend d'une affinité chimique.

Lésions vasculaires de la région bulboprotubérantielle (The clinical diagnostic of vascular lesion in the ponto-bulbar region, with illustrative cases), par Collins (*Médical Record*, 16 mai 1896, p. 687). — La connaissance assez exacte des diverses parties du bulbe et de la protubérance et de leurs fonctions permet, comme le prouvent les observations de l'auteur, de faire un diagnostic exact du siège de ces lésions. Dans la première observation il s'agit d'un sujet de 39 ans, syphilitique depuis l'âge de 23 ans. En juillet 1894, à la suite d'une indigestion, il a été pris de douleurs dans la tête et dans la région épigastrique avec vertiges, nausées et vomissements; quand il voulait se lever, ses jambes fléchissaient. Le côté gauche surtout semblait paralysé. Il n'y a eu à aucun moment de perte de connaissance. A l'hôpital, on constate un trouble du langage qui présente le caractère de la dysarthrie ou de l'anarthrie et non ceux de l'aphasie. Déglutition difficile, rejet des liquides par le nez. Diplopie homonyme par parésie du droit externe gauche. Parésie du facial gauche, parésie du droit supérieur et analgésie de la cornée d'un côté. Hémianalgésie croisée, et thermo-anesthésie du côté droit. Sensibilité tactile et musculaire intacte. Affaiblissement des membres du côté gauche. Le malade titube, tendant à tomber du côté gauche; diminution de l'ouïe du même côté. Légère ataxie des membres supérieur et inférieur gauche. L'auteur conclut, après une discussion des symptômes, qu'il s'agit d'une hémorrhagie dans le tiers moyen de la protubérance et qui a lésé la substance réticulée, le ruban de Reil, les noyaux ou les racines intraprotubérantielles des 6e, 7e, 8e, et peut-être 9e noyaux de ces nerfs.

La 2e observation se rapporte à un homme de 32 ans : la maladie a commencé en 1893 par une paralysie, avec prédominance à droite et trouble de la parole. Il fermait difficilement l'œil droit. Faiblesse des membres du côté gauche. Ces symptômes se sont améliorés successivement et le malade était devenu nerveux et très excitable ; quelques mois après est survenue subitement une 2e attaque avec exagération de la dysarthrie et de la dysphagie. Hémiplégie gauche légère et immobilité de la face du même côté. Pas de troubles de sensibilité. Exagération du réflexe rotulien du côté gauche. Atrophie de la musculature de la langue. Paralysie partielle des aryténoïdes et des crico-thyroïdiens. Hypohestésie de la gorge, des amygdales et du pharynx. Tachycardie. Le diagnostic porté par l'auteur est celui de thrombose dans le domaine de l'artère spinale antérieure droite.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Éserine ou physostigmine.

Définition. — L'éserine est un alcaloïde extrait de la fève de Calabar (*Physostigma venenosum*).

Solubilité. — L'éserine est peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool faible. Le *bromhydrate*, le *chlorhydrate*, le *salicylate* et le *sulfate* d'éserine, sont solubles dans l'eau. Les solutions de sels d'éserine doivent être gardées à l'abri de la lumière.

Antagonistes. — Atropine et strychnine. Ce dernier alcaloïde peut être employé avec succès en injections sous-cutanées dans l'empoisonnement par l'éserine et réciproquement. L'atropine sera administrée de préférence en instillations conjonctivales.

Propriétés thérapeutiques. — L'éserine, dont les applications en thérapeutique oculaire sont très nombreuses, est fort peu employée en hypodermie. C'est un antimydriatique puissant : On en a fait usage contre le ptosis (Eulenburg, Schelske). En outre elle agit sur la moelle dont elle diminue l'excitabilité réflexe. A ce titre elle a été préconisée contre la chorée (Bouchut Cadet de Gassicourt, Dujardin-Beaumetz), le tétanos (Th. Anger, Monti, Delamarre, Gazdhar), le trismus des nouveau-nés (Eulenburg).

Contre la chorée, il vaut mieux employer l'antipyrine. Dans le tétanos, l'éserine pourra trouver une utile application, comme adjuvant, après l'emploi de l'antitoxine. Nous ne possédons aucun élément d'appréciation sur son action dans le trismus enfantile.

Mais la véritable indication des injections sous-cutanées d'éserine est le cas d'empoisonnement par la strychnine : elles ont sur les contractures, si douloureuses, une action sédative presque immédiate.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* 1 milligramme. (?)

Chez l'adulte : 1 à 5 milligrammes par injection : jusqu'à 1 centigramme par jour dans les cas d'empoisonnement ou de tétanos.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* L'injection cause une douleur locale assez vive et persistante.

b) *Eloignés :* Myosis, pâleur, sueurs, ralentissement de la respiration.

FORMULES

Éserine	0 gr. 10
Alcool	Q. s.
Eau stérilisée	10 gr.

1/4 à 1/2 cent. cube.

(Bouchut.)

Bromhydrate d'éserine	0 gr. 05
ou Chlorhydrate —	0 gr. 05
ou Salicylate —	0 gr. 10
ou Sulfate —	0 gr. 05
Eau stérilisée	10 gr.

1/2 à 1 cent. cube.

(Gazdhar, Eulenburg, Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

Accidents consécutifs aux gynatrésies congénitales,

Par le Dr Albin Hernu (1).

Les atrésies des voies génitales déterminent la rétention des règles qui dilatent les organes situés au-dessus; ces organes sont, selon le siège de l'atrésie, le vagin ou l'utérus, quelquefois les deux ensemble. Consécutivement les trompes peuvent participer à la dilatation.

La rétention produit des lésions de voisinage dans les organes abdominaux; plus elle se prolonge, plus ces lésions s'accentuent, et plus aussi les trompes sont susceptibles d'être envahies.

La gravité du cas dépend moins de l'acte opératoire que des circonstances; elle est d'autant plus grande que :

1° L'organe envahi est plus élevé;

2° Que la dilatation est plus grande et la rétention plus ancienne;

3° Que les lésions secondaires ou de voisinage sont plus accentuées;

4° Que les trompes participent à la dilatation.

Les complications les plus à redouter sont les phénomènes infectieux et les ruptures tubaires.

Les accidents infectieux peuvent se produire en toutes circonstances; les ruptures ne sont à craindre que lorsque les trompes sont dilatées; ces deux ordres d'accidents se rencontrent quelquefois simultanément, car l'infection facilite les ruptures en rendant les parois des trompes plus friables.

Règles générales. — 1° Opérer le plus tôt possible et de préférence dans l'intervalle des règles pour éviter la congestion cataméniale;

2° Observer partout et en toutes circonstances l'antisepsie la plus rigoureuse, quelle que soit la méthode d'évacuation employée, lente ou rapide;

3° Faire coucher la malade et lui faire observer un repos absolu jusqu'après les premières règles; lui tenir les jambes serrées l'une contre l'autre, faire sur la vulve un pansement ouaté antiseptique, faire un lavage antiseptique et renouveler le pansement chaque fois qu'il sera souillé ou que la malade aura uriné ou été à la selle;

4° Mettre un bandage de corps modérément serré autour de l'abdomen;

5° N'employer le chloroforme, pour éviter les efforts de vomissements qu'il peut produire, que lorsqu'on y sera forcé par une grande dissection en cas d'atrésie étendue;

6° Se servir du thermocautère plutôt que du bistouri chaque fois que la chose sera possible;

7° Evacuer moins rapidement quand la distension a été énorme, afin d'éviter les syncopes, les congestions *a vacuo* et les phlegmasies consécutives;

8° Quand on emploiera des injections, les faire avec un liquide antiseptique peu concentré et le moins toxique possible; les pousser modérément et lentement en laissant au liquide une voie de retour;

9° Surveiller pendant assez longtemps les époques de règles suivantes.

Règles particulières. — En cas d'hématocolpos, faire une ponction, laisser évacuer le liquide naturellement; aussitôt qu'il s'arrête, débrider crucialement, faire un lavage antiseptique poussé modérément et bourrer de gaze iodoformée; pansement externe.

En cas d'hématométrie, ponctionner, évacuer, faire un lavage intra-utérin avec la sonde à double courant, laisser dans le col un tube pour maintenir l'ouverture, bourrer le vagin de gaze iodoformée, pansement externe. En cas de métrite ou de symptômes infectieux, faire un curettage.

En cas d'hématosalpinx, évacuer lentement pour éviter une déplétion brusque des organes. Eviter tout ce qui peut réveiller les contractions utérines (pressions sur le ventre, seigle ergoté, sondes à demeure, etc.), et tout ce qui peut amener un déplacement dans les organes abdominaux (mouvements brusques, efforts, vomissements, poussées pour obtenir des selles, etc.), employer même l'opium et la morphine.

Si les trompes ne se vident pas avec les autres collections sanguines, attaquer l'hématosalpinx, soit par ponction vaginale, soit par ponction abdominale, lorsqu'on peut obtenir la certitude d'adhérences avec les parois du ventre, et mieux par la laparotomie et la salpingotomie.

Faire la laparotomie immédiate et la toilette complète du péritoine en cas de rupture tubaire.

En cas de cornes rudimentaires peu accessibles par les voies vaginales, faire la laparotomie, l'hystérectomie et, en certains cas, la castration.

1. Thèse de doctorat, Lille, 1895-1896.

Insertion vicieuse du placenta,

Par M. Monsiorski (1).

Après un historique sur la question, M. Monsiorski rappelle l'opinion de M. Pinard qui n'admet pas l'insertion centrale du placenta; l'insertion sur le segment inférieur de l'utérus est toujours marginale. Hofmeier et Kaltenbach admettent avec tous les auteurs, comme causes du placenta prævia, l'endométrite et la multiparité. Les symptômes principaux sont l'hémorrhagie et l'accouchement prématuré, auxquels M. Pinard a ajouté, en 1886, la rupture prématurée des membranes. Cette rupture prématurée est due à ce fait que, pendant les derniers mois de la grossesse, le mouvement expansif du segment inférieur de l'utérus tire sur le chorion qui, adhérant fortement au placenta, se rompt si ce dernier ne cède pas. Si les membranes ne se rompent pas prématurément, le placenta se décolle. Enfin, dans certains cas de résistance particulière du placenta et des membranes, on n'observe ni rupture prématurée des membranes, ni décollement du placenta. Dans tous les cas où il y a rupture prématurée des membranes, il n'y a pas de production ultérieure d'hémorrhagie; quand l'hémorrhagie se montre la première, la rupture spontanée ou artificielle des membranes la fait cesser, excepté quand le fœtus se présente par le tronc. Ces hémorrhagies dues à une insertion vicieuse du placenta peuvent très bien se produire avant le 6e mois. Au moment de l'accouchement, l'hémorrhagie est à peu près continue dans l'intervalle des contractions, celles-ci sont peu douloureuses, souvent il y a procidence des membres ou du cordon. L'hémorrhagie et la mort subite constituent la pathologie de la délivrance dans le placenta prævia. Dans beaucoup de cas, on pourra faire le diagnostic avant l'apparition des accidents, quand on verra chez une primipare la tête ne pas s'engager à une époque où elle devrait l'être, et cela sans qu'il existe aucune des causes habituelles de non-accommodation pelvienne. Mais dans la présentation du siège, le non-engagement est la règle. D'autre part, le non-engagement de la tête chez les multipares est constant jusqu'aux derniers temps de la grossesse; on devra alors recourir au toucher : on verra que le segment inférieur n'a pas sa minceur habituelle; à côté d'une surface souvent minime, qui a gardé cette minceur, on en trouve une autre très épaisse empêchant de percevoir le caractère de la région fœtale.

Le traitement découle des considérations précédentes; pendant la grossesse, la femme perdant et le diagnostic d'insertion vicieuse étant fait, s'il y a une présentation transversale, on devra lui substituer une présentation longitudinale par manœuvres externes; si l'insertion est marginale, on ramènera la tête en bas; si un certain nombre de cotylédons recouvrent l'orifice utérin, on ramènera en bas le siège. Si l'hémorrhagie dure depuis quelque temps et que l'état général ne soit pas très bon, on devra rompre largement les membranes. Dans le travail, on agira de même. Si la rupture ne suffit pas, on fera la version pelvienne. Enfin, après l'accouchement, s'il y a des hémorrhagies, on les traitera par les injections d'eau à 48°.

1. Thèse de doctorat, Paris, 1895-1896, n° 471.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des déviations angulaires consécutives à la résection et à l'arthrectomie du genou chez l'enfant,

Par M. Paul André,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

On peut observer, après la résection du genou, des déformations angulaires consécutives du membre opéré ; elles sont assez fréquentes dans le jeune âge, rares au contraire chez l'adulte.

Chez l'enfant, elles ont pour caractère d'augmenter progressivement jusqu'à un degré parfois considérable et pendant plusieurs années, tant que la croissance n'est pas terminée.

Chez l'adulte, ces déformations sont non seulement moins fréquentes que chez l'enfant, mais n'arrivent jamais à un degré aussi prononcé que chez lui et ne présentent pas le même caractère d'aggravation progressive.

Ces déviations angulaires se font dans le sens habituel des déviations du genou.

La plus fréquente de toutes est la flexion, soit simple, soit combinée à un certain degré de valgus ou de varus. On peut observer aussi le genu valgum ou le genu varum purs, sans flexion.

Ces déviations apparaissent soit dans les premières semaines ou les premiers mois qui suivent la résection lorsque l'ankylose n'est pas encore solide, surtout si le malade quitte trop tôt l'appareil qui immobilise son membre et s'il marche d'une façon prématurée. On les voit encore se produire, quoique plus rarement, à une époque tardive, alors que la consolidation paraît complète, osseuse, et que le malade avait repris tout à fait l'usage de son membre, redevenu solide. Elles augmentent alors malgré tous les appareils qu'on peut leur opposer.

Lorsque la flexion est peu prononcée, elle est compatible avec un bon usage du membre. Si au contraire elle est forte, elle rend la marche des plus difficiles ou même impossible. La déviation en valgus est encore plus fâcheuse que la flexion à ce point de vue. Lorsque cette dernière est considérable, elle amène au bout d'un certain temps des déformations secondaires du bassin et de la colonne vertébrale (lordose, scoliose).

Les causes de ces flexions sont multiples.

Lorsqu'elles se produisent d'une façon précoce après la résection, on doit les attribuer à une immobilisation incomplète ou trop peu prolongée, à ce qu'on a laissé le membre se fixer en légère flexion, à ce que le malade a marché trop tôt sans appareil et surtout à la prédominance d'action des fléchisseurs sur les extenseurs qui sont toujours plus ou moins fortement atrophiés avant l'opération, du fait même de la maladie. L'action des fléchisseurs est encore favorisée par la section du tendon du triceps et par la lenteur avec laquelle se fait parfois la consolidation osseuse après la résection intra-épiphysaire. On tiendra compte aussi de la rétraction de toutes les parties molles postérieures, c'est parfois la cause principale de la flexion.

Quand l'ankylose est osseuse, la flexion, si elle survient ou augmente encore à ce moment, doit être attribuée à une anomalie de croissance, à une production irrégulière de l'os au niveau des diverses parties du cartilage épiphysaire, soit qu'il ait été enlevé d'un côté pendant l'opération ou détruit par l'affection tuberculeuse ou au contraire qu'une irritation localisée l'ait fait proliférer plus activement en un point.

La prophylaxie de ces flexions consistera à rechercher l'ankylose aussi rapide que possible dans la position rectiligne. On devra donc extirper soigneusement les parties malades, tout en ménageant le plus possible les os, s'efforcer de ne pas blesser les cartilages épiphysaires et fixer le membre dans la rectitude complète.

La suture osseuse peut être utile. L'immobilisation devra être exacte et suffisamment prolongée. On ne permettra la marche qu'après constatation d'une ankylose complète et on fera porter à l'enfant un appareil à tuteurs jusque vers la fin de la croissance.

Ces diverses précautions réduiront dans la mesure du possible les flexions consécutives, mais ne parviendront cependant pas toujours à éviter celles qui sont dues à une croissance inégale des os.

Après l'arthrectomie, on observe, aussi bien et même plus fréquemment qu'après la résection, des flexions consécutives. Elles sont dues principalement à ce que l'ankylose osseuse est ici plus difficile et plus longue à obtenir qu'après la résection. On doit cependant toujours employer chez l'enfant, quand les lésions le permettent, les opérations les plus conservatrices, synovectomies, ostéo-arthrectomies, résections partielles et superficielles. Dans les cas légers où les lésions sont limitées, ou à peu près, à la synoviale, on pourra rechercher la mobilité, en s'efforçant de rendre aux muscles et surtout aux extenseurs, leur puissance d'action, ce qui sera une garantie sérieuse contre la flexion. Lorsque l'étendue des lésions forcera à rechercher l'ankylose, on devra, pour l'obtenir plus sûrement et plus rapidement, aviver toute l'étendue des sur-

faces osseuses en contact, et suturer le cartilage articulaire du tendon rotulien.

Quand la déformation est constituée, soit après la résection, soit après l'arthrectomie, on emploiera pour la combattre les divers moyens de traitement de l'ankylose vicieuse du genou. Si celle-ci est incomplète, on s'adressera soit au redressement lent par l'extension continue, soit au redressement manuel en une ou plusieurs séances sous le chloroforme en y joignant, s'il est nécessaire, la section des tendons poplités. Dans les cas d'ankylose complète osseuse, on peut employer, si l'angle de flexion est obtus, l'ostéoclasie ou l'ostéotomie fémorale sus-condylienne. Mais l'opération qui sera dans bien des cas la meilleure est l'ostéotomie cunéiforme ou une 2e résection. On devra y recourir dès que l'angle de flexion approche de l'angle droit. On aura souvent avantage, pour raccourcir le moins possible le membre et ménager les cartilages épiphysaires, à pratiquer dans ces cas la section ou la résection arciforme.

Il sera toujours bon de retarder l'intervention jusque dans les dernières années de la période de croissance.

Après la correction de la déformation, on devra s'opposer à son retour par un traitement consécutif bien suivi, et surtout par le port longtemps prolongé d'appareils de soutien (1).

1. On trouvera tous les détails relatifs à cette question dans une très importante monographie de M. André (thèse de doctorat, Nancy, 1895-96, n° 20.)

REVUE DES CONGRÈS

68e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Francfort-sur-le-Mein du 21 au 26 Septembre 1896.

Percussion de la rate.

M. Bäumler (de Fribourg) fait observer qu'il est très difficile de déterminer par la percussion l'existence d'une hypertrophie de la rate. Le fait tient principalement à la situation de la rate, organe relativement peu volumineux, parmi d'autres organes remplis d'air et dont la position, à chaque moment donné, n'est nullement fixe. D'une façon générale, M. Bäumler admet pourtant que si, par la percussion, on arrive à limiter une zone mate, de forme ovalaire, mesurant 7 à 8 cen. de hauteur sur 10 de longueur, on peut admettre l'existence d'une hypertrophie de la rate.

Contrairement à Weil, M. Bäumler pense qu'on peut par la percussion déterminer la situation de la partie postéro-supérieure de la rate, attenante aux poumons. La position la plus favorable pour la percussion de la rate est la position dans le décubitus latéral avec le tronc penché en avant et le bassin dirigé en arrière. Si l'hypertrophie n'est pas très grande, il est indiqué de pratiquer la percussion dans plusieurs positions ; chez les fébricitants qui ne peuvent se tenir debout, on utilisera alors la position assise. Dans ces cas la zone de matité se trouve souvent repoussée en haut et en arrière, mais si cette zone correspond, comme grandeur, à celle obtenue par la percussion dans la position couchée, on conclura à l'existence d'une hypertrophie de la rate.

Traitement des anévrysmes d'après le procédé de Macewen.

M. Bäumler a eu l'occasion de traiter un anévrysme par l'acupuncture suivant le procédé de Macewen, lequel procédé est basé sur la formation de thrombus blancs dans les vaisseaux consécutivement à la rupture de la tunique interne. Dans le procédé de Macewen, l'aiguille introduite dans le sac est laissée en place pendant 24 heures; on la dirige de tous les côtés, on cherche en même temps à érailler la tunique de la paroi opposée.

Dans le cas de M. Bäumler, il a fallu faire plusieurs séances d'acupuncture. Le résultat a été satisfaisant, la tumeur a diminué de volume, et le malade vit encore.

M. Ewald (de Berlin) fait remarquer que le procédé qui consiste à obtenir l'oblitération du sac par coagulation des caillots à l'aide d'un courant galvanique est déjà ancien. Or on a constaté que, grâce à la présence des caillots, il devient très difficile de mouvoir l'aiguille et d'atteindre la paroi opposée du sac.

M. von Ziemssen attire l'attention sur les résultats excellents que donne l'iodure de potassium dans le traitement des anévrysmes.

Insuffisance de la valvule iléo-cæcale.

M. Herz (de Vienne) fait le diagnostic de l'insuffisance par atrophie de la valvule iléo-cæcale, qu'on observe principalement chez les alcooliques, en procédant de la façon suivante :

Avec le bord cubital de la main gauche, il comprime fortement le colon ascendant, et avec la main droite il chasse dans l'iléon les gaz qui se trouvent dans le cæcum. S'il y a insuffisance de la valvule, les gaz passent dans l'iléon en produisant un bruit de gargouillement très caractéristique. Si avant cette manœuvre, on avait percuté l'intestin, on trouve encore une modification dans la sonorité du cæcum et de la portion inférieure de l'iléon.

Les symptômes cliniques de l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale sont constitués par des douleurs au niveau du cæcum et des angles du côlon, par les phénomènes classiques du catarrhe du gros intestin avec flatulence. Le traitement comprend les purgatifs, le massage et l'électricité.

Principes généraux du traitement des plaies de l'abdomen.

M. Madelung (de Strasbourg) pense que, quand on se trouve en face d'une plaie de la région abdominale ne datant que de quelques heures, la première indication est de voir si elle est pénétrante ou non. Dans certains cas, il suffit pour cela d'agrandir la plaie par une incision; souvent la laparotomie sera nécessaire. Si la plaie est pénétrante, il faut encore savoir si elle est compliquée de lésion d'un viscère ou d'un gros vaisseau. Le devoir du médecin qui donne les premiers soins est donc de placer le blessé dans des conditions telles que cet examen puisse être fait, c'est-à-dire de faire transporter le malade à l'hôpital.

Seule la constatation d'une hémorrhagie interne grave peut justifier une intervention immédiate sur place, même dans des conditions défavorables. Mais si l'on doit, sans aide, arrêter une hémorrhagie abdominale et si l'on n'en trouve pas rapidement la source, il est préférable d'introduire par l'incision un gros paquet d'éponges dans la direction de l'hémorrhagie et, sans suturer, de faire par-dessus un pansement compressif.

Pour les plaies de l'intestin peu étendues et ne s'accompagnant pas d'une forte hémorrhagie, on peut fixer à 24 heures le temps dans lequel on peut opérer avec espoir de succès; ce délai est notablement plus grand pour les plaies de la vessie. Le début de la péritonite et le choc ne contre-indiquent pas l'intervention.

Une large laparotomie d'emblée n'est indiquée que dans le cas d'hémorrhagie profuse; elle est nécessaire quand il y a eu issue de matières fécales et qu'on n'a pas trouvé la plaie de l'intestin. En général, l'abdomen doit être exploré petit à petit, et souvent on peut éviter cette exploration quand on peut d'avance se faire une idée exacte du trajet de l'instrument vulnérant.

Pour faciliter l'hémostase, on peut avoir recours à la compression digitale de l'aorte avec la main introduite sous le diaphragme (Senn); la transplantation intestinale (Chaput)

peut éviter la résection de l'intestin. Les abcès circonscrits du péritoine contre-indiquent la recherche du point de la perforation intestinale; ils réclament le tamponnement et le drainage et doivent être traités à la façon de l'appendicite.

Lorsque la plaie abdominale date de plus de 24 heures, que l'état général est satisfaisant, qu'il n'y a pas de signes d'inflammation, on peut s'abstenir, à la condition qu'il ne s'agisse pas de blessures par corps contondants. D'une manière générale, il est difficile d'établir des règles générales pour les cas de cette dernière catégorie. Il faut attendre et surveiller la marche des accidents.

Les principes généraux qui viennent d'être indiqués s'appliquent aussi aux blessures par armes à feu sur les champs de bataille. Il est évident qu'ils ne pourront être mis en pratique que dans une mesure restreinte, et que les résultats seront moins bons.

Résection du foie pour kyste hydatique multiloculaire.

M. Bruns (de Tubingen) a eu l'occasion d'intervenir dans un cas où la tumeur était formée de vésicules fort petites, juxtaposées, logées directement dans le foie. Dans les cas de ce genre, non entourés d'un sac unique, mais où il n'existe pas de capsule et où les limites de la tumeur sont d'ordinaire très irrégulières par suite de la saillie de certaines vésicules, on est obligé d'enlever la tumeur en taillant dans le parenchyme hépatique sain qui entoure la tumeur. Dans un cas analogue, Terrillon entoura la tumeur d'un lien élastique, la fixa dans la plaie abdominale et ne l'enleva que quand elle fut gangrenée.

Dans son cas personnel, M. Bruns a fait l'ablation de la tumeur au bistouri. Il a fallu préalablement enlever la vésicule biliaire distendue qui adhérait à la face inférieure de la tumeur. La plaie qui resta après l'ablation de la tumeur fut suturée. L'hémorrhagie du foie fut modérée et a été arrêtée tant par la ligature de quelques artères que par quelques fils profonds. Le foie fut rentré dans l'abdomen et la guérison eut lieu sans incidents.

Rétrécissements multiples de l'intestin d'origine tuberculeuse.

M. Hofmeister (de Tubingen) a rapporté l'observation d'un homme de 32 ans atteint depuis 6 ans de fréquentes coliques, laparotomisé pour des accidents d'iléus datant de 6 jours. L'iléus, comme l'a montré l'opération, était dû à une série de 10 rétrécissements de l'intestin grêle répartis sur une longueur de 255 centimètres. Toute cette portion a été partiellement séquestrée à l'aide d'une entéro-anastomose intestinale. Mais pour rentrer l'intestin, il a fallu évacuer par la ponction le contenu de l'anse séquestrée. Malgré la ponction, les gaz s'accumulèrent dans l'anse séquestrée et, ne trouvant pas d'issue, firent céder les sutures qui fermaient l'orifice de la ponction. Le malade mourut au bout de 36 heures d'une péritonite par perforation.

A l'autopsie, on trouva encore 2 rétrécissements de la région iléo-cæcale qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme. L'examen histologique montra que les rétrécissements étaient dus à la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses.

Les rétrécissements multiples de l'intestin sont rares, si bien que M. Hofmeister n'a trouvé que 18 exemples dans la littérature médicale. Dans aucun de ces cas, la multiplicité des rétrécissements n'avait été diagnostiquée avant l'opération.

En terminant, M. Hofmeister insiste sur ce fait que quand une anse que l'on a dû séquestrer est rétrécie dans les deux sens, il faut éviter de la ponctionner. Si la ponction est nécessaire, il faut fixer dans la plaie abdominale le point ponctionné quand même il aurait été fermé par une suture.

Sérothérapie dans la tuberculose.

M. Doerrenberg a fait une série d'essais de sérothérapie chez des tuberculeux avec du sérum d'âne immunisé. L'immunisation était obtenue par les injections intra-péritonéales de cultures tuberculeuses, faites toutes les 3 semaines; les animaux ainsi immunisés qui se sont montrés réfractaires aux toxines tuberculeuses, ont fini pourtant par succomber à la tuberculose.

Les injections de ce sérum provoquaient chez les tuberculeux une réaction assez caractéristique mais qui était moins violente que celle qui suit les injections de tuberculine : 11 malades soumis aux injections ont été améliorés. Les injections n'ont donné aucun résultat dans la tuberculose avancée.

L'analyse des urines comme moyen de détermination de l'état d'immunité.

M. Poelh (Saint-Pétersbourg). — Les injections préventives n'étant souvent pas sans inconvénients, il n'est pas sans intérêt de pouvoir juger de leur opportunité. L'étude des oxydations intra-organiques et de l'alcalescence du sang, qui leur est liée, nous en fournit le moyen. Leur diminution, qui est due à l'accumulation de produits de métamorphoses régressives (auto-intoxications), diminue l'immunité naturelle et prédispose à la plupart des maladies infectieuses; elle peut être constatée par l'analyse des urines.

Les auto-intoxications qui prédisposent à l'infection reconnaissent pour causes :

1° La diminution de l'alcalescence du sang due à l'acidité des tissus résultant soit de leur irritation, soit d'autres causes;

2° Une insuffisance dans l'apport d'oxygène;

3° Les fermentations anormales dans le tube intestinal;

4° Une intoxication bactérienne exogène ou toute autre intoxication;

5° La rétention des produits de nutrition élémentaire.

L'analyse des urines renseigne non seulement sur l'existence d'auto-intoxications, mais encore sur leurs causes.

Il y a longtemps que l'on connaît l'importance de l'alcalescence du sang au point de vue de l'immunité, car ce n'est que lorsqu'elle est normale que la phagocytose peut jouer son rôle contre les infections. La destruction des globules blancs donne alors naissance à la spermine, ferment de la respiration élémentaire. L'action de la spermine sur les oxydations protège l'organisme contre les infections et cette substance est le remède contre les auto-intoxications.

S'il n'existe pas d'auto-intoxication décelable par l'analyse des urines, les injections protectrices sont inutiles, puisque l'individu jouit de l'immunité. Les injections, d'ailleurs, dans le cas contraire, ne sont pas toujours indispensables, car la thérapeutique permet parfois de faire disparaître la cause de l'auto-intoxication.

Des opérations pour prolapsus utérin.

M. P. Müller (Berne) propose, en cas de prolapsus utérin chez une femme qui a passé la ménopause et qui a renoncé à toute vie sexuelle, de faire l'extirpation du vagin et de repousser simplement l'utérus au fond de la plaie et de fermer la plaie vaginale. Il se fait ainsi une cloison cicatricielle solide qui soutient très bien l'utérus.

On n'a pas à craindre la formation d'un hydromètre, affection d'ailleurs très rare. Du reste, après la période de la ménopause, on constate très souvent des atrésies de l'orifice utérin, surtout dans les cas de prolapsus, sans que pour cela on voie la dilatation de la cavité utérine se produire. A cette époque de la vie, l'utérus est presque toujours en voie d'atrophie; il est donc léger et pèse peu sur la cloison. Si d'ailleurs le col était très hypertrophié, on pourrait l'enlever.

Cette opération a pour avantages d'être courte, simple, de ne pas ouvrir le péritoine, de ne pas nécessiter la formation de pédicules, et d'éviter le décollement de l'utérus de la vessie, qui est souvent un peu difficile chez les femmes âgées.

Si la femme, tout en étant réglée, a renoncé aux rapports sexuels, après l'extirpation du vagin l'utérus ne sera pas repoussé au fond, mais suturé dans la plaie vaginale; il sera placé en pleine cicatrice au lieu d'être au-dessus d'elle. Dans les cas où, la ménopause étant établie, la femme n'a pas renoncé aux rapports sexuels, on peut, en outre de la colporraphie antérieure, se borner à enlever un lambeau quadrilatère assez étendu du vagin, laissant un conduit vaginal suffisant.

M. Frank (Cologne) a déjà préconisé l'ablation extra-péri-

tonéale de l'utérus en cas de prolapsus. On peut aussi se borner à attirer en bas l'utérus et à placer au-dessus de lui un lien élastique.

M. Lœhlein ne pense pas que les pyomètres consécutifs à l'atrésie atrophique de l'utérus soient aussi rares que le dit M. Müller.

M. Asch (Breslau) recommande l'extirpation totale classique du vagin et de l'utérus dans le prolapsus grave ; ce n'est qu'ainsi que l'on peut guérir la rétroflexion. La cicatrisation des ligaments pelviens dans le vagin garantit contre les récidives et les rapports sexuels restent possibles.

M. Freund pratique en cas de prolapsus utérin chez des femmes âgées le rétrécissement du vagin en forme de blague à tabac au moyen de fils résistants passés profondément sous la muqueuse vaginale. Sur sept cas il n'a eu qu'un insuccès.

M. von Herff dit que les récidives après l'extirpation totale ne sont pas rares et qu'alors l'état devient pis qu'auparavant, L'expérience montre que le procédé de M. Müller est avantageux.

La mort après la laparotomie.

M. Fritsch (de Bonn) a été frappé de ce fait que lorsqu'on fait la laparotomie chez des individus ayant la même affection, à peu près le même degré de résistance et chez lesquels on pratique la même intervention, les uns guérissent, d'autres succombent. Comment s'expliquer alors la mort ? Il est certain que l'on n'intervient jamais sur des tissus stériles avec des mains et des instruments stériles dans le sens bactériologique du mot. Il y a donc toujours infection des tissus, mais si l'on va au fond des choses, on voit que les tissus infectés ne se comportent pas de la même façon envers l'infection. C'est ainsi qu'après la laparotomie on voit souvent la peau et le péritoine se cicatriser sans accidents, en même temps qu'une suppuration se déclare à l'intérieur de la cavité abdominale. Dans d'autres la plaie intra-abdominale et le péritoine se cicatrisent bien mais c'est l'incision cutanée qui suppure. Cela est donc le fait de la réaction variable du virus ; un autre facteur est la réaction générale de l'organisme, et la résistance de l'organisme envers l'infection. C'est un fait connu depuis longtemps que cette réaction, cette résistance varie avec chaque individu : une épidémie de choléra, de peste ne frappe pas tout le monde ; des individus peuvent garder des bacilles diphthériques dans la bouche et des vibrions cholériques virulents dans l'intestin sans avoir pour cela la diphthérie ou le choléra.

Dans la mort qui survient quelquefois après la laparotomie, il est un organe qui joue le rôle principal et qu'il est nécessaire d'envisager en premier lieu, c'est le péritoine. Les processus physiologiques et pathologiques qui s'y passent sont remarquables par leur rapidité d'évolution. L'accolement des parties sectionnées s'y effectue non pas au bout de quelques heures, mais au bout de quelques minutes. Les micro-organismes qui y pénètrent sont rapidement absorbés, éliminés et détruits dans le sang où ils sont versés. Ce mécanisme assure la neutralisation des bactéries qui pénètrent dans le péritoine.

Mais pour que cette neutralisation puisse se faire, pour que les bactéries qui ont pénétré dans le péritoine soient rendues inoffensives, il est nécessaire que trois conditions soient présentées.

Tout d'abord, il est nécessaire que les bactéries qui pénètrent ne soient pas en trop grande quantité, afin que le péritoine ne soit pas submergé par l'infection, ait le temps de s'en débarrasser. Un abcès périappendiculaire, un pyosalpinx à contenu septique, un utérus infecté ouvert dans le péritoine donneront lieu à une invasion bactérienne dont le péritoine ne pourra se débarrasser.

Il faut en second lieu que le cœur et la circulation se trouvent en bon état. Si le cœur est faible ou devenu faible, s'il ne récupère pas rapidement après l'opération, après l'injection, sa force normale, et le sang dans lequel, par l'intermédiaire de la lymphe, ont pénétré les micrecoques, il éprouvera des difficultés mécaniques pour s'en débarrasser. Or, nous savons que le chloroforme, l'hémorrhagie inévitable dans chaque opération, le refroidissement auquel est exposé le malade, la longue durée de l'opération sont autant de causes qui affaiblissent le cœur.

En troisième lieu le péritoine doit être normal, fonctionner normalement, et son rôle dans la mort après la laparotomie reste toujours prépondérant.

Comme preuve on peut citer que, même avant la période aseptique et même antiseptique, l'hystérectomie vaginale donnait toujours de meilleurs résultats que l'ablation de l'utérus par la voie abdominale. La raison de ce fait réside entièrement en ce que dans l'hystérectomie vaginale, le péritoine reste dans des conditions physiologiques : pendant l'opération il n'est pas soumis au refroidissement, au contact de l'air, aux modifications de pressions intra-abdominale qui suivent l'ouverture de l'abdomen. Par contre tous ces facteurs agissent sur le péritoine mis à nu, et ils agissent non seulement sur le péritoine, mais encore sur les couches musculaire et muqueuse de l'intestin sous-jacent : les mouvements péristaltiques s'affaiblissent et s'arrêtent ; la muqueuse ne fonctionne pas et ne résorbe pas, les gaz qui s'y forment ne sont pas chassés, et l'intestin s'arrête ; il y a stase intestinale, et les leucocytes, puis les bactéries font leur apparition.

Il ne faut pas perdre de vue que le péritoine souffre encore davantage des manipulations nécessitées par l'opération et qui créent un ensemble de traumatismes qui retentissent sur le fonctionnement du péritoine. Sous ce rapport rien n'égale l'ancienne « toilette du péritoine ».

N'oublions pas non plus qu'en dehors de ces conditions qui affaiblissent le pouvoir de résorption et d'élimination du péritoine, les bactéries qui pénètrent trouvent dans la cavité abdominale des conditions exceptionnellement favorables à leur prolifération, milieu de culture excellent, espaces morts, tissus dont la résistance vitale et diminuée. La conséquence ultime de ces processus, d'ordre purement mécanique et nullement infectieux, du moins au début, est l'iléus et la paralysie de l'intestin. Tous les deux, ils apparaissent en dehors de toute infection ; mais par le fait d'une diminution locale et générale des tissus, par le fait des troubles fonctionnels du péritoine, par le fait de l'affaiblissement du cœur, résultat d'une opération de longue durée. Qui sait si les fonctions de résorption et de diminution ne sont possibles qu'à la condition que la cavité abdominale soit fermée.

Ordinairement les intestins affaiblis par le fait de la laparotomie récupèrent leur intégrité après la fermeture de la cavité abdominale, c'est-à-dire après le rétablissement des conditions physiologiques. Mais l'apparition des symptômes d'iléus léger après les laparotomies graves indique bien une *functio læsa* du péritoine. Ce n'est qu'au bout de 24 heures que les fonctions de l'intestin se rétablissent complètement. Si l'on trouve au bout de ce temps un cœur vigoureux et un pouls normal, tout danger est écarté ; mais si le cœur reste faible et le pouls, tout doit faire craindre que le rétablissement du fonctionnement de l'intestin n'aura pas lieu.

Nous pouvons donc dire qu'en dehors de l'infection, il existe deux causes qui peuvent devenir fatales ; ce sont la faiblesse du cœur et les troubles fonctionnels du péritoine et de l'intestin, le danger n'est donc pas extérieur, mais se trouve bien dans l'organisme lui-même. Ce qui importe donc c'est non seulement d'éviter l'infection, comme on l'a dit souvent, mais aussi de conserver la résistance locale et générale des tissus. *Les laparotomisés succombent donc non pas parce qu'ils deviennent septiques, mais ils deviennent septiques parce qu'ils meurent ou pendant qu'ils meurent.*

Quelques exemples suffiront pour appuyer cette proposition.

Lawson-Tait, Kœberlé et autres n'ont jamais eu recours à l'antisepsie, et tous pourtant, surtout Lawson-Tait, ont eu des résultats qui ne cèdent en rien à ceux des chirurgiens antiseptiques. Pourquoi ? Parce qu'ils possèdent une technique parfaite, c'est-à-dire qu'ils opèrent vite et bien et que dans ces conditions les causes nocives sont si minimes qu'elles n'atteignent pas la vitalité locale et générale des tissus.

Chaque chirurgien a pu constater dans sa pratique personnelle des faits analogues. Schrœder a eu une mortalité de 4 p. 100 pour les ovariotomies, et de 33,3 p. 100 par les myomectomies. Dans les deux cas l'antisepsie était la même, mais ce qui a varié, c'était la durée de l'opération, et avec la durée les dangers centraux et périphériques. Un autre fait bien connu, c'est que les résultats s'améliorent à mesure que le chirurgien se familiarise davantage avec l'opération, en possède mieux la technique.

L'évolution clinique de ces cas est également en faveur des idées qui viennent d'être soutenues. Voici comment les choses se passent en effet dans les cas qu'on peut qualifier de mauvais.

Le malade se réveille avec un sentiment d'angoisse. La respiration est déjà à ce moment difficile, ce qu'on attribue souvent au pansement trop serré, lequel pansement trop serré est ordinairement bien supporté dans d'autres cas. Puis apparaissent les deux symptômes caractéristiques : la faiblesse du cœur et le pouls petit, rapide, faible, le pouls abdominal, le pouls pathognomonique. Le ventre se ballonne, la figure est pâle ; il existe de la soif, souvent des vomissements. La température reste normale. Le tympanisme augmente. Le pouls devient de plus en plus mauvais.

Tout cela c'est de l'iléus, mais sans iléus, du moins sans iléus par obstruction. Ce sont des symptômes de péritonite, mais il n'y a pas encore de péritonite purulente, car la fièvre et la sensibilité de l'abdomen font défaut. Ce n'est pas non plus de la septicémie, puisque la connaissance, le sensorium est conservé. Que la septicémie puisse évoluer sans fièvre, personne ne le nie. Mais les cas dont il est question guérissent souvent. Avec ou sans traitement, les symptômes menaçants s'atténuent, le tympanisme diminue, le pouls redevient bon : tout danger est écarté.

Dans le cas contraire, une légère élévation de la température apparaît vers le second ou le troisième soir et la fièvre s'allume ; l'infection apparaît avant la mort.

Quelques indications pratiques peuvent être tirées de ces faits. Quand on trouve un cœur faible ou affaibli, en cas de thrombose après pneumonie, après influenza, etc., il ne faut pas opérer, mais attendre. Avant l'opération il faut éviter tout ce qui peut affaiblir le malade, bains froids, diète, purgatifs drastiques, etc. La technique opératoire doit être bonne, le traitement post-opératoire surveillé de près. Les lavages de l'estomac, les lavements tièdes, les injections sous-cutanées, des toniques, la quinine, etc., rendront des services pour combattre la faiblesse.

Il y a 30 ans, il y avait des chirurgiens qui étaient des opérateurs incomparables et des anatomistes consommés qui opéraient en véritables artistes, et malgré cela tous leurs opérés succombaient. Puis vint un moment où la technique opératoire, l'expérience, l'habileté, voire même les connaissances anatomiquas furent dépréciées, méprisées, en tous cas considérées comme choses accessoires, tout à fait secondaires. Avec une bonne antisepsie, rien ne paraissait impossible, rien n'arrêtait un chirurgien optimiste. Qu'on opère vite ou lentement, avec soin ou brutalement, qu'on ait de l'expérience ou non, qu'on sache son anatomie ou non, tout cela était parfaitement égal ; il suffisait d'être antiseptique.

Il est temps de réagir contre cette façon de voir. Il faut qu'on sache qu'une bonne technique jointe à l'habileté opératoire et à l'expérience clinique est un facteur essentiel du succès.

Nouveau traitement du lupus érythémateux.

M. Schutz (de Francfort-sur-Mein) a obtenu de très bons résultats par les applications locales, deux fois par jour, de liqueur de Fowler, coupées avec 4 ou 6 parties d'eau. Au bout de 6 jours survient une réaction locale sous forme de tuméfaction qui disparaît ensuite progressivement. Lorsqu'apparaît la tuméfaction, il faut alterner les applications arsenicales avec celles de pommades indifférentes. Dans 9 cas traités de cette façon, la guérison est survenue dans l'espace de 11 semaines.

Maladie de Basedow et alopécie totale.

M. Berliner (d'Aix-la-Chapelle) rapporte l'observation d'un cas de maladie de Basedow avec alopécie totale. Malgré la guérison du goitre exophthalmique, la calvitie totale a persisté.

M. Rille (de Vienne) a observé un cas de sclérodermie avec alopécie généralisée. Il croit qu'on peut admettre avec Kaposi que les deux affections ont été le résultat des troubles trophiques d'origine centrale.

M. Caspary (de Königsberg) a cru que la nervosité, les troubles nerveux et l'anémie sont plutôt le résultat que la cause de l'alopécie généralisée.

M. Galewsky (de Dresde) a obtenu un très bon résultat par les applications de chrysarobine. Les cheveux qui avaient repoussé sont pourtant tombés un an plus tard. L'action de la chrysarobine indique peut-être la nature parasitaire de l'alopécie généralisée.

M. Köbner (de Berlin) croit que si certains cas sont d'origine nerveuse, d'autres sont sûrement de nature parasitaire.

M. Kohn a observé également un cas de maladie de Basedow avec alopécie généralisée.

Spasme de la glotte.

M. Loos (d'Innsbruck) a observé, à la clinique de Graz, dans le courant de ces 5 dernières années, 164 cas de laryngospasme. A part quelques exceptions, la plupart de ces enfants présentaient en même temps les symptômes de tétanie, à savoir le phénomène du facial, le signe de Trousseau, l'exagération de l'excitabilité mécanique des muscles et des nerfs. Les enfants, qui étaient tous âgés de moins de 2 ans, étaient pour la plupart des rachitiques, souvent avec craniotabès.

Malgré cette fréquence, M. Loos ne pense pas que le rachitisme soit la cause de la tétanie ou du laryngospasme. Il admet plutôt que le laryngospasme doit être considéré comme faisant partie du tableau clinique de la tétanie chez les enfants au-dessous de deux ans et comme indiquant l'existence d'une tétanie sans contractures spontanées.

Sur les 164 cas de laryngospasme, 14 se sont terminés par la mort, survenue plusieurs fois au cours d'un accès.

M. R. Fischl ne pense pas que le laryngospasme fasse partie de la tétanie et justifie le diagnostic de tétanie larvée. Personnellement il a observé bon nombre de cas où, à côté du laryngospasme, il n'existait aucun symptôme de tétanie. Ce qui est certain, c'est qu'il n'existe aucun rapport entre la tétanie, le laryngospasme et le rachitisme.

Le laryngospasme est probablement une convulsion partielle dans le sens de Cheadle, et la tétanie un laryngospasme accompagné de phénomènes convulsifs.

Au point de vue étiologique, on peut incriminer les troubles digestifs, mais la fréquence de ces troubles chez les nourrissons, doit faire envisager avec réserve leur rôle étiologique.

64e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

Tenue à Carlisle les 28, 29, 30 et 31 Juillet 1896.

SECTION DE PÉDIATRIE

Trachéotomie chez les enfants.

M. Cameron. — C'est dans la période asphyxique de la diphthérie qu'on fait la grande majorité des trachéotomies chez l'enfant. On doit faire la trachéotomie de bonne heure, si on veut qu'elle réussisse, cette expression de *bonne heure* s'appliquant non pas à la diphthérie elle-même, mais à celle de ses périodes où la respiration s'embarrasse. Aussi n'est-ce qu'au 10e ou au 15e jour de la maladie qu'on doit faire la trachéotomie ; cette opération faite plus tôt donne un résultat beaucoup coup moins favorable et peut même augmenter la gravité de la maladie. C'est, en effet, quand un sujet a pu résister à son affection, qu'il approche de la convalescence et qu'il n'est en quelque sorte menacé que par des accidents asphyxiques, qu'on pourra opérer beaucoup de trachéotomies, même si le sujet est affaibli. On peut donc dire que si l'opération faite aussitôt que possible après l'apparition des troubles respiratoires est un élément de succès, il faut encore que ces troubles se produisent à une période relativement avancée de la maladie. On devra aussi en opérant éviter un certain nombre d'accidents : on évitera l'hémorrhagie en incisant exactement sur la ligne médiane, en ouvrant la trachée qu'après l'avoir mise à nu et en ne coupant pas trop loin vers le sternum. Si on a à couper de grosses veines on les saisira avec une pince et on pourra enlever les pinces, dès que la respiration sera rétablie. On a vu quelquefois se produire une hémorrhagie secondaire par ulcération du tronc

veineux ou artériel immunisé au point où le bout de la canule appuyait sur la paroi de la trachée. Je pense que, comme le disait déjà Giraldès, la pression de la canule est une cause tout à fait secondaire et que ce qu'on doit incriminer dans ce cas c'est le mauvais état de tous les tissus par suite de l'imprégnation du poison diphthérique. L'emphysème est un accident généralement dû à une faute opératoire. Cette complication peut sans doute être insignifiante; mais quelquefois elle peut avoir des conséquences graves. Le pneumothorax est plus redoutable, mais il est heureusement rare. J'ai fait la trachéotomie chez un enfant chez lequel un noyau de cerise avait pénétré dans les voies respiratoires; tout, y compris la suspension de l'enfant par les pieds, échoua et je ne pus retirer le noyau; il y eut d'abord un énorme emphysème du cou, qui disparut en quelques jours. Les signes stéthoscopiques avaient montré que le noyau était dans la bronche droite, mais bientôt on vit se développer, en même temps qu'un nouvel emphysème à la base du cou, des signes d'un pneumothorax gauche avec collapsus du poumon du même côté. Cinq semaines après le début des accidents, l'enfant rendit le noyau dans un violent effort de toux, puis il guérit complètement. Mais les mouvement du côté gauche de la poitrine étaient moins marqués que ceux du côté droit, et le tour de poitrine était plus grand à gauche qu'à droite. Wilks et Hoxon ont attiré l'attention sur cette pénétration possible de l'air dans le médiastin avec production ultérieure de pneumothorax comme complication de la trachéotomie.

Pour Champneys, le pneumothorax est souvent associé à l'emphysème du médiastin, mais ne se produit jamais sans qu'il y ait emphysème; au contraire, l'emphysème peut exister sans être accompagné de pneumothorax; aussi cet auteur regarde le pneumothorax comme étant probablement une conséquence de l'emphysème. On s'aperçoit quelquefois qu'après avoir pratiqué la trachéotomie l'introduction de la canule obstrue complètement le passage de l'air et arrête la respiration qui, bien que difficile, était possible encore jusque-là; cependant la lumière de la canule est parfaitement libre. Dans ces cas il peut arriver ou bien que l'incision de la trachée a été incomplète et que la canule est introduite non dans sa cavité, mais entre ses plans superficiels et ses plans profonds, ou bien que la canule en pénétrant dans l'intérieur de la trachée a décollé la muqueuse, l'a refoulée devant elle et en a fait un tampon qui s'oppose au passage de l'air. On pourra aisément saisir ce tampon de muqueuse plissée à l'aide d'une pince et l'extirper. Il peut encore arriver qu'au moment où on incise le tissu cellulaire du cou, le thymus fasse irruption dans la plaie; la pression du doigt suffit à le réduire. Quelquefois, après la trachéotomie, les liquides avalés passent dans le larynx et sont rendus par la canule. Cela n'arrive que quelques jours après l'opération. Cela n'est pas dû, comme on l'a cru, à une ulcération de l'œsophage. Cela tient probablement à ce que lorsque depuis quelque temps la respiration se fait par la canule, le larynx a perdu son exquise sensibilité, et à la disparition du spasme musculaire qui d'ordinaire se produit, dès qu'un corps étranger va pénétrer dans les voies aériennes. Des complications bien autrement graves sont celles qui consistent dans l'extension de la maladie à la trachée, aux bronches, ou quelquefois à la plaie, avec production de cellulite cervicale, d'œdème et d'accidents septicémiques. Ces complications sont généralement la conséquence de la gravité de l'affection primitive; mais elles peuvent quelquefois être dues à des fautes de l'opérateur. Quand, quelques jours après l'opération, la canule devient sèche, le cou se tuméfie un peu et rougit au niveau de la plaie, la fièvre s'allume, le pronostic devient très sombre. La dyspnée devient croissante, malgré des nettoyages fréquents de la canule et la mort ne tarde pas à se produire.

M. Tubby. — Les deux éléments, les plus importants à considérer sont l'âge du malade et l'extension des fausses membranes par en bas. Les enfants de moins d'un an guérissent très rarement; ceux de moins de 2 ans guérissent rarement; le pronostic s'améliore avec l'âge, toutes choses égales d'ailleurs. Quand la partie supérieure des conduits aériens est peu envahie, la région inférieure étant au contraire déjà bien prise, la trachéotomie ne rend presque aucun service. Je proscris l'emploi du tenaculum qui ne peut que dévier la trachée et empêcher l'incision d'être médiane. Je maintiens la trachée entre le pouce et le médius, l'index restant libre pour explorer la plaie.

M. Sympson. — Dans tous les cas avérés de croup avec dyspnée, il faut pratiquer la trachéotomie. Un des meilleurs moyens d'assurer la réussite de cette opération consiste à changer, au bout de 24 heures, la canule métallique pour la canule en caoutchouc de Morrant-Baker; au bout de 3 ou 4 jours, il faut supprimer complètement la canule.

M. Bronner. — On doit toujours essayer d'abord le tubage, et ce n'est que si cette intervention échoue qu'on doit recourir à la trachéotomie. Le sérum antidiphthérique est fort utile.

M. Crawford Renton. — Je considère le tubage comme étant une excellente opération préliminaire; souvent il suffit; il diminue la congestion pulmonaire.

Papillomes du larynx chez les enfants.

M. Hunter Mackenzie. — Les papillomes constituent la variété de néoplasme qu'on trouve le plus souvent dans les larynx des enfants. Ils peuvent être congénitaux, apparaître à la suite d'exanthèmes, ou peuvent se former sans autre cause appréciable que du catarrhe.

Lennox Browne tend à croire que les végétations adénoïdes et autres affections similaires du naso-pharynx peuvent intervenir dans leur production, probablement par l'intermédiaire du catarrhe qu'elles provoquent. On peut trouver un papillome isolé; plus souvent ils sont multiples et dans les cas extrêmes le larynx peut en être rempli. Kanthack a rapporté un cas d'hypertrophie papillomateuse diffuse de la muqueuse laryngée chez un enfant et Schaller a vu, chez un enfant de 8 ans, la dégénérescence papillomateuse envahir non seulement toute la muqueuse du larynx, mais encore celle de toute la trachée.

Doit-on faire une opération radicale et totale, ou seulement une opération qui assure la respiration? Les opérations radicales consistent en une thyrotomie, avec ou sans trachéotomie préliminaire, ou une ablation endolaryngée des tumeurs, l'enfant étant ou non endormi. Il faut songer à la récidive très fréquente et rapide de ces tumeurs. La récidive à répétition paraît être la règle. Clubbe rapporte que chez un enfant de 4 ans on a dû, pour cette affection, pratiquer 17 fois la thyrotomie en 3 ans; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on a obtenu une guérison permanente. Cet excès d'opérations ne paraît guère justifié. De plus, ces thyrotomies répétées peuvent être ultérieurement suivies de sténose laryngée. Les résultats de l'opération endolaryngée ne sont guère plus favorables.

Les opérations palliatives sont le tubage et la trachéotomie. Or, le tubage, indiqué dans des affections aiguës, comme le croup, où il ne doit durer que quelques jours, est contre-indiqué dans les affections chroniques, où le tube devrait être laissé en place pendant des mois ou même des années. Cependant on a rapporté des cas de guérison par le tubage. La trachéotomie est parfaitement indiquée, d'autant plus qu'à la suite de cette opération les papillomes ont une remarquable tendance à entrer en régression, comme j'ai été un des premiers à le démontrer. J'ai laissé la canule pendant un an dans un cas, pendant 6 mois dans un autre, pendant 7 mois dans un 3e. Les périodes extrêmes rapportées par les auteurs ont été 1 mois et 13 mois. On admet généralement que l'arsenic à haute dose favorise la régression des papillomes; je ne puis me prononcer à ce point de vue.

Traitement des ganglions tuberculeux du cou.

M. Renton. — De 1873 à 1892 j'avais l'habitude de laisser ces ganglions se ramollir; puis avant que l'ulcération de la peau fût produite, je faisais une petite incision et je vidais par pression autant que je le pouvais; puis je grattais à la curette. Le tout étant bien nettoyé, je remplissais la cavité de lint qui avait bouilli et qu'on avait ensuite trempé dans une solution de chlorure de zinc; plus tard je me servis de gaze trempée dans une solution d'iodoforme dans la glycérine. Quand le ganglion est long à se ramollir, il faut y injecter quelques gouttes de teinture d'iode ou y appliquer un vésicatoire. Quand le ganglion est assez petit, on peut l'enlever en totalité, à travers une petite incision, ou à travers une incision plus grande, s'il est adhérent. Ces méthodes m'ont donné des résultats très satisfaisants. Dans les cas où il y avait des fistules, il fallait faire des dissec-

tions pour enlever les lambeaux de peau malades; je suturais, je pansais à l'iodoforme et je drainais avec un os de poulet décalcifié. Je laissais le pansement pendant une semaine sans le changer. Dans beaucoup de cas, au bout de 2 ou 3 pansements la guérison était obtenue. En 1892, j'ai modifié ma méthode et j'ai franchement excisé les ganglions hypertrophiés et toutes les glandes suspectes, jusqu'au niveau de la jugulaire interne. Les plaies se réunissaient bien et dans certaines régions, notamment l'aine et l'aisselle, il n'y a pas de récidive. Mais au niveau du cou, j'ai souvent vu des récidives. A cause de ces récidives, j'ai repris mon ancienne méthode et je n'extirpe les ganglions que lorsqu'ils sont ramollis.

M. Stiles. — La tuberculose des ganglions cervicaux revêt des aspects si différents, que chaque cas est en quelque sorte justiciable d'une méthode particulière on tiendra compte de l'extension ou de la maladie, de sa durée, de sa marche, des traitements antérieurs; on cherchera s'il s'agit d'une affection locale ou d'une manifestation d'une tuberculose générale. Les dents, les amygdales surtout sont fréquemment des portes d'entrée pour les bacilles qui gagnent de là les ganglions du cou. On devra toujours, en même temps qu'on soigne les ganglions, s'attaquer aux sources primitives de l'affection; sans cela on aura des récidives. Souvent il y a un état de purulence complète des ganglions, sans qu'on trouve de fluctuation. Quand on opérera on fera les incisions parallèles aux plis, c'est-à-dire perpendiculaires à l'axe du cou; puis on fera le grattage, sans s'exagérer les dangers de l'hémorrhagie; puis j'applique de l'acide phénique liquide pur non seulement dans les sinus et anfractuosités, mais sur les parois de tous les ganglions caséeux et purulents; puis j'applique un pansement iodoformé. L'application de l'acide phénique n'entraîne aucune espèce de gangrène. Bientôt la plaie se remplit de granulations et il reste une petite cicatrice linéaire ou déprimée. Les ganglions adhèrent souvent à l'aponévrose, l'ulcèrent et donnent des abcès sous-cutanés. Il faut les ouvrir par une petite incision et chercher l'ouverture qui existe toujours dans le fascia profond et arriver ainsi sur les ganglions caséeux qui ont donné ces abcès. Les adénites rétropharyngiennes tuberculeusess sont fréquentes chez les enfants : on peut les aborder par la bouche, par une incision faite au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien, ou par le triangle antérieur. La seconde méthode est la meilleure. L'adénite tuberculeuse de la région pré-auriculaire est, comme la précédente, souvent difficile à guérir; elle est sous le prolongement facial du fascia cervical et en relation intime avec la parotide et le nerf facial; elle adhère rapidement à la parotide et à la peau et si on l'extirpe il y a souvent une fistule salivaire. Je me contente de la gratter avec précaution à travers une petite incision. Si elle est mobile, on peut l'exciser; on peut alors l'énucler à travers une petite incision. Mais le plus souvent, bien qu'apparemment mobile, la tumeur adhère aux veines et aux nerfs. Aussi ne doit-on faire la dissection des ganglions tuberculeux qu'en s'assurant bien de la nature de chaque organe avant de le couper. On se servira d'un instrument mousse pour séparer les ganglions des veines. Dans le cou on songera à éviter le spinal qui est sous le muscle sterno-mastoïdien. Pour la suture de la plaie, on se servira de crins ou de soie fine et on affrontera bien les bords. Il peut être utile de placer une 3e suture continue, superficielle, et située très près des bords, pour les empêcher de se retourner en dedans. On mettra un pansement absorbant. Chez les jeunes enfants il arrive souvent que l'excision ne soit pas indiquée, tandis qu'elle doit être la règle chez les adolescents et les adultes. Enfin l'excision est encore contre-indiquée dans les cas où les adénites sont très étendues dans le cou. Quand un paquet de ganglions remplit le triangle antérieur et la plus grande partie du triangle postérieur du cou, l'opération sera facilitée, si on résèque en même temps la veine. Cette méthode a été préconisée par M. Cheyne; de plus on doit libérer suffisamment le muscle sterno-mastoïdien pour permettre l'ablation facile des ganglions de ce triangle postérieur. Le seul organe qui gêne encore est le spinal. Cette méthode de M. Cheyne offre de nombreux avantages : elle est rapide; car on va bien plus vite en réséquant la jugulaire interne avec les ganglions qui y adhèrent; de plus l'opération est plus sûre, car autrement on est presque certain de blesser la veine et on peut avoir des hémorrhagies graves.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Tubby. — Il y a 3 méthodes de traitement de la luxation congénitale de la hanche : 1° il y a la méthode d'extension, soit complète, soit mixte, le malade marchant le jour à l'aide d'un appareil et ayant, la nuit, une extension obtenue à l'aide du poids. J'ai vu cette méthode réussir très bien dans 2 cas. 2° La méthode de Paci consiste à faire la réduction par la force et à la maintenir; le malade est couché sur la dos, le chirurgien fléchit la jambe complètement sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, entraînant ainsi la tête fémorale en bas. Puis la cuisse est portée dans l'abduction légère (l'abduction trop prononcée peut amener un déplacement en avant) et le membre est fortement amené dans la rotation en dehors, puis on l'étend complètement. Ce dernier mouvement amène la tête aussi près que possible de l'acetabulum. Il faut endormir le malade. On place ensuite le membre dans un appareil silicaté ou plâtré et on l'y laisse pendant un mois, puis on fait l'extension continue pendant 3 mois. Puis le malade peut commencer à marcher à l'aide de béquilles. 3° Le traitement opératoire en est encore à sa période d'essai; il consiste soit à diminuer le volume de la tête, soit à augmenter la capacité de la cavité cotyloïde. Les 2 méthodes sont celles de Hoffa et de Lorenz. Dans la première, l'articulation est ouverte par l'incision de Langenbeck ou l'incision postérieure et la capsule est sectionnée au niveau de son insertion sur le col du fémur. Puis on sépare les insertions musculaires du grand trochanter par ablation du périoste. Hoffa dit que chez les enfants de moins de 5 ans il est presque toujours possible, par flexion de la cuisse et pression directe sur la tête, d'amener cette dernière dans l'acetabulum, sans qu'il soit nécessaire d'agrandir ce dernier. Mais chez les enfants de plus de 4 ans Hoffa fait une opération plus complète, divisant tous les muscles qui entourent la hanche et approfondissant l'acetabulum avec une curette de Volkmann coudée. Lorenz a modifié le procédé de Hoffa; il rejette l'opinion de Hoffa d'après laquelle les muscles insérés sur les trochanters seraient raccourcis, aussi il ne les sectionne pas. Cette seconde méthode est sûrement préférable à la première.

Crétinisme sporadique.

M. Parker. — Le traitement thyroïdien du crétinisme amène presque aussitôt une diminution de volume, due à la résorption des dépôts myxœdémateux, surtout au niveau de l'abdomen; il se produit une réduction spontanée des hernies ombilicales; la langue s'amincit; les tuméfactions du menton, du cou, des mamelons, des seins disparaissent; l'empâtement du visage disparaît, ainsi que celui des membres et des autres parties du corps. Il se produit une accélération très rapide et très marquée du développement physique; la taille s'accroît, même chez les crétins de 20 et 30 ans, qui depuis bien des années avaient cessé de grandir; les cheveux raides et rares sont remplacés par des cheveux plus fins et plus abondants; l'éruption des dents s'accélère, même dans les cas où les dents de lait ont persisté jusqu'à l'âge de 20 ans; le poids du corps augmente, à partir du moment où a eu lieu la disparition des dépôts myxœdémateux. D'horribles difformités disparaissent, telles que la lordose lombaire, l'état massif de la tête, la dépression de la racine du nez, et quelquefois les courbures des membres. Souvent cependant il n'y a que peu ou point d'amélioration dans les difformités des membres, en raison du ramollissement osseux produit par l'extrait thyroïdien et de l'absence d'immobilité imposée au crétin pendant le traitement. On voit se produire une augmentation de l'intelligence rapide et très marquée et l'expression d'idiotie fait place à un air éveillé. Il semble qu'il y ait au moins 3 variétés pathologiques de crétinisme : la 1re variété est embryologique; elle est due à l'absence de développement ou au développement incomplet du corps thyroïde; elle est analogue à toute autre malformation par absence d'un organe. Une 2e variété consiste dans l'atrophie du parenchyme thyroïdien, pouvant se produire à la suite d'une affection grave, pendant l'enfance, et analogue, par exemple, à l'atrophie des testicules à la suite des oreillons. Une 3e variété est due à une dégénérescence goitreuse du corps thyroïde. Bien que l'étiologie et la pathologie de ces 3 variétés

soient tout à fait distinctes, les symptômes paraissent identiques, et sont simplement en rapport avec le degré d'abolition de la fonction thyroïdienne, et l'âge auquel se produit cette abolition.

M. Telford Smith. — On peut se demander si un trouble dans la fonction thyroïdienne n'intervient pas comme facteur dans la production de l'idiotie. Bourneville a montré qu'il y a chez les idiots de grandes variations dans le poids du corps thyroïde. Les idiots appartenant au type dit mongole sont ceux dont l'aspect se rapproche le plus de celui des crétins, au point de vue physique et mental. L'étiologie de cette affection est probablement complexe. Ces idiots sont généralement les derniers de nombreuse famille; ou encore leur mère était dans un état de dépression; or ce sont là des causes que l'on retrouve pour le crétinisme. Il y a souvent des antécédents de phthisie et presque toujours les idiots du type mongole meurent tuberculeux, comme cela arrive aussi pour les crétins et les myxœdémateux. Il est probable que chez les idiots du type mongole, il y a un vice de développement d'ordre plus général que chez les crétins. Cependant, en raison de leur ressemblance avec les crétins, il est probable qu'il y a une malformation du corps thyroïde chez eux. Le traitement thyroïdien amène, en effet, chez eux, une légère amélioration de l'état physique et mental; cette amélioration est en raison inverse de l'âge du malade. J'ai aussi obtenu une amélioration assez faible chez d'autres idiots par le même traitement.

M. Thomson. — Le traitement thyroïdien chez les crétins réagit différemment suivant les âges; il agit plus activement chez les enfants, moins chez les adolescents, moins encore chez les adultes. Dans certains cas j'ai vu le traitement amener quelques complications, exagérer une courbure latérale du rachis, augmenter une courbure des membres. Les améliorations produites du côté du système pileux et dans l'état mental sont aussi plus marquées chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés.

M. Beach. — Bien des éléments interviennent dans l'étiologie du crétinisme sporadique; il y a quelques années, sur 116 cas que j'ai réunis, j'ai trouvé 6 fois la cou augmenté, mais dans 4 de ces cas il y avait d'autres causes tendant à produire le crétinisme, comme la phthisie de la mère, la folie du père, une frayeur de la mère pendant la grossesse, des antécédents alcooliques. L'intempérance ne paraît pas avoir une grande action. La phthisie a moins d'importance qu'on ne pourrait le croire en raisonnant par analogie avec ce qui se passe dans l'idiotie. J'ai noté des antécédents nerveux. Dans 13 cas il y avait une frayeur de la mère pendant la grossesse. J'ai encore trouvé des accouchements difficiles, des traumatismes subis par la mère pendant la grossesse, au nombre des causes à invoquer. Dans 2 cas les enfants étaient nés dans une vallée humide et remplie de brouillards. Le plus souvent les symptômes apparaissent entre 18 et 19 mois. Ceci concorde avec l'opinion de Bourneville, qui dit que le crétinisme sporadique apparaît généralement avant 18 mois. Sur ces 116 cas du crétinisme, le corps thyroïde n'était pas perceptible dans 73 cas; il était perceptible dans 11 cas; il était hypertrophié dans 7 cas.

Lait stérilisé.

M. Campbell. — On peut obtenir le lait stérilisé par des agents chimiques, par filtration, par réfrigération, par la chaleur (pasteurisation 70°5 et la stérilisation 115°). Le lait cru peut propager la fièvre thyphoïde, le choléra, la diphthérie, la scarlatine. La principale objection qu'on peut faire au lait stérilisé, c'est que sa caséine est moins digestive que celle du lait ordinaire; de plus la stérilisation du lait altère son goût et son odeur; enfin la plus grande partie du gaz carbonique est enlevée, d'où altération dans la composition des phosphates et précipitation des carbonates de calcium et de magnésium; l'émulsion des globules de graisse est moins parfaite que dans le lait cru; la lactalbumine est coagulée; les leucocytes que peut contenir le lait sont tués par la stérilisation. Mais jusqu'ici nous savons si peu de chose sur le rôle des leucocytes dans le lait qu'on ne peut dire si c'est là un avantage ou un désavantage. Le lait pasteurisé doit être préféré au lait stérilisé parce que la digestibilité de sa caséine n'est que légèrement diminuée, son goût et son odeur ne sont pas altérés d'une manière permanente; il a perdu moins d'acide carbonique, l'état de la graisse n'a pratiquement pas été changé, enfin sa lactalbumine n'est pas coagulée. Le point important est de savoir si la pasteurisation suffit à rendre le lait aseptique; or Flügge a vu que dans ce lait les bacilles de la tuberculose, de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, du choléra sont tués; mais d'autres germes, et en particulier une bactérie, qui pour Flügge est la cause du choléra infantile, résistent.

M. Stewart. — La stérilisation absolue peut être obtenue par la méthode discontinue ou par une seule stérilisation d'une heure à 115°. Mais le plus souvent le lait ne contient que des bactéries sans spores qu'on peut aisément tuer à 100°. La pasteurisation suffit pratiquement dans bien des cas, et on l'obtient en portant le lait seulement à 70°.

Obstruction nasale chez les enfants.

M. Browner. — L'obstruction nasale est fréquente dans le nord de l'Angleterre; un peu de catharre suffit à provoquer cette obstruction; il en résulte un arrêt de développement des poumons et de la poitrine; la partie supérieure de la poitrine est plus large que sa partie inférieure, qui est comprimée latéralement; les enfants respirent la bouche ouverte; ils sont irritables, dorment lourdement et souvent se réveillent en criant. Ces enfants sont plus sujets aux infections de toutes sortes. Dans tous les cas d'hypertrophie des ganglions cervicaux il faut soigneusement examiner le naso-pharynx et le pharynx et enlever toute trace de tissu adénoïde. L'enfant respirant la bouche ouverte, les gencives sont sèches, enflammées, ce qui peut amener des malformations dentaires : le palais est profond; les dents de devant sont déplacées. Beaucoup de ces enfants deviennent sourds, ont des otites, du catarrhe pharyngé; les amygdales sont presque toujours malades. L'asthme est souvent dû à une obstruction nasale.

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE

Kératite purulente septique.

MM. Uhthroff et **Axenfeld.** — On peut distinguer les formes suivantes de kératite 1° : l'ulcus corneæ serpens (Sämisch), qui s'étend superficiellement, sous forme d'une lame courbe, ne s'étendant en général que dans une direction, tandis que les parties primitivement atteintes guérissent de proche en proche, se couvrent d'épithélium et présentent une facette brillante. La perforation spontanée ne se produit qu'à la suite d'une extension considérable de l'ulcération superficielle. 2° Il y a aussi l'infiltration purulente profonde, avec ulcération, amenant de bonne heure une perforation avant une grande extension en superficie. 3° Enfin il y a la kératomycosis aspergillina, qui se présente sous la forme d'un disque sec, opaque, proéminent, séparé des tissus environnants par un profond sillon; cette forme guérit en général spontanément par exfoliation du disque. L'ulcus corneæ serpens est dû au pneumocoque de Fränkel-Weichselbaum; la forme de kératite non serpigineuse est généralement due aux autres organismes pyogènes (streptocoques, staphylocoques et différents bacilles, très rarement les pneumonocoques). Le kérato-mycosis est une infection due à un schizomycète.

Centre visuel occipital.

MM. Shaw et **Thompson.** — Des expériences faites sur le singe nous ont montré qu'une lésion de l'écorce du lobe occipital donne lieu à des dégénérescences descendantes. Ces fibres dégénérées passent par la couronne rayonnante de Reil; au niveau du corps calleux elles se divisent en deux groupes principaux : l'un traverse cette commissure et se rend du côté opposé; l'autre groupe continue son trajet et gagne la capsule interne du même côté. La plupart de ces dernières fibres dégénérées occupent la partie la plus reculée de la capsule interne et se terminent dans la substance grise du pulvinar, dans le corps géniculé externe et le corps quadrijumeau antérieur.

On trouve d'autres fibres dégénérées disséminées dans les deux tiers postérieurs de la capsule interne, et gagnant la calotte du pédoncule cérébral. Parmi les fibres dégénérées qui passent

dans l'autre hémisphère, la plupart arrivent dans la substance blanche de cet hémisphère, au niveau du lobe occipital et sans doute se terminent dans les cellules de la substance grise de cette région. Mais d'autres se portent en avant, arrivent dans la capsule interne, dans ses deux tiers postérieurs et finalement gagnent la calotte du pédoncule cérébral. Quelques-unes des fibres qui occupent les calottes des deux pédoncules se terminent probablement dans la substance grise du locus niger, tandis que les autres arrivent dans la protubérance. Il y a aussi des fibres dégénérées qui traversent la commissure postérieure; quelques-unes de ces fibres gagnent le côté opposé et se dirigent vers le bas ; d'autres restent sans s'entre-croiser. Ces deux trousseaux de fibres paraissent se terminer dans la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius. Ces fibres assurent une communication entre l'écorce d'un côté et les noyaux des nerfs des muscles de l'œil des deux côtés. Nous avons aussi trouvé quelques fibres dégénérées dans les bandelettes longitudinales postérieures des deux côtés; nous en avons trouvé d'autres, inconstantes dans leur nombre et leur situation, dans la plupart des cordons de la moelle.

Traitement opératoire de la myopie prononcée.

M. Lawford. — L'opération qui consiste à enlever le cristallin chez les sujets atteints de myopie ne doit se faire que quand le degré de cette myopie est très élevé et atteint, suivant les auteurs, 11, 12, ou 15 dioptries; on devra se rappeler que la modification amenée dans la réfraction sera d'autant plus prononcée que le sujet est plus myope. Ainsi une myopie de 7 D sera, par cette opération, convertie en une hypermétropie de 6,6 D (différence = 13,6 D), tandis qu'une myopie de 19 D, sera transformée en une hypermétrophie de 10,2 D. Dans un cas extrême où la myopie était de 33 D, elle fut transformée par l'opération en une hypermétropie de 13 D (différence = 20 D). Les chirurgiens n'ont tout d'abord pratiqué cette opération que chez les jeunes sujets, chez lesquels on pouvait traiter le cristallin par discision et évacuation ultérieure. Actuellement on traite de même les adultes et même ceux qui ont 50 ou 65 ans. Pour la technique opératoire on donne la préférence à la discission du cristallin avec évacuation ultérieure des fragments. On obtient ainsi de très bons résultats.

SECTION DE MÉDECINE

Traitement de l'insuffisance cardiaque.

M. Stewart. — Ce terme d'insuffisance cardiaque comprend tous les cas dans lesquels le cœur devient au-dessous de sa tâche, qu'il s'agisse d'une maladie du muscle lui-même, de son appareil nerveux, de son appareil valvulaire ou de son appareil vasculaire. Cette insuffisance cardiaque entraîne aussitôt une augmentation de la pression dans les veines et une diminution de pression dans les artères; il a congestion, œdème et ruptures vasculaires dans les poumons, d'où la dyspnée, la toux, l'inflammation et l'induration pulmonaires; puis le cœur droit se prend à son tour et finalement il y a un retentissement sur tous les organes. Un des premiers éléments du traitement est le repos, qu'on doit prescrire même lorsque le malade ne se livre qu'à des travaux intellectuels. Il est important aussi que le malade n'ait pas d'inquiétude sur son état. Le régime à une grosse importance; certains cardiaques se trouvent bien d'une augmentation de nourriture, d'autres d'une diminution, d'autres enfin d'une modification dans la qualité des aliments. Souvent on doit prescrire un régime azoté qui trop souvent manquait aux malades que nous voyons à l'hôpital. Beaucoup absorbent trop de liquide. On défendra tous les excès. On pourra prescrire un peu d'alcool, qu'on fera toujours prendre au moment des repas. Il y a des variations individuelles considérables pour le thé, le café, la coca. En Suède, Ling et ses élèves ont vanté la méthode de traitement par les exercices passifs et le massage. Wide en est partisan. On fait faire des mouvements des bras, qui dilatent la poitrine; ces mouvements sont lents et le malade reste complètement passif; puis on fait des massages des pieds et des jambes et on leur imprime des mouvements passifs; on fait de même pour les mains et les bras; puis on masse l'abdomen; enfin on arrive à la région précordiale, qu'on frappe, qu'on traite par les vibrations et en dernier lieu on masse la région rachidienne. On recommence alors les mouvements des bras ayant pour but la dilatation du thorax. Cela termine la séance. J'ai pu me convaincre que le plus souvent l'aire de matité cardiaque diminue notablement pendant chaque massage. Les caractères et le rhythme du cœur et du pouls s'améliorent. Le malade accuse une sensation de bien-être. Une ou deux fois j'ai vu les manipulations produire les effets inverses, parce que le malade était fatigué et avait un cœur affaibli au moment où a été faite la manipulation, En général les bons effets disparaissent en quelques heures, mais laissent quelque profit après eux. Les manipulations répétées amènent une diminution permanente de l'aire de matité avec amélioration du pouls. Dans un cas j'ai vu les mouvements de Schott avoir un mauvais effet et rendre le cœur irrégulier et intermittent. Ensuite, le traitement par la méthode des mouvements passifs a donné des résultats excellents. Cette méthode active la circulation de la lymphe dans les tissus et amène dans les muscles un plus gros volume de sang, ce qui décharge d'autant le cœur. La méthode de Schott consiste en des mouvement réglés, avec résistance exercée par le malade. Cette méthode est due aux frères Schott (de Nauheim). Chaque mouvement doit être fait lentement et uniformément; on ne doit jamais répéter un mouvement deux fois de suite dans le même membre ou dans le même groupe musculaire. Chaque mouvement simple ou combiné doit être suivi d'un repos. Il ne faut pas que ces mouvements accélèrent la respiration. On doit s'arrêter si on remarque chez le malade le moindre signe de fatigue. Le patient doit respirer régulièrement et sans interruption. Aucune partie du corps ne doit être serrée. J'ai vu ce traitement amener le plus souvent une amélioration dans l'état du cœur et diminuer la dilatation cardiaque. Mais cette méthode n'est applicable que chez les sujets dont le cœur a encore gardé une certaine force; tandis que le massage et les exercices passifs sont applicables dans des cas où le muscle cardiaque est plus affaibli. La 3e méthode, celle d'Œrtel, consiste à faire faire des mouvements actifs, tels que ceux qu'on exécute en gravissant une montagne. Chez certains malades, et à une certaine période de la maladie ce traitement donne de bons résultats. A Nauheim les bains constituent une partie importante du traitement. Les eaux de Nauheim sont riches en chlorure de sodium et de calcium et quelques-unes contiennent une forte proportion d'acide carbonique libre. On augmente graduellement la durée d'immersion dans l'eau jusqu'à 20 minutes, puis on concentre la solution saline.

Parmi les toniques du cœur, le meilleur est la digitale, elle raffermit le cœur, régularise son rhythme, fait disparaître la dyspnée, les hydropisies, la dilatation cardiaque. La digitale agit directement sur le muscle cardiaque lui-même; elle agit aussi, mais moins, sur les fibres musculaires des artérioles et sur celles du tube digestif, moins encore sur les muscles du squelette. La digitale entraîne quelquefois des troubles digestifs, des nausées, des vomissements. Après la digitale vient le strophantus, qui agit aussi directement sur le muscle cardiaque, mais n'agit guère sur les fibres des artérioles. Ce remède ne vaut pas la digitale, mais il peut dans certains cas rendre des services; la caféine, la strychnine sont utiles quelquefois. L'iodure de sodium ou de potassium, le nitrite de sodium la nitroglycérine remplissent d'autres indications. Les hydropisies doivent être traitées par les diurétiques et la ponction.

M. Herringham. — J'ai expérimenté sur le cadavre et le vivant la méthode de Berly Thorne, dite percussion auscultatrice. Cette méthode donne sans doute de bons résultats, quand on écarte soigneusement les causes d'erreur qu'elle présente, mais elle est entourée de telles difficultés que je préfère l'ancienne méthode, qui donne aussi d'excellents résultats.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 Octobre 1896.

Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe Proteus et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ces infections.

MM. Lannelongue et Achard. — On tend de plus en plus à attribuer un rôle pathogène aux microbes du groupe *Proteus*. Nous avons rencontré 4 fois des bacilles offrant tous les caractères du *P. vulgaris* dans 2 méningites putrides provoquées par des eschares au cours du mal de Pott, et dans deux abcès mastoïdiens. Ces microbes étaient assez virulents et nous avons pu tuer des lapins avec la dose de 4 gouttes de bouillon de culture injectées dans la veine de l'oreille.

Par l'inoculation locale nous avons provoqué toute une série de lésions variées (phlegmons gangréneux, péritonite, pleurésie, arthrite suppurée, ostéomyélite, broncho-pneumonie, infection urinaire, suppuration cérébro-méningée, otite purulente).

Contrairement à ce qui arrive avec la plupart des autres microbes pathogènes habitant normalement l'organisme, ces bacilles, introduits dans le sang, ne déterminent que des lésions diffuses, imputables à l'action des produits toxiques, et point des lésions localisées, sous forme de foyers métastatiques, imputables à l'intervention des microbes eux-mêmes. Si l'on associe au *Proteus* le streptocoque ou le staphylocoque, en injection dans les veines, on voit se produire des lésions localisées à la périphérie (arthrites suppurées, abcès des reins), mais le *Proteus* y fait défaut et le microbe associé s'y rencontre seul. Inversement, si l'on pratique une inoculation locale à la périphérie, avec le *Proteus* associé au streptocoque ou au pneumocoque, il arrive que ces derniers passent seuls dans le sang, mais le *Proteus* n'y pénètre pas et reste dans la lésion locale, où il ne tarde pas à subsister seul. Pourtant le sang est pour le *Proteus* un bon milieu de culture : ce bacille s'y développe bien *in vitro* en liquéfiant le caillot et en dégageant de l'hydrogène sulfuré, sans modifier la réaction spectroscopique de l'oxyhémoglobine. Mais il est probable que c'est parce que la phagocytose s'exerce mieux sur le *Proteus* que sur les autres microbes, par exemple le streptocoque, comme l'a fait voir M. Bordet, que ce *Proteus*, disséminé par le courant sanguin, est rapidement détruit.

Ces résultats expérimentaux s'accordent bien avec les enseignements tirés de l'observation chez l'homme. En effet, bien que le *Proteus* fasse partie intégrante de la flore bactérienne du tube digestif, son passage dans les tissus vivants n'est que rarement constaté. Après la mort même, il se laisse généralement devancer par les staphylocoques, dans l'invasion des organes par les microbes intestinaux. Chez l'homme vivant, lorsqu'on le trouve dans un foyer morbide, c'est surtout dans des tissus infectés déjà par d'autres espèces pathogènes, dans des eschares par exemple, ou bien dans une cavité séreuse ou muqueuse (plèvre, péritoine, cavités de l'oreille, voies urinaires, utérus), formant une sorte d'abri où il échappe, plus aisément que dans l'intimité même des tissus, à l'action des moyens de défense de l'organisme, et où il peut, en se multipliant, donner naissance aux produits toxiques qui font le principal danger de cette infection.

Comme beaucoup d'autres microbes, ceux du groupe *Proteus* subissent le phénomène de l'agglutination lorsqu'on les met en contact avec le sérum d'animaux immunisés, ou du moins ayant résisté quelque temps à l'infection. Cette réaction est plus marquée pour l'échantillon qui a servi à l'inoculation; mais en renforçant par des inoculations successives la propriété agglutinante du sérum, on voit se produire aussi l'agglutination des échantillons d'autre provenance.

Nous avons cherché à appliquer cette réaction agglutinante à la distinction de divers types de bacilles offrant l'ensemble des caractères du *Proteus vulgaris* et notamment la propriété fondamentale de faire de l'hydrogène sulfuré aux dépens des matières albuminoïdes. Nous avons vu deux échantillons, qui se distinguent par quelques caractères de culture, se différencier aussi par le sérum. Par contre, le *Proteus mirabilis*, qui ne se distingue du *Proteus vulgaris* que par une lenteur plus grande à liquéfier la gélatine, se laisse agglutiner par le sérum qui possède un pouvoir agglutinant assez marqué pour les divers échantillons du *Proteus vulgaris*.

Ajoutons aussi qu'on peut, en injectant à un même animal des types bacillaires distincts, développer dans le sérum la propriété d'agglutiner à la fois ces divers types.

Cette propriété persiste après la mort et même pendant la putréfaction. D'autre part elle ne se produit pas dans le sang normal ensemencé avec le *Proteus*. On peut donc, lorsqu'on trouve le *Proteus* à l'autopsie d'un animal, s'assurer au moyen de la recherche de la réaction agglutinante dans le sérum, que cet animal était atteint pendant la vie d'une infection protéobacillaire et qu'il ne s'agit pas seulement d'un envahissement cadavérique. Mais il faut toutefois, en cas de résultat négatif, faire cette restriction que le *Proteus* rencontré dans les tissus aurait pu s'y introduire dans les deux derniers jours de la vie, car la propriété agglutinante n'apparaît dans le sérum que le 3e ou le 4e jour après son inoculation.

Peut-être aura-t-on l'occasion d'appliquer cette donnée à la pathologie humaine. Peut-être aussi pourra-t-on, chez l'homme vivant, utiliser le sérum pour reconnaître une infection protéobacillaire, comme on le fait pour la fièvre typhoïde. Mais il est vraisemblable que bien des infections de ce genre échapperont néanmoins, soit parce qu'elles auront entraîné la mort avant l'apparition du phénomène, soit parce qu'elles n'auront provoqué leurs effets pathogènes que par l'intermédiaire des produits sécrétés. Les recherches préliminaires que nous avons entreprises à ce point de vue ne nous ont pas donné jusqu'à présent de résultats concluants.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 Juillet 1896.

Extirpation d'une capsule surrénale tuberculeuse dans un cas de maladie d'Addison.

M. Hadra a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 33 ans envoyée avec le diagnostic de tumeur de l'estomac. Les premiers troubles sérieux remontaient à cinq ans, et depuis quelques mois la situation s'était aggravée considérablement, la malade ne pesant plus que 70 livres.

L'examen de la malade montra la présence dans la région épigastrique d'une tumeur irrégulière, douloureuse à la pression, disparaissant quand on insufflait l'estomac. Les fonctions stomacales étaient normales et le suc gastrique ne présentait aucune des modifications qu'on trouve ordinairement dans le cancer de l'estomac. Le diagnostic a donc été celui d'une tumeur rétro-péritonéale.

La laparotomie montra l'existence, tout près de l'aorte, d'une tumeur ayant tous les caractères d'un anévrysme. Plusieurs ponctions exploratrices n'ayant donné aucun résultat, la tumeur fut isolée et enlevée avec la plus grande facilité après section d'une sorte de pédicule qui semblait se diriger vers l'aorte.

La malade guérit sans complications et se rétablit très rapidement après avoir gagné en peu de temps 17 livres.

L'examen histologique de la tumeur fait par M. Oesterreich, montra qu'il s'agissait d'une capsule surrénale caséifiée, avec granulations et masses caséeuses contenant des bacilles tuberculeux.

Bien que la malade n'ait pas présenté de coloration bronzée, M. Hadra croit qu'il s'agirait là d'un cas de maladie d'Addison.

Par des expériences sur le cadavre il a pu constater que l'incision lombaire extra-péritonéale permet d'arriver très facilement sur les capsules surrénales.

Un cas analogue a été opéré par Thiem. Dans ce cas on avait opéré avec le diagnostic de cholécystite calculeuse. On avait trouvé un cancer de la capsule surrénale qui a été enlevée. Le malade succomba peu de temps après à la carcinose généralisée.

Les arthrites gonorrhéiques

M. König croit que lorsqu'on ne trouve aucune cause pouvant expliquer une arthrite aiguë, il faut chercher du côté de l'urèthre : dans 90 p. 100 des cas on trouve alors une gonorrhée.

L'arthrite gonorrhéique n'épargne aucune articulation, et il faut renoncer à l'idée de l'arthrite gonorrhéique frappant seulement les grandes articulations. Dans ces cas il est rare de trouver dans l'exsudat des gonocoques — M. Kœnig n'en a jamais trouvé dans les cas qu'il a observés — par contre on trouve des staphylocoques, des streptocoques, voire même des pneumocoques.

Ce qu'il y a de tout à fait particulier dans ces arthrites, c'est la rapidité avec laquelle s'établissent les raideurs articulaires et l'ankylose ; souvent ces dernières sont déjà complètes 10 à 12 jours après l'apparition des premiers symptômes. D'après M. Kœnig, il faut peut-être incriminer dans ce fait l'abondance de fibrine dans l'exsudat. L'ankylose n'est pas toujours fibreuse : souvent elle est osseuse, et la rapidité avec laquelle elle survient, souvent au bout de 3 à 4 quatre semaines, rappelle celle qu'on observe dans la pyohémie puerpérale.

Le traitement comprend le repos de l'articulation et les révulsifs. Contre la tendance à l'ankylose il faut lutter par la mobilisation, par le massage forcé.

M. Masse a observé dans le courant de l'année 47 cas d'arthrites ou de synovites gonorrhéiques. Sur les 27 cas où l'examen bactériologique a été fait, on trouva 14 fois des gonocoques, 3 fois une infection mixte.

En cas d'épanchement, le repos et la compression pendant plusieurs jours suffisent souvent. Dans la tuméfaction para-articulaire, M. Nasse croit avoir obtenu de bons résultats par la ponction suivie d'injection d'émulsions iodoformées. En cas d'ankylose, le massage forcé donne souvent de bons résultats.

M. Körte fait la ponction de l'articulation quand l'épanchement ne disparait pas sous l'influence du repos. Dans plusieurs cas où il a été obligé de faire une résection articulaire, la capsule et les extrémités articulaires furent trouvées couvertes de granulations.

M. Lewin, qui a bien observé cinquante mille gonorrhéiques, n'a trouvé d'arthrites que dans 2 p. 100 des cas chez les hommes et plus rarement encore chez les femmes. Au point de vue du traitement, il a souvent réussi avec le salicylate de soude et l'iodure de potassium.

M. Schüller a vu l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour amener rapidement la disparition ou du moins la diminution considérable de la douleur.

Il n'est pas partisan de l'immobilisation qui a pour résultat de favoriser l'ankylose. En cas d'épanchement, il ponctionne l'articulation, la lave au sublimé et au besoin fait une injection d'iodoforme.

BELGIQUE

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

Séance du 28 Septembre 1896.

Hystérectomie vaginale.

M. Verneuil. — Dans leurs communications, MM. Rouffart et Jacobs conseillent la fermeture du péritoine dans l'hystérectomie vaginale. La fermeture de la voûte vaginale, d'après MM. Rouffart et Jacobs, présenterait plusieurs avantages et supprimerait notamment les adhérences intestinales. M. Verneuil estime que ces adhérences se forment toujours; il suffit de manipulations très légères pour faire adhérer les intestins entre eux, et la suture du péritoine n'évite certainement pas cet inconvénient. M. Verneuil ne voit dans la méthode préconisée par ses collègues aucun des avantages que ceux-ci lui attribuent.

M. Jacobs, dans sa communication, recommande en outre, une fois l'hystérectomie pratiquée, de remplacer les pinces à forcipressure par des ligatures. M. Verneuil n'est pas de cet avis. D'après lui, tous les avantages de l'hystérectomie vaginale se trouvent dans la forcipressure, et c'est grâce à elle que l'opération est devenue si simple et de pratique courante. Il est juste d'ajouter que la fermeture vaginale n'expose plus l'opérateur à entraîner l'épiploon ou l'intestin dans le vagin lors du pansement, ce qui est un avantage sérieux.

En ce qui concerne le procédé préconisé par M. Jacobs, de substituer des ligatures aux pinces à forcipressure, M. Verneuil pense que l'hystérectomie terminée de la sorte constitue une opération incontestablement très supérieure à celle que l'on pratique actuellement, mais les ligatures sont quelquefois fort difficiles à appliquer, encore plus à serrer convenablement, et que l'on supprime ainsi plusieurs des grands avantages du procédé actuel, notamment la rapidité et la grande sécurité vis-à-vis de l'hémorrhagie que nous procurent les pinces laissées à demeure.

M. Depage ne partage pas l'opinion de M. Verneuil quant au dernier point. Il préfère, dans l'hystérectomie vaginale, placer des ligatures que de laisser des pinces à demeure, parce que la présence de ces dernières donne généralement lieu à des douleurs extrêmement fortes et qu'elles peuvent produire des eschares d'où résultent parfois des fistules vésico-vaginales et autres.

M. Depage estime que c'est surtout dans l'hystérectomie abdomino-vaginale pour gros fibromes qu'il est bon de remplacer les pinces par des ligatures, et voici comment il pratique actuellement cette opération :

Position de Trendelenburg ; après l'ouverture du ventre, on sectionne entre deux pinces les sommets des ligaments larges et l'on attire la tumeur au dehors, autant que possible. On ouvre le cul-de-sac postérieur en taillant un lambeau péritonéal sur la face postérieure de la tumeur et en la détachant avec le doigt jusqu'à ce qu'on arrive au vagin. On introduit l'index de la main droite dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur et on le fait saillir dans le cul-de-sac antérieur. On ouvre le cul-de-sac antérieur en taillant comme en arrière un lambeau aux dépens de la face antérieure de la tumeur, en se guidant sur l'index introduit dans ce cul-de-sac pour éviter la vessie. Les deux culs-de-sac ouverts, on place de chaque côté une pince sur les ligaments larges et l'on résèque la tumeur. On remplace les pinces par des ligatures en chaîne dont on fait sortir les chefs par le vagin et l'on rabat sur celui-ci les lambeaux péritonéaux qui ferment la cavité péritonéale.

Ce procédé d'hystérectomie dérive de la méthode abdomino-vaginale de Richelot, mais il présente sur celle-ci l'avantage de sa simplicité.

M. Debaisieux estime que la forcipressure vaut généralement mieux dans l'hystérectomie vaginale que la ligature. Elle permet, en effet, de terminer l'opération beaucoup plus rapidement. D'ailleurs il existe nombre de cas où, la matrice étant immobilisée et ne pouvant être abaissée, le placement des ligatures est impossible.

M. Depage n'emploie la ligature que pour les cas où la matrice est abaissable. Il est évident que s'il est impossible de placer une ligature, il faut laisser des pinces à demeure. C'est ainsi que l'on agit dans n'importe quelle opération.

M. Blondez se demande si la facilité avec laquelle on pratique actuellement l'hystérectomie vaginale est un bien. On recourt facilement à cette opération parce que la technique en est facile, mais ce n'est pas seulement cela qu'il faut considérer dans une opération. Le point important, c'est de guérir le malade. Or, il a vu nombre de cas où l'hystérectomie vaginale avait été pratiquée et où les malades souffraient autant après qu'avant l'opération.

Quant à la fermeture de la voûte vaginale, il croit qu'elle ne sert à rien, parce que la suture ne tient pas ; il a pu observer le fait sur plusieurs malades qui avaient été opérés par des chirurgiens des hôpitaux de Bruxelles.

Gastro-entérostomie.

M. Albin Lambotte s'élève contre l'emploi abusif du bouton de Murphy : il croit qu'il faut le réserver aux opérations d'urgence à pratiquer sur l'intestin grêle. Les arguments que l'on fait valoir en faveur du bouton de Murphy sont surtout la facilité de la technique et la rapidité d'exécution. L'importance de ces deux facteurs, d'après M. Lambotte, est très discutable, tandis que les inconvénients du bouton de Murphy sont des plus sérieux : dans le plus grand nombre des cas, l'expulsion de l'instrument ne se fait pas. Souvent il tombe dans l'estomac et y persiste indéfiniment.

M. Lambotte, à l'appui de sa manière de voir, cite 2 cas de gastro-entérostomie opérés avec succès par la suture, l'un pour carcinome, l'autre pour ulcère invétéré.

Chirurgie vésicale.

M. Van Imschoot cite 3 cas intéressants de chirurgie vésicale.

Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme qui a porté un pessaire pendant plus de 20 ans sans le retirer une seule fois et sans prendre le moindre soin de propreté. La présence de cet appareil avait produit une fistule vésico-vaginale, une fistule recto-vaginale, et, à l'examen de la malade, on constata dans la vessie la présence d'un calcul gros comme un petit œuf de poule dont le centre était constitué par un tampon d'ouate. A la suite de plusieurs opérations, M. Van Imschoot parvint à guérir la malade d'une façon radicale.

Dans le 2e cas, il s'agit d'un malade chez qui la présence d'un calcul dans le bas-fond de la vessie avait produit plusieurs fistules allant vers le périnée et la cuisse. Cystotomie sus-pelvienne et écrasement du calcul. L'état du malade était très précaire. Mort au bout d'une quinzaine de jours.

Enfin le 3e cas se rapporte à une cystite chronique rebelle. pour laquelle M. Van Imschoot établit une fistule vésico-vaginale qui amena la guérison en peu de temps.

RUSSIE

1er Semestre 1896.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE MOSCOU

Chirurgie du rachis.

MM. Alexandrof et **Minor** ont rapporté l'observation d'une fille de 12 ans, chez laquelle il s'était développé très rapidement une paraplégie complète avec rigidité des membres et une eschare au sacrum. La marche rapide de la maladie et l'état fébrile parlaient en faveur d'une affection aiguë de la moelle. Etant donné, d'un côté, l'état très grave de la petite malade et, de l'autre, l'échec de tous les moyens thérapeutiques employés, on décida de recourir à une intervention chirurgicale.

On fit une incision le long des apophyses épineuses, à partir de la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième vertèbre thoracique, et on réséqua les arcs vertébraux. La dure-mère fut trouvée épaissie et ressemblant à une dure-mère atteinte de dégénérescence tuberculeuse ; pas d'abcès. La plaie ne fut pas lavée, mais simplement saupoudrée d'iodoforme ; drainage et suture. La réunion se fit par première intention. Les douleurs et les crampes ont d'abord quelque peu diminué, mais reprirent bientôt leur intensité première ; en même temps il se déclara une pneumonie du côté droit, et la malade succomba 22 jours après l'opération dans un accès de suffocation.

A l'autopsie on trouva le long de chacun des corps des cinq dernières vertèbres cervicales, de chaque côté, deux noyaux assez denses, fusiformes, pénétrant dans l'épaisseur de quelques corps vertébraux et ayant par places envahi la dure-mère. La portion cervicale de la moelle était œdématiée, mais son volume, ainsi que l'aspect des coupes dans les régions supérieure et inférieure étaient normaux ; le tiers moyen, au contraire, était visiblement aminci et mou au toucher. Dans les régions thoracique et lombaire, on trouva une grande quantité de liquide séreux entre la surface de la moelle et la dure-mère. En outre, dans le tiers supérieur de la région thoracique, le canal central était dilaté dans une certaine longueur. Congestion pulmonaire et bronchite ; suppuration des bassinets.

L'examen microscopique des noyaux a montré qu'il s'agissait d'un endothélioma qui s'était localisé primitivement à la colonne vertébrale et propagé ensuite à la dure-mère en déterminant une myélite. La maladie avait duré, en tout, 107 jours, mais l'on peut supposer que la tumeur s'était formée plus tôt, sans se manifester par des phénomènes morbides appréciables.

Le deuxième cas concerne une petite fille d'un an chez laquelle, à la suite d'une oblitération spontanée d'un spina-bifida, il s'était développé de l'hydrocéphalie. La circonférence de la tête mesurait 62 cent. 5. Par une ponction dans la région occipitale droite, on retira 140 grammes d'un liquide clair transparent et on injecta alors 13 grammes de teinture d'iode diluée.

La circonférence de la tête mesurait, après l'opération, 60 cent. 5. Deux jours après, malgré l'élévation considérable de la température, l'état général était satisfaisant, mais bientôt commencèrent des convulsions généralisées, et l'enfant succomba. A l'autopsie on trouva les os du crâne amincis et fortement écartés ; les hémisphères cérébraux étaient transformés en vessies remplies d'un liquide jaunâtre transparent. La substance cérébrale formait à leur surface une lamelle de 50 centimètres d'épaisseur au plus. Sur une coupe transversale, on distinguait très bien les couches grise et blanche. Les ventricules étaient excessivement dilatés, la pie-mère de la moelle épaissie, trouble, adhérente, par places, à la dure-mère ; la moelle dans sa région inférieure était impossible à reconnaître, elle était épaissie, demi-transparente, uniformément grise ; le canal central était dilaté.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MOSCOU

Médication thyroïdienne dans le lichen.

M. Kissel. — Il s'agit d'une fille de 10 ans, amenée à l'hôpital pour un lichen. Les plaques, d'une forme régulièrement sphérique, recouvertes de squames blanches argentées étaient disséminées sur tout le corps, mais siégeaient surtout sur la face dorsale des pieds et des mains et sur la face antérieure des bras, des avant-bras et des jambes. On prescrivit à cette enfant des tablettes thyroïdiennes à la dose de deux par jour. Le prurit augmenta aussitôt ainsi que la desquamation des plaques, mais celles-ci devinrent plus pâles ; plus tard, lorsqu'on porta la dose à 4 tablettes par jour, on nota des céphalées et des vomissements, mais pas d'élévation de la température. On continua le traitement en portant la dose à 6 tablettes et, petit à petit, l'éruption s'atténua, puis disparut complètement. L'enfant a pris durant le traitement 225 tablettes, ce qui représente 15 centigrammes de glande thyroïde sèche. A part les quelques céphalées, la petite malade se sentait très bien pendant toute la durée du traitement et son appétit était bon. Le poids n'a pas été augmenté ; l'urine était trouble et renfermait une quantité considérable de sucre, mais pas d'albumine.

M. Oustinoff pense que les phénomènes notés chez cette enfant doivent être attribués peut-être à la préparation employée.

M. Wladimiroff demande s'il ne vaut pas mieux employer la glande thyroïde crue.

M. Kissel répond que l'emploi de la glande thyroïde crue présente beaucoup plus de difficultés, tandis qu'on peut toujours trouver des tablettes ; en outre, la glande thyroïde, sous cette dernière forme, est beaucoup plus facile à administrer aux enfants.

M. Minor pense que toutes les préparations de glande thyroïde présentent les mêmes inconvénients, et que par conséquent on ne peut pas incriminer le mode de préparation des tablettes dans les accidents observés. Quant à la glande thyroïde crue, il semble que son emploi présente des inconvénients plus graves.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des prolapsus génitaux,

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès français de chirurgie*,

Par M. le Dr G. Bouilly (de Paris).

I

Il n'est pas possible de s'occuper avec fruit du traitement des prolapsus génitaux sans rappeler en quelques mots les conditions qui président au développement de ces prolapsus et les lésions qui les constituent.

Si l'on met de côté les cas exceptionnels de prolapsus *aigu* qui se produisent comme des hernies de force chez des vierges ou chez des nullipares, les prolapsus génitaux reconnaissent comme condition indispensable de leur production un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutif, à échéance plus ou moins longue, à la grossesse et à l'accouchement. Cet état particulier des tissus représente dans l'ensemble une diminution de résistance des parties qui doivent maintenir en situation normale les parois du vagin et l'utérus sus-jacent. Il est créé au début par des lésions de violence qui déchirent, distendent, affaiblissent les moyens d'union et constituent la cause initiale ; mais il est entretenu et aggravé par des troubles de la vitalité des parties s'ajoutant aux lésions mécaniques et leur permettant de remplir leur rôle néfaste. On doit donc reconnaître que les phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus et que le plus souvent ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente.

Le plus souvent on se trouve en présence de femmes présentant un orifice vulvo-vaginal agrandi, un corps périnéal détruit ou atonique, des parois vaginales trop amples, un utérus trop long et souvent atteint de métrite cervicale parenchymateuse, un tissu cellulaire pelvien lâche et atrophié, des ligaments utérins mous et allongés, et une nutrition générale défectueuse avec dystrophie musculaire plus ou moins généralisée. Tels sont les éléments du problème qu'il s'agit de résoudre, telles sont les lésions, les unes mécaniques, les autres vitales, en présence desquelles se trouve le chirurgien.

Dans la pratique, dans l'immense majorité des cas, c'est par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal, que débute le prolapsus. Plus exceptionnellement se produit la descente *primitive* de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. L'*insuffisance des attaches ligamentaires et péritonéales* de l'utérus permet à l'organe de se mettre en rétroversion et de descendre de plus en plus en forçant et en retournant peu à peu les parois vaginales. Aussi, à une période avancée du prolapsus, les lésions ne diffèrent guère les unes des autres, quelle qu'ait été la cause initiale du prolapsus, de sorte qu'au point de vue pratique, les éléments du problème restent les mêmes à résoudre.

Que l'on se place au point de vue de l'évolution des lésions ou de l'enchaînement des indications et des actes opératoires que nous avons le plus souvent à reconnaître et à exécuter, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La *colpocèle antérieure* ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans l'immense majorité des cas, par la vessie, *cystocèle;*

2° La *colpocèle postérieure,* composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure ;

3° *La chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col,* primitif ou consécutif; c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué ;

4° Le *prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus :

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe ;

2° Les prolapsus *totaux,* comprenant la chute des parois vaginales avec utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve et en général hypertrophié en longueur.

Enfin, on peut ranger dans une classe spéciale l'*allongement* hypertrophique *sous-vaginal* du col, lésion à part dans laquelle il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, l'élongation du col constituant toute la maladie.

II

Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur *non sanglantes*, et en méthodes *sanglantes* ou traitement chirurgical proprement dit.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'application de pessaires, la gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical ne peut être réservé qu'aux cas récents et légers, et ne trouve guère son indication que pour combattre, après l'accouchement, un état de subinvolution utérine caractérisé par l'hypertrophie temporaire de l'utérus et le relâchement de ses ligaments.

Le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements

serrés, l'abstention de tout effort, de la station debout, en constituent l'hygiène spéciale. Les gynécologistes américains recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison, 2 ou 3 fois par jour pendant 5 à 10 minutes; puis la malade garde le repos, étendue sur le dos ou sur le côté, la tête basse. Les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, les tampons méthodiquement appliqués peuvent être associés à ces divers modes de traitement qui donneraient des résultats beaucoup plus durables que ceux obtenus par les pessaires.

Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller. Il s'adresse de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal. Chez des femmes âgées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. On ne peut s'empêcher de reconnaître, par l'observation des faits, que nombre de femmes ayant refusé l'opération radicale se contentent du soulagement apporté par un pessaire et ne sauraient se passer de cet instrument pour vaquer à leurs occupations.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus *simples*, pouvant être facilement retirés et remis en place par la malade pour les soins de propreté, et de n'employer que les numéros *suffisants*, les plus *petits* possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales. L'application simultanée d'une ceinture abdominale du type des ceintures appliquées contre l'entéroptose peut être un adjuvant utile.

Le traitement kinésithérapique mis en honneur par Thure Brandt dans les affections gynécologiques consiste, pour le prolapsus, en massage, en élévation de l'utérus en en mouvements gymnastiques spéciaux. Entre les mains de Brandt lui-même, l'utérus aurait pu se maintenir en place après la première séance d'application de la méthode. Des prolapsus complets ont pu être guéris après 30 séances de massage, en 2 mois à 2 mois 1/2 (Preuschen). En revanche, d'autres auteurs (Fellner, Winberg, de New-York) n'ont pas obtenu de résultats dans les prolapsus complets, mais ont amélioré des prolapsus du premier degré. Les tentatives de ce genre ont encore été peu nombreuses en France.

Les *méthodes sanglantes*, ou *traitement chirurgical* des prolapsus génitaux, comprennent des opérations nombreubreuses et variées dont les unes représentent les actes *fondamentaux* du traitement, les autres les actes *complémentaires*. Suivant le degré des lésions, leur nature et aussi les habitudes des opérateurs, les propositions peuvent se trouver renversées, les uns considérant comme *fondamental* ce que les autres regarderont comme *complémentaire*. Aussi, paraît-il nécessaire, pour établir un certain ordre dans les indications et la discussion du traitement, de s'en rapporter à la pathogénie générale des prolapsus et de se rappeler que : 1° dans l'immense majorité des cas, le prolapsus *vaginal* est la lésion initiale; 2° que l'utérus le plus souvent suit et complique ce prolapsus; 3° que beaucoup plus rarement l'utérus descend le premier et que même, avec cette descente primitive de l'organe, il se produit un prolapsus vaginal créant les mêmes indications que s'il est primitif.

Aussi les actes *fondamentaux* du traitement doivent-ils : 1° viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, point affaibli du diaphragme pelvien; 2° se compliquer d'actes *complémentaires* du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente. Dans un très grand nombre de cas, les opérations vagino-périnales *fondamentales* seront suffisantes et efficaces dans la presque totalité des cas. Malgré l'importance et la gravité plus grande des opérations complémentaires (hystéropexie, hystérectomie, raccourcissement des ligaments ronds), elles restent indispensables, et le succès définitif ne peut guère être obtenu sans leur association. Il est donc nécessaire, en allant du simple au composé, de passer en revue : 1° l'indication opératoire; 2° l'opération capable de la réaliser; 3° les divers procédés opératoires.

Restaurer et relever le périnée et du même coup rétrécir l'orifice vulvo-vaginal, rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus en bonne place et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre. Contre la cystocèle et le prolapsus du tiers antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée à une colporrhaphie postérieure peu étendue. L'opération d'Emmet, de Lawson Tait, de Doléris, représente les procédés opératoires de choix. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieure et postérieure remplira utilement l'indication.

On ne peut guère comprendre l'utilité d'une *colporrhaphie antérieure isolée*, le prolapsus vaginal antérieur ne se produisant pour ainsi dire jamais sans la défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure.

A un degré plus avancé, dans lequel la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante soit au moindre effort, et où l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, sans agrandissement notable de ses cavités et dans l'attitude plus ou moins accentuée de la rétrodéviation, l'opération type, fondamentale, trouve sa meilleure indication. La *colpopérinéorrhaphie* est l'opération de choix, souvent précédée de la colporrhaphie antérieure. Le meilleur procédé opératoire est celui qui diminue le mieux l'amplitude vaginale et reconstitue le plus solidement le corps périnéal. A ce titre, l'opération d'Hegar reste l'opération *princeps*, l'opération de fond. Quelles que soient les modifications légères données à la forme de l'avivement, au mode et à la nature des sutures, elle reste toujours la même opération. L'opération de Martin n'est qu'un dérivé de l'opération d'Hegar; elle n'en diffère que par la conservation de la colonne postérieure du vagin et la possibilité d'empiéter, dans l'avivement, sur les parties latérales du vagin. Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporrhaphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication.

Le secret du succès est dans la bonne exécution de l'opération.

Avant tout, il faut *rétrécir* et *fermer*, faire de grands avivements : il *faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez*.

La colporrhaphie *antérieure*, en particulier, représente un des temps les plus délicats des manœuvres. Il est préférable d'employer le procédé de Fehling et de faire sur la paroi vaginale antérieure une *double* colporrhaphie latérale en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain, à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. De cette façon, les lignes de réunion ne sont pas trop tendues et l'avivement bilatéral peut représenter une somme d'avivement et de froncement des tissus plus considérable que celle obtenue par l'unique avivement ovalaire. Fehling conseille en outre de faire l'opération

en deux temps et de ne pratiquer la colporrhaphie postérieure et la périnéorrhaphie que 15 à 20 jours plus tard; de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs.

Dans le même but, Fritsch, Linhardt, Winckel ont cherché à obtenir une plus grande solidité dans la cicatrice en n'ayant pas seulement une cicatrice médiane et ils ont imaginé divers procédés de transplantation de lambeaux vaginaux. Péan place de chaque côté de l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal latéral, deux rangées de sutures; ces sutures sont laissées en place 3 semaines; elles coupent les tissus et provoquent ainsi un tissu cicatriciel qui est un nouveau moyen de soutien pour le vagin. Cette opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie. Terrillon conseille de pratiquer sur la paroi vaginale l'ablation d'une série de lambeaux verticalement disposés, comprenant tout l'espace compris entre l'ouverture vulvaire et le corps de l'utérus, et termine l'opération par une périnéorrhaphie. M. Dubourg (de Bordeaux) a imaginé de soutenir l'utérus à l'aide de deux lambeaux pris sur la face antérieure du prolapsus, au niveau de l'utérus, et rabattus au-dessous du col sur lequel l'organe vient reposer. L'opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie.

A côté de ces procédés sanglants destinés à obtenir le rétrécissement et la fermeture du vagin, il est intéressant de citer des procédés non sanglants dont la valeur est douteuse et dont l'expérience est encore insuffisante.

Michael a pratiqué, dans des plis de la muqueuse vaginale, des injections d'alcool absolu, à la manière de Schwalbe dans le traitement des hernies, et, après 15 injections faites tous les jours ou tous les 2 jours et facilement tolérées, auraient obtenu une guérison. Freund (de Strasbourg), rajeunissant un procédé déjà employé en 1835 par Bellini (de Florence) sous le nom de *colpodesmorrhaphie*, a rétréci le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales. Jacobs (de Bruxelles), sous le nom de *colpostricture, pessaires multiples,* a repris la même opération avec des crins de Florence conduits sous la muqueuse et la fronçant absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac. Employée seule, l'opération de Freund-Jacobs peut trouver son indicadion chez des femmes âgées, débiles, cachectiques, où une opération sanglante plus importante se trouve contre-indiquée. Mais, en général, les fils sont éliminés au bout de quelques mois, et tout le résultat est perdu.

Plus récemment, Gubaroff a publié 3 opérations dans lesquelles, à l'aide d'une aiguille et d'un crin de Florence, il circonscrit un quadrilatère de tissus sur la paroi vaginale antérieure et fait un grand pli transversal à la muqueuse de manière à reconstituer une colonne vaginale antérieure très résistante. La même manœuvre est répétée sur la paroi vaginale postérieure. Ces deux temps vaginaux sont associés à une amputation préalable du col, s'il en est besoin. Cette opération aurait sur celles de Freund et de Jacobs l'avantage de laisser libres les parois latérales du vagin et de permettre l'accouchement.

Ces divers procédés ne peuvent être considérés que comme exceptionnels et, à notre avis, dans les cas de prolapsus au 1er et au 2e degré, — prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans élongation de l'utérus — la colpopérinéorrhaphie, genre Hégar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avivement et de suture, reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications. Toute opération s'éloignant de ce type, dans laquelle l'intervention ne vise que la paroi muqueuse vaginale, ne tend pas à ramasser et à relever les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée, est à l'avance frappée de stérilité dans ses résultats. Elle ne s'adresse qu'à la doublure du vagin sans reconstituer toute l'épaisseur des tissus : elle néglige les éléments utiles doués de tonicité et de contractilité pour ne prendre que le revêtement muqueux flasque, atonique et extensible.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et de cette bonne exécution nous plaçons au premier rang : 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 au-dessous du col utérin, s'étendant en travers presqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil; 4° la nécessité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

Si l'on nous reproche d'insister aussi longuement sur la colpopérinéorrhaphie et les grandes lignes de son exécution, nous répondrons que, malgré sa banalité apparente, l'opération est mal connue et mal exécutée dans un grand nombre de cas, et qu'on fait peser sur son compte des fautes, des échecs qui ne doivent être imputés qu'à l'opérateur.

III

Les opérations complexes et combinées dans lesquelles ce traitement ne visent plus seulement le *soutien inférieur* de l'utérus, mais s'adressent isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité supérieure de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou pour le supprimer d'une façon radicale.

A. *Fixation de l'utérus et de la vessie.* — Peu de chirurgiens ont eu l'idée de suspendre l'utérus prolabé à l'aide des *seuls ligaments ronds*. L'opération d'Alexander se trouve tout naturellement frappée de stérilité quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur, comme dans le prolapsus génital. Cependant Polk aurait obtenu 15 succès par le *seul* raccourcissement des ligaments ronds.

La *colpopexie indirecte* dans laquelle, à l'aide d'une laparotomie latérale, 3 fils sont passés dans la corne utérine et fixés aux piliers inguinaux, rentre dans la même catégorie d'intervention et comporte la même appréciation.

En résumé, le raccourcissement des ligaments ronds appliqué à la cure du prolapsus utérin nous paraît devoir être considéré comme une opération complémentaire des interventions plastiques pratiquées sur le vagin et le périnée et particulièrement recommandable quant l'abaissement coïncide avec une rétrodéviation de l'utérus.

On doit porter le même jugement sur l'*hystéropexie*. Appliquée seule, elle paraît avoir trahi les espérances qu'elle avait données.

Laroyenne combine l'hystéropexie abdominale antérieure avec les opérations autoplastiques indiquées par chaque cas ; pour lui, cette combinaison réduit parfaitement le prolapsus et représente l'opération de choix dans la grande généralité des cas.

A côté de ces opérations portant soit sur l'utérus seul, soit sur l'utérus et le vagin, on peut signaler des tentatives plus complexes dans lesquelles on s'est proposé d'agir en même temps sur la vessie prolabée (Byford, Kirini), ces tentatives doivent être considérées comme tout à fait exceptionnelles et ne présentent guère qu'un intérêt de curiosité.

C'est encore dans le but de fixer l'utérus que Frommel a cherché, sans succès, à faire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la laparotomie, et que Sänger a proposé la *rétrofixation* du col par le cul-de-sac postérieur. Son procédé consiste à placer des sutures à travers le col utérin, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac vaginal postérieur, et à oblitérer la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas. On lui a reproché avec raison le danger que présente la traversée des fils dans une région où le cul-de-sac de Douglas peut contenir de l'intestin et où le rectum peut être intéressé. Dans ces derniers temps, Fehling a essayé d'appliquer à la cure du prolapsus vaginal l'hystéropexie vaginale par le procédé Dührssen-Mackenrodt.

B. *Amputation partielle de l'utérus et opérations plastiques.* — L'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre; en outre, l'hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

La combinaison d'une amputation partielle élevée du col avec les opérations plastiques vaginales représente la meilleure exécution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. C'est la pratique à laquelle nous nous sommes presque uniquement toujours arrêté, dans les cas en apparence les plus mauvais, et nos résultats sont égaux, sinon supérieurs, à tous ceux qu'on obtient par les procédés plus compliqués et infiniment plus graves de l'hystéropexie ou de l'hystérectomie.

Westermarck ajoute à l'amputation du col deux colporrhaphies latérales partant du haut du vagin, circonscrivant 2 centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas. Il termine par la périnéorrhaphie de Lawson-Tait. L'auteur a opéré 22 cas par ce procédé, et aurait obtenu de bons résultats dans tous les cas constatés même après des années.

A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base des ligaments larges, Folet (de Lille), ajoute la dissection des deux tiers supérieurs des parois vaginales non suivie de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention, et termine par une colpopérinéorrhaphie d'après le procédé de Doléris. M. Chaput conseille de se contenter de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporrhaphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

C. L'*hystérectomie* pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années; Richelot, Terrillon, Goullioud, Pozzi, Quénu, Segond, Lejars, sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie. Mais la question n'a vraiment été mise au point que depuis l'importante discussion de la Société de chirurgie provoquée par la très intéressante communication de Quénu. Un autre travail de la plus haute valeur, publié par K. Ash, assistant de Fristsch (de Breslau), nous avait initiés à la pratique étrangère.

Il est résulté de toutes les discussions qu'en dehors de lésion avérée de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable. Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir, que *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile. Il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales.

Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quénu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer* utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles *ont perdu droit de domicile*. De même, à la clinique de Léopold (de Dresde), l'hystérectomie est pratiquée : 1° quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué; 2° dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou, au contraire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent; 3° dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale; 4° dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes; 5° quand il y a une complication de fibromes, de cancer.

J'ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause (Pozzi).

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables : la dissection de la vessie peut être pénible; les hémorrhagies peuvent être abondantes et dangereuses; sur 55 cas, Hartmann et du Bouchet relèvent 5 cas de mort, 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes. La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale; cette combinaison est réalisée par le procédé de Fritsch, décrit par K. Ash.

Tout récemment, M. Jacobs, de Bruxelles, découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpostricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de *trachélopexie ligamentaire*. Cette opération comprend : une cœliotomie; 2° l'ablation de l'utérus; 3° la trachélopexie proprement dite.

La première opération de M. Jacobs date du 14 janvier 1896; la dernière citée est du 11 avril dernier; les résultats immédiats observés ont été très bons; mais il est impossible de juger encore des résultats définitifs. L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération.

Il serait intéressant de pouvoir donner une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse. Quelques chiffres peuvent pourtant donner une idée générale des résultats obtenus.

1° *Opérations plastiques.* — Martin (*Traité de gynécologie*, 1893) accuse d'excellents résultats obtenus soit par son procédé soit par le procédé d'Hégar dans 85 p. 100 des cas. Landfried, sur 60 cas porte 47 guérisons et 13 récidives survenues après un temps plus ou moins long.

Dans une statistique importante d'opérations plastiques sur le vagin pratiquées à la clinique de Dresde, Munchmeyer, sur 180 femmes représentant 182 opérations, a pu observer les résultats éloignés sur 73 sujets et avoir des nouvelles de 66 autres. Sur 14 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure seule, il compte 10 succès; sur 55 portant sur la paroi postérieure seule, 46 guérisons; dans les opérations ayant porté à la fois sur les parois antérieure et postérieure, sur 50 cas opérés en *un seul* temps, il compte 40 guérisons; sur 20 cas opérés en deux temps, 17 guérisons. Les malades sont tenus au lit le plus longtemps possible, 24 jours en moyenne pour la colporrhaphie antérieure, 25 jours pour la postérieure; 48 jours quand l'opération est faite en deux temps.

Niebergall, étudiant les opérations pratiquées à la clinique gynécologique de Bâle pour prolapsus de l'utérus, a rassemblé 50 cas de prolapsus traités par la colporraphie antérieure *double*, 60 cas par la colporrhaphie antérieure *simple;* dans presque tous les cas, la colporrhaphie a été précédée d'une amputation du col. De toutes ces opérées, 70 p. 100 à peu près ont été revues. La colporrhaphie *double* antérieure a donné 29 guérisons sur 34 opérées, soit 85,29 p. 100; la colporraphie antérieure simple n'a donné que 28 guérisons sur 36 opérées, soit 77,77 p. 100; la moyenne des guérisons pour les deux procédés ensemble est donc de 81,5 p. 100 pour les cas revus.

J'ai moi-même, jusqu'au 1er janvier 1896, exécuté 231 opérations plastiques sur le vagin et le périnée. Sans pouvoir donner les chiffres exacts des résultats, je puis, d'après ce nombre d'opérations personnelles, fournir quelques considérations thérapeutiques intéressantes.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures *complètes* du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentuées. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que : 1° les femmes atteintes de déchirure complète, et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent, se font en général opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer; 2° que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien qu'il s'agisse dans ces cas de prolapsus très avancés ou complets.

Pour la colporrhaphie antérieure et postérieure et les colpopérinéorrhaphies, les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel, peuvent être estimés à 90 p. 100.

Au point de vue de la forme antérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 p. 100. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie; vagino-fixation.* — Raühüt, sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 p. 100. Sur 50 cas revus, on a observé 19 p. 100 de récidives, 15 p. 100 d'améliorations, 60 p. 100 de guérisons.

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la *vagino-fixation* de Dührssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus. Fehling l'a pratiquée 11 fois dans des cas graves; il a pu se convaincre que l'opération était longue et laborieuse, s'accompagnait d'une perte de sang abondante et ne pouvait être terminée que par une colporrhaphie antérieure simple et une périnéorrhaphie, la colporrhaphie antérieure double étant rendue impossible par les manœuvres préalables.

3° *Hystérectomie.* — Dans ce même travail, Raühüt a rassemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 p. 100 de mortalité, et les résultats suivants : 8,8 p. 100 de récidive, 15,8 p. 100 d'amélioration notable, 14,4 p. 100 de guérison complète.

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE

L'allaitement chez les albuminuriques,

Par M. le Dr Gamulin.

Une femme qui a présenté de l'albumine dans les urines pendant sa grossesse et surtout si la présence de l'albumine après l'accouchement exige que le régime lacté soit continué, peut-elle allaiter son enfant?

Johnson a insisté sur les inconvénients qui pouvaient résulter pour l'enfant, quand il était nourri par une albuminurique; et Cassin, d'autre part, se basant sur 3 observations, avait formulé, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1880), que toute femme dont les urines demeureront albuminuriques audelà des 3 premiers jours des couches, devra cesser l'allaitement.

La plupart des médecins ne permettent pas aux femmes albuminuriques d'allaiter, et surtout à celles qui sont astreintes au régime lacté absolu. Ils se laissent en partie influencer par cette opinion si répandue dans le monde, que le lait ne saurait constituer une nourriture suffisante et en particulier quand il doit pourvoir à l'existence de deux êtres à la fois. La sécrétion lactée serait entravée; l'enfant, ne recevant pas autant de nourriture qu'il lui est nécessaire, ne pourrait se développer d'une manière satisfaisante. La mère serait exposée à voir son albumi-

nurie empirer, et cette double cause d'épuisement pourrait produire des désordres graves du côté de l'organisme maternel.

Pendant plusieurs mois nous avons observé attentivement, presque tous les jours, toutes les femmes albuminuriques accouchées à la clinique Baudelocque, où elles sont tenues à nourrir leurs enfants : nous n'avons jamais pu constater rien d'alarmant. Au contraire, l'état général de ces femmes s'améliorait, la quantité de l'albumine des urines diminuait, si bien que, très souvent, ces femmes se croyant tout à fait guéries, ne voulaient pas attendre la disparition complète de l'albumine et quittaient le service malgré les observations qu'on leur faisait. Nous pensons qu'elles partaient surtout pour se soustraire au régime lacté, auquel elles était soumises, et qu'elles croyaient nuisible au développement de leurs enfants.

En effet si nous leur demandions des nouvelles de leurs enfants, elles ne manquaient pas de nous répondre presque invariablement : il se porte bien, mais il n'augmente pas assez, je ne prends que du lait.

C'est en se basant sur un grand nombre de cas seulement qu'on pouvait émettre une opinion à laquelle on serait forcé de reconnaître une certaine valeur. Nous avons cru faire œuvre utile en publiant un résumé de toutes les observations des femmes albuminuriques ayant nourri leurs enfants à la clinique Baudelocque depuis sa création, et en en faisant l'étude.

Tous les auteurs sont d'accord à reconnaître que le réactif infaillible de la valeur d'une nourrice, c'est l'enfant qu'elle allaite.

On reconnaît que l'enfant profite d'après l'état de ses sutures et de ses fontanelles, d'après la nature et la fréquence des garde-robes, mais surtout d'après l'augmentation de poids, qui doit être régulière et suffisante.

C'est de cette dernière donnée seulement, les autres nous manquant, que nous nous servirons pour apprécier la valeur comme nourrice des 158 femmes qui font l'objet de notre étude (1).

De combien un enfant doit-il augmenter par jour dans le premier mois de son existence extra-utérine, pour qu'on puisse se considérer satisfait de son développement?

On a donné des chiffres, des moyennes. Ces moyennes diffèrent un peu suivant les auteurs, et, tandis que Bouchaud ne donne que 25 grammes comme augmentation journalière, Biedert donne 28 et Winckel 35. MM. Tarnier et Chantreuil, en tenant compte des moyennes de plusieurs auteurs, adoptent les chiffres de 30, 6 grammes comme augmentation moyenne journalière pendant le premier mois.

Mais il ne faut pas oublier qu'il existe des causes qui exercent une action défavorable sur l'accroissement de l'enfant, et qui peuvent, si elles se trouvent réunies, faire baisser d'une manière appréciable les moyennes habituelles. Ces causes tiennent aussi bien à la mère qu'à l'enfant.

Du côté de la mère, il est une donnée étiologique à laquelle tous les auteurs reconnaissent une certaine importance : les primipares sont en général de moins bonnes nourrices que les multipares, et parmi ces dernières celles qui ont déjà allaité sont considérées comme des nourrices meilleures que celles qui ne l'ont pas fait.

On sait, d'autre part, que les enfants nés avant terme, petits, et surtout ceux qui ne savent pas teter, qu'on doit gaver, augmentent moins que les enfants venus à terme et normalement développés. La durée de la perte de poids est aussi plus longue chez les premiers et ils atteignent plus tard que les autres le poids de la naissance. On admet aussi que les filles augmentent un peu moins que les garçons.

Toutes ces causes défavorables se trouvent réunies dans notre statistique. En effet, sur 158 femmes, nous trouvons 100 primipares et 58 multipares. Très nombreux sont les enfants venus avant terme. Sur les 151 femmes qui ont pu donner des renseignements sur la date de leurs dernières règles, nous en trouvons 65 qui ont accouché avant terme.

Les enfants devaient naturellement présenter un poids inférieur au poids habituel d'un enfant à terme et bien développé.

Nous ne trouvons que 46 enfants sur 163 qui, à la naissance, avaient atteint le poids de 3 000 grammes, et par contre il y en avait 62 qui pesaient moins de 2 500 grammes, et 24 parmi ces derniers n'atteignaient pas 2 000 grammes. Il avait fallu nourrir par le gavage un bon nombre de ces derniers.

Le hasard a fait aussi que, contrairement à la règle, notre statistique comprend plus de filles que de garçons (89 filles et 74 garçons).

Il serait légitime de penser que, en considération de toutes ces causes défavorables, nous ne pourrions pas donner un chiffre moyen des augmentations bien brillant.

Notre statistique comprend, nous l'avons dit, 163 enfants. 10 d'entre eux n'avaient pas augmenté jusqu'au moment de la sortie ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour, c'est-à-dire d'une quantité absolument insuffisante. Ces 10 enfants entrent dans notre statistique pour la valeur de zéro et nous pouvons quand même donner une moyenne, comprenant tous les enfants sans exception, qui s'approche de 35 grammes par jour.

Il n'est pas sans intérêt, aussi, de faire connaître également combien d'enfants n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, poids que beaucoup d'auteurs, parmi lesquels M. le professeur Tarnier, donnent comme un minimum au-dessous duquel on ne doit pas être satisfait du développement de l'enfant et considérer la femme comme bonne nourrice. De ces enfants qui n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, nous en trouvons 33, ce qui revient à 1 sur 5 enfants. Nous n'avons pas fait de statistique comparative, mais nous pensons qu'en raison des causes multiples qui peuvent survenir et même souvent sans raison aucune, on doit observer, à peu près dans les mêmes proportions, des cas où l'enfant n'augmente pas comme il devrait le faire. Cette proportion d'une mauvaise augmentation pour quatre bonnes est loin, nous croyons, d'être défavorable.

Pour ceux qui voudraient nous objecter que les enfants sont restés trop peu à la clinique pour qu'on puisse porter un jugement valable, nous avons fait une autre petite statistique. Cette statistique ne comprend que les enfants des femmes qui ont été soumises, pendant 15 jours au minimum après l'accouchement, au régime lacté absolu. Ce sont certainement les cas les plus défavorables, où l'albuminurie a résisté le plus, et dans lesquels entrent la plupart des femmes avec lésions rénales définitives.

Les enfants sont au nombre de 40. Deux seulement n'avaient pas augmenté ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour jusqu'au moment de la sortie; tous les autres avaient augmenté et, en moyenne, y compris les 2 cas précédents pour la valeur de zéro, de 27 grammes par jour.

1. Les tableaux sont publiés *in extenso* dans la thèse de M. Gamulin, Paris, 1895-96, n° 395.

Cette moyenne, bien qu'inférieure à la moyenne qui porte sur la totalité des cas, reste encore une moyenne satisfaisante.

Quant aux enfants des femmes qui ont présenté des accès éclamptiques, l'augmentation a été moins prononcée. Ils étaient au nombre de 16 et ils n'ont augmenté que de 23 grammes par jour.

Il est une autre donnée qui peut servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. C'est l'époque à laquelle l'enfant a atteint le poids de la naissance. Winckel a observé que plus de la moitié des enfants classés dans sa statistique avaient atteint le poids de la naissance le 10e jour.

Nous trouvons que les deux tiers de nos enfants avaient atteint le poids de la naissance avant le 10e jour (106 sur 163); et en moyenne tous les enfants l'avaient atteint le 7e jour.

Ces chiffres sont éloquents, nous pensons que des commentaires seraient superflus.

Il reste à examiner le second point de la question, à savoir, comment les mères nourrices, dont la plupart étaient au régime lacté absolu, ont supporté cet acte physiologique, l'allaitement, que certains médecins estiment, chez les albuminuriques, nuisible à leur santé et portant entrave à la guérison naturelle de l'albuminurie.

En consultant le tableau, dans lequel nous donnons un résumé des observations prises, on peut s'assurer facilement que la grande majorité des femmes n'avaient plus à la sortie de la Clinique d'albumine dans les urines ou en avaient encore des traces seulement.

Si on rencontre encore un nombre (31), qu'on pourrait trouver assez élevé, de femmes, qui avaient encore à la sortie 25 centigrammes ou davantage d'albumine, il faut savoir que chez la plupart d'entre elles l'albumine était en décroissance et qu'elles ont voulu partir malgré les observations qu'on leur faisait.

Il est probable que l'albumine aurait, chez la plupart, disparu tout à fait des urines, si elles étaient restées quelques jours de plus à la clinique.

Il est impossible de juger d'après la durée de l'albuminurie si l'allaitement a été une entrave à la guérison ou non, et de vouloir faire des statistiques comparatives. On sait en effet que rien n'est plus variable que la durée de l'albuminurie après l'accouchement.

Tantôt 2 ou 3 jours après l'expulsion du produit de conception il est impossible de déceler des traces d'albumine dans les urines, tantôt au contraire l'albuminurie peut se prolonger pendant plusieurs jours, ou plusieurs semaines, ou même quelquefois jusqu'à la grossesse suivante, au cours de laquelle elle redouble alors d'intensité, et cela en dehors de l'allaitement et malgré le traitement le mieux suivi.

Mais si l'allaitement était aussi nuisible aux albuminuriques que certains l'estiment, nous devrions avoir un nombre assez considérable de cas dans lesquels l'albumine serait en augmentation ou resterait au moins stationnaire.

Eh bien! chez 7 femmes en tout, l'albumine augmentait (2 femmes) ou restait stationnaire (5 femmes).

Quand on considère que dans notre statistique les brightiques ne sont pas exclues, on ne peut pas certainement incriminer l'allaitement, qui aurait dû faire sentir bien plus souvent ses méfaits. Et même en dehors du brightisme, il n'est pas rare de voir une albuminurie gravidique évoluer avec tous les symptômes de la maladie de Bright, sans que l'allaitement soit en cause.

Il nous était impossible de faire une statistique comparative portant sur un nombre égal de femmes n'ayant pas allaité; nous ne croyons pas d'ailleurs qu'elle aurait eu une valeur démonstrative. Si on n'avait même trouvé sur 158 femmes albuminuriques n'ayant pas nourri, que 4 ou 5 seulement dont l'albuminurie ne se serait pas améliorée, serait-on en droit d'incriminer pour cela l'allaitement? Personne n'y songerait.

Mais il est un point, dont nous avons déjà fait mention en parlant du pronostic de l'albuminurie gravidique, et sur lequel il est utile de revenir.

Parmi les 7 femmes dont l'albuminurie ne s'améliorait pas il n'y avait qu'une seule primipare.

Ainsi, sur 100 primipares-nourrices, une seule; une sur 100, on ne peut vraiment incriminer l'allaitement qui aurait dû agir défavorablement aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Quant aux 16 femmes qui ont présenté des accès éclamptiques, 10 d'entre elles n'avaient plus d'albumine à la sortie, 3 en avaient des traces et 3 autres avaient encore de 25 à 50 centigrammes d'albumine qui était, d'ailleurs, en diminution.

Chez aucune des 158 femmes on n'a trouvé nécessaire, pendant le temps qu'elles sont restées à la clinique, d'interrompre l'allaitement.

Ces femmes, tout en accomplissant leur devoir strict, à défaut duquel une femme n'est mère qu'à moitié, ont pu retirer les profits que procure l'allaitement. L'involution utérine a dû être plus rapide et plus complète; les organes génitaux se sont trouvés dans un repos relatif par suite de la cessation de la fonction menstruelle, qui sommeille habituellement pendant la lactation.

Nous pensons même, qu'un bon nombre de ces femmes, sont redevables à l'allaitement du prompt rétablissement de la santé. Pour fournir les matériaux nécessaires à la nutrition de son enfant la mère a mangé davantage, les fonctions digestives se sont exercées avec plus d'activité, l'assimilation a été meilleure, et beaucoup d'entre elles ont dû ainsi améliorer leur nutrition interne, qui est si souvent ralentie, comme M. le professeur Bouchard nous l'a appris.

Aurait-on pu donner aux enfants une meilleure nourriture? Si on avait défendu aux mères de nourrir leurs enfants, comment auraient-elles pu remplacer l'aliment naturel?

Elles auraient pu élever l'enfant au biberon. Les statistiques donnent, pour ces enfants, une mortalité de 50 p. 100 environ dans la première année.

Elles auraient pu les envoyer chez une nourrice, à la campagne, pour qu'ils soient élevés au sein. Les statistiques donnent une mortalité qui varie entre 60 et 80 p. 100. Si l'enfant est élevé au biberon chez des étrangers à la famille, la mortalité est encore plus grande. Tandis que la mortalité des enfants nourris par leur mère n'atteint pas, dans les statistiques les plus défavorables, qui varient, suivant les pays, plus de 20 p. 100 dans la première année.

Villemin donne pour Paris :

Mortalité pour les enfants élevés au sein. . . .	19 p. 100
Mortalité pour les enfants élevés au biberon. . .	43 p. 100

Bertillon donne pour les enfants élevés au biberon une totalité de :

87 p. 100 dans la Seine-Inférieure.
90 p. 100 dans la Loire-Inférieure.

Franck donne pour Munich :

Mortalité pour les enfants élevés au sein. . . .	10,6 p. 100
Mortalité pour les enfants élevés au biberon. . .	89 p. 100

Stolz pour Strasbourg :

Mortalité pour les enfants élevés au sein. . . .	19 p. 100
Mortalité pour les enfants élevés au biberon. . .	87 p. 100

Les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital n'appartiennent pas, généralement, à la classe privilégiée de la société, qui peut se payer le luxe d'avoir une nourrice à la maison. Elles n'auraient donc certainement pu, comme cela arrive trop souvent, sans raison aucune, contribuer à la séparation d'une autre mère de son enfant, qui avait le droit à tous les soins maternels, et qui tombe si souvent victime de cette injustice sociale.

De tout ce qui précède, nous nous croyons autorisé à conclure que les enfants de albuminuriques, nourris par leur mère, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres enfants; que, d'autre part, les femmes albuminuriques qui allaitent leurs enfants, même en étant au régime lacté absolu, retirent les bénéfices que procure à toute femme cet acte physiologique, et n'éprouvent pas de retentissements fâcheux ni du côté de l'albuminurie ni du côté de leur état général.

Il s'ensuit donc que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant. Il n'y a que dans les cas tout à fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines, qu'on devrait suspendre l'allaitement. De même, si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Virely (Adrien). *Contribution à l'étude du cancer de la verge*. N. 463. (H. Jouve.)

M. Brinon (Henri). *Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère*. N° 582. (Soc. d'édit. scient.)

M. Piedvache (Edmond). *De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale, en particulier dans les petits calculs du rein*. N° 578. (H. Jouve.)

M. Bensa (P.). *De l'extirpation totale de la vessie pour cancer*. N° 507. (H. Jouve.)

M. Legrand (Alfred). *De la cystocèle crurale*. N° 393. (H. Jouve.)

M. Espagnac (Paul). *Étude sur la phlébite blennorrhagique*. N° 545. (H. Jouve.)

M. Millet (Georges). *Du pied plat valgus douloureux d'origine blennorrhagique*. N° 436. (H. Jouve.)

M. Serre (Guillaume). *Séméiologie médicale des déformations digitales*. N° 556.

De l'étude de M. Virely, il paraît résulter que le cancer de la verge est une affection de l'âge mur et de la vieillesse; que l'existence d'un phimosis joue un rôle non douteux dans son développement. L'affection débute le plus souvent par le gland, le prépuce, ou l'extrémité antérieure de l'urèthre. L'extension des lésions se fait presque toujours uniquement en surface. L'envahissement secondaire de l'urèthre est exceptionnel. Cependant on peut observer des troubles urinaires assez importants, comme conséquence de l'obstacle mécanique apporté par le néoplasme. Le pronostic présente une gravité moindre que pour les autres cancers. Le traitement doit consister dans l'amputation de l'organe malade avec extirpation des ganglions inguinaux dégénérés ou même simplement douteux. Cette amputation sera partielle ou totale. Parmi les procédés d'amputation partielle, la méthode en raquette de M. le professeur Guyon avec suture de l'enveloppe des corps caverneux mérite la préférence.

L'hydronéphrose congénitale peut siéger sur le bassinet d'un uretère normal ou sur le bassinet d'un uretère surnuméraire. Les reins gratifiés d'un uretère surnuméraire sont, suivant M. Brinon, divisés en 2 segments distincts correspondant à chacun des uretères. Or c'est toujours le segment supérieur qui correspond à l'uretère anormal. Dans certains cas d'abouchements anormaux libres ou dans les cas d'abouchements en cul-de-sac de l'uretère, il peut se faire dans le segment inférieur du conduit une dilatation circonscrite qui évolue comme une tumeur pelvienne. Ces tumeurs siègent souvent dans l'épaisseur de la paroi vésicale et évoluent alors comme de véritables tumeurs vésicales. L'hydronéphrose congénitale peut présenter toutes les gradations symptomatiques comprises entre la forme obstétricale, qui est absolument incompatible avec la vie, et la forme latente qui est une trouvaille d'autopsie. Dans les cas d'hydronéphrose secondaire à une dilatation générale des voies urinaires, c'est la distension vésicale qui est la cause de la dystocie. Les dilatations de l'uretère terminé en cul-de-sac dans la paroi vésicale, en refoulant la muqueuse de cet organe, peuvent déterminer de la rétention et même une hydronéphrose du côté opposé. Le prolapsus de la muqueuse vésicale dans l'uretère de la femme peut aussi être la conséquence de ces dilatations. Il est fréquent dans les cas d'abouchement libre d'un uretère à la vulve, à l'urèthre ou au vagin de trouver une hydronéphrose ou une dilatation circonscrite de l'uretère accompagnant l'incontinence symptomatique. Le pronostic de l'hydronéphrose congénitale dépend des voies qui restent libres pour assurer le fonctionnement du rein. Et l'hydronéphrose d'un uretère normal qui laisse de l'autre côté un appareil rénal intact, peut être plus grave qu'une hydronéphrose bilatérale siégeant sur des uretères surnuméraires et qui ne détruit fonctionnellement qu'une moitié de chaque rein.

La néphrolithotomie est une opération typique, dont tous les temps sont réglés : incision de la paroi lombaire, incision du bord convexe du rein après hémostase préventive par compression du pédicule (procédé de Tuffier), recherche et extraction du calcul, suture du parenchyme rénal, sans drainage. D'après M. Piedvache elle est le traitement rationnel de la lithiase biliaire, quand le traitement médical a échoué et qu'il existe des douleurs habituelles avec hématuries. Elle soustrait le malade aux complications : distension du rein, infection. La néphrolithotomie, telle que nous venons de la décrire, s'adresse en particulier à la recherche des petits calculs, qui ne donnent aucune sensation, ni par le palper rénal, ni par l'acupuncture. Les suites opératoires sont des plus bénignes, le fonctionnement ultérieur de l'organe est rétabli au maximum.

L'extirpation de la vessie est pour M. Bensa une opération physiologiquement permise. Les nombreuses expériences pratiquées sur les animaux, les cas de Sonnenburg, dans le traitement de l'exstrophie vésicale, le prouvent surabondamment. La gravité du cancer de la vessie commande une prompte intervention. L'extirpation sera large pour les tumeurs limitées aux parois supérieure et latérales de cet organe. Pour les néoplasmes ayant gagné la paroi postérieure, le trigone ou l'embouchure des uretères, on a longtemps hésité devant la nécessité d'une plus large ablation. Aujourd'hui se pose l'indication de l'extirpation totale avec déplacement des uretères. Cette opération est indiquée dans : les tumeurs même bénignes lorsqu'elles sont *multiples*, les tumeurs *infiltrées* dans la plus grande partie des parois vésicales; les tumeurs *volumineuses* largement implantées dans le segment inférieur de la vessie. Le procédé de choix est la taille hypogastrique avec symphyséotomie, extirpation totale, par hémisection, greffe des uretères et cathétérisme permanent de ces conduits. On préférera la suture osseuse du pubis à l'appareil à mobilisation des accoucheurs. L'extirpation totale de la vessie est une opération grave, mais elle est légitimée; d'autre part, les succès obtenus et l'espoir d'une guérison radicale, doivent engager dans cette nouvelle voie.

M. Legrand termine son travail par les conclusions suivantes : Considérer la cystocèle crurale comme une affection fort rare est une erreur. La cystocèle crurale est plutôt une maladie de la femme; elle affecte tout spécialement le côté droit. L'influence des tumeurs du petit bassin sur son apparition est certaine : celle de la grossesse, quoique infiniment probable, reste à démontrer. La déformation de la vessie et ses déviations pathologiques tiennent la première place dans la pathogénie de la cystocèle crurale. Les seules variétés observées sont la cystocèle parapéritonéale et la cystocèle extrapéritonéale. Les symptômes sont le plus souvent nuls : des présomptions ne seront éveillées qu'autant que l'on s'habituera à rechercher dans une hernie la présence de la vessie. Les présomptions seront portées à leur maximum quand on aura affaire à une femme présentant une hernie crurale droite en même temps qu'une tumeur du petit bassin. En cas de hernie étranglée le moindre épaississement de la face interne d'un sac de hernie crurale doit mettre l'opérateur en éveil; celui-ci pratiquera sans hésiter la hernio-laparotomie; ce mode d'exploration est de tous le plus inoffensif et le plus certain. La découverte de tout prétendu sac herniaire déshabité est justifiable des mêmes moyens d'investigation. On se rappellera qu'on ne saurait, dans la plupart des cas réduire isolément dans l'abdomen le sac et la cystocèle.

Au cours de la blennorrhagie, et le plus souvent dans les cas où elle se complique d'arthropathies, on peut voir survenir une complication exceptionnelle : la phlébite blennorrhagique, dont M. Espagnac a observé 1 cas. L'existence de cette phlébite est démontrée par 16 faits cliniques, dont 2 avec examen bactériologique (Tédenat) probant. Les signes de cette phlébite n'ont rien de spécial. Sa durée est de 2 à 5 semaines. Sa terminaison presque constante est la guérison. L'anatomie pathologique et la pathogénie de cette complication de la blennorrhagie sont mal connues. Son traitement est celui de la phlébite en général avec, en outre, le traitement spécial de la blennorrhagie, affection causale.

Il existe une affection désignée sous le nom de pied plat valgus douloureux dont l'étiologie jusqu'à présent paraissait à peu près complètement ignorée. Avec son maître, M. Gilles de la Tourette, M. Millet, se fondant sur un certain nombre d'observations, pense que c'est à la blennorrhagie qu'il faut attribuer la très grande majorité des cas de cette affection.

La blennorrhagie est peut-être susceptible de produire en bloc et les déformations et la douleur qui constituent le pied plat valgus douloureux. Toutefois les observations démontrent que l'aplatissement du pied était congénital et non douloureux, jusqu'au jour où la blennorrhagie a apporté l'élément douleur. Certaines causes devaient agir pour localiser sur le pied l'affection blennorrhagique. Ce sont les gens gens obligés de se tenir debout (coiffeurs, garçons de café, sergents de ville, etc.) qui localisent la blennorrhagie sur leur pied antérieurement plat. C'est pourquoi l'affection est toujours symétrique. Le pied valgus rendu douloureux par la blennorrhagie est une affection tenace qui récidive avec chaque reprise de la blennorrhagie. A un premier degré le pied est simplement douloureux, la marche entravée. A un deuxième degré les réflexes rotuliens s'exagèrent, il survient de l'atrophie musculaire et il paraît se faire des lésions médullaires. Dans tous les cas, l'altération blennorrhagique porte comme toujours beaucoup plus sur les tissus fibreux et les bourses séreuses péri-articulaires que sur l'articulation elle-même. Le traitement consiste à guérir la blennorrhagie. Le *repos absolu au lit* est le seul traitement à employer contre le pied plat valgus douloureux constitué.

Les déformations digitales, dit M. Serre, constituent une maladie locale qui est le plus souvent fonction de maladie générale. La plupart de ces déformations ont une individualité morbide caractéristique; c'est ainsi qu'elles diffèrent suivant qu'on les constate dans les affections pulmonaires, les maladies du cœur, l'acromégalie, les maladies par ralentissement de la nutrition, les maladies nerveuses. C'est le système nerveux qui paraît jouer le plus grand rôle dans leur pathogénie.

Thèse de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Rudler (Fernand). *De la lymphadénie (maladie infectieuse)*. N° 1158.

M. Mahaut (Félix). *De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose pour sténose cancéreuse du pylore.* N° 1126.

M. Geysen (Hector). *De la mort inopinée ou rapide chez les épileptiques.* N° 1114.

M. Delahaye (H.). *De l'épididymite syphilitique tertiaire.* N° 1104.

M. Velten (Paul). *Des phlegmons sous-ombilicaux d'origine appendiculaire.* N° 1102.

M. Oberlé (Marcel). *Essai clinique sur l'empyème gangréneux.* N° 1113.

Les affections que l'on groupe sous le terme générique de lymphadénie ressortissent probablement à des processus pathologiques différents, et sont différentes de nature telle est l'opinion que soutient M. Rudler dans sa thèse.

La nature infectieuse de la lymphadénie est très probable, mais encore insuffisamment démontrée. Quant aux recherches bactériologiques, elles ont amené la découverte, dans le sang, dans la rate, dans les ganglions malades, de microbes déjà connus (streptocoque, staphylocoque, bacille de Koch), et de microorganismes nouveaux : microbes de Kelsch, Pawlowsky, Delbet, qui ne sont pas pathogènes.

Parmi les lymphadénies, ce sont les types ganglionnaires qu'il faut rapprocher surtout des maladies infectieuses mais la lymphadénie, si elle est infectieuse, n'est pas due à un microbe spécifique. Le seul traitement que l'on puisse conseiller dans certains cas est le traitement préventif qui paraît, suivant l'opinion de M. Poncet, absolument justifié dans la forme ganglionnaire de la lymphadénie. C'est souvent, en effet, aux dépens de vieilles adénites et tout particulièrement de la région cervico-faciale que se développent les adénites malignes; toute lésion ganglionnaire qui a résisté à un traitement méthodique pendant un certain temps doit être traitée par l'extirpation du ou des ganglions malades.

Les résultats du traitement palliatif du cancer du pylore, outre ceux déjà connus, sont des modifications plus ou moins profondes portant sur la motilité de l'estomac : M. Mahant dans sa thèse nous montre que tantôt la rétention est complètement supprimée et alors on ne trouve plus d'acide lactique dans les liquides gastriques ; tantôt elle n'est que diminuée et il y a de l'acide lactique.

La stagnation est en rapport avec l'état de la contractilité stomacale. Si l'estomac est atone, il reste dilaté comme avant l'intervention et il y a de la stagnation parce que la bouche artificielle est à un niveau supérieur à celui du fond de l'estomac. Pour éviter la stagnation il serait nécessaire dans ces cas de créer la bouche stomacale, le plus près possible du fond de l'estomac.

Il n'y a pas de véritable incontinence gastrique, car il y a souvent une fermeture fonctionnelle de la bouche artificielle. Au contraire, l'évacuation est toujours plus lente qu'à l'état normal; mais on peut observer un reflux des liquides biliaire et pancréatique dans l'estomac. Ce reflux paraît m'amener aucun trouble quand il n'est pas trop abondant.

La sécrétion chlorhydro-peptique n'est pas améliorée. Elle disparaît même malgré l'opération et non à cause d'elle, du fait de l'envahissement progressif du néoplasme et de la gastrite est à peu près supprimée en fait. Les fonctions de l'intestin et de ses glandes annexes suffisent à entretenir la nutrition, pendant un certain temps au moins.

Ces résultats sont suffisamment encourageants pour qu'on puisse recommander l'emploi de la gastro-entéro-anostomose dans tous les cas de sténose cancéreuse du pylore. Ils sont d'autant meilleurs que l'opération est faite plus tôt.

La mort par épilepsie est relativement rare.

D'après M. Geysen, qui a étudié les conditions dans lesquelles

elle survient, il est presque impossible qu'une seule crise épileptique amène une issue mortelle, hors le cas d'accident ou de lésions antérieures de l'organisme. Le plus ordinairement la mort est produite soit par exagération des phénomènes physiologiques de la crise (rupture en un point du système cardio-vasculaire pouvant produire une hémorrhagie mortelle ; arrêt ou tétanisation du cœur), soit par une succession rapide de crises subintrantes ou état de mal, soit encore par accident.

C'est la mort par état de mal qui s'observe le plus souvent. La mort par accident n'est pas rare (chute d'un lieu élevé, suffocation, submersion, brûlure).

La mort subite ou rapide par épilepsie peut donner lieu à une enquête médico-légale.

Les signes qui peuvent contribuer à établir en pareil cas le diagnostic de l'épilepsie sont nombreux, mais inconstants. Ce sont : 1° les déformations et cicatrices anciennes et récentes qu'on rencontre souvent sur le visage de l'épileptique et qui sont produites par les chutes répétées ; 2° les morsures de la langue et des lèvres ; 3° les traces d'une perte d'urine ou de matières fécales, pertes involontaires qui se produisent souvent au cours de la crise ; 4° la présence de petites taches ecchymotiques sur le cou et la partie supérieure du thorax : le piqueté des conjonctives et de la bouche ; 5° la position du pouce, qui est fréquemment convulsé à l'intérieur de la main ; 6° la température qui peut atteindre 39 ou 40°, 1 heure après la mort ; 6° enfin l'autopsie complète révèle une congestion généralisée de tous les viscères, congestion qui peut aller jusqu'à l'hémorrhagie.

M. Delahaye résume ainsi son travail : l'épididymite syphitique tertiaire est une lésion rare, mais elle constitue une entité clinique au même titre que l'épididymite secondaire. Cette épididymite généralement subaiguë peut aussi évaluer à froid. Unilatérale et envahissant le plus souvent la totalité de l'épididyme, elle se localise parfois aussi dans la tête et très rarement dans la queue Elle se présente sous forme d'une ou plusieurs indurations de consistance et de volume variables, susceptibles de se ramollir et de donner issue au bourbillon gommeux après ulcération des tissus qui les recouvrent. Le diagnostic en est parfois très délicat. Mais sa date d'apparition, sa forme souvent diffuse, son évolution subaiguë, le ramollissement et la suppuration possibles de la tumeur, la coexistence d'accidents tertiaires, enfin la facilité avec laquelle elle cède à l'iodure la distinguent de l'épididymite secondaire et assurent son individualité clinique de lésion tertiaire. D'autre part, l'absence d'adhérences avec le testicule, l'examen méthodique des organes voisins, la recherche consciencieuse des antécédents et surtout l'épreuve de l'iodure permettent de la différencier des épididymites tuberculeuse, blennorhagique et néoplasique, etc. Anatomiquement, nous sommes réduits à supposer qu'il s'agit d'une infiltration scléro-gommeuse intertubulaire et surtout périépididymaire. Elle est d'un pronostic bénin et la *restitutitio ad integrum* sera complète si l'on intervient assez tôt. Simon, il peut persister un nodule scléreux. L'agent thérapeutique par excellence est l'iodure ; cependant il faudra toujours lui associer le mercure et de préférence sous forme de frictions.

Par son inflammation, l'appendice donne quelquefois naissance à des phlegmons sous-ombilicaux. Ceux-ci sont, nous dit M. Velten, intra-péritonéaux, péritonite enkystée sous-ombilicale ou extra-péritonéaux et occupent alors l'espace prévésical de Retzius, ou à la fois intra et extra-péritonéaux. Cette variété particulière de phlegmons est due le plus souvent à une position anormale de l'appendice, qui, flottant dans le bassin, s'est fixé par des adhérences à la paroi abdominale antérieure ; d'autres fois elle semble due à l'extension d'un abcès ilio-inguinal. Beaucoup de phlegmons dits idiopathiques de la paroi antérieure de l'abdomen, dans l'étiologie desquels sont signalés des troubles digestifs variables, rentrent dans cette catégorie ; aussi les péritonites idiopathiques aiguës des enfants, dans la plupart des observations desquelles on trouve les symptômes de l'appendicite, doivent elles y rentrer. Ces phlegmons tendent à s'ouvrir particulièrement à l'ombilic. Le traitement chirurgical s'impose. Il consiste dans l'incision hâtive du phlegmon sous-ombilical avec drainage. On ne doit pas se préocuper de l'appendice.

Du travail de M. Oberlé, il résulte que la grangrène pleuro-pulmonaire à forme pleurétique, ou empyème gangreneux, constitue une entité clinique absolument définie. Les signes de la pleurésie peuvent précéder, accompagner ou suivre ceux de la gangrène. L'évolution de cette affection se fait en deux périodes caractérisées, la première par une pleurésie d'une gravité exceptionnelle, la seconde par un pneumothorax gangréneux. Les caractères particuliers du point de côté, de la toux, de la fièvre et du pouls, la gravité de l'état général, la fétidité de l'épanchement, sont les éléments essentiels du diagnostic. Le pronostic est excessivement grave. Un seul traitement permet d'obtenir quelques guérisons, c'est la pleurotomie antiseptique suivie de lavages.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur la signification des substances chromatique et achromatique du cytoplasme de la cellule nerveuse, par M. Lugano (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, janvier 1896, p. 1). — L'auteur, dans des expériences intéressantes, a abordé l'étude de la substance chromatique des cellules nerveuses. Après avoir établi avec la plupart des observateurs, que cette substance est très abondante dans le corps de la cellule nerveuse, moins abondante dans les prolongements protoplasmatiques et absente dans le cylindre-axe et ses ramifications, il se demande quel est son rôle. Tout d'abord il admet avec Lenhossek que la substance chromatique est douée de propriétés plastiques et il pense en conséquence qu'elle sert à arrondir et à modeler le contour de la substance achromatique comme la chose est facile à constater, à son avis, au point de bifurcation des prolongements protoplasmatiques où l'on trouve toujours un cône chromatique. La substance chromatique remplit les interstices de la substance achromatique et doit être considérée comme une masse interfilaire qui joue le rôle de substance isolante. Il est porté à conclure de ces constatations que la conductibilité du courant nerveux est réservée à la substance achromatique. Lugaro, qui est partisan de la structure fibrillaire de la cellule nerveuse et de ses prolongements, devant être admise aujourd'hui comme un fait acquis, est porté à admettre que chaque fibrille constitue une voie de continuité indépendante et isolée. Ainsi la cellule nerveuse pourrait fonctionner partiellement et son activité à un moment donné est la somme des actions élémentaires des fibrilles.

Lésions de la moelle dans les polynévrites; leur pathogénie, par G. Ballet (*le Progrès médical*, 27 juin 1896, n° 26, p. 401). — L'auteur à propos d'un cas de polynévrite avec autopsie, où il a trouvé, en outre des lésions propres aux névrites, des lésions de la moelle épinière, arrive, en somme, à des conclusions qui ont été formulées avant lui par Marinesco, à propos de la nature de ces lésions. En effet, il est disposé à admettre aussi que les lésions centrales constatées dans son cas sont comparables à celles que la section d'un nerf réalise dans son centre d'origine. En ce qui concerne la question de savoir si l'on peut distinguer les lésions secondaires des polynévrites ou celles consécutives à la section d'un nerf des lésions primitives des cellules nerveuses, il est moins affirmatif que Marinesco. Il se demande si les infections passagères ou les intoxications chroniques ne sont pas susceptibles de déterminer dans la cellule une lésion identique ou très analogue à celle qu'engendre la section ou la dégénérescence périphérique des nerfs. Peut-être pourrait-on trouver un élément d'appréciation important dans l'existence des lésions vasculaires et interstitielles de la substance grise, lorsqu'il s'agit de décider si les lésions cellulaires sont primitives ou secondaires à l'altération des nerfs. Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux que toute lésion destructive d'un nerf retentit nécessairement sur le centre d'où il émane. Aussi, est-il vraisemblable que bon nombre des altérations médullaires rencontrées dans les polynévrites doivent être considérées

comme consécutives aux lésions des troncs nerveux. Dans cette question si tourmentée des polynévrites, dit en terminant, M. Ballet, les opinions radicales ont fait leur temps; on ne saurait plus être aujourd'hui ni centraliste intransigeant ni périphériste exclusif.

La chorée variable des dégénérés, par Brissaud (*Revue neurologique*, 30 juillet 1896, n° 14 p. 417). — Sous ce nom, l'auteur publie l'histoire compète de 4 malades présentant une grande analogie clinique. Les symptômes diffèrent de ceux de la chorée de Sydenham par ce fait que la chorée n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée. Elle va et vient, augmente et diminue alternativement, cesse tout d'un coup, réapparaît un jour, disparaît de nouveau, avec des mouvements tantôt brusques, tantôt lents sans localisation prépondérante. C'est une névrose qui manque, comme le dit très bien l'auteur, de tonus symptomatique. Les mouvements des malades ne sont ni des convulsions toniques ni des spasmes classiques, mais des contractions complexes qui surviennent, en général, sans violence. Les mouvements présentent en outre de grandes analogies avec les actes automatiques les plus simples, par exemple un pas en avant, un haussement d'épaules, un froncement des sourcils, un soupir, un gémissement, et le plus souvent un geste d'impatience. Mais tout cela est si varié, si fugitif qu'on ne saurait y voir un phénomène convulsif déterminé. Ces contractions ont en outre ceci de spécial que, malgré leur complexité, elles sont ignorées du malade. Ces mouvements nerveux ne font partie ni des myoclonus, ni des tics. Leur multiplicité, leur inconstance ont quelque chose de très spécial. Enfin ils ne surviennent jamais en dehors d'un certain état névropathique où les troubles mentaux dominent, comme dans la chorée. C'est donc bien de la chorée. Mais les différences qui existent entre la chorée variable et la chorée de Sydenham l'emportent sur les ressemblances. Il y a surtout deux caractères qui font défaut dans la chorée de Sydenham; le premier consiste dans la multiplicité des formes de mouvement et le second dans le fait que le malade peut faire cesser momentanément ses mouvements involontaires par un effort de volonté. La chorée variable se distingue très bien également de la chorée d'Hutington et de la chorée chronique. La longue durée habituelle de la chorée variable pourrait faire penser à une chorée chronique; mais ce qui les distingue particulièrement, c'est la variabilité des symptômes qui n'existent pas dans la chorée d'Hutington, laquelle a une marche essentiellement progressive. Dans la chorée variable, les rémissions ou les accalmies font de cette névrose une maladie essentiellement mobile et changeante. Cependant, dans la chorée chronique, il existe parfois aussi des rémissions et des alternances de localisation; mais dans la chorée variable, ces rémissions ont une courte durée, tandis que celles de la chorée chronique sont de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. Enfin la chorée variable possède en propre la faculté de changer à l'infini la qualité de ses secousses musculaires.

Des lésions du cerveau dans l'épilepsie et chez les criminels (La fine morphologia del cervello degli epilettici et dei delinquenti), par Roncoroni (*Archivio di psychiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, vol. XVII, fasc. I-II). — Roncoroni, élève de Lombroso, étudie les lésions fines du cerveau dans l'épilepsie et sa pathogénie. Après avoir passé en revue les travaux antérieurs il rapporte 25 cas d'épilepsie, 11 cas de criminels-nés et 8 cas de criminels d'occasion. Il admet dans le cerveau 6 couches de cellules : 1° la couche moléculaire, 2° la couche superficielle de petites cellules ou couche granuleuse superficielle, 3° la couche de petites cellules pyramidales, 4° la couche de grandes cellules pyramidales, 5° la couche profonde de petites cellules nerveuses ou couche granuleuse profonde, 6° la couche de cellules polymorphes. Chez la plupart des épileptiques examinés, il a trouvé une diminution ou une disparition de cellules de la 5° couche, lésion qu'il a trouvée plus ou moins atténuée dans le cerveau des criminels. En outre il a vu que les cellules pyramidales chez les épileptiques sont plus nombreuses ou plus volumineuses. L'auteur ne croit pas que les lésions qu'il a eu l'occasion de constater, constituent le substratum anatomique des attaques épileptiques.

En effet, dans l'épilepsie on doit admettre 1° une prédisposition héréditaire, 2° une cause lointaine constituant la prédisposition acquise (alcoolisme, intoxications diverses), 3° une altération du chimisme des éléments nerveux du cerveau qui résulte de la mise en jeu des deux facteurs précédents et qui constitue le substratum indispensable pour la production des accès épileptiques. Or la disposition morphologique que l'auteur a trouvée dans le cerveau des épileptiques constitue pour lui l'expression anatomique d'un trouble héréditaire. Dans l'épilepsie congénitale et chez les criminels-nés, il existe une disposition atavique qui fait que certaine partie du cerveau s'est arrêtée dans son développement et correspond à celui du fœtus arrivé à un certain degré de développement. En ce qui concerne la modification chimiques du système nerveux capables de mettre en branle la fonction épileptogène de la cellule nerveuse, l'auteur se rattache en principe à la théorie soutenue par Marinesco et Sérieux.

MÉDECINE PRATIQUE

Unification des formules,

Par le Dr Gabriel Maurange.

Aujourd'hui que la thérapeutique est entrée dans une voie scientifique; que l'étude pharmacodynamique des médicaments en permet un emploi plus judicieux et plus sûr, il y aurait avantage à réformer les méthodes de formules.

Nous ne voulons viser ici que les prescriptions relatives aux solutions ou potions à l'usage interne (voies hypodermique, gastrique ou rectale). Pour les pilules, granules ou cachets — dont il serait à souhaiter de voir se restreindre les applications — il est toujours facile à un praticien connaissant sa matière médicale, de faire une formule exacte. Nous lui donnerons cependant le conseil de rédiger son ordonnance en vue d'une pilule ou d'un cachet-unité, et d'en prescrire un multiple simple, 10, 20, etc. Il se rendra ainsi mieux compte de la dose utile à son malade. Exemples :

PILULES AVEC :

Extrait thébaïque. . . . . 0 gr. 01
Pour une pilule. — F. S. A. 10 pilules semblables.
Prendre deux à cinq de ces pilules le soir en se couchant.

CACHET AVEC :

Salol. . . . . 0 gr. 10
Benzonaphtol . . . . 0 gr. 25
Pour un cachet. — F. S. A. 20 cachets semblables.
Prendre quatre de ces cachets par jour à raison de deux au cours de chaque repas.

Les solutions pour l'usage hypodermique ont une unité naturelle, le centimètre cube, volume de la seringue de Pravaz. Cette mesure est du reste adoptée pour tous les instruments actuellement en usage, servant aux injections sous-cutanées.

Les véhicules employés en hypodermie, eau, huiles fixes et grasses, alcool, éther, etc., ayant des poids spécifiques très différents, le médecin a tout intérêt, pour éviter toute cause d'erreur, à les rapporter à une mesure unique. Il continuera donc à formuler l'alcaloïde ou la substance active *en poids*, mais le véhicule sera inscrit *en volumes*, c'est-à-dire en centimètres cubes. En outre il sera commode de n'employer que des multiples de 10 pour titrer ses solutions. Exemples :

SOLUTION AVEC :

Sulfate neutre d'atropine.	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Eau stérilisée. . . . . . Q. s. p.	10 cent. cubes.

M. S. A. Dans un flacon stérilisé.
1 cent. cube pour une seule injection.

SOLUTION AVEC :

Gaïacol cristallisé.	8 gr.
Huile d'olives stérilisée . Q. s. p.	100 cent. cubes.

M. S. A. Dans un flacon stérilisé.
5 à 10 cent. cubes par jour.

Pour les potions et solutions à l'usage interne il y a actuellement en pratique courante trois unités :

La cuillerée à soupe,
La cuillerée à dessert,
La cuillerée à café.

Une cuillerée à soupe représente en poids des quantités qui varient entre 11 et 21 grammes suivant la nature du médicament (solution saline, potion commune, juleps, sirops, teintures, huiles).

La cuillerée à dessert oscille entre 8 grammes et 16 gr. 50.

La cuillerée à café entre 3 et 5 grammes.

Le praticien qui doit répartir par cuillerées une dose voulue de principe actif, est obligé de se livrer à un calcul fort complexe, dont les données varient avec le véhicule. Il en résulte de fréquentes erreurs dans la constitution des formules, erreurs de la fréquence desquelles il est facile de se convaincre en consultant les répertoires des pharmaciens.

D'autre part, même lorsque le calcul est exact, que huit ou dix cuillerées par exemple, représentent la dose totale de substance active à donner au malade dans la journée, il arrive que par négligence, inattention, ou du fait d'une circonstance fortuite, sommeil, repas, etc., la potion n'est presque jamais administrée conformément à la prescription du médecin. Puis il y a la question des cuillers : dans telle famille, 130 grammes de potion font 10 à 12 cuillerées ; dans telle autre, 6 cuillerées suffisent à l'épuiser.

Il n'y a qu'un seul moyen de faire de la thérapeutique pratique, c'est d'abandonner la cuiller-unité.

A la mesure vague qu'elle représente, il faut substituer une mesure précise, d'une évaluation commode, qui facilite au médecin la rédaction de son ordonnance et en assure l'exécution régulière par le client. Voici comment on peut arriver à ce double résultat.

Toute potion se compose d'un ou plusieurs principes actifs et d'un véhicule.

Le ou les principes actifs sont en général destinés à obtenir un effet déterminé en rapport avec la totalité, la moitié, le tiers ou le quart de la dose. Il est exceptionnel que l'on compte, en pratique, sur une division plus grande de l'énergie active d'un médicament.

Dès lors les formules deviennent d'une création aisée. Le médecin détermine la dose de principe actif utile dans les 24 heures. Il l'incorpore à une quantité de véhicule (sirops, décoctés, infusions, glycérine, alcool, eau, etc.), variant, dans la pratique, entre 130 et 150 grammes, et, sans s'inquiéter de la proportion en cuillerées, prescrit :

Prendre cette potion en *une* ou *deux* fois à *tant* d'heures d'intervalle et à *telle* distance des repas.

Ou bien :

Prendre la potion par *tiers* ou par *quart*, à telles heures déterminées.

Ces termes sont d'une compréhension facile et générale et ne laissent place à aucune ambiguïté pour le client. Au reste le pharmacien pourrait avoir des flacons ainsi gradués, ce qui serait plus net que les divisions en cuillerées actuellement en usage et qui sont le plus souvent d'une capacité inexacte.

Quant au médecin, il n'a plus qu'à diviser par 2, 3 ou 4 la dose totale de ou des principes actifs. pour se rendre compte de l'effet produit ou à produire par sa potion. Exemple :

POTION AVEC :

Antipyrine.	} ãã 2 gr.
Benzoate de soude.	} ãã 2 gr.
Sirop simple	30 gr.
Potion de Todd.	100 gr.

F. S. A. — A prendre en totalité par tiers, à 4, 5, et 6 heures de l'après-midi.

Cette simple modification dans ses habitudes de formuler rendra sa thérapeutique plus claire, par conséquent plus sûre à la fois et plus active. La surveillance et les soins du malade seront facilités pour l'entourage. Et tout le monde gagnera à voir se généraliser cette petite réforme.

Les insufflations d'air dans le traitement de péritonite tuberculeuse,

Par M. le Dr Lenoir.

M. Lenoir reprend dans sa thèse (Lille, 1895-96), les idées émises par M. Folet (voir *Mercredi médical*, 1894, p. 587) à propos de la guérison d'un cas de péritonite tuberculeuse par une insufflation d'air dans le péritoine.

On sait que M. Folet a pris comme point de départ les cas où la laparotomie, faite parfois après une erreur de diagnostic, a suffi à amener la guérison.

Dans les cas de *péritonite tuberculeuse avec ascite*, M. Lenoir indique la technique suivante : après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, on enfonce au niveau de la ligne qui joint l'épine iliaque à l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche, soit un trocart de petit calibre, soit une aiguille, et le liquide sera évacué doucement par le fait seul de la pression abdominale ou mieux à l'aide de l'appareil aspirateur de Potain. On retirera à peu près tout le liquide ascitique, et on procédera alors à l'insufflation d'air, laquelle peut se faire soit avec l'appareil de Potain, soit avec tout autre système, sans qu'il soit nécessaire de filtrer l'air refoulé.

Le ventre se gonfle alors et revient à son volume primitif. Le malade ne ressent aucune gêne sérieuse et l'opération se fait sans aucun incident. — Quand on a terminé, on retire le trocart ou l'aiguille et la petite plaie est occluse au collodion. Le météorisme artificiel disparaît peu à peu, l'air étant absorbé lentement par la séreuse, et jusqu'ici les suites de cette minime intervention ont été des plus simples. Le malade gardera le lit quelques semaines et sera soumis au traitement médical ordinaire. On peut assister, dans les premier jours qui suivent l'opération, à une légère réaction se traduisant par de l'élévation thermique et dont il n'y a point à s'inquiéter. En général, dès le premier mois, l'évolution vers la guérison est manifeste, et dans toutes les observations les malades ont pu être considérés comme guéris trois ou quatre mois après l'intervention.

Cette pratique ne présente aucun danger ; il y a donc lieu de l'employer, à la condition que l'épanchement ne soit pas purulent, dans tous les cas où la laparotomie est contre-indiquée, et spécialement dans ces cas si nombreux où le malade se refuse à toute intervention chirurgicale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MÉDICALE

Abcès et phlegmons post-typhoïdiques.

(Importance de l'examen minutieux des téguments des typhoïdiques pendant le déclin ou la convalescence de la maladie.)

Par M. le Dr Cathrin,

Médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

La fièvre typhoïde prédispose d'une façon manifeste aux suppurations et, comme le disait Trousseau, nulle part le caractère de la putridité des fièvres graves n'est plus marquée que dans cette infection.

Il n'est pour ainsi dire pas un point de l'organisme, pas un système de l'économie, qui ne puisse offrir d'exemple de ces suppurations. Actuellement ces accidents sont plus rares qu'autrefois, grâce au traitement par les bains froids, lesquels non seulement tonifient le système cutané mais encore entretiennent la peau dans un état de propreté qu'on ne saurait obtenir par les lavages fréquents, les enveloppements avec la peau de chamois, le caoutchouc, etc.

Longtemps, on a cru que le bacille d'Eberth était inapte à produire du pus, mais il a fallu revenir sur cette opinion et les observations de suppuration due au bacille de la fièvre typhoïde ne se comptent plus; en particulier, on connaît la fréquence des périostites éberthiennes et j'ai rapporté l'an dernier un cas de périostites multiples où le bacille d'Eberth était trouvé à l'état de culture pure (*Société médicale des hôpitaux*, 26 mars 9681).

Mais d'autres germes pyogènes peuvent encore causer des suppurations sous-cutanées, sous-aponévrotiques ou même musculaires, et le plus souvent, au déclin ou dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, on voit des abcès quelquefois très nombreux, des phlegmons se développer sans que néanmoins la moindre solution de continuité de la peau puisse être constatée, bien que l'opinion contraire ait été soutenue.

Le lieu d'élection de ces abcès ou phlegmons, dont Louis, Forget, Peakok, Murchison, Ogle, Fraentzel, Lereboullet, etc., ont rapporté des observations, siège d'ordinaire dans les points où il y a pression ou irritation, mais on peut les trouver en d'autres parties du corps, comme je le montrerai dans une de mes observations.

En outre, depuis quelques années, l'usage des injections hypodermiques s'étant généralisé, il faudra toujours songer à la possibilité d'abcès, de phlegmons, d'eschares provoqués par ces piqûres faites parfois au milieu de la nuit ou dans des circonstances telles que la hâte avec laquelle on pratique les injections empêche parfois de prendre toutes les précautions antiseptiques de rigueur.

La plupart du temps, le développement de ces suppurations consécutives à la fièvre typhoïde est insidieux et tout à la fois rapide. Cette insidiosité ne pourrait-elle s'expliquer par la stupeur non encore complètement dissipée chez le débutant dans la convalescence de la fièvre typhoïde, stupeur analgésiante qui laisse passer inaperçue la douleur de l'inflammation, même quand elle siège dans des parties d'ordinaire très sensibles, comme le périoste, les os?

Parfois aussi, comme dans une de mes observations, le malade craint que, signalant cette complication, il ne soit mis de nouveau à la diète et la voracité extrême de la plupart des convalescents de fièvre typhoïde est assez connue pour que je n'insiste pas.

L'insidiosité de ces abcès est telle que l'on a cherché des signes permettant le diagnostic, c'est ainsi que Cuffer signale l'œdème des pieds comme un indice de ces suppurations, mais selon le siège on comprend l'inconstance de ce symptôme qui ne sera révélateur que dans un nombre de cas restreints.

Il arrive souvent néanmoins que ces complications s'accompagnent de fièvre, et ce peut être là une cause d'erreur faisant croire à une rechute, d'où arrêt de l'alimentation, reprise des bains ou de la médication antérieure, inquiétudes de la famille, du médecin, etc.

Si l'examen de la peau n'est pas complet, quand le siège de l'abcès est insolite, on comprend facilement que l'erreur puisse se continuer et que les délabrements s'étendent et aggravent la situation.

A l'appui de ces brèves remarques, je citerai les deux observations suivantes :

Observation I. — Le nommé B... entre dans mon service le 11 août 1896, salle 26, lit n° 8, au 3e jour d'une fièvre typhoïde dont le décours fut grave, s'accompagnant d'adynamie profonde, de délire, de faiblesse cardiaque, qui nécessita à diverses reprises l'emploi d'injections hypodermiques de caféine. Traité par les bains froids à partir du 14, date à laquelle le séro-diagnostic donna la réaction de Gruber, ce malade prit du 14 au 25 août 49 bains. A la date du 25, la température, qui s'était jusqu'au 23, toujours maintenue entre 38° et 40°8, s'abaissa à 37°8 (24 au soir et 25 au matin); en même temps, l'état général s'améliorait, la langue se nettoyait, l'intelligence revenait et avec elle l'appétit, tout faisait donc croire un début de la convalescence; les bains sont diminués de nombre (3 seulement le 24), mais le 25 au soir le thermomètre monte de nouveau à 39°4 et ne redescend le lendemain qu'à 38°8 pour atteindre progressivement le 29 août 40°3. La question de rechute est agitée, néanmoins les phénomènes typhiques s'accentuent peu, la diarrhée ne revient pas, etc. Je pense à une complication,

j'examine le sacrum, les trochanters, la nuque, en aucun point je ne trouve d'eschare ou d'abcès.

Le 30 dans l'après-midi (40°2) voulant ausculter le malade, je le saisis par le bras gauche pour l'aider à s'asseoir; aussitôt B... retire son bras en arrière, manifestant une vive appréhension pour ce contact.

Je fais déshabiller le malade et constate au niveau de la partie antérieure du bras droit, un phlegmon assez étendu, résultant, nous dit alors le malade, qui avait tu l'incident pour manger plus tôt, d'une injection de caféine pratiquée vers le 20 ou le 21 par le médecin de garde. Le phlegmon est ouvert et dès le lendemain, la température descend pour arriver en quelques jours à la normale (4 septembre). En même temps, j'avais fait cesser les bains repris depuis le 26, bains dont j'avais fait élever le nombre jusqu'à 8 par 24 heures dans les journées du 28 et 29 août (39°5, 39, 40°, 40°3) tout en remarquant que, contrairement à ce qui avait eu lieu antérieurement, les bains semblaient peu influencer la marche de la température.

Le pus de ce phlegmon a donné des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus et, fait remarquable, non encore signalé, je crois, le sérum de ce pus glabrifiait les cultures de bacille typhique.

Observation II. — Le nommé M... entre à l'hôpital le 7 août, salle 26, lit 19, au 4° jour d'une fièvre typhoïde, qui, traitée par les bains froids, s'amende peu à peu à partir du 26. Le 2 septembre, la température descend à la normale, en même temps que l'état général s'améliore, etc. Cette fièvre typhoïde, qui avait été grave laissait le malade dans un état de maigreur squelettique. Aussi dès que je le crois prudent, je commence à alimenter M... qui, d'ailleurs, pendant toute sa maladie avait pris chaque jour 1 litre et 1 litre et demi de lait.

Le 3 septembre, le thermomètre indique une recrudescence de la température, sans que pourtant les symptômes s'aggravent notablement, J'examine la région sacrée, qui avait été un peu excoriée et avait nécessité l'emploi d'un siège en caoutchouc, j'explore les trochanters, en aucun point la pression n'est douloureuse, mais instruit par l'expérience de mon précédent malade, je fais mettre M... complètement nu et je trouve à la face antérieure de la cuisse, au voisinage de l'aine un point fluctuant que j'incise, et qui donne issue à une certaine quantité de pus. Il a fallu ultérieurement drainer cet abcès phlegmoneux qui n'a guéri que très lentement; mais la température qui, le 4 septembre s'était élevée à 39°6, redescend le 6, jour de l'incision, à 38°2 et le lendemain matin à 37°8. En même temps que disparaît la fièvre, M... reprend appétit et malgré ses ascensions thermiques vespérales, je puis le nourrir sans crainte d'accidents intestinaux.

Le pus donne des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus et glabrifie le bouillon ensemencé avec de l'Eberth.

Dans un 3° cas, chez le nommé B... entré le 10 août au 3° jour d'une fièvre typhoïde grave, la chute de la température et l'amélioration de l'état général se manifestaient au 24° jonr de la maladie après une chute par lysis ayant débuté le 20. Mais le 25 août la température remonte, je ne trouve aucune trace d'abcès ou de phlegmon et en effet 8 jours plus tard une nouvelle éruption de taches rosées démontre l'existence d'une rechute, qui devait se terminer d'une façon funeste le 11 septembre, après que le malade eut mangé en cachette des biscuits qui déterminèrent une péritonite avec perforation qui emporta le malade en 48 heures.

Conclusions. — Quand, au déclin d'une fièvre typhoïde ou au début de la convalescence, la température s'élève ou l'état général ne s'améliore pas, il faut songer à la possibilité d'un abcès ou d'un phlegmon et dès lors ne pas examiner seulement les lieux d'élection de ces abcès mais mettre le malade complètement nu et explorer minutieusement toutes les régions du corps.

On peut par ce simple examen trouver la pathogénie de la recrudescence morbide qu'on confondrait facilement avec une rechute sans cette précaution.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des affections aiguës du poumon par la balnéation chaude,

Par M. le Dr Verdy.

Dans une communication récente à l'Académie de médecine (voir *Gazette*, 1896, p. 293), M. Renaut (de Lyon) a opposé à la balnéation froide la balnéation chaude. Son élève M. Lemoine (de Lille) a insisté sur cette thérapeutique devant le Congrès de Nancy (voir *Gazette*, p. 824) et il a inspiré sur ce sujet la thèse de M. Verdy (Lille, 1895-96).

La température des bains doit osciller entre 36 et 38°. La baignoire doit être assez pleine, pour que l'enfant y soit plongé jusqu'au cou, de façon à intéresser toute la surface du tégument. Pour éviter la congestion de la face et du crâne, qui se produit facilement pendant un bain chaud, surtout chez les fébricitants, il faut placer sur la tête une serviette pliée, trempée dans de l'eau froide et refroidie à nouveau aussitôt qu'elle s'échauffe. C'est à l'oubli de cette précaution qu'il faut attribuer les symptômes encéphaliques que l'on observe quelquefois.

La durée du bain doit être environ 10 minutes, rarement plus. Si l'enfant est très faible, il faut attentivement surveiller son pouls et éviter une syncope. Dans ce but, on peut aussi lui faire prendre une cuillerée d'une boisson stimulante ou d'une potion de caféine, quelques instants avant de l'immerger. Quand le bain est terminé, on enveloppe l'enfant dans une couverture de laine, on le frotte rapidement et on le laisse reposer, ainsi enveloppé, dans son lit, pendant environ une demi-heure, après quoi on lui passe une chemise de flanelle jusqu'au moment du bain suivant.

Bains sinapisés. — Ils sont un adjuvant précieux lorsque l'état du malade inspire de vives inquiétudes; on donne alors un bain sinapisé le matin, quelquefois un second dans le courant de la journée, et les autres simplement chauds à 36 ou 38°.

Pour le préparer, on délaye 250 grammes de farine de moutarde dans de l'eau froide, au fond de la baignoire, et on ajoute ensuite l'eau chaude du bain.

On reproche à ces bains l'irritation pénible qu'ils provoquent sur les muqueuses nasale et oculaires du malade et des assistants; pour éviter cet inconvénient, il n'y a qu'à recouvrir la baignoire avec un drap qui ne livre passage qu'à la tête du malade.

Les bains chauds sont indiqués chaque fois que l'on constate, à l'auscultation, des lésions congestives au voisinage des bronches ou dans le parenchyme pulmonaire, mais il convient d'adapter la méthode à chaque cas particulier.

En voici le *modus faciendi* pour les bronchites, les broncho-pneumonies et les pneumonies. Règle générale, il faut mettre le malade au bain dès que sa maladie est constatée, car plus on est près de son début, plus on est sûr de l'enrayer vite.

Bronchites vulgaires. — Pour les cas simples, on peut se contenter de donner un bain le matin et un autre le soir, de 10 minutes de durée.

Si la bronchite est plus grave, on augmente le nombre des bains et on en donne un troisième dans le milieu de la journée, en reculant celui du soir aussi tard que possible, pour que son action sédative profite au petit malade et lui procure du sommeil pendant la nuit.

Bronchites capillaires, broncho-pneumonies. — A la période de début, trois bains suffisent généralement pour amener la guérison.

A la période d'état et en présence d'un état général grave, il ne faut pas hésiter à prescrire six bains en 24 heures, dont deux sinapisés, de 10 à 15 minutes de durée.

Si la médication procure un sommeil prolongé à l'enfant, on cesse les bains momentanément jusqu'au réveil. Si, au contraire, la rémission obtenue est très légère, on applique la méthode rigoureusement.

Broncho-pneumonies très graves. Pneumonies. — Dans ce cas, il faut donner les bains toutes les 3 heures, le jour et la nuit; c'est en somme la méthode de Brandt, à l'eau chaude, appliquée aux affections pulmonaires aiguës. De plus, il est indiqué ici de donner, dans le courant de la journée, 2 ou 3 bains sinapisés, qui ont la propriété d'agir rapidement et énergiquement.

Ce régime, suivi pendant plusieurs jours, occasionnera une grande fatigue au médecin et surtout à l'entourage, mais il sera toujours couronné de succès.

Effets du bain. — L'efficacité de la balnéation chaude est facile à constater.

Presque aussitôt le malade s'éveille, non pour pleurer et se débattre, mais pour reprendre contact avec l'extérieur; il reconnaît alors les personnes de son entourage, réclame des jouets et demande même à manger.

Après la sortie du bain, il ne tarde pas à s'endormir d'un sommeil tranquille. Pendant ce temps, la respiration est moins fréquente et moins saccadée; le pouls est plus lent et plus régulier; l'auscultation révèle la présence de gros râles.

Chez les adultes, la détente du système nerveux est la même, et l'expectoration est plus facile.

Par cette méthode, de 1888 à 1896, M. Lemoine a soigné 56 cas, dont la majeure partie (33) était constituée par des broncho-pneumonies, et n'a pas perdu un seul malade.

REVUE DES CONGRÈS

68e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Francfort-sur-le-Mein du 21 au 26 Septembre 1896.

Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

M. Schede (de Bonn) a constaté que la réduction forcée réussit non seulement chez de jeunes enfants qui n'ont pas marché, mais encore chez les enfants au-dessous de 15 ans. Par des tractions forcées exercées sur le membre raccourci, on distend peu à peu les parties molles rétractées et on parvient ainsi à abaisser la tête du fémur même dans les cas où le raccourcissement mesure 4, 10 et 11 centimètres. L'extension forcée est faite par M. Schede à l'aide d'un appareil spécial pourvu d'un dynamomètre. Quelquefois une seule séance d'extension suffit, comme chez une fille de 14 ans, très vigoureuse, que M. Schede présente et chez laquelle la luxation ne s'était pas reproduite depuis 4 mois. Chez elle le raccourcissement était de 7 centimètres.

Dans d'autres cas le déplacement du trochanter s'obtient plus difficilement. Dans ces cas, M. Schede pratique l'extension continue, avec des poids, pendant 8 à 15 jours et fait une tentative d'abaissement à l'aide de son appareil, sous le chloroforme. Ces alternatives d'extension continue et d'extension sous le chloroforme sont répétées à plusieurs reprises. Le résultat est ordinairement obtenu assez rapidement, en 7 semaines avec 5 tractions sous le chloroforme dans les cas les plus résistants. Lorsque l'abaissement réussit, le trochanter descend, et on favorise la la pénétration de la tête par une pression latérale vigoureuse. La tête disparaît alors et l'ensellure est corrigée.

Depuis 18 mois, M. Schede a traité par cette méthode 51 luxations unilatérales et 24 luxations bilatérales, soit en tout 99 luxations congénitales de la hanche. La méthode a complètement réussi dans 98 cas. Deux fois seulement il a fallu opérer.

33 luxations ont été réduites chez des enfants de 7 à 16 ans. Chez 36 le raccourcissement était de plus de 5 centimètres, chez 16 de plus de 7 centimètres, chez 4 il était de 8 centimètres, chez 1 de 9 centimètres, chez 2 de 10 centimètres, chez 1 de 11 centimètres.

Après la réduction il est indispensable, du moins au début, d'emprisonner le membre dans un appareil plâtré en abduction forcée. En cas de luxation unilatérale, les enfants ne gardent le lit avec cet appareil que si l'abduction est très forte. Autrement, ils peuvent se mettre à marcher au bout de quelques jours.

En cas de luxation bilatérale, qui doit toujours être réduite des deux côtés en même temps, les enfants ne peuvent naturellement pas marcher avec leurs membres en abduction. Mais au bout de 6 à 12 semaimes, les articulations deviennent assez solides pour que la marche, avec les membres mis parallèlement, ne présentent plus aucun danger.

Les dangers de l'extension forcée sont les contusions de la vulve, les déchirures de la peau au niveau des tendons des abducteurs, les déchirures musculaires, les paralysies du sciatique par hypertorsion. En graduant la force employée, qui au dynamomètre ne doit pas dépasser 60 à 70 kilogr., ces dangers peuvent être évités.

M. Lorenz (de Vienne) a jusqu'à présent obtenu la réduction non sanglante de la luxation dans 83 cas, avec des résultats on ne peut plus satisfaisants.

La méthode qu'il emploie consiste à obtenir, par n'importe quel procédé d'extension, l'abaissement de la tête jusqu'au niveau de la cavité cotyloïde rudimentaire. Ceci étant obtenu, on mobilise l'articulation dans le sens de l'abduction, jusqu'à ce que par une surextension des adducteurs on arrive à une abduction de 90° au moins. Après cette période préparatoire on procède à la réduction proprement dite, en fléchissant la cuisse à angle droit et en tirant en même temps sur son axe longitudinal; en mettant ensuite la cuisse en adduction forcée on perçoit la sensation que donne l'entrée de la tête dans la cavité articulaire. Au même moment la cuisse s'allonge et la tête apparaît dans l'aine entre la symphyse et l'épine iliaque antéro-supérieure. La méthode réussit même chez les enfants de 10 à 12 ans. Le traitement post-opératoire est de la plus haute importance.

M. Hoffa (de Wurzbourg) pense que le traitement doit toujours commencer par la réduction non sanglante qui, si elle réussit, donne des résultats excellents. Mais tel n'est pas toujours le cas, même chez les petits enfants, et en cas d'échec, l'intervention sanglante reste la seule ressources. Il présente à cette occasion 30 enfants qu'il a opérés d'une luxation uni ou bilatérale, et chez lesquels les résultats sont des plus satisfaisants.

Suture tendineuse.

M. Kümmel (de Hambourg). — Il s'agit d'un homme de 26 ans qui s'était coupé avec un morceau de verre le tendon du long extenseur du pouce droit. La suture primitive du tendon ayant échoué, on réunit, quelques semaines plus tard, les deux bouts du tendon coupé à l'aide de deux gros fils de soie.

L'opération eut un plein succès et les mouvements revinrent au bout de 15 jours. Le malade ayant succombé quelques semaines après à la rupture d'un anévrysme de l'aorte, l'examen histologique du tendon suturé montra que les deux bouts étaient réunis par une bride fibreuse très solide qui entourait les fils de soie.

Spasme de la glotte (1).

M. Lange (de Leipzig) a observé 25 fois le spasme de la glotte chez 127 rachitiques dont 86 avaient du crâniotabès. Sur ces 86 rachitiques avec crâniotabès, 68, soit 78,95 p. 100, n'avaient pas de spasme de la glotte. Il n'existait aucun rapport entre la gravité du crâniotabès et l'apparition du spasme de la glotte.

Quant à la tétanie, M. Lange ne l'a observée que 2 fois : une fois chez un enfant, 15 jours avant l'apparition de premiers symptômes de méningite tuberculeuse; l'autre cas était un cas de tétanie spontanée.

M. Rosenberg (de Vienne) a observé des phénomènes tétaniques (signe de Trousseau, phénomène du facial) chez des enfants non rachitiques, de 6 à 13 ans, au début des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde en particulier. Ces phénomènes ne persistaient que pendant 24 à 48 heures.

M. Abraham (de Francfort s/M) attire l'attention sur ce fait que la tétanie est très rare pendant l'été, quand les troubles digestifs, qu'on considère comme un facteur étiologique de premier ordre, sont particulièrement fréquents.

M. Biedert (de Hagenau) pense que la contradiction signalée par M. Abraham s'explique facilement lorsqu'on admet que ce sont les toxines formées en cas de troubles digestifs chroniques, qui déterminent par leur absorption l'apparition de la tétanie.

1. Discussion (voir *Gazette hebdom.*, n° 81, p. 965).

M. von Ranke (de Munich) a observé comme M. Fischl du laryngospasme chez des enfants qui ne présentaient aucun phénomène de tétanie.

M. Cohn (de Berlin) admet l'existence d'un rapport entre le rachitisme et la tétanie en ce sens que les modifications du système osseux et les manifestations nerveuses de la tétanie sont produites par une cause qui est la même.

M. Escherich (de Graz) considère la tétanie comme un complexus symptomatique qui peut survenir dans des conditions très différentes. Elle est particulièrement fréquente et survient sans cause connue chez des nourrissons de 1 à 2 ans; si la tétanie se présente sous une forme aiguë, elle s'accompagne de laryngospasme. Cette forme est cliniquement et probablement étiologiquement différente de la tétanie à marche chronique ou subaiguë. Dans cette dernière les symptômes d'intoxication sont moins constants, et on trouve toutes les formes de transition vers les autres névroses fonctionnelles.

Quant aux rapports entre le rachitisme et la tétanie, M. Escherich pense qu'il est impossible de se prononcer sur cette question tant qu'on ne sera fixé sur la nature du rachitisme. La valeur étiologique des troubles digestifs est aussi encore difficile à établir. On peut encore penser à l'hypertrophie du thymus, en tant que facteur de la tétanie si l'on envisage les phénomènes qui sont survenus dans un cas d'hyperthymisation publié par Svehla.

M. Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) a fréquemment observé la mort subite, le laryngospasme et la sténose trachéale en rapport avec l'hypertrophie du thymus.

M. Epstein (de Prague) pense que s'il est difficile d'élucider l'étiologie du laryngospasme, cela tient en grande partie à ce que le diagnostic de laryngospasme est porté dans des cas cliniquement et étiologiquement fort différents. Personnellement il est d'avis qu'à côté du rachitisme les troubles intestinaux jouent un grand rôle. En ville, on trouve souvent chez les petits malades une prédisposition nerveuse.

Un symptôme clinique sur lequel M. Ebstein attire l'attention, c'est que chez les enfants au-dessous de 2 ans on observe des contractions isolées des muscles de la cuisse.

M. Neumann (de Berlin) croit qu'il existe des rapports intimes entre le crâniotabès et la tétanie. D'un autre côté il a observé des cas où la tétanie relevait des troubles digestifs.

M. Lange rapporte un cas de mort subite chez un nourrisson de 3 mois chez lequel on trouva une hypertrophie du thymus avec trachée en sablier.

M. Biedert (de Hagenau) pense que le thymus hypertrophié peut amener la mort par compression de la trachée.

M. Escherich cite le cas publié récemment par Marfan qui trouva la trachée comprimée par un thymus hypertrophié.

Phénomènes de catalepsie chez les rachitiques.

M. Epstein (de Prague) a observé chez 8 enfants rachitiques de 18 mois à 3 ans 1/2 des phénomènes de catalepsie, qui se manifestaient par la persistance de la position qu'on donnait au membre : si par exemple on soulevait le membre inférieur, ce dernier restait dans la position élevée pendant assez longtemps, souvent pendant 15 à 20 minutes, dans un cas même pendant 40 minutes, pour retomber ensuite très lentement sur le lit. Si on modifiait la position du membre ou de ses segments, en les plaçant dans des positions très gênantes, l'immobilité était gardée pendant le temps indiqué plus haut.

Ce phénomène se produit d'une façon plus constante et plus accusée au membre inférieur qu'au membre supérieur. Il ne se manifeste pas de raideur clonique dans le membre en état cataleptique. L'excitabilité sensitive réflexe paraît diminuée. Les modifications de position obtenues par la faradisation des muscles persistent également pendant un temps assez long.

Tous ces enfants étaient au plus haut degré rachitiques et en puissance d'un rachitisme florido. On peut donc se demander si les phénomènes de catalepsie ne font pas partie du groupe de troubles nerveux (laryngospasme, tétanie, convulsions) qu'on observe dans le rachitisme et que certains attribuent au rachitisme crânien. Avec le petit nombre de cas qu'on possède, cette question ne peut encore être résolue.

A côté du rachitisme et d'une grande faiblesse, tous ces enfants présentaient une sorte d'arrêt du développement intellectuel et sans dépression psychique. Ils ne savaient pas parler ou parlaient trop mal pour leur âge. Ils étaient tranquilles, apathiques, psychiquement paresseux.

Chez les enfants de cet âge, il est indiqué d'éliminer les causes ordinaires de la catalepsie, à savoir les psychoses, l'hystérie, l'hypnose et les influences suggestives. La faiblesse générale, le développement intellectuel défectueux qu'ont présentés tous ces malades et l'existence antérieure, chez quelques-uns d'entre eux, d'une maladie aiguë (pneumonie) font penser aux états cataleptiformes qu'on observe chez les adultes après les affections graves, après la fièvre typhoïde (Bernheim). En tout cas, il s'agit là d'un trouble de l'activité psychomotrice. L'âge jeune semble jouer un certain rôle dans l'étiologie de ces troubles comme dans celle des troubles moteurs d'une autre nature.

64ᵉ RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

Tenue à Carlisle les 28, 29, 30 et 31 Juillet 1896.

SECTION DE MÉDECINE

Anémie.

M. Taylor. — On doit entendre par anémie la diminution de la quantité totale d'hémoglobine, soit parce que la masse du sang a diminué, la proportion d'hémoglobine et d'hématies étant du reste normale dans ce sang, soit parce que le nombre des hématies a diminué, bien que chacune renferme la proportion normale d'hémoglobine, soit enfin parce que le nombre des hématies et la quantité de sang étant normales, la proportion d'hémoglobine est insuffisante dans chaque hématie. Les formes les plus connues d'anémie primitive sont la chlorose et l'anémie progressive pernicieuse, la première très fréquente, la seconde très grave. Ces 2 formes présentent bien des différences : la chlorose attaque le sexe féminin à l'âge de la puberté et dans la 1ʳᵉ période de l'âge adulte; l'anémie pernicieuse apparaît à tous les âges, mais surtout dans l'âge moyen et l'âge avancé.

La chlorose donne un teint verdâtre; l'anémie donne un teint jaune citron. L'anémie pernicieuse s'accompagne d'hémorrhagie plus souvent que la chlorose et la première peut présenter des entravasations sanguines de la rétine qu'on a considérées comme caractéristiques. Les chlorotiques ont généralement une constipation opiniâtre; c'est plutôt la diarrhée qu'on observe dans l'anémie pernicieuse. Dans la chlorose on peut constater une très légère diminution du nombre des hématies, ou au contraire on peut voir tomber ce nombre de 70 à 60 p. 100 du chiffre normal; mais la proportion d'hémoglobine est toujours grandement diminuée. Dans l'anémie pernicieuse le nombre des hématies est plus diminué, mais chaque hématie contient une plus grande quantité d'hémoglobine. De plus les globules sont altérés dans leur forme et en outre ils subissent dans leur substance des changements qu'on regarde comme étant le résultat d'une nécrobiose. Enfin, on trouve des microcytes, des mégalocytes, hématies nucléées, des normoblastes, des mégaloblastes; ces 3 dernires formes sont des formes embryonnaires et indiquent des tentatives de régénération. Il y a une destruction rapide des globules ainsi que l'indiquent les formes altérées des hématies (poikilocytose), le dépôt abondant de fer qu'on trouve dans le foie et les reins et la coloration foncée des urines. Il y a donc un état exagéré d'hémolyse. Au contraire dans la chlorose il paraît y avoir une diminution de l'activité formative des globules; il y a une diminution dans l'hémogénèse. Dans l'anémie pernicieuse, la principale lésion, en dehors de l'anémie générale des tissus et de l'augmentation des dépôts de fer dans les viscères, consiste dans la dégénérescence graisseuse du cœur et une altération de la moelle des os longs, qui de jaune qu'elle était devient rouge et revient à un état embryonnaire.

On a fait bien des hypothèses sur l'origine de la chlorose; on a invoqué les troubles de menstruation, l'aménorrhée, l'atrésie congénitale de l'aorte, des désordres du côté de l'estomac (hyperchlorhydrie, gastroptose, ulcère stomacal et hémorrhagies), des

désordres de l'intestin (constipation habituelle conduisant à l'absorption de ptomaïnes ou autres substances toxiques), l'établissement de la puberté. Le trait saillant de la chlorose est son apparition chez la femme vers l'âge de la puberté et l'immunité à peu près complète des hommes. Cependant on en a signalé des cas chez quelques jeunes gens. Il en existe aussi quelques observations chez des femmes d'âge moyen (36, 40 et 42 ans). Pour Lloyd Jones, au moment de la puberté le poids spécifique du sang augmente dans le sexe masculin et diminue dans le sexe féminin ; mais d'autre part, à ce moment, chez la femme le poids spécifique du sérum augmente un peu, donc la diminution du poids spécifique total du sang est due à une diminution d'hémoglobine. La chlorose ne serait ainsi que l'exagération d'un phénomène naturel. Encore est-il qu'il resterait à savoir pourquoi se produit cette exagération. Stockman admet que la quantité de fer ingérée par les chlorotiques est insuffisante uniquement parce que ces malades absorbent peu de nourriture en raison de la dyspepsie qu'entraîne leur constipation. A ce manque de fer dans l'alimentation s'ajoute la profonde perturtation qu'apportent l'établissement de la puberté et dans certains cas les hémorrhagies utérines. On peut faire observer cependant que les gens pauvres, qui présentent des phénomènes d'inanition, sont atteints d'anémie, mais non pas de chlorose, malgré l'insuffisance de nourriture. Si la chlorose ne tenait qu'à un manque d'ingestion de fer, on pourrait admettre que l'ingestion médicamenteuse du fer suffit à faire disparaître ce trouble; or on sait que beaucoup admettent que le fer ainsi prescrit n'agit qu'en stimulant l'activité des organes hématopoiétiques.

L'anémie pernicieuse s'observe quelquefois à la suite de la grossesse, de la lactation, d'une hémorrhagie. La caractéristique de cette affection consiste dans la présence des poikilocytes, la grande diminution du nombre des hématies avec une forte proportion d'hémoglobine relativement forte dans ces globules. Ce qui, pour Limbeck, domine la situation, c'est la grande destruction des éléments sanguins. Pour Hunter, l'anémie pernicieuse est une maladie bien définie, dans laquelle le sang est détruit dans le système porte, d'où résulte l'excès de fer qu'on trouve dans le foie; les agents de cette destruction seraient des ptomaïnes produites par des microbes de l'intestin. Pour Stockman l'anémie pernicieuse n'est pas une maladie spécifique; elle résulte d'innombrables petites hémorrhagies se produisant dans les divers tissus, par suite d'une dégénérescence graisseuse des vaisseaux. Hale White a montré que dans beaucoup de cas d'anémie pernicieuse, il y a des troubles intestinaux.

L'anémie splénique est moins connue; j'en ai observé un cas il y a 4 ans, chez une fille de 13 ans, qui était malade depuis 4 ans; elle se plaignit d'abord d'une douleur paroxystique dans le côté gauche, douleur qui revenait de temps en temps; à la même époque on trouva une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Un an après cette fille devint pâle; elle n'eut ni hématémèse, ni hémoptysie, ni épistaxis. Quand je la vis, la rate descendait jusqu'à 3 centimètres de la crête iliaque et elle arrivait jusqu'au voisinage de l'ombilic. La malade était très maigre et très anémique.

Le nombre des hématies était de 2 700 000, mais il n'y avait ni augmentation de leucocytes, ni plasmodies de la maladia; pas d'hémorrhagies rétiniennes, pas de névrite optique. Plusieurs examens m'ont montré que constamment le pourcentage de l'hémoglobine était diminué par rapport à celui des hématies, ce qui réalise le type de la chlorose. J'ai observé cette malade pendant 2 mois, pendant lesquels elle a encore maigri et elle s'est affaiblie. A un certain moment elle présenta les signes d'un infarctus de la rate, de la douleur dans la région de l'hypochondre gauche, un frottement perceptible à la palpation et l'auscultation. Cette malade retourna chez elle où elle mourut au bout de 3 mois environ. Cette maladie, que certains auteurs français ont appelée splénomégalie primitive, commence insidieusement ou s'annonce quelquefois par des douleurs dues à la périsplénite; l'anémie ne tarde pas à apparaître; elle appartient au type chlorotique, la proportion des globules rouges étant moins diminuée que celle de l'hémoglobine. Il n'y a pas de leucocytose, d'après Brühl, il y a des microcytes, mais pas de poikilocytes; cependant Banti dit que quelquefois les globules rouges sont déformés, ovalaires ou fusiformes. La rate est volumineuse, elle peut s'étendre jusqu'à l'ombilic et à la crête iliaque. Le foie est normal ou peu hypertrophié. Les hémorrhagies à la surface des muqueuses sont moins fréquentes que dans la leucémie; l'épistaxis est la plus commune de ces hémorrhagies. Il y a quelquefois de la fièvre, mais légère, et elle n'est pas continue. Les troubles des systèmes circulatoire et respiratoire sont les mêmes que dans toutes les autres anémies graves. Au début les troubles du système digestif peuvent être peu marqués; plus tard surviennent des nausées, des vomissements, de la constipation ou quelquefois une diarrhée profuse. L'albuminurie est exceptionnelle. La marche est uniforme; l'amaigrissement et l'anémie augmentent et les malades meurent à la longue, la maladie ayant duré quelquefois 6 mois, plus souvent un ou deux ans et quelquefois 3 ou même 4 ans. La rate peut peser 5 ou 6 livres; elle présente une sorte de sclérose ayant amené une atrophie des corpuscules de Malpighi et un épaississement considérables de trabécules fibreuses. Williamson a en outre observé dans la pulpe splénique un grand nombre de cellules nucléées, dont chacune contenait de 6 à 10 globules rouges. Pour Banti, c'est une affection primitive de la rate.

Les modifications observées dans le sang ne sont pas dues à une abolition de la fonction de la rate, car l'ablation de cet organe chez l'homme aussi bien que chez les animaux n'agit pas notablement sur la santé ; de plus il est douteux que chez l'adulte, la rate ait un rôle hématopoiétique, rôle qu'elle possède chez le fœtus et l'enfant. Il n'est pas prouvé que la rate soit un lieu de destruction des globules rouges, car il n'y a pas d'augmentation de pigment. Peut-être y a-t-il une action chimique de la rate sur le sang: il y a en effet des différences entre le sang de l'artère splénique et celui de la veine. Banti incline à penser que cette anémie splénique est due à un agent toxique produit par la rate hypertrophiée. Mais qu'est-ce qui provoque cette hypertrophie de la rate? Banti pense qu'il s'agit là d'une forme splénique de la pseudo-leucémie ou maladie de Hodgkin.

On a noté dans des anémies et notamment dans des anémies pernicieuses des lésions médullaires ; mais on ne saurait dire si ces lésions sont la conséquence de l'anémie, ou si elles sont produites par la même cause que l'anémie.

Le fer est incontestablement le meilleur médicament à prescrire dans la chlorose. Les exercices peuvent quelquefois être utiles pour activer la digestion; mais le plus souvent ils sont nuisibles, et j'ai vu des cas dans lesquels depuis des années on employait presque sans succès le fer et les exercices arriver à une guérison permanente par le repos au lit pendant un, deux ou trois mois, suivant la gravité de la chlorose.

Le repos est également fort utile dans l'anémie pernicieuse; le fer n'agit à peu près pas; l'arsenic est au contraire utile. Une méthode récente consiste à donner aux malades de l'extrait de moelle osseuse. En 1894, Dixon Mann a sommairement rapporté des cas d'anémie qu'il a traités par cette méthode : ses malades étaient un hémophiliques, 2 filles anémiques et un anémique à la suite d'une hématémèse abondante. En même temps, Fraser essayait la moelle des os dans un cas d'anémie pernicieuse. M. Barrs a aussi eu de bons résultats avec cette méthode; mais elle a aussi donné des insuccès. Actuellement on peut dire qu'on en est encore à la période des essais. Tous les remèdes précédents et surtout l'arsenic doivent être employés dans l'anémie splénique; j'ai obtenu une légère amélioration dans un cas en employant les inhalations d'oxygène. La splénectomie peut amener une amélioration notable.

Pathologie du goître exophthalmique.

M. Murray. — Les signes cardinaux de cette affection étant le goître, l'exophthalmie, la tachycardie, les troubles nerveux et les lésions cutanées, on a incriminé tantôt le système nerveux, tantôt la glande thyroïde, tantôt le cœur. Aujourd'hui on s'accorde généralement à reconnaître que les symptômes cardiaques sont purement secondaires. Quant aux symptômes nerveux, rien ne prouve qu'ils résultent d'une lésion primitive du système nerveux; ils peuvent être la conséquence d'une action toxique s'exerçant sur ce système ou d'un trouble de nutrition. Dans beaucoup de cas du reste, on ne trouve aucune lésion des organes nerveux. Certains auteurs ont incliminé le grand sympathique, en raison des caractères des troubles nerveux et aussi parce qu'en excitant le sympathique on peut provoquer une

légère exophthalmie. Mais on n'a pas pu trouver de lésion caractéristique de ce nerf. Il paraîtrait plus rationnel d'admettre que le goître exophthalmique est dû à une lésion primitive de la moelle. Filehne a vu que la section du quart antérieur de la substance grise des corps restiformes est suivie d'exophthalmie. Dans certaines de ses expériences il se produisit, outre l'exophthalmie, de l'hypertrophie thyroïdienne et dans un cas de la tachycardie. Bienfait a fait une section transversale de la substance grise des 2 corps restiformes chez le lapin : il constata une altération du rhythme cardiaque et un tremblement fin et régulier; il y eut de l'exophthalmie dans plus d'un tiers des cas et dans plus d'un quart il y eut une hyperhémie de la glande thyroïde. Mannheim a vu un goître exophthalmique apparaître peu de jours après une hémorrhagie bulbaire, puis diminuer à mesure que le caillot était résorbé. Dans certains cas de maladie de Graves on a trouvé des lésions médullaires : on a vu des hémorrhagies à la surface du plancher du 4e ventricule (Brühl, Lasvènes). On a signalé aussi de nombreuses petites hémorrhagies de la moelle; mais il n'est pas sûr qu'elles aient une signification pathologique, car il n'est pas rare de les rencontrer dans des cas où il n'y a eu aucun symptôme de goître exophthalmique. Mendel a trouvé une atrophie du corps reptiforme gauche et du faisceau solitaire droit. Müller, Möbius n'ont, au contraire, rencontré aucune lésion de la moelle. Au contraire le corps thyroïde présente toujours des lésions : la glande normale se compose de follicules clos de différents volumes, tapissés par des cellules épithéliales cubiques et entourées par un tissu connectif qui contient des espaces lymphatiques et des vaisseaux sanguins. La partie centrale de chaque alvéole est remplie d'une substande colloïde sécrétée par les cellules épithéliales. Cette sécrétion passe dans les espaces lymphatiques soit par suite d'une rupture de la paroi de l'alvéole, soit par de minuscules canaux qui passent entre les cellules épithéliales. De là ce produit gagne les vaisseaux lymphatiques et enfin les vaisseaux sanguins. Dans le myxœdème il y a une sclérose marquée de la glande; on ne trouve plus que quelques alvéoles et encore leurs cellules épithéliales ont subi une dégénérescence avancée ou même ont disparu. Tout le reste est occupé par un tissu fibreux dense et par des masses de cellules rondes; en un mot c'est une glande à peu près privée de ses fonctions. D'autre part on a cherché quels changements se produisent dans le corps thyroïde quand il s'y produit une augmentation de l'activité de sécrétion : pour cela on pratiqua chez un singe une thyroïdectomie partielle. 14 mois après ce singe mourut de tuberculose : on trouva un petit reste de la glande thyroïde, qui s'était hypertrophié : on constata la formation de nouveaux alvéoles, don quelques-uns remplis de cellules épithéliales; la paroi de certains alvéoles s'était plissée de façon à augmenter la surface épithéliale. Enfin l'épithélium cubique s'était transformé en un épithélium cylindrique. J'ai examiné au microscope un lobe de glande thyroïde provenant d'un de mes malades, opéré par M. Pages. J'y ai trouvé une grande augmentation du tissu sécréteur; le nombre des alvéoles était augmenté et par places ces alvéoles étaient remplis de cellules épithéliales sans qu'il y eût d'espace central rempli de matière colloïde; de plus les cellules épithéliales n'étaient plus cubiques, mais était devenues cylindriques. Il y a moins de substance colloïde que dans l'état normal. On voit donc que ce corps thyroïde ressemble beaucoup à la portion glandulaire examinée chez le singe, où elle avait subi une hypertrophie compensatrice. On peut donc dire que dans le goître exophthalmique le corps thyroïde est dans un état de suractivité qui joint à son hypertrophie, fait que la quantité de sa sécrétion qui est absorbée est bien supérieure à ce qu'elle est à l'état normal. Il est probable aussi que cette sécrétion est altérée dans sa qualité. Les lésions du corps thyroïde sont inverses de celles qu'on constate dans le myxœdème, et il en est de même des symptômes de ces deux maladies. Le fait est encore prouvé par les myxœdémateux qui prennent par erreur de trop fortes doses d'extrait thyroïdien : dans ces cas on voit survenir de la tachycardie, de l'accélération de la respiration, de l'exophthalmie, un état brillant des yeux, du tremblement, de l'hyperthermie, de l'insomnie, de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie et une paraplégie partielle. D'autre part on sait que dans le goître exophthalmique des améliorations se produisent à la suite d'opérations qui diminuent l'activité de la glande, soit en la privant d'un lobe, soit par ligature de quelques-unes de ses artères nourricières. J'ai vu survenir la guérison dans un cas à la suite d'injections iodées qui ont amené une sclérose progressive amenant la disparition des fonctions de la glande, les symptômes du myxœdème ont succédé à ceux du goître exophthalmique. Dans ces cas les symptômes de la maladie de Graves disparaissent d'abord complètement et ce n'est que plus tard que se montre le myxœdème, de façon qu'à un moment donné la sclérose progressive a atteint un degré qui était véritablement curateur de l'affection; puis la sclérose progressant encore, le myxœdème en est résulté. En somme je dirai que dans le goître exophthalmique il y a formation et absorption excessives de la sécrétion thyroïdienne, cette sécrétion étant du reste normale ou anormale au point de vue de sa composition; ces symptômes de la maladie sont dus à la présence d'un excès de cette sécrétion dans le sang et à son action sur les tissus et principalement sur les centres nerveux médullaires. De cette conception découle le traitement : l'intervention opératoire a rendu des services; mais elle peut être dangereuse; peut-être que des injections iodées ou l'électrolyse pourront provoquer une sclérose limitée susceptible d'amener la guérison.

M. Horsley admet que dans le goître exophthalmique il y a une perversion de la sécrétion thyroïdienne.

M. Edmunds. — Dans un corps thyroïde provenant d'un sujet atteint de maladie de Graves, on constate une augmentation de volume des vésicules; ces vésicules, plus volumineuses, sont allongées, ramifiées et non globulaires, la membrane qui les tapisse se plisse; les cellules, de cubiques qu'elles étaient, sont devenues cylindriques. La sécrétion est moins colloïde et plus mucilagineuse ; elle ne se colore pas d'une façon aussi intense qu'à l'état normal. Ce sont les mêmes lésions que celles qu'on observe chez les animaux dans les cas d'hypertrophie compensatrice; c'est que dans la maladie de Graves il s'agit aussi d'une hypertrophie compensatrice, les changements survenus dans la glande thyroïde n'étant point primitifs. C'est là un argument contre la théorie d'après laquelle cette affection est due à une hypersécrétion du suc normal de la glande thyroïde, car s'il en était ainsi on ne voit pas pourquoi il se produirait une hypertrophie compensatrice. Il est sans doute bien naturel de penser que, de même que le myxœdème est dû à une diminution d'activité du corps thyroïde, de même la maladie de Graves est due à un excès d'activité. Mais on peut faire des objections à cette théorie.

Tout d'abord s'il est vrai qu'il y a un contraste net entre les symptômes de la maladie de Graves et ceux du myxœdème dans leurs formes chroniques, il n'en est plus de même dans les formes aiguës (comme on peut le constater chez les chiens) et dans ce cas les 2 affections se ressemblent. Dans les deux il y a du tremblement et des attaques de dyspnée. De plus la théorie qui admet l'hypersécrétion n'explique pas l'exophtalmie; l'injection sous-cutanée de fortes doses d'extrait thyroïdien chez des singes n'amène pas l'exophthalmie et cependant on peut facilement produire ce symptôme chez eux par les injections de cocaïne. En outre, la théorie n'explique pas comment il se fait que dans beaucoup de cas il y a de l'exophthalmie d'un côté ou surtout d'un côté et que précisement l'hypertrophie thyroïdienne est plus marquée de ce côté. Le myxœdème survenant à la suite de la maladie de Graves paraît confirmer la théorie de l'hypersécrétion; mais il faudrait pour cela qu'il y eût entre les 2 affections un intervalle de santé parfaite, tandis que les 2 maladies paraissent coïncider. On a souvent essayé de traiter la maladie de Graves par l'extrait thyroïdien; or si on n'en obtient guère de bénéfice, en revanche on ne voit pas ce traitement aggraver les désordres aussi nettement qu'on serait en droit de s'y attendre si la maladie était due à un excès de sécrétion. Il est probable que dans la maladie de Graves la sécrétion du corps thyroïde est altérée dans sa qualité. Outre le corps thyroïde, le thymus est aussi hypertrophié et il contient un grand nombre de leucocytes; les corps concentriques de Hassel paraissent augmenter de volume et en état d'activité; enfin çà et là on trouve de nombreux corpuscules éosinophiles. La pathogénie de l'affection peut être en partie nerveuse et en partie humorale. Il est possible que la lésion primitive réside dans un trouble de la nutrition.

M. Hutchinson. — La substance colloïde du corps thyroïde est son seul élément actif : la thyroïdine de Baumann est un produit artificiel tiré de cette substance colloïde et n'en représente qu'une partie de la substance active. Je n'ai jamais pu trouver dans le corps thyroïde la substance alcaloïde dont a parlé Fraenkel. Si la maladie de Graves était due à une hypersécrétion, il devrait y avoir une augmentation de la substance colloïde ; or jamais cette augmentation n'a été signalée, et d'autre part rien ne prouve que chez ces malades la résorption de cette substance soit plus active qu'à l'état normal. Quant aux altérations dans la qualité de la sécrétion, il est actuellement impossible de dire si elles existent, d'après les recherches chimiques seules. La seule méthode consiste à étudier les effets physiologiques des différents produits de glandes provenant de sujets atteints de goître exophthalmique : c'est ce que j'ai fait. Je me suis procuré un volumineux corps thyroïde, pesant 85 grammes et enlevé par un chirurgien chez un sujet atteint de goître exophthalmique. Par des manipulations spéciales, j'ai pu en retirer les divers produits. Je les ai injectés à 2 femmes de moins de 25 ans, qui subissaient un traitement thyroïdien, l'une pour une affection de la peau, l'autre pour obésité. L'extrait protéique (contenant les matières extractives et tous les alcaloïdes qui pourraient y être renfermés) fut absolument inactif, même à des doses qui correspondaient à l'administration de 14 grammes de glande fraîche par jour. J'ai ensuite agi avec la substance colloïde ; à des doses de 3 gr. 1/2 à 4 gr. 1/2 chaque jour, elle produisit une diminution du poids avec une légère élévation de température et de l'accélération du pouls. Ces symptômes n'étaient pas plus marqués que ceux qu'avaient produits, chez les mêmes malades, des doses équivalents de corps thyroïde de mouton. Il n'y eut pas de palpitation, pas d'exophthalmie, pas de changements du côté du corps thyroïde. Chez un chien, auquel on avait préalablement enlevé le corps thyroïde, on injecta de plus fortes doses de substance colloïde. Il y eut une légère accélération du pouls ; mais ce fut tout. Ces expériences sont contraires à la théorie d'après laquelle, dans la maladie de Graves, il y aurait une modification dans la quantité de la sécrétion. On a tort d'opposer, comme on le fait, les symptômes du myxœdème à ceux du goître exophthalmique ; on trouvera le même contraste entre une affection quelconque caractérisée par une accélération de la nutrition, comme la maladie de Graves, et une affection quelconque caractérisée par un ralentissement de la nutrition, comme le myxœdème. Je suis enclin à considérer le goître exophthalmique comme consistant essentiellement en un trouble spécifique survenu dans la nutrition des tissus et dû probablement à une altération fonctionnelle du système nerveux central ; quant à la relation qui existe entre l'hypertrophie thyroïdienne et ces troubles elle est encore indéterminée, mais elle ne doit pas être regardée comme une relation de cause à effet.

Venin des serpents.

M. Fraser. — L'administration, par injections sous-cutanées, de doses graduellement croissantes de venin de serpent, peut amener une protection telle que l'animal ainsi immunisé pourra supporter une dose de venin de cobra suffisante pour tuer 50 animaux de la même espèce et du même poids immunisés. Le sérum sanguin des animaux ainsi immunisés possède de puissantes qualités préservatrices ; le sang de de serpent possède aussi ces qualités, mais à un moindre degré. De plus, le sérum des animaux immunisés possède aussi des qualités préservatrices, mais beaucoup plus faibles, contre le venin d'autres serpents que celui contre lequel les animaux ont été immunisés. Ce sérum peut protéger efficacement non seulement quand on l'administre en injections sous-cutanées, mais encore quand il est pris par le tube digestif. Enfin, le venin lui-même, pris par le tube digestif, peut vacciner contre des doses de venin injectées sous la peau et qui, sans cette précaution préalable, eussent été mortelles. Pour mesurer la valeur de cette méthode thérapeutique, on se base d'ordinaire sur la dose d'antitoxine nécessaire pour empêcher la mort qu'aurait produite la dose mortelle minima de toxine, ces 2 substances étant mélangées avant leur introduction dans l'organisme. Mais on arrive ainsi à exagérer la valeur de l'antitoxine. Quand on mélange *in vitro* du venin et de l'antitoxine et qu'on injecte ensuite ce mélange sous la peau d'un lapin, un peu plus de la, la dose mortelle minima de venin peut être neutralisée par 0,0004 centim. cube d'antitoxine par kilogramme d'animal, 1 fois 1/2 la dose mortelle minima de venin par 0,25 centim. cube d'antitoxine par kilogramme d'animal, 2 fois la dose mortelle minima de venin par 0,35 centim. cube d'antitoxine par kilogramme, 3 fois la dose mortelle minima par 0,65 centim. cube d'antitoxine par kilogramme, 4 fois la dose mortelle minima par 1,2 centim. cube d'antitoxine par kilogramme, 5 fois la dose mortelle minima par 1,5 centim. cube d'antitoxine par kilogramme, 8 fois la dose mortelle minima par 2,5 centim. cubes d'antitoxine par kilogramme, 10 fois la dose mortelle minima par 3,4 centim. cubes d'antitoxine par kilogramme. Mais ces chiffres donnent peu d'indications au point de vue des doses d'antitoxine à injecter pour empêcher la mort quand les conditions ne sont pas les mêmes que celles de l'expérience. Si, par exemple, tout en injectant encore les 2 substances en même temps, on les fait pénétrer, sans les avoir préalablement mélangées, par 2 points différents de l'organisme, on voit qu'il faut 3,5 centim. cubes d'antitoxine par kilogramme pour empêcher 1 fois 1/2 la dose mortelle minima de venin de produire son effet. Si on injecte l'antitoxine 1/2 heure après l'injection de la dose mortelle minima de venin, on trouve que, pour agir, la dose d'antitoxine doit être de 0,65 centim. cube par kilogramme d'animal, c'est-à-dire une dose 1 600 fois supérieure à celle qui est nécessaire, quand les 2 substances sont mélangées avant l'injection. Ces différences permettent de croire qu'il ne s'agit pas dans cette neutralisation d'une action physiologique, mais bien d'une réaction chimique entre les 2 substances. Il me semble que l'administration de doses croissantes de venin amène l'accumulation dans le sang d'une antitoxine qui finit par y être en quantité suffisante pour prévenir la mort ou même pour empêcher l'apparition de tout symptôme d'empoisonnement. Cette substance peut être extraite du sang. Cette substance provient au moins en partie du venin lui-même et elle est un des éléments constituants normaux du sang.

Ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique.

M. Westmacott. — J'ai vu un jeune homme qui présentait cette affection et qui mourut en septembre 1895, avec des phénomènes d'asthénie et de dégénérescence amyloïde généralisée. Il y avait d'anciennes lésions tuberculeuses dans le rachis, les poumons, la capsule surrénale droite ; il y avait un vieux foyer tuberculeux guéri dans le tibia droit. Le crâne était sclérosé, dépourvu de diploé, rugueux à l'intérieur. Les os des membres étaient recouverts d'une couche osseuse sous-périostique rugueuse et poreuse ; le tissu compact était sclérosé et les cavités médullaires étaient envahies par des néoformations osseuses. Les os du carpe, du métacarpe et des phalanges présentaient des dépôts sous-périostiques et des érosions cartilagineuses. Les articulations de l'épaule et de la hanche renfermaient un excès de synovie, les synoviales ne présentaient pas de lésions nettes. Les cartilages étaient érodés surtout sur leurs bords. Les érosions des têtes humérales et fémorales étaient symétriques. En somme, il y avait une ostéo-périostite symétrique et presque générale des os des membres, avec des érosions trophiques des cartilages articulaires. Le foie, la rate, avaient subi la dégénérescence amyloïde ; la capsule surrénale droite était plus grosse que la gauche, dure et elle était le siège de lésions tuberculeuses. La lésion primitive et essentielle de l'ostéo-arthropathie hypertrophique pulmonaire est évidemment une ostéo-périostite chronique très étendue, portant finalement sur tous ou presque tous les os, mais débutant par ceux des extrémités et toujours plus marquée vers la partie distale des membres. Les diaphyses sont plus malades que les épiphyses. Les lésions articulaires sont secondaires. La cause de cette inflammation osseuse est obscure. Marie l'attribue à une décomposition des sécrétions dans les bronches dilatées ou du pus dans les collections pleurales, d'où résulterait une absorption de toxines qui auraient une action élective sur les os et les articulations. Il compare cette affection au pseudo-rhumatisme de

Bouchard et à l'intoxication goutteuse. En 1893, j'ai suggéré qu'il s'agissait d'une tuberculose à forme atténuée.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEUROLOGIE

22e Réunion annuelle tenue à Philadelphie les 3, 4 et 5 juin 1896.

Fonctions du neurone.

M. Dercum. — Je me suis demandé si le neurone n'était pas un élément morphologique absolument fixe et s'il ne possédait pas, peut-être d'une manière très limitée, une certaine faculté de mouvement. Cependant Ramon Cajal est opposé à cette théorie; mais il affirme que les cellules de la névroglie possèdent une grande motilité. Il dit, par exemple, que les cellules de la névroglie de l'écorce sont tantôt étoilées et tantôt allongées. Leurs prolongements ont de nombreuses ramifications courtes, arborescentes. On peut y observer deux phases : un état de contraction dans lequel le corps cellulaire augmente pendant que les prolongements se raccourcissent et que leurs branches secondaires disparaissent, et un état de relâchement pendant lequel les prolongements des cellules de la névroglie s'allongent de nouveau. Pour Ramon Cajal les prolongements des cellules de la névroglie ne sont pas conducteurs et forment des isolants; pendant les périodes de relâchement, ces prolongements pénètrent entre les arborisations des cellules nerveuses et leurs prolongements protoplasmiques et rendent ainsi difficile ou impossible le passage des courants nerveux. Dans la période de rétraction, les prolongements des cellules nerveuses peuvent arriver au contact. La théorie du neurone permet d'expliquer une paralysie hystérique. Les neurones d'une certaine région de l'écorce rétractent les branches terminales du névraxe à un tel point que ces branches ne sont plus suffisamment en contact avec les neurones de la moelle qui innervent les muscles paralysés. Si le mouvement revient brusquement dans le membre paralysé, cela tient uniquement à ce que les branches terminales du névraxe cortical se distendent de nouveau de façon à entrer de nouveau en relation avec les neurones de la moelle. Cette théorie du neurone peut expliquer de même l'hypnotisme.

Encéphalite hémorrhagique non suppurée.

M. Putnam. — C'est Oppenheim (de Berlin) qui a surtout étudié cette affection. Les principaux groupes de symptômes sont les suivants : 1° ceux qu'a décrits Wernicke comme dus au ramollissement hémorrhagique principalement confiné au voisinage du 3e ventricule; 2° ceux qu'ont décrits Strümpell et d'autres comme accompagnant des lésions plus diffuses des hémisphères; 3° il est possible que l'hémiplégie des enfants soit due à une lésion semblable envahissant l'écorce, comme Strümpell l'a soutenu précédemment; certaines lésions spinales aiguës peuvent appartenir à la même catégorie. Oppenheim a publié de nombreuses observations qui prouvent que, quelque grave que soient les symptômes de cette maladie, l'issue peut en être heureuse. J'ai observé un jeune garçon qui, deux mois après avoir eu les oreillons, a subitement été pris de paralysie des mouvements des 2 yeux et des paupières, de surdité, de coma, de dysphagie, d'hémiparésie droite et de double névrite optique. Au bout de 3 mois il était guéri, à l'exception d'un peu de diplopie et d'un peu de diminution de l'acuité visuelle et auditive qui persistaient encore. De plus, depuis cette attaque l'enfant resta sujet à de courtes crises épileptiformes, qui deviennent de plus en plus rare. En 1892, j'ai observé un autre cas de cette affection, dans lequel outre des symptômes cérébraux graves et de la névrite optique, il y eut pendant un certain temps de la surdité. Les cas rapportés par Oppenheim se rapportent, comme les miens, surtout à des enfants.

M. Gray. — Tous les cas que j'ai observés se sont terminés par la mort; le diagnostic est toujours difficile et on est souvent tenté de prendre cette affection pour une méningite.

M. Collins. — J'ai observé un cas d'encéphalite hémorrhagique, avec autopsie, qui correspondait à la description d'Oppenheim. A l'autopsie on trouva une anciene leptoméningite, une encéphalite hémorrhagique et une pachyméningite hémorrhagique; c'est le seul cas dans lequel on avait trouvé ces 3 lésions réunies.

M. Sachs. — J'ai observé 4 cas de cette maladie. Dans un cas on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une méningite, car il y avait un peu de raideur du cou; le coma n'était pas complet.

Tumeur du thalamus.

M. Channing. — Une femme ayant eu jusqu'au printemps de 1895 de l'asthme et de la fièvre des foins, évita cette année l'attaque ordinaire grâce à un traitement que lui indiqua un spécialiste. Pendant le mois d'octobre elle devint un peu extravagante et le 29 novembre 1895 elle entrait à l'hôpital se plaignant de céphalée et d'insomnie. On diagnostiqua une manie aiguë de forme bénigne. Depuis sa mort ses amis ont dit qu'elle avait un peu de faiblesse du bras gauche. La malade était très gaie; elle avait des hallucinations du goût et de l'odorat. Elle ne pouvait se tenir debout en raison d'une faiblesse de la jambe gauche; le bras gauche était aussi le siège de parésie. La céphalée était peu intense, il y avait quelques nausées. Les pupilles étaient égales et réagissaient à la lumière; les yeux ne suivaient pas le doigt. Pas d'examen à l'ophthalmoscope; réflexes patellaires un peu exagérés des 2 côtés. La malade se remuait continuellement dans son lit, lançant son bras droit sur sa tête.

Au bout d'une semaine, elle tomba dans un état de stupeur dont on la tirait difficilement. Le bras gauche, la jambe gauche et plus tard la jambe droite se paralysèrent complètement; les 2 jambes se placèrent dans l'extension extrême; la mâchoire, la langue se paralysèrent: la respiration devint irrégulière et la malade mourut. A l'autopsie on trouva une tumeur dépassant en arrière le bord postérieur du thalamus et arrivant en avant au niveau de la jonction du noyau caudé et du thalamus; cette tumeur paraissait avoir envahi tout le thalamus. C'était un gliome vasculaire.

Le traitement antisyphilitique peut-il empêcher l'apparition des maladies du système nerveux qu'on considère comme d'origine syphilitique.

M. Collins. — Certaines maladies nerveuses sont si fréquemment consécutives à la syphilis qu'on les regarde à bon droit comme étant d'origine syphilitique. Ce sont le tabès, la paralysie générale, la paralysie spinale syphilitique, certains exsudats tels que la thrombose cérébrale. Les exsudats et les dégénérescences dues à la syphilis apparaissent surtout à la fin de la 3e et au commencement de la 4e décade de la vie. L'administration prolongée des remèdes antiseptiques à haute dose pendant la période d'activité du virus ne paraît pas avancer cette époque d'apparition. Ce traitement suffisamment prolongé et assez actif paraît empêcher le développement de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. Cela est vrai des lésions de dégénérescence, bien que le traitement puisse avoir quelque effet pour empêcher l'apparition des exsudats tels que la syphilis de la moelle, les affections des vaisseaux sanguins, etc. Les cas de tabès et de paralysie générale avec antécédents de syphilis et dans lesquels le traitement a été incomplet et insuffisant ne sont pas plus sujets aux apparitions précoces ou aux manifestations graves de ces deux maladies que chez ceux qui ont eu un traitement complet. Enfin il faut savoir que le traitement antisyphilitique manque souvent son but et que fréquemment la syphilis est une maladie incurable.

M. Sachs. — Dans la grande majorité des cas le traitement de la syphilis n'empêche pas le développement du tabès ou de la paralysie générale. Les cas de syphilis nerveuse de la grande gravité sont ceux qui n'ont pas été traités. J'ai vu un malade qui devint paralytique général un an après l'infection initiale.

M. Knapp. — En général il y a d'autant moins de troubles nerveux que les symptômes cutanés sont plus marqués.

M. Osler. — Mon expérience est en désaccord avec celle de M. Collins. A mon avis, le plus grand nombre nombre de cas de maladies nerveuses graves surviennent chez des syphilitiques qui ont été mal soignés ou ne l'ont pas été. Un traitement anti-

syphilitique établi de bonne heure, poussé à fond et systématiquement fait empêche l'apparition des dégénérescences du système nerveux.

Atrophie musculaire progressive.

M. Diller. — Il y a 3 ans, j'ai soigné un malade chez lequel l'apparition subite d'une paralysie suivie d'atrophie et d'absence de phénomènes sensitifs m'a conduit à diagnostiquer une poliomyélite des adultes. Ce fut une ophthalmoplégie qui débuta; au bout de deux ans le malade vint me voir; l'atrophie et la paralysie musculaire avaient beaucoup augmenté. Le biceps, le triceps, les groupes des muscles scapulaires et cubitaux étaient envahis et les petits mouvements des doigts étaient compromis; le mouvement de supination avait disparu. Le malade ne pouvait plus s'habiller ou se déshabiller seul. L'excitabilité galvanique et faradique des muscles paralysés étaient notablement diminuée. Il me semble qu'il s'agit là d'un cas d'atrophie musculaire progressive, car pendant 2 ans la progression des phénomènes a été le facteur le plus marqué de l'affection. L'ophthalmoplégie est un symptôme rare de l'atrophie musculaire progressive. La strychnine a arrêté bien nettement les progrès de l'affection.

M. Browning. — Depuis 7 ou 8 ans j'observe une lésion que je n'ai rencontrée que dans l'atrophie musculaire progressive d'origine spinale, ou dans les cas compliqués d'une atrophie évidemment due à une lésion chronique des cornes antérieures. Je ne l'ai pas rencontrée dans les autres atrophies comme celles de la paralysie infantile, des névrites, de la pseudo-hypertrophie. Cette lésion peut être utile pour distinguer les formes d'atrophie progressive dues à une lésion périphéritique de celles qui sont dues à une lésion centrale. La lésion en question consiste en une légère dépression aréolaire, souvent ovale, quelquefois irrégulièrement circulaire, et siégeant au niveau de la base des poils.

En général la dépression est un peu plus pâle que la peau environnante et ressemble un peu à une petite cicatrice. On n'observe pas cette lésion au niveau des cheveux, mais seulement sur les régions où porte l'atrophie musculaire notamment au niveau de la jambe et de la cuisse et moins fréquemment au niveau des membres supérieurs. Tous les malades porteurs de cette lésion que j'ai observés avaient dépassé la période moyenne de la vie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 6 et 13 Octobre 1896.

Puériculture et protection.

M. Lédé. — Pour assurer la protection de l'enfant et de la nourrice, il y a lieu de limiter à 5 mois l'âge du lait de la femme qui veut élever chez elle.

Ces nourrices devront être surveillées soigneusement et on ne devra tolérer que les placements effectués après délivrance de certificats médicaux.

Les enfants devront ne recevoir que du lait jusqu'à l'apparition des incisives.

Après l'apparition de ces dents on pourra tolérer l'adjonction d'une petite quantité de lait stérilisé. On pourra y ajouter une bouillie de farine lors de la deuxième période dentaire.

Ce n'est qu'après l'éruption des dents canines qu'on pourra tenter le sevrage et commencer à nourrir les enfants avec des œufs et du potage.

Alcoolisme de l'enfant.

M. Lancereaux a recueilli 2 observations d'alcoolisme chez l'enfant. C'est d'abord celle d'une fille de 14 ans qui commença dès l'âge de 3 ans à boire du vin avec excès. A l'âge de 12 ans, son ventre se mit à augmenter et quand elle entra à l'hôpital elle avait manifestement une cirrhose alcoolique. En outre, sa croissance était très défectueuse.

Dans un autre cas, il s'agit d'une fille, de 14 ans également, dont la cirrhose alcoolique avait pour origine des excès de vin depuis l'âge de 2 ans. Elle eut en outre une paralysie des extenseurs des membres inférieurs, due à une intoxication par les essences, sa mère lui ayant fait prendre depuis l'âge de 6 ans de l'essence de menthe, pour faire mieux digérer le vin, devenu indigeste. Ici encore, la croissance est telle que l'enfant, haute de 0m,97 semble avoir 5 ou 6 ans.

M. Lancereaux, avant de conclure en faveur du lait comme boisson exclusive chez l'enfant, insiste sur l'arrêt de croissance subi par les enfants. Il l'attribue aux lésions viscérales dues à l'alcool, en particulier à celle du foie et de la rate, capables d'aboutir, dans le paludisme, à un arrêt de développement analogue. En tout cas, et quel que soit le mécanisme intime, son interne, M. Paulesco a montré, par des expériences sur le jeune lapin, que les essences de menthe et d'absinthe ont sur le développement des animaux une action néfaste.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 2 et 9 Octobre 1896.

Rupture du foie.

M. Vanverts rapporte 2 cas de rupture du foie.

Dans le premier, où la mort par hémorrhagie survint 1 h. 1/2 après l'accident, l'autopsie montra que le lobe gauche était presque complètement détaché du lobe droit du foie. Dans le second cas, où les lésions étaient moins profondes, la mort survint par hémorrhagie, 24 heures après l'accident.

Streptococcie généralisée.

M. Ch. Lévi communique l'observation d'un enfant de 3 semaines, chez lequel à la suite des injections de sérum de Marmorek, faites pour un érysipèle des fesses, il se développa au niveau des piqûres des abcès contenant des streptocoques. Il y eut ensuite une nouvelle poussée érysipélateuse à laquelle l'enfant succomba après avoir reçu de nouvelles injections.

A l'autopsie, on trouva des streptocoques dans tous les viscères, foie, rate, reins, etc. Les exsudats sous-arachnoïdiens très épais contenant également de nombreux streptocoques.

Abcès du cerveau.

MM. Keim et **Dartigues** communiquent l'observation d'un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région sus-hyoïdienne gauche. La balle a traversé le plancher buccal et déterminé un autre orifice sous le pilier gauche du voile du palais. Comme troubles, le malade ne présentait à ce moment que de la difficulté dans la mastication et la déglutition, suivie au bout de 3 jours de signes de méningo-encéphalite qui disparurent assez rapidement si bien que le malade sortit paraissant guéri. Il revint quelque temps après, avec des vomissements, tomba dans le coma presque aussitôt et mourut.

L'autopsie montre un abcès du cerveau du volume du poing, comprenant tout le lobe temporo-sphénoïdal gauche, à contenu verdâtre, et présentant deux orifices sous-jacents aux méninges. En soulevant le cerveau, on constata une vaste nappe purulente englobant le cervelet, le bulbe et la partie supérieure de la moelle. A la base du crâne se trouvait le siège de l'orifice d'entrée de la balle, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, au niveau de la grande aile gauche du sphénoïde, en dehors de la selle turcique et du sinus caverneux, en avant des trous ovale et grand rond. Le cathétérisme du trajet permit de retrouver la balle presque immédiatement au-dessous de la base du crâne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 Octobre 1896.

M. le président annonce la mort de MM. Desprès, Desgranges (de Lyon) et Nicaise, et, M. Nicaise ayant été président de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 Octobre 1896.

Recherches sur les propriétés agglutinative et bactéricide du sérum des convalescents de fièvre typhoïde.

MM. Widal et **Sicard** ont étudié la réaction agglutinante chez les convalescents de fièvre typhoïde. Ils ont pu examiner le sérum de 16 malades apyrétiques : 2, depuis 19 jours; 3, depuis 21 jours; 3, depuis 24 jours, 2, depuis 28 jours; 2, depuis 34 jours; 1, depuis 37 jours; 1, depuis 39 jours; 1, depuis 42 jours, et 1, enfin, depuis 6 mois. Le sang de la plupart de ces malades a été examiné à plusieurs reprises au cours de la convalescence.

Chez 2 de ces malades seulement, ils ont pu assister à la disparition complète du phénomène; l'un était au 18e, l'autre au 24e jour de la défervescence. Dans ces 2 cas, il s'agissait de formes légères, ayant évolué l'une en 21 jours, l'autre en moins de 3 septénaires.

Chez beaucoup de convalescents, 15 à 30 jours après le début de la défervescence, le phénomène commence à s'atténuer. Parfois, cependant, il semble pouvoir persister longtemps avec toute son intensité.

Chez certains convalescents, lorsque la propriété agglutinative s'atténue, il faut, pour déceler le phénomène, ajouter 2 et même 3 gouttes de sérum à 10 gouttes de culture. La proportion de 2 p. 10 peut être employée en toute sécurité dans la pratique du sérodiagnostic.

Si l'on ensemence le bacille d'Eberth sur un mélange contenant des parties égales de bouillon et de sérum de convalescents de fièvre typhoïde, la culture se développe avec la plus grande peine ou même parfois le milieu reste stérile. Le sérum semble, en ce cas, doué d'une propriété bactéricide. Cette propriété ne paraît pourtant pas propre au sérum des convalescents ni même à celui des typhiques. En effet dans 4 cas sur 10, les sérums d'individus n'ayant jamais été sous l'influence de l'infection typhique, se sont montrés bactéricides; dans les 6 autres cas, ils ont laissé végéter le bacille laissé à leur contact pendant 24 heures.

Les tubes ensemencés avec les sérums de 12 convalescents restèrent stériles 5 fois sur 12; 7 fois les tubes de bouillon, après 24 heures d'étuve, furent troublés par une culture de bacille d'Eberth. Des résultats tout aussi disparates ont été obtenus lorsque l'on ensemençait les sérums plusieurs jours et même plusieurs semaines après les avoir mélangés avec le bacille d'Eberth.

Ces faits montrent que, si on laisse le sérum agir sur les bacilles pendant 24 heures, on voit une action bactéricide s'exercer indifféremment tantôt avec le sérum des typhiques, tantôt avec le sérum d'individus indemnes. On ne peut, dans les conditions indiquées, tirer aucune loi de cette action bactéricide et aucun renseignement au point de vue pratique qui nous occupe.

En résumé, l'étude du sérum des convalescents de fièvre typhoïde prouve une fois de plus que le phénomène d'agglutination n'est pas une réaction d'immunité, mais bien une réaction d'infection. Il apparaît au cours de l'infection, et s'atténue souvent au cours de la convalescence, c'est-à-dire à l'époque où l'immunité est le plus solide. Sous l'influence de l'infection, nos humeurs et nos tissus subissent des modifications multiples. L'analyse expérimentale a déjà permis d'en saisir quelques-unes qui semblent marcher de pair, parce qu'elles dérivent de la même cause; mais, plus on poursuit l'étude des propriétés soit immunisantes, soit bactéricides, soit agglutinatives, plus il semble que, dans un même sérum, elles jouissent entre elles d'une indépendance relative.

M. Achard a constaté dans un cas que le sérum qui avait perdu le pouvoir agglutinant au 10e jour de la défervescence, ne présentait pas de différence, sous le rapport du pouvoir immunisant, avec le sérum des typhiques à la période d'état.

M. Catrin a eu l'occasion de pratiquer le séro-diagnostic chez 40 typhiques, et toujours il a obtenu par cette méthode des résultats positifs.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

1er Semestre 1896.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MOSCOU

Erythèmes.

M. Filatoff pense que les érythèmes se produisent chez les enfants, sous l'influence des causes les plus diverses, pouvant être divisées en deux grandes catégories : 1° causes externes (sudation, irritation de la peau par des pommades) ; 2° causes internes (médicaments, idiosyncrasie par rapport à de certaines substances digestives, différents troubles du canal intestinal).

Dans un certain nombre de cas l'érythème est produit par la pénétration, dans l'économie, d'un virus spécial, encore inconnu ; on a alors à faire à ce qu'on appelle le rash. Le diagnostic de cette éruption ne présente pas de difficultés, dans la grande majorité des cas. Il est, au contraire, très difficile, même impossible, de distinguer le rash scarlatiniforme simple de l'éruption scarlatineuse vraie.

Alcoolisme chez les enfants.

M. Gariatchkine a cité plusieurs cas comme exemples de l'abus de l'alcool chez les enfants.

Dans un cas, il s'agit d'une fille de cinq ans à laquelle ses parents donnaient de l'alcool (cognac, malaga, etc.) quand elle n'avait pas encore un an. Actuellement, elle prend tous les jours deux petits verres à liqueur de vin très fort et une cuillerée à café de cognac. Elle boit du vin avec plaisir et devient très animée après, fait d'autant plus à noter que d'habitude l'enfant est apathique. L'appétit est toujours mauvais et n'est excité que par des boissons alcooliques. L'enfant est pâle, dort mal, a des sueurs nocturnes; le foie et la rate sont augmentés de volume.

Le second cas n'est pas moins caractéristique. Il s'agit d'un garçon de 12 ans entré à l'hôpital pour des nausées, vomissements, de la diarrhée, du tremblement dans les bras et les jambes. L'enfant est apprenti et, pour faire plaisir aux ouvriers avec lesquels il travaille il est obligé de boire du vin et de la bière avec les ouvriers de l'atelier. Le malade a déclaré qu'il lui était impossible de ne pas boire, et que le refus lui attirait des coups.

Pour se rendre compte de l'extension de l'alcoolisme M. Goriaschkine a interrogé à ce sujet les parents qui lui amenaient leurs enfants malades. Sur 1 671 enfants atteints d'affections différentes, 506 prenaient des alcools. Dans 273 cas, l'alcool était donné pendant un laps de temps assez considérable.

Quant à la prescription des alcools en clinique, M. Goriatschkine ne l'admet que dans les affections aigües, et ici encore il ne faut recourir à l'alcool que dans les cas de nécessité absolue et le suspendre dès que les phénomènes de faiblesse cardiaque auront disparu.

INDEX THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Eisberg. *Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales; processus tuberculeux et sa curabilité.* N° 516. (Ollier-Henry.)

M. Bès (Elie). *Contribution à l'étude des kystes synoviaux des doigts d'origine rhumatismale.* N° 530. (H. Jouve.)

M. Léméré (Armand-Jules). *Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical chez le nouveau-né.* N° 584. (Ollier-Henry.)

M. Picou (Raymond). *De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte.* N° 571. (G. Steinheil.)

M. Masson (E.). *Étude historique, clinique et thérapeutique de la dyspnée toxique.* N° 497. (H. Jouve.)

Mlle E. de Przedniewicz. *Infection et symétrie.* N° 355. (H. Jouve.)

M. Peyrichou (Julien). *Étude sur les hygromas des bourses séreuses de la face antérieure du genou.* N° 591. (Ollier-Henry.)

M. Raingeard. *Des manifestations cutanées de l'actinomycose.* N° 413. (Soc. d'éd. scient.).

M. Forestier (Louis). *De la gangrène par artério-sclérose et de son traitement.* N° 577. (H. Jouve.)

M. Ricordeau (P.). *Contribution à l'étude des délires septiques.* N° 596. (A. Maloine.)

M. Boudaut (Alphonse). *Le tétanos et la sérumthérapie.* N° 477.

Il résulte des recherches de M. Eisberg que les tuberculoses chirurgicales se développent dans les mêmes conditions que les tuberculoses viscérales et particulièrement la tuberculose pulmonaire; elles ne sont ni plus localisées et ni plus bénignes que cette dernière. Le bacille de Koch trouve le même terrain, aussi bien dans les tuberculoses chirurgicales que dans la tuberculose pulmonaire. La curabilité des tuberculoses chirurgicales n'est pas une propriété innée, elle est due à la facilité et à la possibilité d'une intervention directe sur les foyers; c'est une distinction basée sur la physiologie et les fonctions de chaque organe. La nature du processus tuberculeux et de ses tendances et le mécanisme de la guérison nous échappe et toute explication à cet égard actuellement est impossible.

De l'étude de M. Bès et de l'exposé des observations qu'il y joint, on peut conclure à l'origine articulaire des kystes synoviaux de la face dorsale des doigts. D'autres causes sans doute peuvent en provoquer la formation, mais, dans certains cas, c'est à la diathèse rhumatismale qu'il faut attribuer la plus plus grande part d'influence sur leur développement.

L'hémorrhagie ombilicale est une affection à laquelle on peut avec M. Léméré décrire une forme bénigne (obstacle mécanique à la respiration) et une forme grave (état dyscrasique). Dans certains cas, l'hémorrhagie se reproduit chez les divers enfants d'une même famille, l'affection prend parfois le type familial. Au point de vue du pronostic, les cas résultant de troubles mécaniques de la circulation peuvent être graves si l'obstacle est constitué par une anomalie congénitale. Ils sont souvent mortels.

Il faut s'attendre à rencontrer la rate, chez l'adulte, entre le bord inférieur de la 11e côte, quelquefois même plus bas, et le bord supérieur de la 8e, comme l'avait vu Hewson. Ces limites, très étendues en apparence, le sont beaucoup moins en réalité si l'on tient compte de l'obliquité des organes (côtes et rate). L'axe de la rate ordinairement confondu avec le hile est la partie la plus fixe; on le trouve généralement dans le 9e espace, d'après les recherches de M. Picou. L'axe de la rate est généralement beaucoup moins oblique que celui de la 9e côte, et ainsi se trouve confirmée l'opinion des vieux cliniciens qui ont regardé cet organe comme ayant une direction presque horizontale. Sous l'influence de la distension des organes voisins, la direction de la rate peut se modifier. Pendant la réplétion de l'estomac, elle se porte en bas et en avant comme l'avait vu Richet, mais en devenant plus oblique, comme l'avait vu Leichtenstern. Pendant la réplétion du côlon, elle remonte vers le centre phrénique, presque parallèlement à elle-même. Pendant la distension seule des poumons, elle tend à devenir horizontale par abaissement de son extrémité postérieure et élévation moindre de l'extrémité antérieure. Ce dernier cas est le seul où l'extrémité postérieure présente des mouvements plus étendus que l'antérieure. Généralement les deux extrémités se meuvent en sens inverse, et l'extrémité postérieure se déplace moins que l'extrémité opposée.

A M. le Dr Huchard revient l'honneur d'avoir le premier décrit la dyspnée toxique ou ptomaïnique, et d'avoir institué pour ce symptôme clinique une vraie médication rationnelle. Il existe réellement des variétés dans cette classe des dyspnées toxiques, variétés que M. Masson résume ainsi :

a) dyspnées mécaniques cardio-digestives, cardio-rénales; *b*) dyspnées nerveuses, dues à l'altération, due au spasme des vaisseaux.

Il n'y a pas lieu de distraire la dyspnée urémique des dyspnées toxiques, et il faut reconnaître comme origine de ces dyspnées, d'une part l'urine, d'autre part les ptomaïnes. Le régime lacté exclusif est le seul traitement avec lequel on puisse combattre d'une manière efficace la dyspnée toxique ou ptomaïnique.

En terminant son travail, Mlle Przedniewicz arrive aux conclusions que voici : Dans la plupart des maladies infectieuses, on peut rencontrer des lésions symétriques. Cette symétrie peut dépendre et de la bilatéralité et du rôle des organes pairs, qui appellent le processus infectieux de par leurs fonctions (l'élimination dans les néphrites infectieuses). Cette symétrie peut dépendre de l'effet des agents pathogènes sur le système nerveux, plus spécialement sur les vaso-moteurs, sur les centres. On sait l'action du névraxe dans la production des éruptions cutanées symétriques, et le défaut de cette symétrie lorsque l'affection n'intéresse qu'une moitié de cet appareil (l'infection chez les hémiplégiques). Toutefois, on le voit, si ces processus microbiens réalisent cette symétrie, c'est, comme l'a toujours proclamé la clinique, à l'aide de cet appareil nerveux.

En terminant son travail, M. Peyrichou les résume dans les remarques suivantes qui sont ses conclusions. A. Il existe 5 bourses séreuses dans la région antérieure du genou; 2 sont profondes, 3 superficielles. 1° Profondes : bourses sous-quadricipitales, bourses sous-rotuliennes. 2° Superficielles : bourse prétibiale, bourse prérotulienne, bourse de Padieu (angle supéro-externe de la rotule).

B. Les hygromas peuvent atteindre ces diverses bourses séreuses et doivent être divisés : *a*. Quant à leur évolution, en *aigus* et *chroniques*. Aigus : hématiques, séreux, purulents; chroniques : simples, tuberculeux. *b*. Quant à leur siège, en superficiel et profonds, les premiers étant plus fréquents que les seconds. Les hygromas de la bourse prétibiale semblent plus fréquents que ceux de la bourse prérotulienne; et l'influence professionnelle joue un rôle important dans leur production. Les formes aiguës non suppurées sont justiciables du traitement par la compression. Les formes chroniques peuvent être traitées dans certains cas par la ponction suivie d'injections modificatrices ou par l'extirpation. L'incision large convient aux formes suppurées. L'hygroma tuberculeux demande l'extirpation totale des parties atteintes.

D'après une observation personnelle longuement rapportée, M. Raingeard décrit à l'actinomycose cutanée 3 formes principales :

I. — La forme non ulcérée, qui comprend : 1° Les formes cutanées proprement dites, vésiculeuses et érythémateuses, ces dernières divisées elles-mêmes en érythémateuses proprement dites et en maculeuses. 2° Les formes sous-cutanées lipomateuses et indurées. 3° La forme cellulo-cutanée.

II. — Les formes ulcérées, qui sont superficielles ou profondes; les ulcérations profondes peuvent l'être primitivement ou secondairement.

III. — Les formes associées, variables à l'infini et dont les principales sont : la forme Derville-Monestié, la forme anthracoïde et la forme gommeuse.

Les formes non ulcérées sont primitives : elles se présentent sous l'aspect de lésions qui, lorsqu'elles altèrent la surface cutanée, ont des caractères qui les feront reconnaitre. Ces formes guérissent rapidement avec l'iodure de sodium ou de potassium.

Les formes ulcérées sont reconnaissables, parce qu'elles contiennent des grains d'actinomycose : le microscope est le plus souvent indispensable pour les déceler. Ces formes sont secondaires : elles ne sont pas simples, car au champignon, s'ajoutent des germes nombreux, et ces infections secondaires donnent aux lésions une marche spéciale. Elles résistent assez longtemps à l'iodure, et présentent parfois une période d'aggravation apparente.

Les formes associées tiennent des deux premières : la présence de fistules, et partant, de milieux microbiens rend précaire l'existence des formes non ulcérées. Ces formes associées sont les plus fréquentes.

L'actinomycose progresse de 3 façons : par envahissement progressif des tissus, par embolies vasculaires sanguines et lymphatiques. L'envahissement progressif des tissus et l'embolie lymphatique sont les voies que semble préférer l'actinomycose cutanée.

L'actinomycose cutanée est une affection essentiellement curable : les iodures en sont les médicaments de choix. Les iodures non seulement servent de moyens curateurs, mais ils peuvent aussi aider à établir le diagnostic. Ils paraissent devoir être employés seuls dans les formes non ulcérées et dans les formes ulcérées, il semble qu'en y ajoutant l'effet d'un grattage sérieux, on réduirait de beaucoup la durée de la maladie.

La gangrène, complication de l'artério-sclérose est, pour M. Forestier, une affection nettement caractérisée ayant une anatomie pathologique et des symptômes qui lui sont propres. La gangrène par endartérite oblitérante ou par rétrécissement généralisé des artères est une variété très voisine de la forme précédente.

Le traitement de choix dans les 2 cas est l'amputation secondaire faite dans les tissus sains au-dessus de la zone suspecte. Dans les cas où pour une raison quelconque, l'intervention chirurgicale ne sera pas pratiquée, on cherchera à obtenir la momification du membre, par des pansements secs et occlusifs. Si l'élément douloureux domine, la névrotomie sera d'un précieux secours.

Le délire, dit délire nerveux, par Dupuytren, traumatique par d'autres auteurs, et que M. Ricordeau décrit sous le nom de délire septique, est bien un délire spécial et ne doit pas être confondu avec le delirium tremens. Le diagnostic entre ces deux affections pour être délicat n'en est pas moins possible. Il peut revêtir deux formes tout à fait distinctes au point de vue clinique : 1° délire bruyant avec excitation furieuse; 2° délire calme et tranquille avec dépression. Ces deux formes peuvent d'ailleurs se succéder chez le même individu. Les traits caractéristiques de ces délires quelle qu'en soit la forme sont : 1° les erreurs de nom, de lieux et de choses; 2° les hallucinations de la vue; 3° les idées professionnelles; 4° les idées de persécution. Il ressemble beaucoup dans sa forme dépressive et calme au délire sénile.

Le pronostic doit être réservé, bien que la terminaison habituelle soit la guérison.

Plusieurs influences pathogéniques sont possibles. Il faut d'abord, dans tous les cas, penser à la prédisposition nerveuse aux réactions délirantes, due soit à une prédisposition ancienne, héréditaire ou acquise (alcoolisme, etc.), soit à l'état d'excitation ou de dépression du système nerveux par influence morale momentanée. On peut incriminer l'athérome du cerveau : l'ébranlement nerveux; l'infection, ou plutôt l'intoxication par les produits de sécrétion des agents infectieux, ou la résorption des produits de décomposition des éléments anatomiques; l'alcoolisme; les maladies des reins, du foie et du cœur.

Chacune de ces causes peut être mise en avant, mais aucune n'est démontrée à l'exclusion des autres et il faut sans doute accorder une certaine part, plus ou moins large suivant les cas, à plusieurs d'entre elles.

Avec son maître Bazy, M. Boudaut pense que les sujets porteurs de plaies susceptibles d'engendrer le tétanos devront toujours être soumis à des injections de sérum antitoxique. C'est un sérum très innocent; aussi, ne faudra-t-il pas craindre d'en user. Son emploi sera particulièrement adopté dans les zones tétanifères. On pourrait peut-être, s'autorisant du fait que le tétanos ne s'est jamais montré lorsque le sérum a été appliqué préventivement, le considérer comme le spécifique préventif de la maladie. Comme curateur, le sérum a toujours été sans effet. Les particularités signalées parfois dans l'évolution du mal ne sauraient lui être attribuées exclusivement, puisque dans ces cas il était toujours associé au chloral.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Gauthier (Jean). *Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension.* N° 1201.

M. Foley (Henri). *Recherches sur la valeur comparative de quelques agents de désinfection (sublimé, aldéhyde formique, acide chlorhydrique).* N° 1152.

Le traitement de l'ataxie par la suspension n'est pas de date très ancienne. La technique en est simple; mais, pour éviter certains accidents, la suspension doit être faite par les médecins eux-mêmes ou en leur présence, ou bien encore par des personnes compétentes.

La suspension, pratiquée par séances quotidiennes d'une minute ou deux, a donné à M. Gauthier d'excellents résultats dans les diverses formes de l'ataxie locomotrice.

La suspension agit sur la plupart des symptômes; seuls les réflexes rotuliens et signes pupillaires n'ont pas été améliorés.

Si l'on n'a pas obtenu de résultats après 20 ou 30 séances, il ne faut pas cesser le traitement, mais, au contraire, persévérer, car on peut voir les améliorations et la guérsson ne se manifester qu'après un traitement prolongé. Les accidents sont rares et de peu d'importance; ils peuvent être évités si l'on tient compte des contre-indications.

Le mode d'action n'est pas entièrement élucidé. Ce traitement cependent agirait, soit en apportant des modifications dans la circulation de la moelle, soit aussi en diminuant la compression des tubes nerveux, par la rupture de brides méningitiques qui le comprimaient, ou en favorisant la résorption d'exsudats. Les causes psychiques sont accessoires et ne peuvent expliquer la guérison de certains symptômes.

Il résulte des recherches de M. Foley que l'antiseptique presque universellement adopté aujourd'hui dans la désinfection des appartements, le sublimé sous forme de pulvérisations liquides, est loin de remplir toujours ces conditions rigoureuses. Il a constaté que le spray de *sublimé* ne détruit la totalité des germes des poussières que sur les surfaces lisses, peintes ou vernies, et encore avec des précautions toutes spéciales. Sur les parois inégales ou absorbantes (papiers, murs nus, etc.), il ne détruit que les 2/3 environ des germes; sur les planchers enfin, où ses effets sont le plus incomplets, les 3/4 à peu près des bactéries échappent à son action. On ne saurait donc considérer son emploi que comme une pratique d'attente, qu'on abandonnera le jour où l'on se trouvera en possession d'un agent capable d'anéantir partout et toujours tous les germes qui coexistent dans un appartement infecté.

Les antiseptiques gazeux paraissent être plus aptes à réaliser cette désinfection idéale.

L'*aldéhyde formique*, à l'état de vapeurs dégagées par des appareils spéciaux, permettra sans doute d'obtenir ces résultats absolus, dès qu'on pourra produire ce gaz en quantité très abondante, en un temps limité, à l'aide d'appareils puissants.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.

Résumé du rapport qui sera lu au *Congrès français de chirurgie*,

Par le Dr E. Forgue (de Montpellier).

Le chapitre thérapeutique des pieds bots est un de ceux où se sont montrées, avec le plus de netteté, les tendances de la chirurgie moderne, basant ses plus sûres indications sur une anatomie et une pathogénie exactes, sachant utiliser méthodiquement et porter à leur plus complet effet les moyens conservateurs, mais d'autre part, grâce à l'asepsie, à la précision des règles opératoires et à la connaissance des résultats éloignés, n'hésitant pas à supprimer à ciel ouvert toutes les résistances fibreuses et à tailler largement, jusqu'à correction totale, dans le squelette du pied atteint de déformations irréductibles.

Toute l'évolution actuelle de la question tient en ce triple progrès. L'étude anatomique qui lui sert de fondement indispensable a montré que les déplacements osseux se produisent d'abord, les déformations ensuite. C'est un ensemble de subluxations, auxquelles il était logique d'appliquer les principes de la réduction, soit par le redressement manuel, soit avec le secours des machines. Dès 1860, Delore a établi, par son exemple, ses publications et celles de ses élèves, l'innocuité et l'efficacité du massage forcé en France. Delore a fait école, et chez les Allemands un mouvement intéressant s'est récemment accusé en faveur de cette thérapeutique conservatrice.

Par contre, dans les cas graves et invétérés, dans les formes irréductibles, la médecine opératoire a pris ici, grâce à l'antisepsie, un champ d'action large et sûr. Elle a abandonné à peu près les procédés sous-cutanés : seul le tendon d'Achille se sectionne encore souvent sous la peau, mais pour les autres tendons, et pour les résistances musculaires ou fibreuses de la plante, leur incision aseptique est devenue la règle. L'ablation de la presque totalité des os du tarse peut se faire avec des suites d'une absolue simplicité, donner un redressement parfait et rapide, garder au pied ses qualités de résistance, lui conserver une forme satisfaisante et, grâce à la promptitude de la réparation, permettre des mouvements hâtifs nécessaires au bon rétablissement de la fonction.

Une règle est dominante, et la majorité des chirurgiens paraît s'y être ralliée : c'est la précocité du traitement, 3 semaines, 1 mois après la naissance.

L'enfant ne subit ainsi aucun retard dans ses premiers essais de marche : la plante aura repris à ce moment ses appuis normaux et la longue période de convalescence se sera achevée avant que l'enfant ne mette pied à terre.

A ce point fondamental de thérapeutique se rattache une question de pathogénie et d'anatomie. Le squelette du pied bot est-il frappé, dès la vie intra-utérine, d'une malformation initiale, causale, ou simplement placé en une position vicieuse, source de déformations secondaires? Dans la première hypothèse, la réduction manuelle est exposée à rencontrer, même chez le nouveau-né, des difficultés insurmontables, d'où l'indication de tarsectomies précoces. Dans le second cas, au contraire, il devient possible de rectifier des os qui ne sont point d'emblée altérés en leur forme.

C'est sur le tarse postérieur, sur l'astragale surtout, que se concentre l'intérêt de cette question. Or, il est démontré aujourd'hui que les déformations squelettiques sont la conséquence et non la cause de la déviation. Il est cependant un trait caractéristique des déformations de l'astragale dans le varus équin qui mérite discussion : c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col, par rapport au corps de l'os.

Mais s'agit-il là vraiment d'une modification anatomique congénitale assez constante, assez accentuée pour créer de bonne heure des obstacles à la réduction? Chez le fœtus à terme, comme l'a montré Parker, l'astragale présente à l'état normal un col oblique sur le corps et cette fameuse torsion du col astragalien ne dépasse point, en général, le type normal d'une quantité considérable, excepté dans quelques cas où elle s'accentue manifestement et qui vraisemblablement répondent à ceux, bien connus des cliniciens, chez lesquels, à égalité d'âge, parfois même à égalité de déviation apparente, la réduction se heurte à des résistances très difficiles à surmonter; cette mauvaise configuration originelle du massif tarsien, de l'astragale surtout, est l'exception. Et toujours il faut faire des réserves sur les erreurs possibles de sa mesure.

Donc chez le nouveau-né, chez le jeune enfant, les déformations squelettiques sont généralement corrigibles. Elles ne sont pas primitives, mais la loi de toutes les déformations ostéo-articulaires est ici applicable : aux points de pression, les cartilages s'aplatissent, se défigurent par appui mutuel et cessent de croître; aux points décomprimés, ils poussent librement ou même avec exubérance. Devancer ces déformations, c'est évidemment la première conclusion thérapeutique qui s'en déduit; la rupture des résistances siégeant dans les parties molles sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce.

Une deuxième indication s'en dégage : *réduire est bien, maintenir est plus important encore*. Il faut, après la période de correction, le traitement de convalescence. Sans doute, si l'on considère les délais de l'ossification du pied, il semble qu'on ait du temps devant soi pour obtenir ce résultat. Thorens nous dit que l'ossification du pied n'est complète qu'à l'âge de 8 ans; mais c'est bien avant ces délais qu'il subit des déformations irréductibles. Dès l'âge de 3 ans, on peut trouver des noyaux osseux déjà déformés. Le pied s'accroît très rapidement dès les premiers

mois de la vie, et c'est à ce moment surtout que s'exerce avec le meilleur résultat la rectification par les moyens orthopédiques. L'indication est d'autant plus formelle qu'au delà de la première année l'enfant va commencer à marcher et que les déformations vont s'en trouver très accrues, et la malléabilité du squelette de la première enfance, qui constitue notre plus propice condition de correction et de guérison, devient au contraire le plus redoutable facteur d'aggravation du mal.

Pour être efficaces, les *manœuvres de réduction* doivent être rationnelles. Nous pensons qu'elles doivent se fonder sur les trois considérations suivantes : 1° l'analyse des éléments dont se compose la difformité totale du pied bot; 2° la détermination du siège et du mode de ces déviations élémentaires, ce qui suppose la localisation anatomique et l'étude physiologique des mouvements normaux du pied; 3° l'exacte notion des résistances multiples — ligamenteuses, tendineuses et osseuses — qui, d'une part, fixent ces positions vicieuses et, d'autre part, font obstacle au maintien de la correction.

Le premier élément de la *déformation du varus équin*, est *l'équinisme* produit par l'extension forcée dans l'article tibio-tarsien, et auquel s'ajoute, comme déviation homologue, l'incurvation des faces, qui tend à creuser la plante. En second lieu, le *varus*. C'est une déviation complexe où se combinent : 1° l'adduction du pied portant la pointe en dedans; 2° l'incurvation des bords ; 3° la supination de Rupprecht, la volutation de Delpech, c'est-à-dire la torsion du pied autour de son axe antéro-postérieur, relevant le bord interne et abaissant le bord externe.

L'équin est le fait de l'articulation tibio-tarsienne ; le varus, des médiotarsiennes. La formule est brève et nette, mais demande des commentaires.

D'abord, à l'extension tibio-tarsienne, qui porte l'arrière-pied presque dans le prolongement de la jambe, se combine la flexion de la plante, au niveau de la médiotarsienne comme charnière, qui, ployant l'avant-tarse sur le tarse postérieur, cambre le dos du pied et entre pour une part plus considérable qu'on ne suppose dans l'attitude équine.

L'adduction du varus est complexe, avons-nous dit. Mais le mouvement et les déviations secondaires qui en résultent sont maintenant intelligibles, depuis l'étude laborieuse et lucide que nous en devons à Farabeuf. Au total, l'adduction physiologique — et, partant, le varus qui en est l'expression pathologique — se passe, par trois parts inégales, dans trois jointures : 1° rotation interne, autour d'un axe longitudinal, dans l'article tibio-tarsien; 2° flexion-adduction dans l'interligne médio-tarsien ; 3° enfin, dans l'articulation sous-astragalienne, bascule du calcanéum qui vire en portant sa tête en avant et en dedans et verse sur sa face externe. Donc les manœuvres de réduction doivent se conformer à ce triple déplacement : 1° redresser et refouler le calcanéum en portant en dehors son apophyse cuboïdienne, en le remettant d'aplomb, et en le faisant reculer sous le plan incliné astragalien ; 2° défléchir l'article médiotarsien, c'est-à-dire repousser en dehors le scaphoïde glissant sur la surface condylienne de l'astragale et le cuboïde sur la trochlée oblique de la tête calcanéenne, enfin faire tourner l'astragale dans la mortaise tibio-astragalienne de façon à le reculer vers la malléole péronière et à le faire avancer au-devant de la malléole tibiale. Ces manœuvres, et surtout le redressement du calcanéum sous l'astragale, ont pour résultat de supprimer la supination du pied, cette torsion qui, poussant le bord externe sous le bord interne, enroule la plante et la creuse d'un sillon longitudinal, bien connu des chirurgiens.

Quelles *résistances s'opposent à la réduction* ou *empêchent son maintien?* Elles sont de deux ordres : elles viennent des parties molles, ligaments ou tendons ; elles résultent de déformations squelettiques. Celles-ci ont d'autant plus d'importance que l'intervention est plus tardive ; dans les premiers temps de la vie elles sont remédiables.

Le pied est *maintenu en équinisme* par le tendon d'Achille rétracté. De plus, de fortes adhérences unissent en arrière le calcanéum aux os de la jambe, qui prennent contact avec lui par deux facettes articulaires : le faisceau fibreux le plus résistant est constitué par le ligament péronéo-calcanéen de Besselhagen allant du ligament interosseux péronéo-tibial aux crêtes de la face supérieure du calcanéum. La flexion oblique de l'avant-tarse sur le tarse postérieur est fixée par les ligaments de la plante.

Chez le nouveau-né et dans la prime enfance, les seuls obstacles à la réduction de l'équinisme viennent de ces résistances fibreuses. Après quelques années de marche et de station debout, la partie antérieure de la poulie astragalienne ayant perdu droit de domicile s'est élargie, montrant sur sa face externe, devant le péroné rejeté en arrière, la tubérosité signalée par Nélaton. En même temps, elle s'est exhaussée, formant un véritable gradin qui fait cran d'arrêt, tandis que la partie postérieure, tassée et couverte par le plateau tibial, s'est amincie en un coin plat à tranchant postéro-interne.

Pour *corriger le varus*, quels seront les obstacles à supprimer? D'abord les résistances fibreuses, ligaments et tendons; chez le jeune enfant, c'est avec elles surtout qu'il faut compter.

Une première et solide entrave vient du ligament deltoïdien du ligament latéral interne, qui se prolonge en avant (tibio-calcanéen-glénoïdien-scaphoïdien) et, dans les cas invétérés, s'interpose entre le scaphoïde et la malléole à la façon d'un ménisque inter-articulaire, comme l'a bien figuré Farabeuf.

Autre résistance : les deux tendons jambiers, le postérieur surtout. Ils ont entraîné à la remorque et fixent tout l'assemblage osseux de l'avant-tarse.

Sous la plante, d'autres liens résistent : d'abord l'aponévrose plantaire rétractée, avec les deux cloisons intermusculaires, surtout la cloison interne qui sous-tend en corde rigide le bord osseux du pied. Puis, le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur ou glénoïdien dont le rôle nous paraît considérable. Il faut s'attendre à des résistances fermes opposées par le grand ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. Son importance en anatomie normale permet de les préjuger; on les mesure bien au cours d'un redressement forcé.

Aux degrés de déformation osseuse se subordonnent les *conditions de réductibilité*. Si les surfaces astragalienne et calcanéenne ne sont déshabitées que partiellement et depuis quelques mois seulement, il sera possible, après rupture des résistances fibreuses, de replacer le scaphoïde et le cuboïde en regard de leurs anciennes facettes. Une fois replacés, il faudra — et c'est la partie longue et délicate du traitement — les y maintenir jusqu'à ce que l'empreinte normale soit rétablie à nouveau, l'ossification réparée sur la face interne, les ligaments plantaires rendus à leur élasticité et à leur longueur, l'équilibre musculaire restauré. Au contraire, à un moment donné, les surfaces articulaires cessent d'être conformes entre elles; et, pût-on réduire, on ne maintiendrait point un équilibre aussi instable.

D'où il résulte que le temps surtout fixe la limite de

réductibilité des pieds bots et, partant, les indications du redressement forcé; mais sans qu'on puisse ici formuler avec exactitude une limite d'âge. Jusqu'à 3 ans nous avons réduit à la main, avec adjonction fréquente de la ténotomie du tendon d'Achille, trente et un pieds bots; mais nous en avons trouvé deux, dont un chez un enfant de 3 mois, qui ont résisté au redressement forcé et nécessité le Phelps. Au delà de 3 à 4 ans, les résistances internes et plantaires s'accentuent : leur rupture de force par les instruments ou leur section à ciel ouvert trouvent plus souvent indication : les déformations de l'astragale motivent maintes fois l'ablation de cet os et l'excision complémentaire de la tête calcanéenne. Après 10 ou 12 ans, les déformations secondaires de la marche et leur fixation par l'ossification tarsienne imposent de plus larges tarsectomies. Mais ce ne sont là que des formules approximatives, sujettes à variantes individuelles, et, comme l'a dit Farabeuf, « le pied bot récent se juge à la main plutôt qu'à l'œil ».

Le *redressement forcé* doit viser chacun des éléments de la difformité, c'est-à-dire qu'il faut produire : la flexion du pied sur la jambe; la déflexion de l'avant-tarse sur le tarse postérieur et partant l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied; la pronation plantaire par redressement du calcanéum.

Pour faire se succéder ces manœuvres méthodiquement, suivant l'ordre anatomique des jointures, il faudra d'abord corriger la déviation de l'avant-pied sur l'arrière-pied et redresser la courbe du bord interne, puis c'est la volutation de la plante qu'il faudra rectifier; c'est enfin à l'extension tibio-tarsienne qu'on s'adressera (1).

Maintenir est aussi important que rectifier. Et pour cela, il nous semble qu'il n'y a qu'un appareil : le plâtré. Mais il est d'une application délicate. Nous le plaçons sans interposition d'ouate : nous nous contentons de recouvrir de bandelettes de gaze iodoformée, étalées sans pli, les petites plaies de la ténotomie ou les menus éclatements cutanés qui parfois se produisent au niveau du coude du bord interne. Chez les tout jeunes, nous plaçons autour du membre un bandage roulé de flanelle, soigneusement ajusté, qui protège la peau et fixe le plâtré.

Nous employons quelquefois une double attelle à la façon de Maisonneuve : l'une allant de la racine des orteils au milieu de la cuisse en embrassant le talon, l'autre sanglant la plante en étrier. Plus souvent maintenant, nous faisons, depuis le bout des orteils jusqu'au milieu de la cuisse, un bandage roulé avec une bande de mousseline plâtrée : il faut du soin et de l'habitude pour disposer les pièces à plat, sans pli, sans irrégularité d'épaisseur.

Il y a toujours un léger œdème du dos du pied : on le diminue en relâchant un peu la pression de la plante avant que l'appareil ne sèche et en laissant ainsi un certain jeu à la semelle. Nous imperméabilisons le plâtre avec du vernis à tableaux : sans cette précaution, les tout jeunes qui sont encore langés ont vite fait de ramollir leur appareil. Il faut aussi fermer le haut de la botte par une jarretière de Mackintosch : sinon, l'urine fuse sous l'appareil, irrite la peau et peut amorcer des ulcérations. On est surpris parfois de voir l'enfant arriver à se débotter par une série de petits mouvements ; c'est à surveiller, pour qu'il ne prenne pas dans la botte à demie sortie une mauvaise position.

Ténotomies. — La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est l'auxiliaire, le plus souvent nécessaire, du massage forcé. Si l'équinisme est prononcé, si l'on ne peut, après correction de l'adduction, obtenir une flexion dorsale suffisante, on fait la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. Si le doigt sent à la partie interne de la plante, portée en abduction, une corde dure formée par l'aponévrose, on peut aussi en faire la section sous-cutanée. Mais, pour les tendons jambiers et pour les ligaments plantaires, si la résistance vient d'eux, nous les coupons à ciel ouvert, à l'instar de Phelps. D'ailleurs, plusieurs fois nous en avons agi de même pour l'aponévrose plantaire et pour le tendon d'Achille ; les résultats nous en ont paru plus complets : en ce qui concerne le tendon du triceps sural, c'est le moyen d'en faire la section totale et de supprimer ces courtes adhérences tibio-et péronéo-calcanéennes qui fixent le calcanéum et maintiennent sa position de supination, dont le rôle est si influent dans la permanence du varus.

Redressement instrumental. — Les tarsoclastes sont construits suivant deux types : les uns, à l'exemple du premier appareil de Bradford, exercent une triple pression sur les os saillants et déplacés; les autres n'ont qu'un double point d'appui sur la jambe et l'arrière-tarse, qu'ils fixent, et sur l'avant-pied, qu'ils mobilisent au moyen d'un levier. A la première catégorie appartiennent les instruments de Redard et de Delore; à la seconde le tarsoclaste de Vincent, qui n'est que l'ostéoclaste Robin de plus petit modèle et légèrement modifié.

Nous ne nions point que l'action correctrice reçoive des instruments un puissant renfort. Mais nous estimons que chez les jeunes et jusqu'à l'âge de 3 à 4 ans, la vigueur de la main est suffisante si elle est bien dirigée.

Après 4 ans, et dans les formes graves, le pied résiste à la main : l'obstacle vient surtout de l'astragale, qui ne veut point rentrer dans sa mortaise. Sans doute, sous l'énergique poussée du levier on peut l'y contraindre ; et Vincent, Delore ont obtenu, sur des pieds bots invétérés, de belles réductions. Nous ne recommandons point la force poussée à ces limites. Nous ne tirons point notre objection des délabrements osseux qu'entraîne la tarsoclasie. Il y aurait pourtant des réserves à faire sur ce point : quoi qu'on puisse dire et qu'on pense démontrer par des expériences, un astragale élargi, exhaussé, calé par la saillie prémalléolaire de Nélaton, à col tordu, ne rentrera point dans sa chape sans en faire éclater les deux montants, sans subir des tassements osseux ; l'avant-pied ne se mettra pas à l'alignement et la voûte plantaire ne se redressera point, si l'ossification est avancée, sans décoller les cartilages et écraser les saillants osseux opposés. Le danger de localisations tuberculeuses, chez des enfants scrofuleux et prédisposés, n'est pas une objection de pure théorie. Il faut, de plus, un outillage spécial : c'est, partant, une complication, et dans la pratique courante, une contre-indication. Enfin et surtout, il nous paraît plus conforme aux habitudes de la chirurgie aseptique de préférer, dans les cas graves des adolescents et des adultes, la section à ciel ouvert des résistances fibreuses de la portion interne de la plante et la résection des obstacles osseux.

Les *bottines orthopédiques de redressement* sont d'une variété infinie; mais, en somme, leur type de construction est constant. Deux pièces les composent : une pièce podale et une pièce jambière, articulées entre elles de façon à jouer dans le sens contraire de la déviation. Or, comme celle-ci est complexe et décomposable en plusieurs déviations élémentaires, il faut aussi multiplier les articulations et les mouvements correcteurs. D'une façon

1. Pour la technique du redressement forcé avec anesthésie, nous renvoyons au récent article de M. Boquel (voir *Gazette*, p. 661).

générale, ces articulations des appareils doivent correspondre à la situation des articles du pied sur lesquels on veut agir. C'est ainsi que, comme l'observe Dubrueil, l'articulation destinée à produire la rotation du pied autour de l'axe antéro-postérieur, c'est-à-dire l'abaissement d'un bord et l'élévation de l'autre, doit se trouver au-dessous de celle qui correspond à la flexion et à l'extension, car la rotation se passe en grande partie dans l'articulation médio-tarsienne.

En dehors de quelques varus, aisément réductibles, traités précocément et avec opiniâtreté, nous pensons, comme Delore, que l' « inefficacité des appareils redresseurs et des tractions les mieux faites est vraiment décevante ». Ce qu'il faut poursuivre, c'est le redressement du pied bot en un ou plusieurs temps, en immobilisant, après chaque séance, le membre dans son attitude de rectification maxima.

Une leçon nous est venue de l'observation de ces malades qui, en dépit des ténotomies et des bottines, arrivaient à l'âge adulte avec des pieds bots invétérés; et cela parce que l'orthopédie post-opératoire et le maintien du résultat acquis n'avaient pas été contrôlés. Il y a une double étape dans la cure : après la période de « correction active », où le chirurgien rétablit, soit par des manœuvres, soit par des opérations, la conformation et la position normales du pied, vient la période de « convalescence », période de surveillance et de contention patiente, pouvant s'étendre dans les cas rebelles au delà d'une et deux années, où il s'agit, par des appareils, de développer le résultat acquis, d'en assurer la stabilité. A ce moment, si l'enfant a déjà marché, il importe de le mettre à terre pour utiliser l'action modelante de la marche qui, lorsque le malade est redevenu « plantigrade », contribue à étaler la plante, sous la pesée du corps, à assouplir les ligaments, à rétablir l'équilibre des muscles antagonistes, à façonner par leur jeu réciproque les surfaces articulaires replacées en relation normales. La marche, facteur redoutable de déformation sur un pied de statique défectueuse, devient ainsi un agent de correction. — Le meilleur appareil à cette phase est une guêtre lacée de cuir moulé, renforcé par des tiges métalliques latérales, qui chausse le pied en dessous de la bottine. Mais le soin de la confection de cette guêtre décide de sa valeur contentive. Un artifice, déjà conseillé par A. Paré, nous a donné d'excellents résultats pour empêcher l'enfant de reporter son pied en varus, durant la marche. Il consiste à interposer, entre les lames de la semelle de la bottine, une semelle métallique qui se prolonge en ailette sur le bord externe.

Quand cette tendance au déjettement latéral n'existe point seulement au niveau du pied, quand le membre lui-même se trouve dévié et atteint de ces difformités combinés du genou et de la hanche sur lesquelles ont insisté Adams et Dubreuil, la bottine ne suffit plus. Il devient alors nécessaire de prolonger les tuteurs de la bottine : et, en prenant appui sur le bassin, on a imaginé des appareils spéciaux pour lutter contre la rotation du genou et contre la torsion de la jambe, et plus souvent encore contre la déviation du membre tout entier tourné en dedans, par un mouvement de rotation coxo-fémorale qui exagère l'adduction du pied et son enroulement.

Les indications de l'*opération de Phelps* répondent aux conditions cliniques suivantes. On a affaire à un équin varus, irréductible sous le chloroforme; il s'agit d'un sujet jeune, ayant déjà marché : la majorité des observations se compose d'enfants de 3 à 8 ans; mais cette moyenne comporte des exceptions. La section de Phelps a parfois été nécessaire chez des petits de 2 ans dans des cas d'une gravité précoce, et, par contre, il est arrivé qu'elle a pu suffire à un redressement parfait chez des adolescents ayant dépassé la quinzième année; il est vrai qu'en pareil cas il était question, le plus souvent, de pieds bots paralytiques, moins exposés aux promptes déformations osseuses, car cette condition fixe les limites du pouvoir du Phelps : il faut que les modifications de forme du squelette soient assez peu intenses pour permettre la rectification d'attitude, pour assurer l'équilibre de cette position rectifiée, pour laisser la nature modeler à nouveau les surfaces et rétablir les relations anatomiques normales.

L'incision de Phelps entaille, à plein tranchant, le bord interne du pied, suivant le pli qu'y marque l'adduction du varus, entre la malléole tibiale et la tubérosité du scaphoïde rapprochées anormalement. Elle s'avance assez sur la face dorsale du pied pour permettre la section du tendon du jambier antérieur. Elle descend, entamant plus ou moins loin et plus ou moins profondément, suivant indications, l'ourlet interne de la plante. Le grand avantage du Phelps, c'est en effet de mesurer les sections aux obstacles : l'aponévrose plantaire, l'adducteur du gros orteil, le tendon du jambier postérieur sont sectionnés; on essaye alors le redressement; si l'on réussit, l'opération n'est pas poussée plus loin. Sinon, il faut d'abord, d'un coup de bistouri contournant la malléole, trancher le ligament deltoïde interne de l'article tibio-tarsien; sans hésiter, il faut encore entrer à plein tranchant immédiatement en arrière du tubercule scaphoïdien, dans l'article médio-tarsien.

Kirmisson a introduit une modification que nous adoptons et qui est de ne point donner à l'incision plantaire cette étendue que Phelps lui accordait : les obstacles sont, dans le médio-tarse, plus abordable sur le dos qu'à la plante où Phelps a sectionné les fléchisseurs et n'a point toujours évité l'artère et le nerf plantaires internes. On a, d'ailleurs, la ressource de compléter les débridements en faisant au ténotome, et de dedans en dehors, à l'exemple de Philipson, la section sous-cutanée de toute l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur.

Aussitôt après l'opération, le pied est mis en position rectifiée : les lèvres de l'incision bâillent et s'écartent de 2 à 3 centimètres. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée doucement chiffonnée : un appareil ouaté recouvre le pied et un plâtré l'immobilise d'emblée. Ce premier appareil peut rester en place pendant trois semaines : la plaie bourgeonne et se comble peu à peu; les plâtrés sont renouvelés jusqu'à cicatrisation; cette dernière s'est accomplie en moins de huit semaines dans la plupart des observations. Le traitement post-opératoire comporte les règles habituelles : manipulations d'assouplissement et usage prolongé d'une guêtre à tuteurs.

Bénigne, l'opération de Phelps l'est toujours, à la condition d'être aseptique. Efficace, elle l'est en des cas où des interventions plus graves ont échoué. Mais il ne faut pas exagérer sa valeur, et nous connaissons des cas de récidive.

Intervention sur le squelette. — Il est un âge du malade, il est surtout un degré de la difformité, où le pied bot cesse d'être curable par les moyens orthopédiques même aidés du Phelps. D'abord, quand les résistances viennent du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, il n'est point facile d'entamer avec précision ses fibres profondes. Mais ce sont surtout les déformations osseuses irréductibles qui marquent les bornes à sa valeur correc-

trice. Et Phelps lui-même rencontre ces impossibilités, contre lesquelles il lutte par l'ostéotomie linéaire du col astragalien et la résection d'un coin osseux du calcanéum.

Nulle limite d'âge ne saurait fixer avec exactitude ce problème thérapeutique. Sans doute il paraît logique de fixer cette période d'après la date de l'ossification définitive du tarse, comprise entre 8 et 10 ans. C'est une moyenne cliniquement acceptable; mais que d'exceptions! Le degré de difformité apparente n'est point un renseignement plus décisif : tel varus équin congénital, ne dépassant guère l'angle droit, offrira, chez un enfant de 3 à 4 ans, une résistance invincible à la main, alors que chez un adolescent, un varus paralytique, coudant le pied à angle aigu, obéira promptement au redressement et aux sections du bord interne. Cela ne peut se formuler; c'est affaire d'exploration manuelle attentive, sous le chloroforme, d'appréciation des déformations dont le tarse est le siège : trouve-t-on une tête astragalienne saillante et amincie, un calcanéum basculé en supination forte, une tubérosité du scaphoïde très proche de la malléole tibiale, une immobilité complète de la poulie astragalienne, élargie et surélevée, calée d'ailleurs par une saillie prémalléolaire externe, énucléée de la chape tibio-péronière, il n'y a point de cure complète et stable à attendre de la seule section des parties molles.

Deux tendances inverses se sont récemment accusées, parmi les chirurgiens, au sujet des tarsectomies : les uns cherchent à limiter au minimum utile le sacrifice du squelette; les autres, visant la rectification totale et immédiate de la difformité, ne s'arrêtent dans leurs excisions que lorsque le pied, flasque et malléable, peut être porté sans aucune résistance dans la position de correction et même de légère hypercorrection.

Les interventions économiques s'efforcent de préciser les obstacles et de localiser sur eux l'action thérapeutique; elles veulent être aussi radicales, mais à moins de frais. Il est actuellement établi que certaines tarsectomies partielles ne sauraient suffire au redressement; et sur ce point, la question est bien déblayée.

C'est sur le tarse postérieur que siègent les lésions fondamentales. Dans une vue d'ensemble, l'avant-tarse — scaphoïde et cuboïde — s'est luxé en dedans de la tête astragalienne et de la grande apophyse du calcanéum. Il faut supprimer ce pan pour que le scaphoïde et le cuboïde puissent reprendre leur position d'équilibre. Il sera donc nécessaire d'abattre la tête de l'astragale et de faire sur le calcanéum une résection suffisante, complétée si besoin par un raccourcissement portant sur le cuboïde. Ce coin est à base externe, pour corriger l'adduction; il faut aussi, qu'il soit à base dorsale pour corriger la flexion de la plante vers le sol, élément complémentaire de l'équinisme.

Ceci corrige le varus. Reste l'équin : pour le rectifier, il est nécessaire de rendre à l'astragale une configuration qui lui permette de réintégrer la mortaise. L'astragale doit être décapité pour laisser passer à sa face antérieure le scaphoïde, aminci sur son flanc externe pour abattre la saillie prépéronière de Nélaton, abaissé pour supprimer la barre transversale qui exhausse la partie antérieure de sa trochlée : triple retouche à laquelle on préférera, comme c'est notre sentiment et notre pratique, l'extirpation pure et simple d'un os dont le pied supporte aisément la privation.

A elle seule l'astragalectomie, s'adresse presque exclusivement à l'équinisme. Grâce au vide qu'elle laisse et au relâchement qui en résulte pour les fibres de Bessellhagen, le calcanéum se relève sur le bord postérieur de la mortaise. Mais sa supination persiste; mais le scaphoïde demeure fixé par l'épais ligament calcanéo-scaphoïdien. de même que le cuboïde est enchaîné en dedans de la grande apophyse formant obstacle, par les fibres calcanéo-cuboïdiennes.

Pour remettre d'aplomb le calcanéum versé sur son flanc externe, l'opération de Gross nous semble la solution logique du problème. Combinez à l'astragalectomie l'excision d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum; plus exactement, réséquez, en pleine épaisseur et à convenable distance de l'interligne, en tenant le ciseau perpendiculaire à l'axe de l'os, la grande apophyse calcanéenne : du même coup, vous enlevez le biseau oblique, obstacle à la réduction du cuboïde et vous supprimez, avec la saillante tubérosité plantaire antérieure et le sustentaculum, le point d'attache des fibres calcanéo-cuboïdiennes et scaphoïdiennes, la clef du médiotarse. L'excision de l'obstacle osseux se complète, ainsi, par la destruction des résistances fibreuses.

« L'œuvre de redressement du pied, nous dit Championnière, doit être achevée par l'opération. » C'est une formule à laquelle nous nous rallions sans discussion. Quand on a pris un bistouri, pour un pied bot invétéré et osseux, on ne doit s'arrêter qu'après la suppression de toutes les résistances, après qu'on a pu atteindre et qu'on peut maintenir sans effort une position en hypercorrection légère. Et d'os en os, supprimant tous les obtacles l'un après l'autre, Championnière pratique des tarsectomies énormes.

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire ces larges tarsectomies pour pied bot; mais nous les avons plusieurs fois pratiquées pour des tuberculoses de l'organe. Même dans ces cas, évidemment moins favorables, les résultats éloignés que nous en avons obtenus au point de vue de la forme et de la fonction du pied, nous conduisent à admettre pleinement la doctrine et la pratique de Championnière. Rapidité de la réparation anatomique; restitution fonctionnelle parfaite; suppression de tout traitement ultérieur et de tout appareil redresseur : voilà des avantages assez nets pour nous décider à réséquer sans parcimonie le squelette des pieds bots à grandes déformations osseuses.

Mais, nous n'allons pas jusqu'à penser, comme Championnière, que ces larges interventions doivent changer toute la thérapeutique du pied bot, et qu'il convienne de ne pas tourmenter les jeunes enfants, d'attendre l'âge de 7 à 8 ans pour opérer et de recourir alors à la tarsectomie. Nous estimons, au contraire, que le plus parfait traitement des formes graves de l'adolescent c'est leur prophylaxie chez le jeune enfant, c'est leur correction précoce empêchant l'aggravation et la fixation des difformités, et que, s'il est efficace et simple de faire une tarsectomie, il est meilleur d'en supprimer l'indication. Nous pouvons espérer que tous ceux qui ont vu combien le massage forcé est de technique aisée et d'effet excellent, le mettront en pratique et, par là, raréfieront les cas invétérés, à déformations osseuses irréductibles. Mais les préceptes, l'exemple de Championnière garderont leur haute valeur : ne faut-il pas continuer à compter avec les cas graves d'emblée — hypothèse rare, mais possible — et surtout avec l'incurie et les préjugés des parents?

Il est une déformation qui accompagne les pieds bots graves : c'est la torsion, congénitale ou acquise, des os de la jambe sur leur axe longitudinal, lésion connue des classiques et bien signalée par Scarpa, Adams, Dubrueil, Volkmann, Wolff; la malléole interne est devenue antérieure et l'externe a tourné en arrière. Vincent fait jouer

un rôle important, dans la récidive et la rotation de la pointe en dedans, à cet élément de la difformité; et, dès 1884, il a appliqué l'ostéoclasie sus-malléolaire, combinée à la tarsoplasie, aux varus équins fortement enroulés. Voici, au contraire, Delore qui déclare « qu'il ne faut attacher qu'une importance secondaire à cette torsion du membre : c'est l'attitude vicieuse du pied qui la commande ». Sans doute, chez le jeune enfant, ce déplacement est accessoire; il est d'ailleurs réductible après rupture ou section du ligament deltoïdien qui fixe la tubérosité du scaphoïde à la malléole interne, et nous paraît constituer une indication opératoire exceptionnelle, que nous n'avons rencontrée qu'une fois. Mais, dans le pied bot invétéré de l'adolescent et de l'adulte, cette part de difformité, qui nécessite parfois l'usage de grands appareils à tuteurs, peut exercer sur la statique du pied, en déplaçant la ligne de gravité, une influence propice à la récidive; et il devient utile, en pareille déformation, de replacer la mortaise en bonne direction par l'ostéotomie sus-malléolaire, de même qu'il est indiqué, s'il existe un genu valgum ou varum concomitant, de compléter l'œuvre de redressement par la correction de ces déformations squelettiques.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Autopsie d'un double pied bot varus équin d'un fœtus de 8 mois,

Par MM. Fernand Monod et J. Vanverts,
Internes des hôpitaux.

L'anatomie pathologique du pied bot varus équin congénital a surtout été fixée par la dissection de pieds bots invétérés d'adultes ou d'enfants ayant marché. C'est en s'appuyant sur de semblables dissections que le professeur Farabeuf en a récemment donné une description magistrale.

Rares sont les autopsies de pieds bots d'enfants n'ayant pas marché et surtout de fœtus. Les seules qui existent, à notre connaissance, sont celles de Rudolphi (1), Bouvier (2), Adam, Little, Gross (3). Il nous a donc paru intéressant de relater l'autopsie suivante :

Fœtus de 7 à 8 mois. La grossesse de la mère a été normale. Pas de syphilis connue chez le père ni la mère.

1° Pied droit. — Le varus est très prononcé : la partie antérieure du bord interne du pied forme avec la postérieure un angle aigu dont le sommet est représenté par un sillon séparant ce bord en deux portions inégales. La voûte plantaire présente une dépression très marquée due à l'enroulement et à la déviation du bord externe qui présente les caractères communs à tout varus. L'équinisme est moins prononcé. La portion de la tête astragalienne décoiffée par la scaphoïde fait une saillie visible et tangible sous la peau du dos du pied.

En manipulant ce pied on exagère facilement le varus jusqu'à mettre le gros orteil en contact avec la jambe. Si d'autre part on veut mettre le pied en position normale on obtient une certaine réduction de l'équinisme, car la tête astragalienne s'est laissée refouler en partie dans la mortaise tibio-péronière. La réduction du varus est par contre très limitée, car durant ces manœuvres le bord externe du pied conserve malgré tout sa déviation et *la tête de l'astragale demeure décoiffée du scaphoïde subluxé en dedans.*

Muscles. — *Le jambier antérieur* présente une insertion supérieure normale ; mais son tendon de terminaison croise à angle aigu la crête du tibia à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, passe sur le bord antérieur de la malléole interne pour gagner directement son point de terminaison qui est normal. Dans la dernière partie de ce trajet il décrit donc exactement la corde de l'arc formé par le bord interne du pied. Ce muscle se trouve par conséquent subluxé en dedans. S'il ne l'est davantage, c'est qu'il est manifestement bridé par les fibres tibiales et scaphoïdiennes du ligament en fronde déjà très net chez ce fœtus.

Le muscle *extenseur propre du gros orteil* suit un trajet parallèle à celui du jambier antérieur dont il demeure séparé par les fibres inter-tendineuses du ligament en fronde bridant et appliquant son tendon au-devant de la malléole interne. Ces deux tendons passent sur le versant interne de la saillie formée par la tête astragalienne.

Le muscle *extenseur commun des orteils*, né normalement, se sépare à angle aigu des précédents, car il descend verticalement pour s'engager entre les deux faisceaux du ligament en fronde que nous avons pu soupçonner. Il est situé en dehors de la saillie astragalienne. Il se divise et se termine normalement.

Le *jambier postérieur* se présente intimement appliqué contre le bord postérieur de la malléole interne. Son tendon de terminaison glisse dans une véritable rainure que la malléole lui présente. Le ligament latéral interne est nettement dédoublé pour le recevoir entre ses faisceaux. Il se termine normalement au scaphoïde.

Les autres muscles ne présentent rien d'intéressant.

Si ces muscles étant disséqués, on essaie de réduire la déviation, on constate que quatre d'entre eux se tendent, limitant ainsi la réduction ; ce sont le tendon d'Achille, les deux jambiers et le court adducteur du gros orteil.

La section du tendon d'Achille permet de diminuer l'équinisme sans obtenir sa correction complète. Le principal avantage de cette section est de rendre de la mobilité au calcanéum et par conséquent à l'astragale ; il est ainsi plus facile de refouler ce dernier os entre les montants de la mortaise tibio-péronière dont l'élasticité est sur ce fœtus d'un précieux secours.

La section du jambier antérieur donne de la mobilité à l'avant-pied ; mais la réduction du varus au delà de ce qui a déjà été obtenu sans sections musculaires ou tendineuses est à peine appréciable. La section du jambier postérieur permet de mobiliser le scaphoïde, mais non de le réduire en sa place normale; il faudrait pour obtenir cette réduction, vaincre d'autres forces qui maintiennent encore l'attitude vicieuse.

Le muscle court adducteur du gros orteil en paraît une. Sa section donne en effet de la mobilité à l'avant-pied, ce qui permet de redresser légèrement la courbure du bord interne du pied; mais le scaphoïde reste toujours luxé en dedans, comme le prouve une épingle fichée dans cet os.

L'*aponévrose plantaire* nous apparaît rétractée surtout en dedans, son action se surajoute à celle du muscle précédent.

Les divers ligaments sont normaux.

Os. — La *malléole tibiale* existe, mais ne présente qu'une surface articulaire insignifiante pour l'astragale. A son sommet existe une surface d'articulation scaphoïdienne très nette. Son bord postérieur épais présente une gouttière bien marquée pour le glissement du jambier postérieur.

La *malléole péronière* est normale, mais située sur un plan nettement postérieur à la précédente.

Les épiphyses tibiale et péronière n'étant pas encore soudées sont mobiles grâce à l'élasticité des cartilages de conjugaison correspondants.

Suivant le mouvement imprimé au calcanéum par le tendon d'Achille, l'*astragale* a basculé en avant, faisant ainsi sortir de la mortaise tibio-péronière la partie antérieure de sa surface articulaire. L'axe antéro-postérieur de l'os est nettement dirigé d'arrière en avant et de dedans en dehors. Le bord externe est plus élevé que le bord interne ; il semble qu'il existe déjà un rudiment de *cale prépéronière*. On ne trouve pas sur la surface trochléenne l'ébauche de la barre transversale décrite sur la

1. Rudolphi, *Grundriss der Physiologie*. Berlin, 1823.
2. Bouvier, *Bull. Acad. méd.*, 1837, p. 733.
3. *In* thèse d'Adam, Nancy, 1890.

plupart des pièces. La surface articulaire péronière est normale; la surface articulaire tibiale est à peine marquée. La partie postérieure du corps est atrophiée et notablement aplatie, ne présentant pas de gouttière pour le tendon du fléchisseur propre du gros orteil.

Le col paraît décrire une courbe à concavité interne, et son bord externe semble convexe et allongé. La tête est pointue dans son ensemble et présente deux versants, l'un et l'autre couverts de cartilage. Ces deux surfaces sont séparées par une crête verticale aussi encroûtée de cartilage. L'externe regarde directement en avant; elle est située à la place de la surface scaphoïdienne d'un astragale normal : mais sur ce pied bot elle ne s'articule pas avec le scaphoïde et est libre. Cette surface articulaire se trouve entourée par la capsule astragalo-scaphoïdienne allongée.

La surface interne répond au scaphoïde. Plus large que la précédente et surtout plus étendue dans le sens antéro-postérieur, elle occupe presque toute l'étendue du bord interne du col astragalien qui de ce fait semble notablement raccourci. Cette surface regarde par conséquent directement en dedans.

Le *calcanéum*, poussé en avant par la contraction du tendon d'Achille, occupe la situation normale d'un calcanéum au maximum de varus physiologique. M. Farabeuf a bien montré comment dans cette marche en avant il abaissait sa grande apophyse en s'inclinant sur son bord interne. Sur ce pied il était, en outre, légèrement aplati transversalement, et son bord externe était nettement allongé et plus convexe que normalement.

Le *scaphoïde* ne présente d'anormal que sa situation subluxée en dedans. Il s'est mis en contact avec la malléole interne et présente de ce fait une surface articulaire à ce niveau.

Le *cuboïde* a suivi le mouvement du scaphoïde et est, comme le calcanéum, au maximum de déviation physiologique en varus.

Les autres os du tarse ne présentent rien d'anormal.

2° Pied gauche. — Les lésions sont les mêmes que sur le pied droit.

Ce qui frappe dans les lésions constatées à la dissection de ces pieds bots c'est l'importance des déformations et des déviations de certains os du tarse. Les déformations sont surtout marquées sur l'astragale dont l'axe du col paraît dévié en dedans et dont la surface d'articulation avec le scaphoïde est dirigée en dedans au lieu de l'être directement en avant. Cette incurvation du col a été constatée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. Récemment encore M. Kirmisson (1) y insistait.

Cette déviation du col astragalien n'est cependant qu'apparente; son axe demeure rectiligne. En effet, la surface scaphoïdienne normale d'un astragale sain existe sur nos deux pièces; elle a été abandonnée par le scaphoïde qui s'est subluxé en dedans et a déterminé au niveau du bord interne du col astragalien la formation d'une nouvelle surface articulaire. Et ainsi le col paraît raccourci en dedans et par conséquent incurvé.

Ce sont là les déformations et déviations osseuses importantes qu'a décrites le professeur Farabeuf (2).

Celui-ci a eu recours, pour donner la preuve de la rectitude du col astragalien dans le pied-bot varus équin congénital, à la recherche de la forme du point osseux de l'astragale qu'il a toujours trouvé rectiligne. Malheureusement nous n'avons pu faire la même constatation sur nos astragales qui étaient encore complètement cartilagineux.

Notre cas prouve, avec les deux cas de Gross (3), celui de Rochard [autopsie d'un enfant mort 8 jours après sa naissance] (1) et quelques autres, que les lésions décrites sur le pied bot congénital de l'adulte et de l'enfant ayant marché se retrouvent chez le fœtus. Ainsi donc dès la vie intra-utérine les lésions squelettiques existent et s'opposent à la réduction. Les muscles jouent un rôle dans le maintien de la déformation; mais ce rôle n'est que secondaire, car après leur section nous n'avons pu obtenir qu'une réduction peu considérable et surtout due à l'élasticité des ligaments, des os encore cartilagineux et même des cartilages de conjugaison. Au point de vue thérapeutique une conclusion s'impose, c'est que dès la naissance, sur un pied bot semblable toute ténotomie aurait été insuffisante tant qu'on ne se serait pas attaqué au squelette ou aux ligaments.

Sans avoir la prétention de trancher la pathogénie du pied bot, il nous est permis de faire remarquer que cette déviation, qui n'est autre que celle du varus physiologique ayant dépassé les limites normales et devenu permanent avec addition d'équinisme, s'explique facilement en admettant que les jambiers, soit par leur contracture, soit par la paralysie de leurs antagonistes, ont pu exercer leur action d'une façon énergique et permanente sur le scaphoïde qu'ils ont ainsi progressivement luxé d'une façon définitive. C'est là la vieille théorie de Jules Guérin, d'autant plus plausible dans notre cas que la moelle présentait des altérations importantes (2). L'examen histologique des muscles n'a malheureusement pas été fait.

Ce qui vient, en outre, à l'appui de cette pathogénie dans notre cas, c'est la conformation de l'extrémité antérieure de l'astragale.

Dans le pied bot invétéré la surface scaphoïdienne déshabitée est petite, parfois rugueuse, et nettement séparée de la surface nouvelle par une crête bien marquée et plus ou moins rugueuse. Ici, au contraire, les deux surfaces n'en forment en quelque sorte qu'une, séparée en deux versants par une crête lisse. Ceci prouve bien qu'il n'y a pas là déformation osseuse primitive, mais modelage du col par le scaphoïde entraîné par les muscles.

1. Kirmisson, *Revue d'orthopédie*, mai 1896, p. 229 et 231.
2. Farabeuf, *Précis de médecine opératoire*, 4e édition, p. 834. — Lapeyre, thèse de Paris, 1895, p. 10 et suivantes.
3. *In* thèse d'Adam, *loc. cit.*

1. Rochard, *Revue d'orthopédie*, 1891, p. 368.
2. Les résultats de l'examen de cette moelle seront publiés ultérieurement par notre collègue M. Gasne.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Rechute de la rougeole,

Par le Dr Feltz,

Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

La question de la rechute ou de la récidive de la rougeole a été, il y a quelques mois, à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux. La rougeole peut-elle récidiver ou bien l'exanthème qui apparaît quelque temps après la disparition d'une première éruption de rougeole, est-il toujours sans exception dû à une autre cause pathologique ? Des arguments assez nombreux pour et contre la récidive de la rougeole ont été produits, en laissant néanmoins la question assez indécise. Il n'est donc pas inutile de publier des faits précis qui peuvent aider à donner une conviction.

Jusqu'à présent j'étais convaincu que la rougeole peut atteindre deux fois la même personne car j'ai vu un assez grand nombre d'enfants qui ont eu deux fois la rougeole

à une ou plusieurs années d'intervalle. Je n'ai pas noté ces cas qui me semblaient généralement admis. Ce qui est certain, c'est qu'il est très rare que la rougeole rechute, c'est-à-dire survienne deux fois à un intervalle très rapproché, du moins en dehors des hôpitaux. Je n'ai observé cette rechute que deux fois dans le nombre infini de rougeoles que j'ai soignées; mais je considère ces deux cas comme typiques et hors de conteste. Je les résume en quelques mots. — Jeune fille de 7 ans n'ayant jamais eu la rougeole. Je la vois pour la première fois le 24 mai il y a plusieurs années, au moment où régnait une épidémie de rougeole très étendue. Elle présentait tous les symptômes prémonitoires de la rougeole très accentués, avec fièvre 39° 5, rougeur de toute la gorge, yeux larmoyants, bouffis, catarrhe nasal, éternuements, toux rauque, et deux épistaxis d'une extrême abondance. Le lendemain soir apparaît l'éruption qui est généralisée le jour suivant; cette éruption très intense offre tous les caractères de la rougeole. Il n'y avait donc pas le moindre doute sur la nature de l'affection, et pas de confusion possible avec une autre fièvre éruptive.

Le 31 mai l'enfant est convalescente, mais elle ne quitte pas la chambre.

Le 7 juin, juste quinze jours après le commencement de la rougeole, apparaissent des symptômes absolument identiques à ceux du début comme nature et comme intensité, y compris les épistaxis et l'énanthème, et le lendemain survient une éruption de rougeole aussi violente, aussi caractéristique et de même durée que la première.

Cette malade habitait un pavillon entouré de jardins n'avait pas eu de contact avec d'autres enfants pendant toute la durée de sa maladie, était enfant unique.

La deuxième observation est celle d'un enfant de 2 ans qui avait été atteint de rougeole au mois de juin 1893, époque où une petite épidémie régnait à Saint-Denis. Cet enfant fut atteint d'une rougeole de moyenne intensité dont le diagnostic ne laissait aucun doute. Dix-huit jours après le début de la maladie survint une nouvelle rougeole présentant identiquement les mêmes caractères que la première.

Dans les deux observations ci-dessus, la première éruption était une rougeole si nette qu'il n'y avait pas à hésiter pour le diagnostic; la seconde éruption était tellement calquée sur la première, lui était tellement semblable que le même diagnostic s'imposait. Aucun des deux enfants n'avait pris de médicaments pouvant donner lieu à une éruption, et du reste toute médication était suspendue depuis au moins huit jours avant la récidive. Dans le premier cas aucun doute n'était possible sur la similitude des deux éruptions. Dans la deuxième observation, les deux éruptions quoique plus bénignes que dans la première, n'en étaient pas moins caractéristiques. On peut objecter, il est vrai, que la deuxième éruption était probablement une rubéole, mais dans ce cas la première éruption, absolument semblable à la seconde, aurait été également la rubéole ce qui démontrerait la possibilité de la récidive d'une fièvre éruptive.

D'un autre côté je n'ai pas vu à cette époque un seul cas de rubéole.

Il est certain que le diagnostic entre la rougeole et la rubéole n'est souvent qu'une question de nuances, d'appréciation, et que dans bien des cas un diagnostic absolu est impossible. Mais dans ma première observation du moins, tous les symptômes de la rougeole étaient si violents qu'une erreur de diagnostic était impossible.

J'ai souvent observé des éruptions précédant ou suivant la rougeole, mais toujours dans des familles où il y avait plusieurs enfants ce qui n'est peut-être qu'une simple coïncidence

Ces éruptions, qui n'avaient pas toujours un caractère bien défini, différaient pourtant de la rougeole, et n'offraient nullement les caractères de la deuxième éruption des deux observations que je rapporte plus haut. Ainsi récemment j'ai vu, dans un ménage où il y avait 4 enfants, survenir chez l'un de ces enfants une éruption scarlatiniforme 10 jours avant l'éclosion de la rougeole, sans fièvre ni aucun symptôme général. Chez l'autre une éruption scarlatiniforme avec 39°,15 jours après la rougeole; l'éruption et la fièvre ont disparu au bout de 18 heures.

Cette enfant avait eu antérieurement la scarlatine il y a 2 ans. La mère de ces enfants, qui avait eu la rougeole à l'âge de 5 ans, est atteinte à son tour de la rougeole. Douze jours après cette éruption, elle est prise de fièvre 38° 5, de courbature, céphalalgie violente, vomissements. Le lendemain rougeur presque érysipélateuse de la gorge.

Le surlendemain convalescence complète.

Les observations de ce genre ne sont pas très rares, et le diagnostic différentiel n'offre généralement aucune difficulté.

J'ai soigné un très grand de scarlatines mais je n'ai pas observé un seul cas à rechute.

Je conclus que la rougeole peut récidiver, mais que la rechute est extrêmement rare.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Morin (Charles). *Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur le sarcome primitif intra-musculaire.* N° 447. (H. Jouve.)

M. Ortiz (Joseph). *Contribution à l'étude des fractures du tibia.* N° 464. (Ollier-Henry.)

M. Favre (Léon). *La docimasie pulmonaire. Rôle de la putréfaction du poumon. (Etude médico-légale.)* N° 485. (Soc. d'édit. scient.)

M. Michel (Charles). *Sur quelques applications de la digestion artificielle du lait.* N° 366.

M. Derome (Maurice). *Contribution à l'étude du passage dans l'urine de quelques ferments digestifs.* N° 428.

Mlle Joteyko (Joséphine). *La fatigue et la respiration élémentaire du muscle.* N° 532.

M. Alardo (B.-Raphaël). *Contribution à l'étude des formes atypiques du favus.* N° 547.

M. Couillaud (Paul). *Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans, ses relations avec la carcinose abdominale.* N° 548.

M. Vernes (Jean-Adolphe-Léon). *Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme. (Maladie de Barlow.)* N° 469.

M. Gagey (Pierre-Lucien). *Un cas d'hémoglobinurie au cours d'un xeroderma pigmentosum.* N° 567.

M. Bassaget (Léon). *De l'hidrocystome. (Contribution à la pathologie des glandes sudoripares.)* N° 575.

M. Schmid (Maurice-Louis-Edmond). *Métrorrhagies et métrite hémorrhagique. (Etude clinique, anatomique et pathogénique.)* N° 453.

De la thèse de M. Morin, il ressort que le sarcome primitif intra-musculaire ne semble pas absolument démontré. Les aponévroses du muscle pourraient bien ne pas être étrangères

à la formation du néoplasme. Le tissu musculaire est le siège d'une transformation, qui est commune à beaucoup d'autres affections; quant aux cellules qui se forment dans l'intérieur du sarcolemme, elles viennent se mêler aux cellules embryonnaires, et il est impossible de savoir ce qu'elles deviennent ultérieurement. Les symptômes de cette affection sont peu nets, et le diagnostic peut rester longtemps en suspens, à moins que l'on ne se décide à enlever un petit fragment de la tumeur pour l'étudier histologiquement. Enfin le seul traitement rationnel consistera dans l'ablation largement faite. On sera ainsi amené à pratiquer assez souvent l'amputation ou même la désarticulation de tout un membre. Malgré ces grands sacrifices, la guérison n'est pas assurée, le sarcome ayant tendance à récidiver, ou même à se généraliser.

M. Joseph Ortiz, dans son travail basé sur 3 observations du service de M. Terrier, formule ainsi le traitement des fractures du tibia : fractures sans déplacement ou avec déplacement facilement réductibles : appareil plâtré; fractures avec déplacement et raccourcissement de plus de 2 centimètres, appareil de Hennequin.

En effet, cet appareil remplit toutes les indications désirables. Il est contentif par sa gouttière plâtrée, il permet d'exercer avec un tampon une compression si cela est utile. Il met le membre dans une position telle que l'action musculaire a le minimum d'influence sur le déplacement. Il permet d'exercer sur le membre la traction voulue pour corriger tout déplacement. Il est facile à surveiller; les pansements s'il y a lieu d'en faire, se feront très commodément.

La docimasie pulmonaire hydrostatique est actuellement la méthode de choix pour déterminer si des poumons ont ou n'ont pas respiré. Sa simplicité, sa grande facilité d'exécution l'ont fait préférer, avec juste raison, aux méthodes proposées par Ploucquet, Daniel, Bernt, Bouchut, Mocquard.

La putréfaction gazeuse doit cesser d'être envisagée comme une cause d'erreur. Il résulte des recherches de M. Favre que les poumons de fœtus n'ayant pas respiré ne se putréfient pas, au sens propre du mot, mais qu'ils tombent en déliquium. Ces poumons ne surnagent donc pas, quel que soit l'état de décomposition du cadavre. Les poumons de fœtus ayant complètement ou incomplètement respiré se putréfient toujours dans un temps variable avec la température et le milieu. Cet état, caractérisé par le développement de bulles gazeuses sous-pleurales, doit être considéré comme la conséquence de la pénétration, dans l'appareil respiratoire, de l'air et des germes qu'il contient.

M. Michel a vu que dans des digestions par la pepsine seule en milieu chlorhydrique, le lait cru se digère un peu plus rapidement que le lait stérilisé; dans des digestions par la pancréatine seule en milieu neutre, la digestion du lait stérilisé est plus rapide que celle du lait cru; dans des digestions chlorhydropepsiques du caséum produites pour le lab-ferment, le caséum du lait cru se digère plus rapidement que celui du lait stérilisé; le caséum du lait stérilisé est beaucoup plus rapidement digéré par la pancréatine que celui du lait cru; les digestions complexes : dans lesquelles interviennent les ferments digestifs : lab-pepsine, pancréatine, suivant leur ordre physiologique, sont plus rapides avec le lait stérilisé qu'avec le lait cru; quant aux lactalbumines, elle se digèrent toujours difficilement ou incomplètement.

On peut obtenir au moyen du lait un bouillon de culture sur lequel les microbes pathogènes les plus habituels se cultivent très bien.

M. Derome a vu que dans toute urine humaine normale il existe des enzymes qui sont la pepsine, la trypsine et la ptyaline. L'élimination de ces ferments par l'urine ne se fait pas d'une manière continue. Sauf pour la ptyaline, l'étude de ces ferments ne peut se faire convenablement dans le milieu où ils se trouvent; l'action des ferments digestifs est en effet entravée par les sels et surtout par le chlorure de sodium. Les variations dans la richesse de l'urine en ferments, sont liées à l'alimentation; chez un individu faisant 3 repas, l'élimination de la pepsine présente 3 maxima, 1 le matin, 1 autre avant le déjeuner, un 3e avant le dîner. La marche de l'élimination de la trypsine semble être parallèle à celle de la pepsine. Pour la ptyaline, la richesse en ferments s'observe aussitôt après le repas. Chez les sujets atteints d'hypersthénie aiguë, l'élimination de la pepsine, au lieu de se ralentir à la suite de repas, augmente. chez certains de ces malades l'administration de pepsine est utile; Chez d'autres elle est inutile sinon nuisible. Il y a aussi une apepsie ou tout au moins un retard dans la formation de la pepsine chez certains hypersthéniques gastriques.

C'est Kronecker qui le premier a étudié les lois de la fatigue du muscle : il a vu que la courbe de la fatigue est une ligne droite et de plus que la différence de soulèvement de 2 contractions successives est une constante. Mlle Joteyko a vérifié ces lois de Kronecker non seulement pour les courants forts, mais aussi pour les courants à intensité faible. De plus il a vu que la réparation de la fatigue musculaire se fait même en l'absence de circulation, que la réparation de la fatigue d'un muscle anémié n'a pas lieu dans un milieu privé d'oxygène, que cette réparation ne s'effectuant pas dans l'hydrogène a lieu lorsqu'on introduit de l'oxygène sous la cloche. En outre le pouvoir glycolytique du muscle privé de sang s'est constamment montré nul. Étudiant ensuite l'action de quelques substances de la désassimilation sur la fatigue du muscle, l'auteur a vu que pour une grenouille les doses d'urée très fortes exercent une action déprimante, tandis que les doses moyennes ne produisent pas d'effet; le carbonate d'ammoniaque n'agit d'une manière paralysante qu'à des doses énormes, la neurine n'agit que très faiblement sur l'irritabilité de la fibre musculaire.

M. Alardo conclut de l'étude des formes atypiques du favus à la pluralité clinique de cette mycose. Dans certains cas en effet il ne se forme pas de godets dans cette affection qui simule alors les alopécies consécutives aux folliculites du cuir chevelu, les formes atypiques sont fréquentes et leur diagnostic est difficile. Leur traitement ne diffère pas de celui du favus ordinaire. La pluralité clinique du favus ne peut être expliquée ni par l'existence d'infections secondaires, ni par l'influence du terrain. On ne peut l'expliquer que par la pluralité des espèces parasitaires qui déterminent cette mycose.

La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans, étudiée par M. Couillaud, est une affection régionale et progressive caractérisée par une hypertrophie papillaire végétante, de la pigmentation, de la dystrophie pilaire et unguéale et l'absence de desquamation. Elle est toujours liée à une carcinose abdominale. Les lésions et la pigmentation frappent aussi bien le corps papillaire du derme que l'épiderme. On ne sait actuellement si ces lésions cutanées sont dues à une auto-intoxication cancéreuse ou à une action directe de la carcinose sur le sympathique abdominal. Cependant cette deuxième hypothèse paraît plus probable. La dermatose est très fréquemment précoce au cours du cancer et elle peut servir de signe révélateur. Le traitement se réduit à des soins de propreté, à l'excision des lésions cutanées qui causent une gêne fonctionnelle.

M. Vernhes montre que le scorbut infantile survient sous l'influence d'une alimentation insuffisante ou de troubles gastro-intestinaux dus à la suralimentation et qui sont fréquemment les sources d'infections secondaires. Les manifestations hémorrhagiques rapprochent cette maladie du scorbut; elle est souvent compliquée de rachitisme. La maladie, qui consiste en un trouble de nutrition, survient quelquefois au cours d'une dyspepsie gastro-intestinale chronique qui peut être la source d'infections secondaires, telles que la broncho-pneumonie. D'autres fois cette affection se développe au déclin de maladies infectieuses. Il s'agit probablement là d'une maladie d'origine infectieuse ou toxique, qui se développe sur un terrain spécial, dont nous ignorons la nature.

C'est la théorie nerveuse, c'est l'influence de l'acte réflexe qui explique le mieux actuellement l'hémoglobinurie paroxystique. Cette théorie s'applique au cas que rapporte M. Gagey dans sa thèse : il s'agit d'un enfant de 14 ans qui à l'âge de 3 ans eut une éruption pemphigoïde sur la figure et les mains;

il y avait de grosses bulles remplies d'une sérosité claire; elles crevaient, puis laissaient des croûtes, de la rougeur et une pigmentation jaune brunâtre; l'éruption ayant reparu bien des fois, on voit actuellement sur la face une pigmentation brunâtre qui forme de larges placards; la peau est atrophiée et a perdu son élasticité : les mains sont atrophiées, déformées; il y a un arrêt de développement des doigts et une demi-ankylose au niveau des articulations. Peut-être dans ce cas la cellule rénale a-t-elle subi une altération ayant quelque analogie avec les altérations des cellules épidermiques; car ce sujet a constamment présenté de l'hémoglobinurie. C'est le plus long cas d'hémoglobinurie continue qu'on connaisse; c'est le 1er cas d'hémoglobinurie au cours d'un xeroderma pigmentosum.

Après l'historique de l'hidrocystome, M. Bassaget rapporte cette affection à un trouble fonctionnel de l'excrétion sudorale, trouble accentué par des conditions calorifiques et climatériques particulières; l'origine de ce trouble paraît résider dans une perturbation, encore inconnue, du système nerveux. Les kystes aqueux sont en connexion intime avec l'appareil sudoral et en relation avec l'exagération de son fonctionnement; mais la pathogénie en est obscure. L'éruption siège exclusivement à la face; les lésions sont discrètes ou confluentes, l'affection est caractérisée par la présence de petites tumeurs, dures au toucher, ayant l'aspect d'une vésicule claire, de forme ovoïde, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Traitement général contre le rhumatisme, l'anémie, la dyspepsie, suivant les cas ; on prescrit l'hydrothérapie et surtout la douche écossaise; comme traitement local, on pourra faire la cautérisation ignée des kystes, proposée par M. Thibierge.

Pour M. Schmid, il n'y a pas de métrorrhagies essentielles : celles qu'on observe à la ménopause ou à la puberté sont souvent associées à une constitution faible ou épuisée. Les métrorrhagies sont communes dans les tumeurs de l'utérus ou dans les lésions annexielles. Elles sont expliquables par des réflexes congestifs et non par des altérations de la muqueuse utérine. Il y a des hémorrhagies assez fréquentes dans la première phase des métrites aiguës; dans les métrites chroniques on observe plutôt des ménorrhagies. Il existe une métrite hémorrhagique au sens anatomique du mot, c'est la dégénérescence angiomateuse de M. Quénu.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Damas (Eugène). *Complications infectieuses des fibromyomes utérins.* N° 1117.

M. Cange (Marie-Albert-Edmond). *Contribution à l'étude de la résection du coude.* N° 1166.

M. Blanchard (Alfred). *Du phimosis et de son traitement par la méthode annulaire.* N° 1111.

M. Beaulies (Maurice). *Les lésions traumatiques du crâne en médecine légale.* N° 1132.

M. Gorse (Pierre). *Contribution à l'étude des leucomes adhérents; leurs conséquences et leur traitement.* N° 1108.

Du travail de M. Damas il résulte que dans tous les cas, connus les recherches bactériologiques sur les fibromes y ont décelé des microbes. Ces microbes de formes variées sont des staphylocoques, des streptocoques, un streptobacille. La seule forme constante a été le streptocoque. La virulence de ces microbes est faible. Les animaux meurent de septicémie à assez longue évolution, ou guérissent après quelques jours. Etant donné, d'une part, l'existence de complications infectieuses dans l'évolution des fibromes, à la suite des traitements opératoires et dans le cas de grossesses compliquant des corps fibreux, et d'autre part l'existence des microbes, il est permis de voir un rapport entre ces deux ordres de faits. Le fibrome doit être considéré comme infecté par les chirurgiens et les accoucheurs. Les microbes des fibromes paraissent être de simples parasites pouvant reprendre une virulence plus grande; ils viennent sans doute pour une faible part de la circulation et pour la plus grande part de la cavité cervicale et du vagin.

Différents moyens sont à la disposition du chirurgien pour assurer à la suite de la résection du coude l'extension active de l'avant-bras. Pour M. Cange la conservation de l'olécrane et de l'insertion osseuse du triceps assure un excellent résultat fonctionnel et une guérison rapide; il faut alors recourir au procédé de la double incision latérale. La conservation totale ou partielle de l'olécrane est possible dans un certain nombre d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Elle fournit des conditions avantageuses à la reconstitution d'une néarthose solide et mobile, en particulier dans les cas où l'on peut redouter une régénération insuffisante. Dans les interventions pour ankyloses, il faut craindre la récidive et pratiquer la résection totale; la conservation de l'insertion osseuse du triceps autorise une résection étendue, tout en mettant à l'abri d'une « pseudarthrose ballottante ». Dans les luxations anciennes, l'étendue de la résection dépend du degré d'altération des extrémités articulaires et de l'abondances des ossifications phériphériques : il faut toujours s'efforcer de respecter l'olécrane; la libération en sera facile si l'on a recours à la double incision latéro-olécranienne.

M. Blanchard, après avoir étudié le phimosis congénital et accidentel, conclut que l'opération s'impose dans les 2 cas. Les *indications opératoires principales dans le phimosis congénital* sont : l'imperforation ou l'étroitesse trop accentuée de l'orifice prépuce; l'irritation ou inflammation de nature variable: balano-posthite; eczéma; gerçures du prépuce; la prédisposition des individus atteints de cette affection à contracter les maladies nériennes, la tranformation possible du phimosis en paraphimosis le phimosis suivi d'incontinence d'urine; le phimosis cause d'hyperesthésie génitale et d'inversion sexuelle. Les *indications opératoires principales dans le phimosis accidentel* sont : le chancre mou pour éviter les lymphangites et les adénites suppurées. Dans le chancre induré, l'indication est moins formelle, car les cas dans lesquels on a pu enrayer les progrès de la syphilis par l'excision large et complète du chancre au moyen de la circoncision, sont à l'heure actuelle très peu nombreux.

M. Beaulies termine son étude par les conclusions suivantes : Il importe pour le médecin légiste de savoir poser, le cas échéant, le diagnostic de lésion crânienne ; ce diagnostic est parfois entouré de réelles difficultés. Les blessures du crâne par instruments piquants, tranchants ou contondants sont d'ordinaire le résultat de crimes : ces instruments laissent souvent sur l'os des empreintes caractéristiques. Il est toujours difficile, parfois impossible, de différencier une fracture par chute d'une fracture due à un coup porté. Les lésions par précipitation se diagnostiquent dans la majorité des cas sans peine; mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit de dire s'il y a eu crime, suicide ou accident. Dans les lésions par armes à feu, on peut tirer de bonnes indications du siège de la blessure : par suite, il importe de savoir distinguer l'orifice d'entrée de celui de sortie. Il est de nombreuses circonstances où la fracture du crâne n'intervient que secondairement dans la production de la mort. Il est alors du devoir de l'expert de signaler le rôle simplement déterminant de la lésion céphalique. Des blessures graves donnent quelquefois une survie inattendue et permettent l'accomplissement de certains actes. En présence d'un traumatisme crânien, le médecin légiste réservera toujours son pronostic, quelque légère que soit la blessure.

Les leucomes adhérents sont d'une extrême gravité, dit M. Gorse, aussi bien par les conséquences qu'ils entraînent pour la vision que par les complications qui peuvent survenir. Le plus généralement employé des traitements est l'iridectomie. L'iridectomie optique donne des résultats médiocres ; souvent nuls, lorsque le leucome est étendu ; lorsque l'œil n'est pas habituellement enflammé, douloureux, on peut toujours l'essayer; dans le cas contraire, il vaut mieux ne pas la faire de crainte de réveiller l'inflammation. Si l'œil est enflammé et les douleurs continuelles, une iridectomie aussi large que possible, ou l'opération nouvelle proposée par M. Gayet pour rompre les adhérences de l'iris à la cornée pourront donner de bons résultats, mais sans améliorer en rien la vision. Enfin, si malgré ce traitement l'inflammation persiste et si la vision est nulle, il ne reste qu'un traitement : l'énucléation.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde (Hemiplegia in typhoid fever), par W. Osler (*the Journal of nervous and mental disease*, mai 1896, n° 4, p. 295). — L'auteur a étudié plusieurs cas de paralysies survenues au décours de la fièvre typhoïde. Le premier se rapporte a une fille de 7 ans, atteinte en avril 1896 d'une fièvre typhoïde, qui a duré plus de 10 semaines. Le 3 juin, surviennent des convulsions limitées à la face, au bras, et à la jambe droite, et accompagnées de perte de connaissance. Les attaques se répètent le matin, dans l'après midi, mais le lendemain elles sont limitées seulement aux bras. On remarque alors une hémiplégie droite intéressant la face et s'accompagnant d'aphasie. Ensuite il se produit une amélioration légère mais progressive; les mouvements sont revenus dans la jambe droite, et à son entrée à l'hôpital elle présente l'attitude caractéristique de la marche de l'hémiplégie; il reste encore un affaiblissement notable du membre supérieur. La 2e observation concerne un jeune homme de 25 ans, qui au mois de mars 1895 a eu la fièvre typhoïde avec un délire très intense. A la fin du mois il est survenu subitement une hémiplégie gauche sans convulsions. A son entrée à l'hôpital on constate les signes d'une hémiplégie gauche avec exagération des réflexes superficiels et profonds de ce côté. Pas de troubles de la sensibilité. Il présente en outre des mouvements irréguliers, choréiformes dans le bras gauche et qui apparaissent au moment d'une action volontaire. L'état mental est intact.

L'hémiplégie dans la fièvre typhoïde est excessivement rare tandis que les fièvres éruptives se compliquent assez fréquemment d'hémiplégie. Sur 180 cas de paralysies cérébrales chez les enfants recueillis par l'auteur, il n'a trouvé qu'un cas d'hémiplégie dû à la fièvre typhoïde. La lésion qui détermine l'hémiplégie au cours de la fièvre typhoïde dépend probablement d'une thrombose et non d'une embolie, étant donnée la rareté de l'endocardite au cours de la fièvre typhoïde. A l'appui de sa thèse l'auteur rapporte un cas de thrombose cérébrale située dans les branches ascendante et pariéto-temporale de la cérébrale moyenne. Le malade, un jeune homme de 22 ans, avait eu pendant sa fièvre typhoïde des attaques généralisées, des convulsions avec pertes de connaissance. Mais, d'après l'auteur, la paralysie dans la fièvre typhoïde peut reconnaître une autre cause, c'est la névrite périphérique, et à ce propos il résume l'observation d'un professeur de 26 ans, qui au 5e septennaire d'une fièvre typhoïde, fut pris de douleur et de paralysie à marche progressive dans le bras, et dans la main, symptômes qui se sont améliorés. L'amélioration est survenue si rapidement qu'elle fait penser à une guérison prochaine.

Tuberculose centrale de la moelle épinière (Ueber centrale Tuberculose des Rückenmarkes), par H. Schlesinger (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, livraisons 5 et 6, 1896). — L'auteur rapporte une observation concernant un cordonnier de 42 ans chez lequel la maladie a débuté par des vertiges très intenses avec rejet des liquides par le nez et par des douleurs violentes dans la moitié droite de la face. Les premiers symptômes se sont amendés peu à peu, par contre les douleurs ont persisté et ont gagné successivement le membre supérieur droit et le membre supérieur gauche. Depuis quelque temps diminution de la force musculaire des extrémités supérieures, particulièrement à droite. On constate des signes de tuberculose au sommet des deux poumons. Pas de troubles psychiques. La branche frontale du trijumeau est sensible à la pression. La sensibilité de la face est intacte. Les extrémités supérieures sont atrophiées d'une façon uniforme, l'atrophie étant plus marquée à droite; l'opposition du pouce est possible, les mouvements actifs des autres articulations sont possibles mais ataxiques. Scoliose légère. Les extrémités inférieures présentent une légère diminution de la force musculaire, mais ne sont pas atrophiées. Ce sont les troubles de la sensibilité qui présentent le plus d'intérêt. La sensibilité au contact est partout normale, excepté à la région cubitale de la main droite où elle est amoindrie. Tandis que la sensibilité douloureuse est presque intacte, la sensibilité thermique présente diverses anomalies, ainsi au milieu du cou il existe une région circulaire de thermo-hypéresthésie. Immédiatement au-dessous de celle-ci commence une zone très étendue de thermo-paresthésie qui intéresse la peau, le tronc et les extrémités supérieures. Le malade perçoit dans ces régions le froid comme une sensation de chaleur et vice-versa. A la jambe droite, la sensibilité thermique est intacte tandis qu'à la jambe gauche elle a à peu près disparu. Les mouvements passifs et la notion de la position du membre dans l'espace sont à peu près perdus pour les membres supérieurs. Ataxie très prononcée de ces membres, signe de Romberg manifeste. Les troncs nerveux ne sont pas sensibles à la pression. Tous ces symptômes se sont aggravés dans la suite, la paralysie motrice ayant envahi les quatre membres, et l'atrophie musculaire s'est accentuée de même que les troubles de la sensibilité. Le malade étant mort, on a trouvé, dans la moelle, un tubercule isolé dont le maximum de développement se produisait à la 3e cervicale sur la coupe transversale, il occupait presque toute la surface de la moelle; il ne restait qu'une mince couche de substance blanche à la périphérie; en arrière la destruction s'étendait jusqu'à la surface. La substance grise a totalement disparu. Le tubercule a un contour bien déterminé. Au microscope on constate la structure caractéristique du tubercule solitaire, c'est-à-dire qu'il est constitué dans sa partie centrale par une masse homogène dans laquelle sont disséminés quelques noyaux. Tandis que la partie centrale est privée de vaisseaux, on en trouve quelques-uns à la périphérie. Leur paroi est infiltrée, et à leur pourtour on trouve des cellules géantes. Le volume du tubercule diminue à mesure qu'on se rapproche de la première paire cervicale où la lésion est limitée surtout à la substance grise. Cependant on trouve encore au niveau de l'entrecroisement des pyramides quelques follicules isolées. Les noyaux des nerfs bulbaires sont intacts. Le bulbe frappe surtout par ses dimensions qui sont considérables.

L'auteur a trouvé, à l'aide de la méthode de Marchi, au-dessous de la partie inférieure du tubercule, une dégénérescence caractéristique dans le faisceau fondamental antéro-latéral, la lésion étant plus prononcée à droite qu'à gauche. Au point de vue clinique, on doit remarquer que la maladie a débuté par des phénomènes de parésie bulbaire, mais les noyaux du bulbe ont été trouvés intacts. Cependant il y avait une hyperhémie intense dans la partie inférieure de la moelle allongée, au voisinage du canal central. Les lésions de la moelle épinière expliquent bien les troubles moteurs et sensitifs qui avaient été observés dans ce cas.

CHIRURGIE

Méningite otique (Casuistischer Beitrage zur Pathogenese der Leptomeningitis otica), par Breitung (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 34, p. 792. — Chez un enfant pris brusquement de symptômes de méningite et présentant un écoulement fétide et purulent d'une oreille, l'auteur trouva dans le conduit auditif, tout près de la membrane du tympan, un morceau de bois. L'extraction du corps étranger et la désinfection du conduit auditif amenèrent la cessation de tous les symptômes, et dès le lendemain l'enfant pouvait être considéré comme guéri. La membrane du tympan, très atrophiée, n'était pas perforée.

D'après l'auteur les cas analogues se terminent fréquemment par une leptoméningite mortelle si l'on n'a pas la précaution de regarder dans le conduit auditif avant de trépaner.

Le nitrate d'argent dans le traitement de la gonorrhée (Das Citronensauresilber (Itrol) als antigonorrhoicum), par Werler (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 37, p. 832). — L'auteur a obtenu des résultats excellents dans une cinquantaine de cas de blennorrhagie aiguë, par les injections simples ou suivant la méthode de Janet, d'une solution au 8000e de citrate d'argent connu sous le nom d'itrol. Plus tard le titre de la solution doit être augmenté.

D'après l'auteur l'itrol est un bactéricide de premier ordre pour le gonocoque, n'est nullement irritant pour la muqueuse uréthrale et ne limite pas son action aux couches superficielles de la muqueuse.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Éther acétique, éther nitrique, éther sulfurique.

Solubilité. — L'éther *acétique* est soluble dans 14 parties d'eau; l'éther *sulfurique* dans 9 parties seulement. Quant à l'éther *nitrique* il est à peine soluble dans l'eau. L'éther *nitrique* et l'éther *acétique* se dissolvent en toutes proportions, dans l'éther sulfurique : l'alcool dissout tous les éthers.

Propriétés thérapeutiques. — Les éthers *acétique, nitrique* et *sulfurique* sont des excitants supérieurs de la respiration et du cœur. L'éther *nitrique*, préconisé par Eugène Beckel ne présente aucun avantage sur l'éther sulfurique habituellement employé. Quant à l'éther *acétique*, il aurait une action plus énergique que l'éther sulfurique (Krautwig). Il est néanmoins peu usité en pratique, car celui qui est livré dans le commerce est généralement insuffisamment rectifié et peut être dangereux. Citons, pour être complet, l'éther *valérianique*, qui serait un antispasmodique de premier ordre à la dose de II à IV gouttes : nous pensons que cette action antispasmodique serait mieux obtenue par la voie gastrique. Pour ces motifs, le praticien doit donc avoir recours exclusivement à l'éther sulfurique pour l'usage hypodermique.

L'éther sulfurique a été employé par un très grand nombre d'auteurs et dans un très grand nombre de maladies. Les piqûres d'éther sont le traitement habituel de l'agonie : généralement elles la terminent avec promptitude. On peut dire en effet que l'éther agit surtout comme excitant de la respiration, mais c'est une action très éphémère qui ne devient durable, par suite utile, que si le cœur est en état de bénéficier de cette stimulation. Sinon le coup de fouet est aisément coup de massue.

L'injection d'éther doit donc être réservée au traitement de la syncope *respiratoire*. Elle convient notamment dans le collapsus post-hémorrhagique, dans l'asphyxie des noyés, dans la syncope chloroformique. Elle est indiquée au début de la pneumonie, au moment du frisson initial et du point de côté, et dans les empoisonnements, en particulier l'empoisonnement par la morphine. Mais dans tous les cas où le myocarde est touché (maladies infectieuses, maladies chroniques et anciennes du cœur), il faut se garder de l'injection d'éther. On n'est autorisé à l'employer que comme véhicule, dans le but de renforcer ou seulement de permettre l'action d'un médicament tonicardiaque, ou névrosthénique, tel que le camphre, la caféine ou la quinine.

On a encore utilisé la piqûre d'éther comme analgésique local : souvent en effet, après la période douloureuse, survient localement une anesthésie quelquefois assez durable. On comprend l'application au traitement des points névralgiques rebelles.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* et *chez l'adulte* : par injection 1 centimètre cube. Par 24 heures jusqu'à 10 et 15 centimètres cubes. Ces doses se rapportent à l'éther sulfurique : l'éther acétique ou nitrique, en raison des impuretés possibles, ne s'emploient guère au delà de 4 centimètres cubes.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* Douleur très vive lorsqu'elle est perçue. Localement il se produit une zone d'emphysème sous-cutané dû à la transformation de l'éther en vapeur au contact des tissus. L'éther entre en effet en ébullition à 34°.

b) *Eloignés :* L'éther s'élimine très rapidement par la surface pulmonaire. Le malade *sent* l'éther moins de 3 à 4 minutes après la piqûre. La respiration devient plus ample : la pression artérielle s'élève presque au même moment.

Localement il peut se produire après un temps variable soit une hyperesthésie douloureuse, pouvant persister plusieurs jours, soit au contraire une analgésie de courte durée. Il arrive que ces quelques troubles de la sensibilité, au voisinage du point injecté, deviennent chroniques; on a même vu se développer de véritables névrites avec troubles trophiques et marche ascendante (Arnozan).

FORMULES

L'éther s'injecte le plus souvent pur. Il est bon, pour obtenir un produit irréprochable, de toujours formuler pour l'usage hypodermique :

Ether sulfurique *anesthésique*. . . . . 20 gr.

L'éther préparé pour l'anesthésie offre en effet le maximum de sécurité au point de vue de la rectification.

Associations. — Mélangé à l'alcool en parties égales, l'éther est un excellent analeptique : ce produit est connu sous le nom de Liqueur d'Hoffmann.

Ether sulfurique. . . . . } ãã
Alcool. . . . . }

1 à 10 centimètres cubes.

(Kums, Zuelzer.)

Avec l'eau bouillie et la glycérine à la température de 0° serait un excellent analgésique local, dont l'emploi n'offrirait aucun danger.

Ether sulfurique à 10°. . . . . 2 gr.
Glycérine pure. . . . . } ãã 100 gr.
Eau distillée bouillie. . . . . . }

Jusqu'à 10 injections de 10 centimètres cubes.

(Létang.)

Enfin nous avons vu que l'éther augmentait les propriétés stimulantes du camphre et de la caféine : nous aurons plus tard, à l'occasion des sels de quinine, de l'acide salicylique, à revenir sur le rôle qu'il peut jouer comme véhicule dans certaines de leurs formules.

G. Maurange.

Traitement du rhumatisme aigu par le salicylate de méthyle (essence de Wintergreen),

Par M. le Dr Ringot.

Dans sa thèse, M. Ringot (th. de Lille 1895-96) expose les idées de son maître M. Combemale. Il nous montre que le salicylate de méthyle, ou essence de Wintergreen, comme l'acide salicylique, jouit d'une action très efficace sur le rhumatisme articulaire aigu. Dès une première application, les douleurs cessent pour un temps variant entre six et douze heures, le deuxième et le quatrième jour la sédation dure dix-huit à vingt-quatre heures, le septième ou huitième jour la fièvre tombe, le gonflement disparaît. Il faut continuer la médication pendant dix à quinze jours, si l'on veut éviter la récidive.

On emploie le liquide en badigeonnages au pinceau, à la dose de quatre à six grammes. En général, ce badigeonnage se fera au niveau des articulations malades mais il peut très bien se faire au niveau de parties non douloureuses, la cuisse par exemple. Puis l'on recouvre le tout d'une couche de ouate imperméable.

Cette application est bientôt suivie d'une sensation de vive chaleur et, environ six heures après, d'un engourdissement de la jointure avec diminution des douleurs.

Le médicament est absorbé par les téguments, et l'on constate sa présence dans les urines à l'état d'acide salicylique : quelques gouttes de perchlorure de fer mises en présence de cet acide donnent une solution d'un beau noir violacé.

L'indication de cette médication, abstraction faite de la bénignité des accidents, paraît exister chez les névropathes qui ne peuvent prendre de salicylate par la voie gastrique sans éprouver aussitôt des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Elle a d'ailleurs toujours l'avantage précieux de ne pas fatiguer les voies digestives et permet d'employer à doses massives le salicylate qu'on ne saurait administrer par l'estomac sans risquer de compromettre les fonctions gastro-intestinales.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine,

PAR LE Dr LE GOFF.

I

Le traitement de la coqueluche par l'antipyrine a été inauguré en 1888 par Dubousquet-Laborderie. La médication, expérimentée sur 300 malades, lui a donné 196 guérisons ou améliorations. La durée moyenne du traitement a été de 35 jours. Les doses prescrites ont varié de 0gr30 à 1 gramme pour les enfants jusqu'à 3 ans, et de 2 à 4 grammes pour les enfants plus âgés et les adultes. Les mêmes résultats ont été signalés par Geffrier, De la Jarrige, Jasiewicz et autres.

Richardière a aussi employé l'antipyrine dans le traitement de la coqueluche. Les doses ont été de 1 gramme (de 6 mois à 1 an), de 2 grammes jusqu'à 3 ans, et de 3 grammes à partir de 3 ans. Les résultats ont paru satisfaisants : l'antipyrine a diminué le nombre des quintes d'un tiers dans la plupart des cas. Jamais, elle ne les a supprimées complètement. Dans 2 cas de coqueluche grave, avec vomissements abondants, son effet a été nul sur les vomissements. Richardière conclut des 15 cas ainsi traités que l'action de l'antipyrine était réelle, mais qu'elle n'était pas supérieure à celle de la belladone.

Toutes les fois que les reins du malade fonctionnent bien, M. Lemoine préfère la médication antipyrinée aux autres médications, trouvant son action plus rapide et plus sûre. Chez les petits enfants il donne l'antipyrine en lavement à la dose de 0gr25 à 0gr50 par 24 heures en deux doses; pour ceux de 3 à 6 ans et au-dessus de cet âge, il la donne en cachets et va jusqu'à 1gr50 en six doses espacées.

A l'étranger, Von Genser, dans une communication à la Société des médecins de Vienne (1889), a énuméré les résultats qu'il a obtenus par l'antipyrine chez 200 coquelucheux.

Il avait soumis ses malades à deux modes de traitement : insufflations de poudres médicamenteuses dans les fosses nasales; administration de l'antipyrine par voie stomacale. Dans le premier mode, les résultats furent médiocres, et la durée du traitement de 43 jours en moyenne.

Dans le second mode de traitement (administration d'antipyrine par voie stomacale), les résultats furent plus concluants. Administrée à la dose de 0gr10 par jour, pour chaque année d'âge, l'antipyrine a toujours eu pour effet de diminuer le nombre des quintes de toux et d'en amoindrir la violence. La guérison s'obtient en 24 jours; d'où la conclusion de l'auteur que l'antipyrine abrège la durée de la maladie.

Sonnenberger a étudié ce sujet à différentes reprises. Il est tellement enthousiasmé des résultats fournis par la médication, qu'il ne doute pas d'avoir enfin mis la main sur le traitement spécifique. Son expérience repose sur 80 observations où il a administré autant de centigrammes que l'enfant a de mois, autant de décigrammes qu'il a d'années. Il donne l'antipyrine 3 fois par jour, de préférence après les repas, dans de l'eau ou du sirop de framboises. La durée moyenne du traitement serait de 3 semaines et donnée, dès le début de la coqueluche, l'antipyrine jugulerait la maladie.

Guaita expose qu'il a traité par l'antipyrine 10 cas de coqueluche survenue chez des enfants de 2 mois à 8 ans. Les doses quotidiennes ont varié de 0gr50 à 1gr50, administrées en 3 fois. 6 malades ont guéri à la première période et chez les 4 autres la guérison est survenue à la deuxième période. Plus tard, cet auteur signale 22 nouvelles guérisons par cette médication et conclut que la guérison de la coqueluche est certaine si le traitement est régulier, scrupuleux, ininterrompu et si on n'enfreint pas les règles de l'hygiène.

Windelschmidt a traité par l'antipyrine 300 coquelucheux à l'hôpital et 50 en clientèle. Le résultat a été favorable dans la moitié des cas, la durée de la maladie ayant été réduite à 14 jours ou 3 semaines. Dans 20 p. 100 des cas, l'effet fut sédatif; dans les autres, l'effet fut nul. Pour lui c'est le traitement de la coqueluche le plus sûr, le plus énergique, le plus agréable. Il conseille de donner le médicament le plus tôt possible et de l'administrer à d'assez fortes doses (3 ou 4 fois par jour, autant de décigrammes que l'enfant compte d'années.)

Feer relate que l'antipyrine a été le médicament le plus employé contre la coqueluche à la consultation de l'hôpital d'enfants de Bâle, et le professeur Hagenbach-Burckhardt se loue des résultats obtenus. Environ 80 enfants ont été récemment traités ainsi. La dose était de 1 décigramme par année d'âge du malade, donné matin et soir. 57 de ces cas ont été vus 2 fois au moins, ce qui a permis de suivre l'effet du remède. Dans ces cas, l'amélioration était très sensible dès la seconde visite, soit 3 à 7 jours après la première; dans quelques autres, elle était aussi très marquée. Dans 5 cas, le soulagement ne fut constaté qu'à la 3e ou 4e visite. L'amélioration ne fut

que passagère chez 5 malades, dont 3 avaient des frères ou des sœurs atteints de coqueluche.

Rehn a employé récemment contre la coqueluche le cyanate d'antipyrine, corps bien cristallisé, soluble dans l'eau, facilement décomposable par le lait et les liquides alcalins. L'acide cyanhydrique est ainsi mis en liberté. Ce médicament fait diminuer le nombre ou la violence des quintes en 2 ou 3 jours. Les vomissements, l'inappétence sont influencés non seulement d'une façon indirecte, mais aussi directement par une action sédative sur les nerfs de l'estomac et par une excitation de l'activité des sécrétions de l'appareil glandulaire. La maladie durerait 3 semaines si elle est d'intensité moyenne, et 3 à 5 semaines, si elle grave.

Sonnenberger prétend que les bons résultats obtenus par Rehn sont probablement dus à l'antipyrine que contient son médicament. Théoriquement, dit-il, on ne peut admettre qu'un acide très faible, presque sans action à petites doses, puisse influencer notablement les propriétés de l'antipyrine qui lui est associée. D'après Rehn, le cyanate d'antipyrine est narcotique; mais l'antipyrine a elle-même une action sédative semblable, si bien que Sonnenberger conclut que les observations de Rehn n'autorisent pas à remplacer l'antipyrine par le cyanate d'antipyrine.

II

Comment agit l'antipyrine dans cette affection?

Médicament essentiellement nervin, l'antipyrine agit à la fois comme analgésique et comme antispasmodique.

En diminuant l'irritabilité du nerf laryngé supérieur qui, par réflexe, produit la toux, l'antipyrine fait cesser les quintes et permet ainsi aux enfants d'éviter des accidents sérieux dont l'intensité de l'accès est la cause.

Cette action sur l'élément nerveux de la toux, est l'action la moins discutable de l'antipyrine dans la coqueluche. C'est celle qui ressort des observations personnelles de M. Le Goff (1), où, sur 18 coquelucheux traités, 17 ont vu diminuer par cette médication le nombre ou l'intensité de leurs quintes. Sur 9 d'entre eux, la guérison est survenue en moins de 25 jours, abrégeant ainsi notablement la durée de l'affection.

En second lieu l'antipyrine est antiseptique : Brouardel et Loye ont démontré qu'elle est antifermentescible, antigerminative, antiputride. A 5 p. 100, elle empêche le développement des microbes et atténue leur virulence, et son action antiseptique se manifeste aussi bien dans les expériences de laboratoire (A. Robin).

Mais, malgré ces données, il est encore téméraire de lancer une semblable assertion avant que la science n'ait prouvé la véracité du fait pour le microbe de la coqueluche ou que l'expérimentation ne donne plus prise à la critique par des insuccès trop nombreux.

Le médicament a-t-il prise sur le troisième élément de la coqueluche, l'élément catarrhal?

Mouvet a prétendu que donnée dès la première période de la coqueluche, l'antipyrine coupe court l'affection, et M. Soula, qui a expérimité l'antipyrine associée à la résorcine, a observé un fait analogue. M. Le Goff lui-même, a administré 1gr50 d'antipyrine à une malade dès la première période de la coqueluche et non seulement les quintes ne se sont pas montrées, mais même le catarrhe a disparu en 7 jours.

La critique de cette dernière observation est chose facile, puisque l'élément spasmodique qui permet d'asseoir le diagnostic de coqueluche fait défaut. Mais M. Le Goff a pensé à cette affection parce que la toux était sèche, très fréquente, surtout nocturne, opiniâtre et qu'il se trouvait dans un milieu épidémique, l'enfant ayant ses deux sœurs atteintes de coqueluche.

Chez ses autres malades, à part un échec complet, il a remarqué que le catarrhe disparaissait sous l'influence du traitement plus rapidement que d'ordinaire après la cessation des quintes et sur ce point il se trouve ainsi d'accord avec les précédents observateurs.

Laissant maintenant de côté les hypothèses pour nous en tenir à la constatation brutale des faits, quoiqu'il en soit dans les cas personnels qu'il a étudiés, M. Le Goff a contaté que l'antipyrine modérait l'élément spasmodique de la coqueluche et que sous son influence, l'élément catarrhal s'atténuait rapidement. La durée de la maladie était diminuée (25 jours en moyenne) et dans les cas les plus rebelles, la médication maintenait la coqueluche à un degré d'intensité moyenne. Les enfants s'alimentaient, étaient gais. Ils ressemblaient à de petits convalescents qui ont récupéré une grande partie de leurs forces perdues.

Chez les 18 malades qu'il a observés, il n'est survenu aucune complication. Le traitement, en enrayant les quintes, y a sans doute contribué pour une très large part.

Les bénéfices que ses malades ont retiré de la médication ont été les suivants : tous ont été au moins soulagés sauf une petite fille de 6 ans, chez laquelle les quintes n'ont pas diminué même après l'ingestion de 3 grammes d'antipyrine. C'est le seul insuccès qu'il ait eu.

III

L'antipyrine n'a pourtant pas donné toujours des succès. Le Gendre, qui a toujours eu des résultats négatifs avec l'antipyrine, écrit dans le Traité de médecine sur ce sujet : « L'antipyrine a fourni aux uns des succès que d'autres lui ont vainement demandés. »

A l'hôpital, l'antipyrine a échoué entre les mains de Comby. Barth préfère la quinine à l'antipyrine, ce dernier médicament lui ayant toujours paru inférieur au premier. Baginski : l'antipyrine n'a donné que des échecs. Elle fut administrée à 7 malades sans résultat. Dewolf Smith, qui a expérimenté la médication sur 10 enfants dont l'âge variait de 1 à 10 ans, rapporte que ses effets furent nuls, bien qu'elle n'ait produit aucun mal.

Ces faits doivent-ils faire rejeter l'usage de l'antipyrine dans cette affection? M. Le Goff ne le pense pas, parce que les doses ordonnées ont peut-être été insuffisantes; elles n'ont peut-être pas été prises régulièrement. De plus, on tombe souvent sur des séries si bizarres dans la pratique médicale qu'on ne peut tirer de ces cas particulièremant malheureux des conclusions relatives à la généralité des malades. Du reste il n'existe pas de traitement ayant des effets infaillibles.

Pour sa part, il n'a à signaler comme accident que la présence d'albuminurie survenue à la suite d'ingestion d'antipyrine chez deux de ses malades : l'albumine a du reste disparu rapidement par la cessation du médicament et le régime lacté.

On a reproché à l'antipyrine de diminuer parfois la sécrétion des urines, et la désintégration organique, et d'abaisser les oxydations organiques, d'où la production d'un excès relatif d'acide urique et de matériaux extractifs azotés. Mais l'étude de l'influence de l'antipyrine

1. Thèse de Paris, 1896.

sur la nutrition n'est pas encore tranchée. Quant à l'élimination de l'antipyrine, beaucoup d'expériences physiologiques et la plupart des observations cliniques montrent que l'antipyrine est bien éliminée par les animaux et les gens dont le rein est sain. Les enfants en particulier éliminent facilement l'antipyrine ingérée, pour cette raison que leurs reins sont plus perméables que ceux de l'adulte.

On a aussi accusé l'antipyrine de produire des éruptions plus ou moins étendues, des rash scalartiniformes, du purpura, de l'urticaire, des œdèmes de la peau et des muqueuses. Ces divers accidents ont été signalés par Jaccoud, Ball, Peter, Hardy, J. Simon, Comby, Dubousquet-Laborderie. Ces éruptions ont toujours été sans suites fâcheuses et ont disparu aussitôt la cessation du médicament. Cordès, Taylor, Pusinalli, Dubousquet-Laborderie citent des faits où il y eut des nausées, des vomissements avec des douleurs épigastriques, de l'anorexie. On ne sait si ces accidents sont imputables à l'impureté du médicament, à une accumulation d'action ou à des susceptibilités individuelles spéciales. M. Dubousquet-Laborderie pense que la pureté plus ou moins grande du médicament doit avoir un certain rôle dans l'apparition des accidents signalés.

Quoiqu'il en soit, la bénignité de ces accidents est assez assurée pour qu'on ne doive pas craindre d'administrer l'antipyrine même à haute dose.

Il est bon toutefois d'en surveiller attentivement l'élimination et, avant de l'administrer, il est nécessaire de s'assurer de l'état du filtre rénal.

Pour parer à toute action malfaisante de l'antipyrine sur le tube digestif, on donne le médicament dans de l'eau de Vichy, formulant ainsi :

Antipyrine.	1 gr.
Sirop de groseilles.	20 gr.
Eau de Vichy.	80 gr.

A prendre par cuillerées à dessert après les quintes, en 24 heures.

On recommande en outre de faire suivre chaque cuillerée de l'ingestion de lait ou de bouillon. L'antipyrine est ainsi très bien tolérée. Les doses employées chez les malades de M. Le Goff ont été de 0gr40 à 1 gramme pour les enfants âgés de 2 ans, et de 1 à 3 grammes pour les enfants plus âgés.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval dans la région temporo-pariétale. Guérison.

Communication au *Congrès français de chirurgie*, le 21 octob. 1896.

Par le Dr Ed. Schwartz,

Chirurgien de l'hôpital Cochin.

La suture des grosses veines blessées ou déchirées latéralement n'a fait son entrée dans la thérapeutique chirurgicale que dans ces dernières années. De même que celle de la ligature et de la forcipressure latérale, l'idée en a été suggérée aux chirurgiens par les accidents qu'ils redoutaient à la suite des oblitérations des gros troncs veineux. Dans l'espoir de maintenir la perméabilité des grosses veines tout en obturant la plaie vasculaire, l'on a expérimenté d'abord chez les animaux puis tenté chez l'homme la suture des grosses veines. C'est aux travaux d'Horoch de Vienne (Beitrage zur Lehre von der directen Ligatur der Venen *in Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, t. XXXIII, 1888), puis surtout de Tikhow (*Chirurgtcheskaga leatopice*, Saint-Pétersbourg, 1894; *Centralblatt für Chirurgie*, p. 111, 1895) au point de vue expérimental, de Mayr (Ueber die Venennath, Inaugural Dissertation, Erlangen, 1890), de Kay (Ueber die Venennaht, Inaugural Dissertation, Kiel, 1894), de Brachet (*Traitement des plaies latérales des grosses veines; ligature et sutures latérales*, th. Bordeaux, 1895), de Ricard (Communication au Congrès de chirurgie, 1895), au point de vue clinique, qu'il faudra recourir pour juger de l'évolution et de l'état actuel de la question.

Un des principaux promoteurs de la suture a été Schede. Il porta le premier une suture sur la veine cave inférieure, blessée au cours d'une néphrectomie; les fils tinrent bon et le vaisseau resta perméable, comme le démontra l'autopsie de l'opéré qui succomba quelque temps après (Ueber die Naht von Venenwunden nebst Mittheilung eines Falles von geheilter Naht der Vena cava inferior *in Archiv. f. klinische Chirurgie*, p. 338-345, 1892).

Nous avons pu recueillir depuis la thèse de Brachet qui contient déjà 20 cas portant sur les veines axillaire, saphène interne, saphène externe, fémorale, jugulaire interne, poplitée, tronc brachiocéphalique, veine cave inférieure; trois nouveaux faits, deux de Marin, un de Jordan, deux fois il s'agissait de la veine fémorale, une fois du tronc brachiocéphalique (Marin, Suturing of the brachiocephalic vein *in New York med. Journal*, t. LVIII, p. 411, 1893; Jordan, *Centralblatt für Chirurgie*, p. 745, 1895).

Dans le cours de cette année nous avons nous-mêmes utilisé la suture dans un cas d'hémorrhagie très grave du sinus latéral pendant une trépanation. C'est l'observation de ce fait que nous vous rapportons.

Il s'agit d'un homme de 26 ans, cocher, qui fut admis dans notre service à l'hôpital Cochin le 26 octobre 1895 pour des accidents cérébraux graves consécutifs à un coup de pied de cheval reçu il y a 3 mois.

On constate localement, immédiatement en arrière et au-dessus de l'oreille gauche, l'existence d'une fistule qui conduit sur un os dénudé; il semble que l'os soit déprimé en cet endroit quoique l'épaisseur des parties molles soit considérable. Le blessé a absolument perdu la mémoire; il a des étourdissements, des vertiges avec des tendances à tomber à gauche; il est pris subitement d'une perte d'équilibre qui menace de le faire choir. Dans tout le côté droit la sensibilité à la douleur et au contact est amoindrie. Il y a surdité complète du côté gauche, aucun autre trouble sensoriel.

Je proposai à ce blessé la trépanation et pour lui enlever ses fragments d'os nécrosé et pour décomprimer le cerveau.

Le 24 novembre, l'opération fut pratiquée sous le chloroforme. Une fois le crâne mis à nu par une incision courbe dessinant un lambeau à convexité inférieure, nous pûmes nous rendre compte qu'il y avait un enfoncement de près de 1 centimètre d'un fragment osseux grand comme une pièce de 5 francs; une fistule conduisait au-dessous de lui sur un point rugueux et sonore. Des couronnes de trépan furent placées aux 2 points cardinaux autour du fragment enfoncé; puis avec la pince gouge de Matthieu, le ciseau et le maillet, l'on fit sauter tout ce qui retenait encore la rondelle enfoncée. Au moment de l'enlever nous constatâmes en la soulevant de haut en bas qu'elle était adhérente à la dure-mère juste au niveau du sinus latéral gauche, et, malgré toutes les précautions pour le décoller, le sinus fut déchiré sur une étendue de 1 centimètre environ. Immédiatement un large jet de sang noir inonda le champ opératoire; le doigt placé sur la solution de continuité arrêta tant bien que mal l'hémorrhagie, pendant que de l'autre main armée d'une fine aiguille de Reverdin nous plaçâmes successivement deux points de suture à la soie sur la brèche veineuse. Les fils serrés, le sang ne coula plus que par deux des petites piqûres et fut facilement arrêté par la compression faite à l'aide d'un petit tampon iodoformé dont l'extrémité fut amenée au dehors une fois la suture de la peau terminée. Pansement compressif ouaté. Guérison.

L'examen de la rondelle osseuse montra que sa partie interne adhérente au sinus était atteinte d'ostéite avec nécrose.

Le blessé fut gardé dans notre service pendant plus de 6 mois et nous pûmes constater à sa sortie, 3 juin 1896, que les phénomènes cérébraux intellectuels et moteurs avaient complètement disparu; la surdité avait considérablement diminué; il ne persistait que quelques troubles de la mémoire. Cette observation, en dehors de l'intérêt qu'elle présente au point de vue de la décompression amenant la disparition de la plupart des phénomènes morbides, nous suggère les réflexions suivantes : La suture des sinus est possible, malgré la rigidité, malgré la tension des tuniques fibreuses; elle doit être employée lorsque les autres moyens d'hémostase applicables aux sinus ne sont pas de mise, et c'est même le moyen de choix quand il s'agit de larges sinus, comme le sinus latéral, la partie postérieure du sinus longitudinal supérieur dont la perméabilité a une grande importance; tandis que le tamponnement, le bourrage au catgut peuvent suffire quand il s'agit d'une plaie du sinus latéral pendant une trépanation de la mastoïde, dans un cas comme le nôtre où il n'y a point de point d'appui pour le tampon, quel qu'il soit, la suture est absolument indiquée, efficace et a le grand avantage de ne pas oblitérer nécessairement le canal veineux sur lequel elle est placée.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Séance du 19 Octobre 1896.

COMMUNICATIONS

Nouvelles considérations sur la leucokératose.

M. Le Dentu, après avoir rapporté plusieurs nouvelles observations d'épithéliomas leucoplasiques, conclut :

1° Qu'il faut les considérer non comme un accident dans le cours de la leucoplasie, mais comme une phase ultime de la maladie;

2° Que si cette terminaison n'est pas fatale, elle est fréquente, mais dans une proportion qui n'a pas encore été démontrée;

3° Qu'ils ont moins de tendance à s'infiltrer dans les couches sous-jacentes à la muqueuse et à gagner les ganglions lymphatiques;

4° Qu'ils se produisent plutôt par une extension graduelle à des points non encore transformés que par une véritable récidive sur place;

5° Que leur évolution semble plus lente, et qu'ils sont peut-être réellement, d'une façon générale, doués d'une moindre bénignité;

6° Qu'il faut néanmoins s'en méfier comme s'ils devaient toujours se comporter comme des néoplasmes de la pire espèce;

7° Que l'ablation précoce est prudente pour toute plaque simple, isolée ou associée à d'autres, qui se montre réfractaire à l'action des émollients, des alcalins, des topiques modificateurs de diverses sortes, des caustiques faibles et du feu employé superficiellement;

8° Que l'ablation radicale s'impose pour toute plaque isolée ou associée qui s'écarte du type le plus simple par sa fissuration, son ulcération et son développement papillomateux.

Le sulfate de soude comme hémostatique.

M. J. Reverdin (de Genève) pense que le sulfate de soude administré à faibles doses, suivant la méthode de Kussmaul (0 gr. 10 toutes les heures), agit comme hémostatique.

Il a obtenu par ce moyen l'arrêt d'hémorrhagies capillaires ou parenchymateuses graves.

L'expérimentation sur les animaux (lapins, cobayes) lui a montré que l'administration du sulfate de soude à faible dose rend la coagulation de leur sang beaucoup plus rapide.

Hernies vaginales et vagino-labiales.

M. P. Berger. — I. — Une femme de 34 ans porte à la vulve une tumeur qui sort dès qu'elle se lève, qui est recouverte par la muqueuse de la paroi vaginale postérieure, qui présente de l'expansion dans la toux, qui est réductible avec gargouillement. Cette tumeur s'accompagne d'un prolapsus réductible de la matrice. Ce n'est ni une rectocèle (car le doigt introduit dans le rectum ne pénètre pas dans la tumeur), ni un prolapsus simple du cul-de-sac de Douglas entraîné par la matrice, car quand l'utérus est remis en place on sent l'intestin qui descend encore entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée. C'est bien une hernie vaginale. Considérant que les inconvénients qu'elle détermine sont tous dus au prolapsus génital qui l'accompagne, M. Berger, se borne à traiter celui-ci par l'hystéropexie abdominale et la colporrhaphie. La malade est ainsi débarrassée des troubles fonctionnels dont elle se plaignait.

Au cours de l'opération, M. Berger a pu constater que le cul-de-sac inter-vagino-rectal présentait des dimensions énormes, une très grande laxité, mais qu'aucun resserrement ne séparait la cavité qu'occupait la hernie du cul-de-sac de Douglas. C'est la première variété, non pédiculée, de la hernie vaginale à laquelle se rattachent les observations de Hoin, Astley Cooper, Reid, Zuckerkandl. Il est une seconde sorte de hernie vaginale, pédiculée, qui a pu être prise pour un polype de la matrice et du vagin : tels sont les cas de Sandifort, de Michelson et Lutrin, de Gaillard-Thomas. Cette forme, qui dérive de la première, tient à ce que la paroi vaginale s'est laissée forcer en un point.

La hernie vaginale peut prêter à des complications au cours de l'accouchement; Smellie, Fordyce Baker, Peter Young en ont cité des exemples, mais elle ne paraît guère pouvoir s'étrangler et ne détermine une gêne que par l'accroissement de son volume et le prolapsus utérin qu'elle finit par entraîner.

La cure radicale n'est guère possible, quand la hernie n'est pas pédiculée, car il n'y a là ni sac à extirper, ni orifice fibreux à fermer; la hernie pédiculée seule peut être traitée par l'extirpation du sac. Celle-ci n'a jamais été pratiquée : Gaillard-Thomas a invaginé la sac, l'a retourné dans le ventre et a fixé son fond à la face profonde de la paroi abdominale antérieure. L'opération pratiquée par M. Berger est toute palliative, mais elle a donné un bon résultat fonctionnel.

II. — Hernie occupant la partie postérieure de la grande lèvre chez une jeune fille; mais l'orifice inguinal est libre; la hernie n'est ni une hernie obturatrice, ni une hernie périnéale : de plus on sent qu'un orifice, situé à la face interne de l'ischion, lui donne passage, et le doigt introduit dans le rectum et appuyé sur ce point empêche la hernie de descendre.

C'est bien une hernie postérieure de la grande lèvre, hernie vagino-labiale, pudendal hernia d'Astley Cooper. Malgré l'assertion contraire de Zweifel, celle-ci est très rare : les seuls cas connus sont ceux de Hegar, de Scarpa. On n'en connaît pas d'observation anatomique.

Cette hernie paraît être un degré plus avancé de la hernie vaginale, qui, arrivée au périnée, franchit un interstice du releveur de l'anus et forme ainsi la hernie postérieure de la grande lèvre ou la hernie périnéale. Comme la hernie vaginale d'où elle procède, elle est probablement d'origine congénitale (Ebner, Breisky, Zuckerkandl); une observation de M. Massé semble indiquer néanmoins que ces hernies peuvent être dues à la traction d'un lipome sous-péritonéal.

Cette hernie est facile à distinguer des hernies antérieures de la grande lèvre (inguinales), des hernies crurales et obturatrices.

Elle doit être traitée par l'ouverture, la dissection, l'excision du sac et la suture de l'orifice. Dans le cas présent, l'opération proposée par M. Berger ne fut pas acceptée.

Du « stercorome » infantile.

M. Demons (de Bordeaux) propose le nom de stercorome pour désigner des accumulations considérables de matières fécales formant des tumeurs dont il importe de reconnaître la nature et de ne pas confondre avec de véritables néoplasmes. Pour ces raisons, cette question appartient à la chirurgie, et aussi à cause des interventions que ces tuméfactions peuvent

nécessiter. Chez les enfants, cette maladie revêt une physionomie spéciale. Elle marche lentement, et peut durer longtemps sans déterminer de troubles graves de la santé et sans attirer l'attention, pouvant amener cependant l'étiolement des petits sujets, l'incontinence des matières fécales, la rétention incomplète d'urine et beaucoup plus rarement l'obstruction intestinale. L'auteur insiste surtout sur l'importance du diagnostic et indique la thérapeutique suivie. Cette affection lui paraît constituer un type clinique bien défini qui n'a pas de chapitre spécial dans les traités de pathologie chirurgicale.

De l'emploi du bouton de Murphy.

M. Heydenreich (de Nancy), après avoir rapporté quatre observations personnelles, dans lesquelles il a employé le bouton de Murphy, examine, d'après les cas publiés, les accidents qu'a provoqués cet instrument.

Dans une première série de faits, le bouton n'a pas réalisé l'affrontement exact des surfaces mises en contact, soit que le bouton n'ait pas été suffisamment serré, soit qu'étant trop petit il ait laissé glisser au dehors la paroi stomacale. Ces accidents peuvent être évités grâce à une bonne technique et à l'emploi d'un bouton de dimensions appropriées. Au besoin, on a la ressource d'appliquer sur tout le pourtour de la zone d'affrontement une série de points de suture de Lembert.

Un second groupe comprend les cas dans lesquels la présence du bouton a empêché le cours des matières intestinales. En l'absence de faute commise, cet accident ne s'observe que lorsqu'on opère sur le gros intestin, où les matières fécales sont solides. Il est indiqué alors de se servir d'un bouton à lumière très large et d'administrer à l'opéré de légers laxatifs. Il serait même prudent de n'avoir pas recours au bouton dans les opérations portant sur le gros intestin.

Dans une troisième série d'accidents on a observé une perforation viscérale, soit par échec de la réunion, soit par gangrène due à la compression exercée latéralement par un bouton trop gros. L'échec de la réunion semble avoir eu le plus souvent pour cause une défectuosité dans la construction de l'instrument. Ainsi les tuniques de l'estomac ou de l'intestin doivent être comprimées entre deux surfaces connexes et non pas entre deux bords minces qui coupent les tissus. Il faut éviter que les trous latéraux, dont est percé l'instrument, aient un bord coupant, ou que la pièce mâle, après avoir été emboîtée dans la pièce femelle, dépasse par son bord tranchant la lumière de cette pièce.

Un dernier reproche a été adressé au bouton de Murphy : c'est que parfois il n'est pas expulsé. En effet, à la suite d'une gastroentérostomie, il n'est pas rare que le bouton de Murphy tombe dans l'estomac et y reste. Il peut alors produire quelques accidents. Le remède à cet inconvénient serait l'invention d'un bouton résorbable.

En dépit des reproches qui peuvent lui être adressés, le bouton de Murphy ne saurait être rejeté. Il a l'inappréciable avantage de permettre une opération rapide chez des malades le plus souvent très affaiblis, incapables de supporter une intervention d'une certaine durée. Les efforts des chirurgiens doivent tendre à perfectionner la construction du bouton, à le rendre plus léger, moins volumineux, résorbable.

De l'actinomycose et des mycoses cervico-faciales (pseudo-actinomycoses).

M. A. Poncet (de Lyon) fait une communication sur une nouvelle forme d'infection parasitaire qu'il appelle, en raison de ses rapports avec l'actinomycose, pseudo-actinomycose, ou encore *nouvelle mycose à gros grains jaunes*, ainsi que l'a dénommée son chef de laboratoire, le Dr Dor, dans un récent article de la *Gaz. hebd.*, 14 juin 1896.

Ce champignon, découvert par M. Dor dans le pus de 3 malades opérés dans le service de M. Poncet, forme de gros grains jaunes des dimensions d'un grain de mil, et sous le champ du microscope il se présente avec des caractères particuliers, différents de l'actinomycès, comme on peut en juger par le tableau comparatif suivant, où sont mis en parallèle les signes anatomo-pathologiques des deux maladies.

Actinomycose, Streptothrix Oospora, ou Nocardia actinomycosis.	**Pseudo-actinomycose, Nouvelle mycose à grains jaunes.**
ASPECT	
Dans le pus.	
Grains atteignant au maximum les dimensions d'un grain de mil, mais dans ce cas il s'agit toujours de l'agglomération de plusieurs actinomyces. — Très nombreux.	Grains dépassant souvent les dimensions d'un grain de mil et de structure homogène. — Rares dans le pus, 3 ou 4 par cent. cube.
CONSISTANCE	
Le poids d'une lamelle de verre couvre-objets n'écrase les grains que partiellement.	Le poids d'une lamelle de verre couvre-objets écrase les grains complètement.
EXAMEN MICROSCOPIQUE	
A l'examen microscopique, mycélium central enchevêtré et rayonné, filaments dichotomisés très nombreux à la périphérie; spores terminales, contenues dans des massues. — Bispores se colorant aussi bien que le mycélium, mais les massues se colorent avec des réactifs spéciaux.	Mycélium plus enchevêtré et moins rayonné, filaments plus longs, plus gros. Dichotomies beaucoup plus rares, spores non contenues dans des massues et paraissant mélangées au hasard avec les filaments, lorsque les grains ont été écrasés. Les spores se colorent aussi bien que les massues, de sorte qu'il semble que l'on a affaire à un enchevêtrement de filaments de leptothrix avec des staphylocoques. On croit volontiers au leptothrix parce que les dichotomies sont très rares.
CULTURE	
Les premières cultures poussent mal en présence de l'air et assez bien dans des œufs où dans le vide. Plus tard on obtient des cultures aérobies sur l'agar et sur le sérum. Dans le bouillon on voit des grains et le bouillon n'est jamais troublé.	D'emblée les cultures en bouillon sont fertiles et le bouillon se trouble. En 24 heures il se développe sur sérum une culture assez abondante. L'aspect microscopique est celui des bacilles ressemblant à celui de la diphthérie et on ne voit plus ni grains ni longs filaments.

M. Poncet relate les observations de ses 3 malades atteints de phlegmon suppuré de la région cervico-faciale chez lesquels le nouveau champignon a été rencontré. Les phénomènes locaux ressemblaient, à s'y méprendre, à ceux de l'actinomycose : trismus précoce et persistant, douleurs vives avec exacerbations, induration ligneuse avec foyers de ramollissement, etc.

Le microscope seul peut permettre le diagnostic de cette pseudo-actinomycose.

Les 3 malades opérés (Poncet-Villard) ont guéri et ont été soumis ultérieurement à la médication iodurée, mais il ne semble pas que l'iodure de potassium soit un spécifique de cette nouvelle mycose, pas plus qu'il ne l'est, du reste, de l'actinomycose classique.

Le nouveau parasite a été rencontré par d'autres observateurs qui l'ont décrit sous des noms différents.

C'est ainsi qu'Israël, Chiari, Jacobson, Mosetig-Moorhof, Sabrazès et Rivière, Ruge, Savtchenko ont publié des faits plus ou moins comparables aux nôtres.

A l'heure actuelle, d'après nos recherches bibliographiques, le nombre des observations connues, en y joignant nos trois observations personnelles, serait de 15.

Séance du 20 Octobre 1896.

DISCUSSION

Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.

M. Forgue (de Montpellier), rapporteur. — Voir *Gazette*, n° 84, p. 997.

M. Kirmisson. — Deux conditions très différentes peuvent se présenter dans le traitement du pied bot varus équin congénital : ou bien on est en présence d'un enfant nouveau-né, ou, au moins, n'ayant jamais marché, ou en présence d'une déformation déjà plus ancienne, chez un enfant ayant déjà marché.

Dans le premier cas, nous sommes d'avis qu'il faut commencer le traitement le plus tôt possible, dans les jours qui suivent la naissance. Nous avons l'habitude de nous adresser d'abord au varus et de ne traiter l'équinisme que consécutivement. Nous faisons des massages journaliers, redressant progressivement l'adduction de l'avant-pied, et nous maintenons les résultats acquis à l'aide de petites bottes en gutta-percha, très bien supportées par la peau si tendre des jeunes enfants. Le second acte consiste à détruire l'équinisme, nous avons recours, pour cela, si le massage ne nous paraît pas suffisant, à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Lorsque l'enfant a marché, lorsqu'on se trouve en présence d'un pied bot invétéré, que cet état tienne à la production de récidives ou à l'absence complète de traitement, les conditions changent du tout au tout. On peut employer alors soit le redressement forcé sous le chloroforme, soit l'une des opérations qui ont été proposées pour la cure du pied bot invétéré.

Nous employons très volontiers le redressement forcé sous le chloroforme, dans les cas moyens, lorsque le pied ne nous paraît pas trop dur. Ce redressement, suivi de l'application d'un appareil plâtré, nous donne de très bons résultats. On doit compléter le redressement ainsi obtenu par un massage continué pendant de longs mois.

A côté du redressement manuel pratiqué sous le chloroforme, on peut placer la tarsoclasie instrumentale, vantée par un certain nombre de nos collègues. Nous dirons de cette méthode ce que nous avons souvent dit de l'ostéoclasie du fémur pour le genu valgum, que nous n'aimons pas ces opérations aveugles, dont les résultats sont difficiles à calculer, et dont l'effet dépasse souvent le but.

Nous préférons donc avoir recours aux opérations sanglantes, mais nous ne pensons pas qu'il soit utile de faire porter l'intervention d'emblée sur le squelette; sans vouloir discuter les différentes formes de tarsotomies ou de résections osseuses, nous pensons que ces différentes opérations ont le tort grave de compromettre souvent à la fois et la forme et la fonction, inconvénient grave que nous devons éviter par-dessus tout en orthopédie.

Je préfère de beaucoup suivre la voie dans laquelle est entré Phelps, et je revendique pour moi le mérite d'avoir introduit en France, en 1889, cette opération dite de Phelps, que nous avons pratiquée depuis cette époque un grand nombre de fois, en la modifiant d'une façon très importante. En effet l'ouverture de l'articulation médio-tarsienne, faite exceptionnellement par Phelps, est devenue pour moi le point fondamental de l'opération. J'ai du reste donné récemment le manuel opératoire très complet dans la *Revue d'orthopédie* (mai et juillet 1896), je n'y reviendrai pas.

Le total de mes opérations de Phelps s'élève à l'heure actuelle à 76, ayant porté sur 51 malades. L'enfant le plus jeune que j'ai opéré avait 15 mois; le plus âgé avait 19 ans. Le plus grand nombre étaient compris entre 3 et 10 ans.

23 malades avaient subi antérieurement la ténotomie du tendon d'Achille, 2 avaient été soumis à la tarsoclasie instrumentale. 3 enfin, avaient subi antérieurement l'ablation de l'astragale.

Nous n'avons observé de complications graves que chez un de nos opérés qui a eu une eschare profonde causée par l'appareil plâtré.

Les résultats définitifs ont été en général très satisfaisants. Dans 2 cas, pour arriver au redressement complet, nous avons dû faire une excision cunéiforme sur le bord externe du pied Dans quelques cas nous avons vu persister un léger degré d'équinisme.

Il est bien certain que, même dans les cas les plus favorables, les malades ont besoin d'être encore surveillés. Il est utile de faire pendant longtemps du massage, de l'électrisation des muscles pour maintenir le résultat obtenu. En tous cas, contrairement à l'opinion émise par M. Farabeuf, nous ne faisons jamais porter d'appareils orthopédiques à la suite de l'opération de Phelps.

En terminant, je dirai sous forme de conclusion : Dans le pied bot invétéré, l'opération de Phelps, telle que je l'ai décrite (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne) me paraît être l'opération de choix. Que beaucoup de mes collègues aient obtenu des résultats avantageux à l'aide de la tarsoclasie instrumentale, je ne cherche nullement à le nier, mais ce que je tiens avant tout à bien préciser, c'est que les opérations sur le squelette, les différentes tarsotomies, ne devront jamais être mises en parallèle avec les méthodes précédentes dans la cure du pied bot varus équin congénital; elles ne devront jamais constituer des opérations de choix; mais seulement des méthodes d'exception et de nécessité applicables seulement quand toutes les autres méthodes conservatrices se seront montrées insuffisantes.

M. Paul Berger adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités, dans les premiers mois par les manipulations (déroulement du pied) et l'orthopédie seulement, mais, le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie. M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long et même plus de 20 ans; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel il était parfait, la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale.

Dans le pied bot invétéré M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

M. Deschamps (de Liège) donne les conclusions suivantes :

1° Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore de porter un jugement définitif sur la pathogénie du pied bot, on peut cependant admettre que le pied bot varus équin congénital est le résultat d'une paralysie, pendant la vie intra-utérine, des muscles abducteurs du pied (théorie de Soyn), les lésions osseuses en sont la conséquence.

2° Le traitement chirurgical se varie, dépend autant de la lésion elle-même que des aptitudes et de l'expérience personnelles du chirurgien opérateur.

3° L'opération de Phelps ou de Reeves a donné d'excellents résultats; elle est applicable dans bien des cas. La tarsectomie est parfois préférable.

4° Dans tous les cas, la valeur du traitement chirurgical peut être nulle, si on néglige les soins consécutifs de massage, redressement et autres manœuvres orthopédiques.

5° On peut parfaitement guérir un pied bot par le massage patient et le redressement forcé si le traitement a commencé dès le jeune âge.

M. Martin (de Genève) expose les bons résultats qu'on obtient par la méthode de Venel, consistant principalement en diverses manipulations aidées de massage, de gymnastique, d'électricité, de port d'appareils, etc.

Sur 130 pieds bots congénitaux traités par cette méthode, on a pu s'assurer, dans plus de 60 cas revus de 6 à 12 ans après leur sortie de l'établissement, que le redressement avait persisté;

plusieurs ont fait leur service militaire et supporté facilement de longues marches.

Presque jamais avant l'âge de 10 ans, la résistance soit musculaire, soit osseuse n'est assez considérable pour qu'avec de la persévérance on ne puisse en venir à bout.

M. Jalaguier emploie la tarsectomie économique de Ch. Nélaton dans le pied bot varus équin invétéré grave des enfants de 5 à 6 ans. Depuis 3 ans, il a opéré 31 cas, qui ont tous guéri avec des résultats excellents.

M. Péan admet l'intervention sanglante pour les cas irréductibles. Incision de la face externe, intéressant la peau, pour remettre l'aponévrose à nu, et, celle-ci sectionnée, on trouve les saillies osseuses qui s'opposent. C'est celles-ci qu'il faut enlever, sans faire de résection trop grande, si cela est possible.

M. Championnière fait tout d'abord observer que le massage forcé est un traumatisme violent, mais aveugle. Il est partisan convaincu de l'intervention sur le squelette, intervention aussi large que possible. C'est la chirurgie osseuse opposée à la chirurgie tendineuse, cette dernière étant aussi grave et aussi dangereuse que la première, sans en avoir les avantages. Puis l'inconvénient principal de la chirurgie tendineuse, l'appareil pour un temps très long, se trouve supprimé dans la chirurgie osseuse. En second lieu la chirurgie osseuse supprime l'hospitalisation qui expose l'enfant à des complications, à des infections médicales mortelles, et en dernier lieu elle donne une mortalité moins grande que la chirurgie tendineuse.

M. Lucas-Championnière a commencé par des opérations économiques, il est arrivé à enlever la totalité des os du tarse en laissant une partie du calcanéum. Comme résultats : pied fonctionnant admirablement et possédant une hauteur convenable Comme appareil : un peu d'ouate et une bande qu'on enlève au bout de 8 jours et qu'on mobilise après. Sur 23 opérations il n'y a eu qu'une suppuration.

M. J. Boeckel (de Strasbourg). — Dans l'âge tendre les manipulations seules réussissent fort souvent.

Passé 4 ou 5 mois il faut faire des sections tendineuses ou aponévrotiques et maintenir le pied redressé dans des appareils plâtrés et cela pendant 10 mois.

Puis faire porter une semelle en cuir bouilli, munie de tuteurs pendant au moins 1 an.

Vers 4 ans ces moyens échouent généralement, surtout dans les pieds bots osseux. Dans ces cas on peut recourir avec succès au redressement manuel ou instrumental, le combiner au besoin à l'opération de Phelps.

Celle-ci pratiquée même très largement se montre fort souvent inefficace. C'est alors que la tarsectomie devra être exécutée. On aura le choix entre l'astragalectomie et la tarsectomie totale.

La première de ces opérations réussit fort souvent. Lorsqu'elle ne suffit pas, il faudra faire d'emblée des résections étendues de tout le tarse postérieur et empiéter au besoin sur le tarse antérieur.

Bref enlever tout ce qui résiste, faire le désossement du pied et ne s'arrêter que lorsque le pied pourra être facilement redressé et maintenu.

Résultats.— 6 tarsectomies, dont 3 totales, 3 partielles, m'ont fourni 6 guérisons. Le résultat fonctionnel a été satisfaisant chez tous ces opérés. Il s'est maintenu après 12 ans (2 cas) 10 ans, 3 ans 1/2 (2 cas), 19 mois. Le résultat esthétique a été irréprochable dans 2 cas. Dans les 4 autres il y a persistance d'une légère adduction de l'avant-pied.

Pieds bots acquis. — Le ténotomie et le redressement suivis du port d'un bon appareil réussissent également souvent dans les pieds bots paralytiques de l'enfance. Mais il faut agir de bonne heure et employer les moyens adjuvants tels que massage, douches, électricité; il faut de plus exercer une surveillance active, sinon tous ces moyens échouent.

A une période plus avancée surgit l'indication opératoire. Elle a pour but de créer une ankylose du cou-de-pied.

Deux moyens sont à notre disposition *l'arthrodèse*, qui convient aux cas réductibles, la *tarsectomie*, qui s'adresse aux pieds bots irréductibles.

De même que dans les pieds bots paralytiques d'origine *traumatique*, et dans ceux qui sont consécutifs à une maladie, inflammation (phlegmon, arthrite). L'arthrodèse ne sera que rarement indiquée car les lésions sont généralement anciennes et nécessitent alors une intervention plus large.

Résultats. — J'ai pratiqué 12 opérations : 11 tarsectomies et 1 arthrodèse, dont 9 pour des pieds bots paralytiques proprement dits; 3 pour des pieds bots consécutifs à des traumatismes ou à des arthrites.

Ces 12 opérations ont été suivies de guérison constatée après 8, 10, 15 mois, 2 ans, 5 ans (3 cas), près de 4 ans (4 cas), 9 ans.

Sur mes 9 opérés de varus équin 6 ont été absolument redressés; 3 ont un peu d'adduction du pied.

5 opérés sur 12 ont guéri par ankylose totale.

4 par demi-ankylose.

1 avec mobilité.

2 avec mouvements actifs d'une certaine ampleur.

7 marchent sans canne; ils portent tous, sauf un, une chaussure à semelle haute et à tiges; bien que guéri par ankylose complète, un seul se sert encore de sa canne. Les 2 malades opérées de pieds bots doubles, marchent encore très péniblement à cause de l'atrophie considérable des muscles, qui persiste depuis 3 ans.

M. Gross. — Dans deux communications présentées aux Congrès de 1885 et de 1886, j'ai proposé pour remédier aux déformations squelettiques dans les varus équins congénitaux invétérés, l'astragalectomie avec résection de la grande apophyse du calcanéum. Mon jugement était basé sur les données de l'anatomie pathologique, aujourd'hui classiques, et qui démontrent que dans les vieux pieds bots, l'équinisme est déterminé par la déformation de l'astragale et son état de subluxation irréductible par disproportion des parties à mettre en rapport, le varus, par une subluxation du scaphoïde et du cuboïde, qui ne sauraient être mis en position normale, en raison du déplacement des surfaces articulaires antérieures de l'astragale et du calcanéum et des saillies de la partie frontale abandonnée de la tête astragalienne et de la partie externe de la grande apophyse du calcanéum. Dans ces conditions, l'équinisme et le varus sont irréductibles par les moyens orthopédiques ordinaires et l'intervention que je propose remédie à la fois à l'un et à l'autre. La question est de savoir si les mêmes difficultés existent déjà chez l'enfant, et, sinon, à quelle époque elles apparaissent. Les recherches de Lannelongue et de Thoners ont appris que les altérations squelettiques peuvent déjà être indiquées sur le pied bot du nouveau-né; elles s'accentuent surtout à partir du moment où l'enfant pose le pied à terre et commence à marcher. L'ossification les consolide.

Le problème thérapeutique serait facile si les lésions osseuses répondaient toujours au degré de la difformité. Or, il est des pieds très déformés dans lesquels la rétraction fibreuse est pour ainsi dire absente et où tout l'obstacle vient des os et des ligaments; il en est d'autres également très prononcés avec des os à peine déformés. Dans ces derniers, l'orthopédie peut tout. Existe-t-il des déformations squelettiques, chez le jeune enfant elles sont remédiables. Il me semble ne devoir y avoir quelque difficulté qu'à partir du moment où la déformation atteint le noyau d'ossification de l'astragale, ce qui, d'après Farabeuf, a lieu à partir de 3 ans. Les conditions ne sont plus les mêmes, une fois que les lésions tarsiennes s'établissent. Nous n'avons aucune donnée précise sur le moment où l'irréductibilité de l'astragale se prononce, mais celle de la subluxation médiotarsienne est nettement indiquée par les saillies que la tête abandonnée de l'astragale et le bord externe de la grande apophyse du calcanéum font sur la face dorsale externe du pied bot. A partir de ce moment, l'intervention sur le squelette est indiquée pour remédier au varus. L'importance capitale d'une correction absolue de l'équinisme commande l'astragalectomie quand après section du tendon d'Achille et sous le chloroforme, on ne réussit pas à faire descendre le talon et à placer le pied dans une position se rapprochant pour le moins de la perpendiculaire à l'axe de la jambe. La combinaison des deux opérations constitue ce que j'appelle la tarsectomie postérieure cunéiforme (Congrès de chirurgie, 1885).

La gravité de l'opération est nulle. Je l'ai pratiquée sur 18 sujets, de 3 à 16 ans. La correction immédiate de la difformité a toujours été complète. Quant aux résultats définitifs observés chez 10 opérés qui ont pu être suivis, je les ai fait

connaître l'année dernière au Congrès de Bordeaux : ils sont très satisfaisants. La correction s'est maintenue chez 7 opérés (5 pieds bots simples, 2 doubles). Les insuccès notés chez 3 opérés ont été dus à des circonstances exceptionnelles, complications musculo-nerveuses d'ordre central, traitement consécutif insuffisant. Chez 7 opérés, l'équinisme et le varus sont restés corrigés; les conditions de la station et de la marche sont bonnes et l'opération n'a eu comme conséquence qu'un retard minime sur l'accroissement ultérieur du pied. Dans les varus équins rebelles, lorsque les différents modes de redressement ne sont pas applicables ou échouent, c'est à l'extirpation de l'astragale avec résection de l'extrémité antérieure du calcanéum qu'il faut avoir recours.

M. Doyen. — Je viens ici plaider en faveur des méthodes rapides, c'est-à-dire de la guérison chirurgicale des pieds bots en quelques semaines et sans l'aide d'aucun appareil orthopédique. M. Championnière en particulier vient de vous signaler les résultats orthopédiques remarquables obtenus par l'ablation large des os du tarse, et la supériorité de la résection osseuse sur les sections tendineuses.

Je suis absolument partisan des idées de M. Championnière et j'ai l'honneur de présenter au Congrès des photographies démontrant que la résection osseuse donne à tout âge, dans les cas de pieds bots gravement invétérés, des résultats assez satisfaisants, supérieurs peut-être à ceux du traitement orthopédique exclusif.

Pour le varus équin chez l'enfant tout jeune, de 8 à 10 ou 12 mois, la section interne de Phelps, la section du tendon d'Achille suffisent le plus souvent.

Nous repoussons toutefois le manuel opératoire de Phelps, c'est-à-dire la section des parties molles à ciel ouvert, chez l'enfant tout jeune, nous pratiquons la section profonde de Phelps par la méthode sous-cutanée.

Plus tard nous incisons la peau longitudinalement, nous pratiquons la suture profonde transversale et nous suturons la peau.

Le pied varus est-il très marqué ou invétéré, nous pratiquons l'ablation de l'astragale, et, suivant les cas, du scaphoïde, du cuboïde ou de l'apophyse calcanéenne. Les résultats sont excellents. Au bout de quelques semaines, les enfants marchent avec une allure ordinaire, mais les résultats de la résection osseuse sont surtout remarquables dans le pied plat ou valgus, et la seule ablation du scaphoïde permet la réfection parfaite de la voûte plantaire.

M. Lejars donne les résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme interne, dans le pied plat valgus douloureux invétéré. Quatre malades étaient âgés de 19, 20, 23 et 24 ans : chez tous les quatre l'affection remontait à plusieurs années et avait été l'objet de divers traitements; le squelette du pied était notablemnt déformé et, en particulier, le scaphoïde subluxé, sur la tête du calcanéum. Chez tous les quatre, l'excision osseuse fut très large, et la guérison opératoire eut lieu sans incident.

Il y a lieu de distinguer les résultats plastiques, orthomorphiques, autrement dit le rétablissement et le maintien de la cambrure du pied, et les résultats fonctionnels : bien qu'ils soient connexes le plus souvent, il arrive que l'affaissement secondaire de la plante, au bout de quelques mois de marche, ne réveille pas de nouveaux accidents. Dans un organe tel que le pied, on ne saurait, en effet, juger d'une opération d'après ses effets mécaniques par exemple, surtout dans le jeune âge : par le fait du développement et des mouvements, il se produit un travail d'accommodatien qui entre pour une grande part dans le résultat fonctionnel définitif.

M. Broca a opéré 83 pieds bots sur 59 sujets et ses opérations sont : 35 sections du tendon d'Achille sur 23 sujets, dont 1 a dû subir plus tard des deux côtés le massage forcé, dont 1 a dû subir une double incision de Phelps; 9 incisions de Phelps sur 6 sujets dont 2 (1 unilatéral, 1 bilatéral) ont dû subir plus tard la tarsectomie; 15 massages forcés avec ténotomie sous le chloroforme sur 11 sujets, dont 1 a subi plus tard la tarsectomie; 34 tarsectomies sur 22 sujets. D'une manière générale, M. Broca confirme, avec cette expérience personnelle, les conclusions du rapport de M. Forgue. On doit entreprendre le traitement aussitôt que possible, même dès la naissance et dans ces conditions, sur l'enfant n'ayant pas encore marché, on réussira presque toujours par le massage et la ténotomie; comme tous les auteurs, depuis Adams surtout, M. Broca insiste sur la nécessité de corriger le varus avant de couper le tendon d'Achille. Cette correction peut s'obtenir en quelques semaines, par des séances quotidiennes de massage; mais on peut la réaliser en une seule séance de redressement brusque, modelant, pratiqué sous le chloroforme. Cette méthode, dont le principe est incontestablement déjà assez ancien, du à Delore en particulier, a été récemment réglée par Lorenz (de Vienne), dont le manuel opératoire pour attaquer successivement chacun des éléments de la difformité a été adopté par M. Broca.

Sur les sujets un peu âgés, ayant déjà marché, la force manuelle paraît d'ordinaire insuffisante, et, pour redresser brusquement le pied, on a inventé divers tarsoclastes. M. Broca n'est par partisan de ces violences instrumentales, aisément aveugles et trop brutales et quand le redressement manuel échoue il préfère l'intervention sanglante. Il croit qu'alors la tarsectomie doit être préférée à l'incision de Phelps, car elle n'est pas plus grave (mortalité 0), déforme très peu le pied et donne un résultat à la fois plus rapide et plus sûr. La tarsectomie ne doit pas être bornée à l'astragalectomie, remède contre l'équinisme seulement, mais elle doit porter aussi sur la grande apophyse du calcanéum et, selon les besoins, sur les divers os du tarse jusqu'à ce que la correction soit parfaite, selon les préceptes énoncés par Lucas-Championnière.

M. P. Redard insiste sur l'abus des opérations chirurgicales dans le traitement des pieds bots et sur l'importance du redressement forcé et de la tarsoclasie instrumentale dans le traitement de certaines formes. S'appuyant sur les résultats de sa pratique, il démontre qu'un grand nombre de cas de pieds bots peuvent être guéris sans opération chirurgicale importante, par des moyens simples. Il insiste sur la valeur du redressement forcé manuel et instrumental. Il décrit la tarsoclasie instrumentalie qu'il a adoptée depuis longtemps et donne les indications et les résultats de cette méthode de traitement des pieds bots.

Comparant la tarsoclasie aux interventions chirurgicales recommandées dans la cure des pieds bots (opération de Phelps, tarsotomies, tarsectomies) il signale l'abus fait par certains chirurgiens de ces opérations.

M. Phocas (de Lille). — Je ne reconnais qu'une règle dans le redressement du pied bot congénital ou acquis, justiciable d'une opération : c'est la restitution intégrale et définitive des formes à la suite de l'opération. C'est le résultat immédiat, irréprochable jusqu'à l'hypercorrection, résultat qui prélude à un succès définitif sans menace de récidive. Pour cela, je pratique sur les enfants jeunes le redressement brusque, suivi de ténotomie; sur les enfants plus âgés et sur les pieds bots invétérés, l'*astragalectomie* suivie d'une opération de Phelps plus ou moins large et je finis par l'ablation d'un ou plusieurs os du tarse si cela me paraît nécessaire.

Voici ma statistique : opération de Phleps pure, 9 opérations.

Opérations complexes : pieds bots congénitaux, 10 opérations; paralytique, 1 opération.

Astragalectomies, 3. — Au total 23 opérations avec de bons résultats.

J'indiquerai quelques nouveaux procédée opératoires : dans un cas de pied bot valgus, j'ai pratiqué le raccourcissement de la peau du côté interne. Dans les pieds bots talus j'ai fait le raccourcissement du tendon d'Achille selon un procédé personnel.

Fidèle au principe de l'hypercorrection immédiate, je pratique le redressement complet à la suite de la ténotomie pour pieds bots tendineux, l'arthrodèse dans certains pieds bots paralytiques, qui à la suite de la correction opératoire ne peuvent conserver leur attitude.

M. Bilhaut. — Le pied bot congénital, quelle qu'en soit la direction, doit être soumis au redressement, dès la naissance, et l'on obtient ainsi une guérison totale.

Dans le pied bot non traité dès la naissance, les ténotomies, variant suivant la direction de la déviation, doivent être pratiquées au plus tôt. Elles devront être suivies de l'application d'un appareil de maintien parfaitement exact. Les soins consécutifs seront de longue durée : le massage sera pratiqué avec méthode, dès que la solidité des tendons réparés permettra d'y recourir.

Dans les cas graves, on donnera le choix, lorsque les sujets ne seront pas trop avancés en âge, au procédé de Phelps. L'incision portera au maximum sur le ligament en Y. Il est nécessaire que la correction soit d'emblée complète.

Dans les cas de pied bot extrême, et plus particulièrement chez les adultes, quand il est impossible d'atteindre une correction sans faire une brèche osseuse, on recourra, autant que possible, à la tarsectomie antérieure.

L'astragale réintègre suffisamment la mortaise tibio-tarsienne, dans la pluralité des cas, aussi le résultat fonctionnel est-il excellent, par suite du retour normal de la flexion. Si les dimensions de l'astragale s'opposent à la rentrée de cet os dans la mortaise articulaire, il faut modifier la poulie, détruire les exubérances osseuses ou cartilagineuses faisant obstacle. Ce procédé donne de meilleurs résultats définitifs que l'astragalectomie.

Dans la pied bot acquis et consécutif à la paralysie spinale infantile, à la paralysie diphthéritique, etc., si la déformation de l'astragale est considérable, l'astragalectomie est l'opération de choix.

Quand la correction est ainsi obtenue, s'il existe un relâchement de l'appareil ligamenteux de l'avant-pied, le traitement devra comprendre, en outre, l'arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne. Le pied bot ballant est justiciable de l'arthrodèse de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne.

M. Calot (Berck-sur-Mer). — Ici comme ailleurs l'orthopédiste doit être aussi sobre que possible d'interventions osseuses.

Pour les pieds-bots du premier degré, chez les enfants jeunes, les manœuvres manuelles de redressement suffisent.

Pour les pieds bots du deuxième degré, les sections des parties molles faites à la manière de Phelps amènent la correction.

Mais les résections osseuses sont nécessaires, ou plutôt, sans être précisément indispensables, doivent être préférées s'il s'agit de pieds bots à difformité très avancée ou existant chez des sujets d'un certain âge.

M. Métaxas-Zani (Marseille) établit ses conclusions sur 22 opérations suivies de guérison chez des enfants de 3 à 11 ans sauf un cas de 18 mois.

Pied bot congénital. — Après avoir essayé deux fois le Phelps, avec résultats peu satisfaisants il emploie de préférence l'ablation de l'astragale totale ou partielle et la tarsectomie cunéiforme plus ou moins large, mais toujours suffisante pour obtenir un bon redressement primitif. Il fait toujours la ténotomie du tendon d'Achille et souvent celle de l'aponévrose plantaire. Quelquefois le résultat s'est perfectionné avec la marche.

Chez les nouveau-nés il a recours à la méthode classique, des massages, des petits appareils plâtrés; chez l'enfant de 3 mois environ, il pratique des ténotomies et le redressement manuel avec continuation des appareils. Si on n'arrive pas *rapidement* à un *redressement parfait* ou *à peu près*, on ne doit pas craindre de faire la tarsectomie, même à 2 ans.

Dans 4 observations de *pieds bots paralytiques graves*, il a obtenu de très bons résultats analogues avec abrasion des cartilages (arthrodèse).

M. Reboul (de Nîmes) a opéré un enfant de 3 ans atteint de déformation du pied observée à la naissance qui s'est accentuée, depuis la marche, en un pied bot valgus type, sans équinisme, ni talus. Le pied repose sur tout le bord interne. Les tendons des péroniers qui, dans la position normale du pied, sont situés sur la face externe de la malléole externe, se réduisent ainsi, dans leur gouttière, en produisant un claquement, lorsqu'on cherche à redresser le pied, mouvement qui tend le tendon d'Achille. Le valgus se réduit assez facilement mais il se produit alors un léger équinisme.

Pendant une quinzaine de jours, M. Reboul immobilisa le pied en bonne position, dans un appareil plâtré, puis il fit la ténotomie du tendon d'Achille, ce qui donna une réduction complète de la déformation. Il insiste sur la rareté de ce cas, et sur les bons résultats obtenus et la ténotomie du tendon d'Achille.

M. Adenot (de Lyon) donne le résultat éloigné d'une tarsectomie pour pied bot invétéré. La marche prolongée est actuellement facile. Il s'agit d'un homme de 50 ans auquel, il y a 3 ans passés, M. Adenot a enlevé l'astragale, le cuboïde, une partie du calcaneum, et la tête postérieure du 5e métatarsien. Actuellement et depuis plus de deux ans la marche est facile, non douloureuse. Le malade fait plus de 10 kilomètres à pied, facilement, en s'aidant d'une simple canne qui ne lui est pas indispensable.

Pathogénie du pied plat.

M. Paul Reynier (Paris) croit que dans la tarsalgie la déformation en valgus est non point primitive mais consécutive à la contracture des muscles du pied, car la contraction cédant la déformation disparaît; on comprend ainsi qu'avec le valgus le pied puisse être, suivant le muscle atteint, plat ou creux. Mais quelle est la cause de cette contraction? Pour M. Reynier, on peut admettre qu'elle peut être primitive (Duchenne) aussi bien que secondaire (Gosselin); il y a donc des tarsalgies et non pas une tarsalgie. Il pense que pour les tarsalgies de cause légère il faut faire intervenir d'une façon importante l'élément nerveux. Il montre par ses observations qu'on retrouve cette cause dans les antécédents du malade et dans les symptômes; il cite, par exemple, un cas qu'il interprète comme tarsalgie hystérique.

Il termine en disant que, « les douleurs du tarse les tarsalgies qui produisent les déviations du pied en valgus, pendant l'adolescence, tantôt avec affaissement de la voûte, tantôt avec conservation de celle-ci sont dues à des causes multiples.

Il y a donc lieu de distinguer plusieurs variétés de tarsalgies: 1° Celles où des lésions osseuses bien nettement déterminées sont la cause de la maladie, par exemple les tarsalgies tuberculeuses des articulations. 2° Celles où un léger degré d'inflammation, ou mieux de simples phénomènes congestifs des os amenés par les troubles de la croissance, une entorse, une attaque de rhumatisme, amènent une contracture des muscles. Dans ces cas il faut tenir compte, pour expliquer cette contracture, si facile, si rebelle, de troubles du système nerveux, qui dans quelques cas peuvent être nettement rattachés à l'hystérie. Ces troubles du système nerveux peuvent faire penser, enfin, que les altérations osseuses mal définies qu'ont signalées presque tous les auteurs, les lésions du cartilages sont dues à de véritables troubles trophiques osseux, que confirmeraient les troubles de même nature dont la peau est le siège dans les tarsalgies. On voit d'ici l'importance de ces notions pour le traitement, dont le manque de temps l'empêche ici de parler. »

INDEX THÈSES

M. Villeneuve (Joseph-Théodore). *Des conjonctivites à streptocoques.* (G. Steinheil.)

Le streptocoque peut produire plusieurs variétés de conjonctivites. Celles qui sont connues sont au nombre de trois, dont M. Villeneuve nous donne la description: 1° Une conjonctivite simple, sans exsudat membraneux, survenant chez des sujets atteints de rétrécissement des voies lacrymales. 2° Une conjonctivite simple, pseudo-membraneuse, présentant, dans quelques cas, une marche suraiguë. 3° Une conjonctivite compliquée, avec bubons; elle atteint surtout les ganglions préauriculaire et sous-maxillaires.

Le diagnostic bactériologique s'impose dès le début, surtout en présence d'une conjonctivite pseudo-membraneuse; il devra être complet; c'est de lui que dépend le traitement. Le streptocoque peut être associé à d'autres agents pathogènes, tel que le bacille de Löffler; cette association paraît aggraver le pronostic de la maladie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Octobre 1896.

La variole à Marseille.

M. Queirel (de Marseille) fait une communication sur la variole à Marseille et dans le département des Bouches-du-Rhône.

L'auteur, tout en admettant que la vaccination récente est le plus important des moyens prophylactiques, insiste sur l'importance de l'isolement et surtout de la désinfection.

Si malgré les précautions prises, la variole sévit encore à

Marseille, cela est attribuable au grand nombre d'étrangers qui y passent.

De l'actinomycose dans le Gard.

M. J. Reboul (de Nîmes) avait communiqué au Congrès de chirurgie, en 1895, un cas d'actinomycose thoracique. C'était le premier cas d'actinomycose observé ou du moins publié dans le sud-est de la France. Depuis lors, le Dr Reboul, ayant eu l'occasion d'opérer un cas d'actinomycose cervico-faciale, a cherché à savoir s'il n'existait pas d'autres cas d'actinomycose dans le Gard. Il a pu, en s'adressant à tous les docteurs en médecine, chirurgiens, dentistes et médecins, vétérinaires de ce département, en réunir 10 cas, dont 5 chez l'homme et 5 chez les animaux. Les 5 cas observés chez l'homme se décomposent ainsi par ordre de date : 1 cas d'actinomycose pulmonaire (Dr Auphan); 1 cas d'actinomycose cervicale et généralisée (Dr Mazel père); 1 cas d'actinomycose thoracique (Dr Brousson); 1 cas d'actinomycose thoracique (Drs Reboul et Lafon, Congrès de chirurgie, 1895); 1 cas d'actinomycose cervico-faciale (cas inédit dont le Dr Reboul rapporte l'observation dans son mémoire). Dans les 5 cas d'actinomycose observés chez les animaux, la maladie siégait aux maxillaires; elle a été constatée 4 fois chez le bœuf et 1 fois chez le cheval.

Les cas 4 et 5 sont intéressants au point de vue étiologique : les deux malades habitaient des régions humides; le premier avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe, des pailles; le second allait s'amuser dans une ferme où deux bœufs paraissent être morts d'actinomycose. Dans un cas observé par M. Montfajou sur un bœuf, on a trouvé dans l'alvéole d une molaire des épillets d'*hordeum murinum*, qui peuvent avoir inoculé l'animal ou tout au moins créé une porte d'entrée à l'actinomycès.

De l'hydronéphrose et de son traitement par l'« uretéropyélonéostomie ».

M. Bazy. — Il y a trois ans, j'ai eu l'honneur de vous présenter, sous le nom d'uretéro-cysto-néostomie, une opération destinée dans le cas de fistule uretéro-vaginale, à aboucher à nouveau l'uretère dans la vessie et par conséquent à conserver le rein qui était invariablement sacrifié autrefois.

L'opération a tenu les promesses qu'on en attendait, car les deux malades auxquelles je l'ai faite sont actuellement bien portantes, et il y a plus de trois ans pour l'une et près de trois ans pour l'autre que je l'ai faite.

Chez l'une, l'opération a fait disparaître un gonflement du rein qu'on pouvait attribuer à de l'hydronéphrose.

C'est pour guérir une *hydronéphrose volumineuse* que j'ai praqué l'opération dont je viens vous entretenir aujourd'hui sous le nom d'*uretéropyélonéostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet*, par une opération qui paraissait irréalisable à MM. Terrier et Baudouin quand ils ont écrit leur remarquable mémoire sur l'*hydronéphrose intermittente* (*Rev. de chir.*, 1891, p. 180).

Le sujet qui en était porteur est un homme de 40 ans que j'ai opéré avec l'aide de mon ami Ch. Nélaton et de deux de mes internes le 27 juillet dernier.

Je n'insiste pas sur les détails de l'observation; je la résumerai en disant qu'il s'agissait d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique, proéminant du côté de la paroi abdominale antérieure.

Elle fut abordée par la paroi antérieure de l'abdomen et sur la ligne médiane au moyen d'une incision de 10 cent. de long environ.

L'épiploon et le mésentère furent traversés, l'hydronéphrose ponctionnée, évacuée et largement ouverte.

L'uretère fut cherché, son orifice fut trouvé siégeant à la partie moyenne de la poche, sur la paroi interne de cette poche.

Cet orifice n'était pas plus large que l'uretère lui-même, qui venait ainsi s'insérer sur le bassinet à la façon d'un tube qu'on avait soudé à un ballon.

Parti de là, l'uretère, d'un volume égal dans toute l'étendue où nous pouvions le voir, et de volume normal, se dirigeait en bas, accolé contre la paroi du bassinet, qui devait l'aplatir et empêchait l'écoulement de l'urine.

Nous avons cherché la cause de cette disposition et nous ne l'avons pas trouvée : nous n'avons trouvé aucune bride maintenant l'uretère, le tenant suspendu, l'oblitérant, pendant que le rein descendait.

J'ai alors cherché le rein, décidé à me comporter d'après l'état dans lequel je le trouverais.

Or, nous l'avons trouvé un peu allongée mais de volume, d'épaisseur et de consistance tels qu'il nous a paru sain et devoir fonctionner normalement. J'ai alors décidé de le conserver.

Pour cela, après avoir sectionné l'uretère de façon à le raccourcir et à lui laisser une longueur juste suffisante, j'ai incisé la paroi postéro-inférieure du bassinet jusqu'au point où je voulais insérer cet uretère. J'ai fendu l'extrémité de ce dernier longitudinalement sur une étendue d'un bon centimètre, et j'ai suturé cette extrémité au bassinet.

J'introduis une sonde en caoutchouc rouge, n° 12, dans l'uretère à une profondeur de 10 centimètres environ. Je résèque une partie du bassinet; je rétrécis considérablement l'ouverture faite à ce bassinet, je le suture à la paroi de façon à laisser juste le passage de la sonde uretérale, et je ferme la paroi par trois plans de suture.

Je n'insiste pas sur les suites qui furent simples. Le nouvel abouchement de l'uretère, qui n'avait pas fonctionné tant que la sonde est restée dans l'uretère, fonctionna à partir du moment où elle fut enlevée, ce qui m'engagerait à ne plus mettre de sonde si j'avais une opération semblable à pratiquer.

A partir du moment où l'uretère a fonctionné, il l'a fait d'une manière ininterrompue, et jamais je n'ai pu saisir la moindre tuméfaction dans la région occupée par le rein.

J'ai revu mon opéré il y a 12 jours; il n'existe pas la plus petite tuméfaction de la région; il n'a jamais souffert dans ce point; il n'éprouve plus les sensations de poids qu'il éprouvait avant l'opération. La palpation bimanuelle permet de soupçonner plutôt que d'affirmer l'existence du rein dans l'hypochondre gauche. Dans tous les cas son extrémité inférieure ne dépasse pas une ligne horizontale passant par le rebord costal alors qu'au moment de l'opération ce bord inférieur descendait dans la fosse iliaque.

Le résultat paraît devoir se maintenir pour trois raisons :

1° Parce que l'uretère a toujours fonctionné d'une manière régulière depuis le jour où il a commencé;

2° Parce que, s'il n'eût pas bien fonctionné, le bassinet se serait rapidement dilaté comme il l'a fait sous nos yeux dans les jours qui ont précédé l'opération, et nous aurions perçu une tumeur;

3° Parce que la fixation du bassinet à la paroi assure la fixité du rein, de même que le point où se fait l'abouchement de l'uretère, empêche et empêchera, je l'espère, toute nouvelle coudure de l'uretère et toute oblitération.

Je viens de faire à nouveau cette opération dans un cas d'anurie chez un calculeux hématurique.

Psittacose.

M. Debove lit un rapport sur un travail de **MM. A. Gilbert** et **L. Fournier** intitulé : *Contribution à l'étude de la psittacose*. Il s'agit là, comme on le sait, d'une maladie infectieuse d'un type spécial transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de cette même affection. MM. Gilbert et Fournier ont donné, avec la relation d'une épidémie familiale de psittacose qui éclata à Paris au mois de février dernier, les résultats des recherches bactériologiques qu'ils ont entreprises dès cette époque sur ce sujet.

Voici, en résumé, l'histoire de cette épidémie.

Le 30 décembre 1895, M. X... achète trois perroquets; il en envoie un chez une parente, Mme Z...; quelques jours après le perroquet meurt et Mme Z... tombe malade ainsi que sa bonne. Ces deux personnes guérissent en 3 semaines.

Les deux perroquets gardés par M. X... meurent, l'un le 3, l'autre le 10 janvier.

M. X... est pris, le 15 janvier, de fièvre et de courbature. Son état s'aggrave rapidement et l'on note les symptômes suivants : frissons, soif vive, vomissements incessants, constipation, céphalalgie intense, agitation, insomnie; la température oscille entre 40°5 et 41°, le pouls est à 100; le délire apparaît, le

malade perd ses matières, les urines sont rares, foncées et un peu albumineuses. Le 22 janvier on constate l'existence d'un foyer de pneumonie à la base droite. Les phénomènes nerveux prennent une très grande intensité : agitation, trémulation, carphologie, délire continu ; puis le malade tombe dans le coma et meurt le 26 janvier.

Mme X... est atteinte quelques jours après son mari, le 22 janvier. Début brusque : frissons, fièvre vive, vomissements répétés pendant les deux premiers jours, soif intense, pas de diarrhée, urines rares et albumineuses. La température oscille entre 39°5 et 40°. Les complications pulmonaires se montrent bientôt : foyers de broncho-pneumonie aux deux bases ; les phénomènes nerveux deviennent très intenses, l'état général s'aggrave rapidement, la malade meurt dans le coma le 1er février.

Le fils de M. et Mme X... a été atteint lui aussi, mais d'une façon très légère et a guéri rapidement.

En résumé, cette épidémie de psittacose a frappé 5 personnes ; 3 furent atteintes légèrement ; 2 moururent en 8 et 9 jours. Ces deux dernières avaient plus que les autres touché et soigné les perroquets ; elles les nourrissaient de bouche à bec alors qu'ils étaient déjà malades.

Pendant toute sa durée l'affection a présenté chez ces deux personnes le tableau d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, sans phénomènes abdominaux et avec grande prédominance des troubles nerveux.

Dans la seconde partie de leur mémoire, MM. Gilbert et Fournier rapportent les résultats de leurs recherches bactériologiques sur la psittacose. On sait que M. Nocard a décrit en 1893 un bacille qu'il avait trouvé dans la moelle osseuse d'ailes de perruches rapportées en France par Marion et Dubois.

Chez M. et Mme X..., l'examen des produits d'expectoration et du sang recueilli par piqûre de la pulpe du doigt ne donna aucun résultat. MM. Gilbert et Fournier, par contre, retrouvèrent le bacille décrit par M. Nocard dans les viscères et la moelle d'un perroquet qui était mort en quelques jours chez le marchand d'où provenaient les perroquets de M. X... Ils purent enfin, grâce à l'obligeance de M. Mathieu, retrouver le même micro-organisme dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose dans le service de ce dernier à l'hôpital Andral.

Voici les principaux caractères de ce microbe : bacille court, à extrémités arrondies, aérobie et anaérobie, extrêmement mobile, se développant rapidement sur tous les milieux, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant pas fermenter la lactose, ni virer le tournesol, ni coaguler le lait, ne donnant pas d'indol. Sur pomme de terre il présente l'aspect du bacille d'Escherich ; sur le milieu d'Elsner il pousse lentement et donne de très petites colonies. Il possède 10 à 12 cils vibratiles, comme le bacille d'Eberth, mais plus fragiles et se détachant plus facilement. En ajoutant à X gouttes d'une culture en bouillon de 24 heures I goutte de sérum de typhique, on voit se produire une agglutination des bacilles ; mais entre les agglomérats, — bien moins nets que ceux donnés dans les mêmes conditions par un bacille typhique, — les microbes conservent intacte leur mobilité. Le sérum d'un individu sain ne semble avoir aucune action semblable sur ces microbes.

Le bacille de la psittacose est d'une virulence extrême non seulement pour les perruches, mais aussi pour différents autres animaux : souris, cobayes, lapins, pigeons. L'inoculation sous-cutanée, intra-veineuse ou intra-péritonéale tue ces animaux entre 12 et 48 heures ; on peut les injecter en leur faisant absorber des cultures, mais les résultats sont moins constants.

Ce bacille se rapproche par certains de ses caractères du bacille d'Eberth ; mais il s'en distingue par l'apparence de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre, et surtout par son extrême virulence à l'égard des animaux de laboratoire. D'autre part, au point de vue clinique, la psittacose pourrait être considérée comme une septicémie typhique ; on sait que le bacille d'Eberth peut envahir ainsi l'organisme et produire des septicémies dont l'évolution et la symptomatologie s'éloignent singulièrement de celles de la fièvre typhoïde normale. Mais il s'agit ici bien vraisemblablement d'une maladie microbienne nettement différenciée, qui paraît fréquente chez les psittacés et qui peut se transmettre à l'homme avec une redoutable facilité.

La psittacose est certainement plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici ; elle est souvent confondue avec d'autres maladies infectieuses ; MM. Gilbert et Fournier pensent que c'est à la psittacose qu'il faut, par exemple, rapporter un certain nombre de ces épidémies pneumoniques de famille ou de maison.

Aussi quelques mesures prophylactiques semblent-elles nécessaires : surveillance des arrivages de perruches, instructions pour les oiseliers et pour les personnes qui possèdent des perroquets ou des perruches au sujet de ces animaux lorsqu'ils semblent malades.

M. Debove termine par les considérations suivantes :

« En tous cas, il est bon que le public soit prévenu qu'une maladie souvent mortelle peut être transmise de la perruche à l'homme. Cette transmission se fait d'autant plus facilement que certaines personnes éprouvent pour ces animaux une sorte d'affection passionnée, exaltée encore par les craintes que donne leur maladie. Ce sentiment affectif se traduit par des baisers, des caresses interlinguales de bouche à bec. Si ces caresses ne sont pas répréhensibles au point de vue de la morale, elles le sont singulièrement au point de vue de l'hygiène. »

M. A. Poncet fait une communication sur l'*énucléation massive du goître*, qui sera publiée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 Octobre 1896.

Traitement du rétrécissement du rectum.

M. Berger revient sur la communication de M. Reclus, dans la dernière séance de la Société au mois de juillet, pour signaler à son tour les bons résultats que lui a donnés le traitement du rétrécissement du rectum par la dilatation. M. Berger n'hésite pas à considérer ces dilatations comme la méthode fondamentale dans le traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum.

Pour lui, si l'on veut obtenir de bons résultats, il faut procéder avec une grande prudence et beaucoup de lenteur.

Il ne faut jamais tenter des séances de dilatation journalières, mais laisser toujours un intervalle de 24 à 48 heures entre deux séances successives. Il ne faut pas non plus chercher à passer à tout prix à chaque séance un numéro plus gros que celui de la veille. De plus, il faut bien introduire la bougie dans l'axe du rectum malade et se rappeler que cet axe diffère de celui du rectum sain. Quand on engage un dilatateur nouveau, il faut le pousser jusqu'au point où on sent une résistance ; puis on maintient un instant la bougie en place, de la sorte on voit au bout de quelques minutes la bougie s'engager dans le rétrécissement, ou plutôt le rétrécissement descendre sur la bougie. Il semble donc que, dans tout rétrécissement syphilitique du rectum, il y ait un élément spasmodique. Cela explique les alternatives journalières dans la facilité plus ou moins grande qu'il y a à introduire la bougie.

La dilatation n'agit que sur la sténose ; elle n'influe en rien la rectite concomitante, qui est quelquefois la cause de la sténose. Il faut donc toujours associer à la dilatation les lavages antiseptiques chauds intra-rectaux.

Mais la dilatation n'est pas applicable à tous les cas de rétrécissement et, d'après M. Berger, les conditions dans lesquelles elle échoue sont autant de contre-indications de ce traitement. Parmi ces conditions, on peut citer les grands accès infectieux avec fièvre, collapsus, péritonisme ; l'état précaire des malades ; l'abondance de la suppuration et le ténesme rectal, le siège très élevé du rétrécissement à 10, 12, 15 centimètres et plus au-dessus de l'orifice anal.

Dans ces cas où la dilatation est contre-indiquée, M. Berger préfère la rectotomie postérieure à l'extirpation du rectum. La rectotomie en effet donne une amélioration immédiate et est une opération moins grave que l'extirpation, qui, elle, n'est pas d'ailleurs plus curative que la rectotomie. En effet l'extirpation ne fait pas disparaître la rectite, et est suivie de récidive ; elle n'obvie pas à l'incontinence des matières consécutives. Après la rectotomie, de plus, le rectum peut se sphinctériser.

En résumé, M. Berger pense qu'il faut traiter par la méthode sanglante les seuls rétrécissements haut placés et complexes, et

il faut les traiter par la rectotomie. Dans les autres cas, la dilatation donne d'excellents résultats.

M. Quénu est arrivé depuis longtemps à la conclusion que la dilatation, la rectotomie et l'extirpation sont simplement des traitements palliatifs et nullement curatifs : on obtient des soulagements et non des guérisons, quelle que soit la méthode de traitement employée.

Pourtant, d'une façon générale, le suintement, l'écoulement sont améliorés davantage par l'extirpation que par la rectotomie.

En terminant, M. Quénu rapporte l'observation d'une malade qui ne fut soulagée que par l'établissement d'un anus iliaque. Cette malade a été suivie depuis le début, l'évolution du rétrécissement du rectum, et le traitement médical antisyphilitique immédiatement appliqué n'a pas empêché l'évolution de la lésion. Les lésions se sont succédées dans l'ordre suivant : ulcération syphilitique du rectum; rectite consécutive, puis rétrécissement du rectum. L'extirpation du rétrécissement n'ayant amené aucun soulagement il a fallu établir un anus iliaque.

M. Reynier fait remarquer que l'observation rapportée par M. Quénu est absolument identique à celle de Gosselin qui a pu suivre sa malade pendant 30 ans, et constater, comme M. Quénu, l'échec du traitement antisyphilitique institué.

M. Schwartz a retrouvé une femme qu'il a opérée il y a 12 ans pour un rétrécissement du rectum par la rectotomie linéaire et chez laquelle le résultat fonctionnel est resté très satisfaisant.

La dilatation lui semble indiquée dans les cas simples. Dans les cas plus complexes on peut s'adresser à la rectotomie. Quand le cas est pressant, l'anus iliaque est de mise.

M. Reclus, en rapportant ses 2 cas, a voulu simplement montrer qu'à l'aide de la cocaïne on pouvait rendre peu douloureuse et rapidement progressive la dilatation qui d'ordinaire est assez mal supportée par les malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 Octobre 1896.

Séro-pronostic de la fièvre typhoïde.

M. Catrin a pratiqué du séro-diagnostic chez 48 hommes entrés dans le service, du 28 juillet au 28 septembre, avec un diagnostic permettant de soupçonner la nature typhoïdique de leur affection. Sur ces 48 malades, 36 ont eu la fièvre typhoïde, qui a été grave 17 fois, moyenne 14 fois, très légère (typhoïdette) 5 fois.

D'autre part, dans 11 cas d'embarras gastrique, presque tous fébriles, et dans un cas de fièvre continue, il n'a pas obtenu la réaction caractéristique, et la courte durée du cycle fébrile, la symptomatologie, la brièveté de l'affection et de la convalescence ont démontré l'exactitude du séro-diagnostic.

Dans un cas, chez un paludéen chronique, M. Catrin a obtenu la réaction agglutinative, mais la clarification a été lente et peu nette; or le malade avait eu la fièvre typhoïde 5 ans auparavant. Enfin, chez 9 malades atteints d'affections diverses, il a expérimenté le séro-diagnostic. Dans tous ces cas il a eu un résultat négatif. Au point de vue pratique, le séro-diagnostic semble donc avoir fait preuve de son incontestable utilité.

Quant au *séro-pronostic* de la fièvre typhoïde, il a semblé à M. Catrin que, plus tardive et moins intense était la réaction, et plus le pronostic semblait bénin; mais les cas sur lesquels repose cette impression sont trop peu nombreux pour ne pas motiver d'expresses réserves. Il n'y a là que des données préliminaires.

M. Widal pense que la question du séro-pronostic doit rester encore très réservée, d'autant que le pronostic de la fièvre typhoïde dépend souvent de causes multiples, indépendantes de l'action du bacille d'Eberth.

Stomatite ulcéro-membraneuse causée par l'antipyrine.

M. Dalché rapporte une observation de stomatite ulcéro-membraneuse survenue après l'injection d'un gramme d'antipyrine. La stomatite était manifestement produite par l'antipyrine, car elle se produisit à plusieurs reprises 4 à 8 heures après l'absorption d'antipyrine. Elle céda assez rapidement à des lavages boriqués et à une potion de chlorate de potasse à l'intérieur.

Dans quelques cas analogues qui ont été publiés, les accidents se sont montrés après l'absorption de faibles doses d'antipyrine, chez des personnes qui, à d'autres moments, avaient, sans aucun inconvénient, pris des doses égales ou supérieures d'antipyrine.

Intoxication saturnine.

M. Rendu rapporte 2 cas d'intoxication saturnine survenus chez le frère et la sœur, et dont le diagnostic était fort difficile à établir.

Les symptômes présentés par ces malades étaient au début une lassitude extrême, avec courbature, douleurs de jambes, constipation intense. Les jours suivants, il y eut des coliques sèches, des vomissements, du sub-ictère et une sorte de délire. Le foie était plutôt petit; les urines ne renfermaient pas de pigment biliaire. Les gencives étaient fongueuses, pas de liséré saturnin, tout au plus un enduit brunâtre autour d'une canine.

L'apparition de ces symptômes chez le frère et la sœur invoqua dans l'esprit de M. Rendu l'idée d'une intoxication et une enquête conduite dans cette direction, fit connaître les faits suivants :

Les deux malades ne buvaient que du cidre, et, fait particulier, ils étaient les seuls à en boire dans la famille. Le cidre était d'excellente provenance mais on le tirait le soir du tonneau pour le laisser reposer la nuit dans un de ces pichets d'étain très en usage en Normandie. On le buvait à déjeuner et à dîner, mais sans épuiser le pichet. Il y restait donc un résidu de cidre en contact permanent avec le fond du vase. Il y avait sur le fond un dépôt dans lequel l'analyse démontra de nombreux sels de plomb. Elle prouva aussi que le récipient réputé étain était formé d'un alliage contenant une forte proportion de plomb (67 gr. d'étain et 29 gr. de plomb pour 100 gr. d'alliage).

Il s'agissait donc d'une intoxication saturnine, plus prononcée chez le jeune homme que chez la jeune femme, sa sœur, parce qu'il consommait une bien plus grande quantité de cidre.

Périphlébite en plaques, simulant la sclérodermie.

M. G. Thibierge présente un malade âgé de 41 ans, atteint d'une lésion dermo-hypodermique en plaque, de la partie interne de la jambe gauche; la peau est lisse, brillante, piquetée de taches rouges, ne disparaissant pas par la pression et de consistance ferme. Cette plaque pourrait simuler la sclérodermie s'il ne manquait un signe important de cette affection ; le liséré violacé qui borde ordinairement les plaques de morphée, et s'il n'existait, au pourtour de la plaque, une infiltration étendue de l'hypoderme par des nodosités arrondies, du volume d'un gros pois, nodosités qui, sur une partie de la plaque, sont disposées en chapelet, dessinant nettement le trajet d'un vaisseau.

Cet homme a eu, à l'âge de 20 ans, une fièvre typhoïde, suivie de phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Les lésions cutanées qu'il porte remontent à 3 mois et se sont développées à la suite de fatigues et de stations debout prolongées, sans être précédées d'ulcérations ou de dermite eczémateuse.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer trois fois des lésions semblables, 2 fois sur des membres antérieurement atteints de phlegmatia alba dolens et 1 fois chez un variqueux.

Il s'agit certainement de noyaux de phlébite ou mieux de périphlébite portant sur plusieurs petites veines voisines et constituant par leur réunion une plaque plus ou moins étendue. Cette variété, non décrite à ma connaissance, de phlébite des membres variqueux ou thrombosés est très différente des plaques sclérosées lymphangitiques occupant toute la circonférence du membre, que l'on observe souvent chez les variqueux, à la suite de lésions ulcéreuses ou eczémateuses qui offrent d'étroites relations avec l'éléphantiasis des variqueux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance.

Les moignons d'amputation peuvent devenir le siège d'une affection extrêmement douloureuse ; distincte de la simple hypéresthésie, distincte aussi de la névralgie proprement dite, cette affection des moignons, qui peut apparaître plus ou moins longtemps après l'opération, a toujours assombri le pronostic éloigné des grandes amputations et est restée comme un ennemi perpétuel qui menace la vie et le repos des opérés.

C'est qu'en effet, ces douleurs sont atroces et mettent les malheureux qu'elles atteignent dans un état physique et moral absolument intolérable, dont les maîtres de la science nous ont laissé des tableaux bien nets : c'est à cette complication que M. H. Beausse vient de consacrer sa thèse inaugurale (Paris, 1895-96, n° 296).

Longue est la liste des auteurs qui ont traité des moignons douloureux et nous risquerions d'en oublier beaucoup en voulant les citer tous. Nous devons cependant insister d'une façon spéciale sur les travaux de Verneuil et de Weir Mitchell.

Tous ou presque tous n'avaient vu que de la névralgie proprement dite dans les douleurs qui viennent affliger les amputés; dès 1851, Verneuil, disséquant un moignon d'amputation tibio-tarsienne, trouva que le nerf plantaire interne adhérait au périoste et que le saphène péronier, décuplé de volume près de la cicatrice, était large, aplati et épaissi sur une longueur de 4 centimètres au moins : c'était la première observation anatomique de névrite des moignons.

En 1852, Verneuil disséquant un autre moignon de tibio-tarsienne, trouve les nerfs renflés, épaissis, rouges, injectés, présentant des signes non équivoques de névrite traumatique. Sur un moignon de Chopart il remarque l'atrophie du nerf tibial réduit à un ligament fibreux.

Weir Mitchell établit à son tour, en résumant les nombreux cas qu'il put observer de 1862 à 1872 à l'hôpital des maladies nerveuses de Philadelphie, pendant et après la guerre de Sécession, que les nerfs des moignons sont le siège de lésions particulières.

Ainsi ces deux auteurs montrent que la névralgie des moignons n'est pas une névralgie dans la vraie acception du mot, une névralgie *sine materia*, comme dit Verneuil, mais qu'au contraire il y a bien une lésion véritable.

« Dans certains moignons très sensibles, on trouve les nerfs augmentés de volume, plus consistants, plus durs, plus sensibles. » (Weir Mitchell.)

Il croit « pouvoir affirmer que les névralgies persistantes du moignon n'existent jamais sans une sclérose de nerfs, ayant son point de départ dans une névrite et tendant à se propager vers les centres. »

Beaucoup après eux s'engagèrent dans la voie qu'ils avaient tracée, et guidés par l'anatomie pathologique montrèrent qu'il s'agit souvent de toute autre chose que de névralgie, et de l'ensemble de tous leurs travaux se dégage cette conclusion en tous points conforme à ce qu'avait établi W. Mitchell dès 1872 :

I

Les sensations pénibles, étranges, souvent fort douloureuses, souvent aussi accompagnées de contracture de l'extrémité du moignon, qu'éprouvent les amputés et qu'on a longtemps attribuées à de la névralgie, relèvent donc certainement d'une autre cause; ces douleurs si intenses, d'une persistance si désespérante, qui ne cèdent pour ainsi dire à aucun remède, à aucun moyen thérapeutique, sont la caractéristique de l'altération névritique des nerfs du moignon.

Si maintenant, pénétrant plus avant dans la question, nous recherchons la cause de cette névrite, nous voyons que l'examen des malades qui ont souffert de leurs moignons peut permettre d'établir tout d'abord deux catégories nettement délimitées :

I. — Chez les premiers le foyer opératoire a suppuré plus ou moins longtemps;

II. — Chez les autres la guérison est survenue sans la moindre suppuration.

Névrite après suppuration. — A l'époque où tout foyer opératoire était voué par avance à la suppuration, il était assez naturel de rapporter à cette suppuration la cause des douleurs des moignons.

On sait, en effet, que la présence du pus, que les vieux foyers de suppuration au voisinage d'un nerf occasionnent souvent des douleurs atroces sur le trajet de ce nerf; on connaît les douleurs souvent si intenses sur le trajet du sciatique, ou du crural, dans les tumeurs et les suppurations de la hanche ou de l'os iliaque, l'altération névritique des racines médullaires dans le mal de Pott, celle du facial dans la carie du rocher, etc.

Et de fait, les cas de moignons douloureux sont fréquents dans les ouvrages des anciens chirurgiens, au temps où la suppuration était chose ordinaire et inévitable; il est certain que les douleurs des moignons présentent bien les allures des inflammations nerveuses; elles n'apparaissent le plus souvent que plusieurs jours, plusieurs mois même après que la suppuration a cessé, alors que, le moignon bien cicatrisé, rien ne faisait plus penser à l'inflammation antérieure.

Mais à côté de ce travail de sclérose que nous signalons seulement, il peut s'en produire un autre qui, tendant à hypertrophier les divers tissus d'enveloppe des fibres nerveuses, donne naissance à de fausses tumeurs que l'on a décorées à tort du nom de névromes.

A ces *névromes* on a attribué les douleurs des moignons ; voyons donc maintenant jusqu'à quel point il faut admettre cette théorie ; et tout d'abord que sont ces fausses tumeurs ?

Depuis que Odier de Genève, en 1803, employa le premier le mot de névrome, on a appliqué ce terme à toute espèce de tumeurs trouvées sur le trajet d'un nerf, et c'est ainsi qu'on a nommé névromes d'amputation les renflements cicatriciels que l'on rencontre à l'extrémité des filets nerveux.

En effet, quand on examine un moignon d'amputation, on arrive par une exploration attentive à trouver, à l'extrémité d'un trajet nerveux, un renflement, une tuméfaction plus ou moins prononcée ; il en existe souvent plusieurs, une à chaque extrémité nerveuse ; et, soit spontanément, soit à la pression, ces tumeurs sont souvent très douloureuses.

Doit-on pour cela admettre le nom de névrome attribué à ces tuméfactions ?

En nous en rapportant à la définition même du mot et suivant les règles de la nomenclature, un névrome est une tumeur constituée par un tissu nerveux de nouvelle formation, tout comme un fibrome est formé de fibres nouvellement formées, un ostéome de tissu osseux, etc.

Or, telle n'est pas la constitution anatomique des tumeurs qui nous occupent ; on n'y rencontre pas de tissu nerveux nouvellement formé, il n'y a pas néoplasie nerveuse et, d'après les données actuelles de l'anatomie pathologique, il n'est plus possible actuellement de ranger dans la classe des névromes, les renflements situés à l'extrémité des nerfs sectionnés.

Examinons maintenant l'autre question que soulève cette théorie des névromes. Faut-il imputer aux renflements de l'extrémité des nerfs les douleurs extrêmes des moignons, ou bien devons-nous croire que l'hyperplasie du tissu conjonctif enserrant les tubes nerveux et que la névrite qui en résulte parfois est la cause de ces douleurs ?

Il est indéniable que certaines de ces fausses tumeurs sont fort douloureuses. On ne peut cependant pas admettre que le névrome soit la cause véritable de la douleur des moignons. Nous voyons en faveur de cette idée une raison qui nous semble irréfutable, et que déjà A. Guérin met en évidence : si le renflement nerveux, névrome, est bien la cause de toutes ces douleurs, pourquoi donc tous les moignons ne sont-ils pas douloureux ? Car tous les moignons présentent de ces renflements, et cependant quelques-uns restent indolores, ou du moins ne présentent que des douleurs beaucoup moins intenses et moins persistantes.

Suppuration atténuée. — La suppuration produisant l'inflammation et l'altération du tissu nerveux, névrite et faux névromes, explique aisément l'apparition de la douleur dans certains moignons.

Mais comment expliquer ces mêmes douleurs, quand le moignon n'a pas suppuré, quand la cicatrisation a été facile et rapide ?

Dans ces cas, il a pu se produire une infection atténuée et légère, n'ayant pas empêché la réunion par première intention, ni provoqué de suppuration, mais ayant pu déterminer cependant de la névrite interstitielle. Les cas ne sont pas absolument rares où à la suite d'une intervention chirurgicale quelconque le malade ait pendant un ou deux jours une légère poussée fébrile ; le thermomètre monte à 37°5 ou 38°, puis la courbe redevient normale, et rien, du côté du foyer opératoire n'a paru suspect ; pas de rougeur de la peau, pas d'élimination de fils, pas la moindre gouttelette de pus aux point, de suture.

Il est évident que dans le cas dont nous parlons ici quelques microbes pathogènes ont cultivé ; microbes peu virulents, ou dont les phagocytes ont facilement triomphé, microbes dont la présence peut s'expliquer par une légère faute contre l'asepsie pendant l'opération ou pendant un pansement, par un drain trop longtemps maintenu ou insuffisamment aseptisé. L'infection, si légère qu'elle puisse être alors, a pu suffire cependant à déterminer une névrite interstitielle et toutes les conséquences qu'elle entraîne à sa suite.

Il est connu de tous que la névrite ascendante a succédé à des piqûres, à des contusions, à des blessures superficielles des doigts qui avaient guéri sans difficulté, qui n'avaient laissé aucune trace qui pût faire penser à la complication future.

Moignons douloureux malgré une asepsie complète. — Donc, par une asepsie rigoureuse, par la suppression de toute infection même atténuée on devrait faire disparaître complètement les douleurs névralgiques des moignons ; il est certain que le nombre en a considérablement diminué et qu'il est assez rare maintenant d'en rencontrer dans les hôpitaux. Cependant il en existe encore, et parmi ceux-ci, les uns rentrent dans la catégorie de ceux qui ont suppuré, d'autres, comme une malade que M. Beausse a pu observer, ont vu leur moignon se cicatriser dans les meilleures conditions d'asepsie.

L'étiologie de la névrite peut dans ces cas paraître bien difficile à établir, mais il semble qu'on puisse incriminer, soit une inflammation par action chimique, soit une cicatrice vicieuse.

A. *Inflammation par action chimique.* — M. le professeur Hayem a pu produire une névrite ascendante chez le lapin en irritant le bout central du sciatique par des cristaux de bromure de potassium ou des gouttelettes de nicotine : nous ne voulons pas rechercher ici, comment agissent ces produits chimiques, mais il nous semble tout à fait logique de croire que l'action des pansements antiseptiques peut fort bien être la même et qu'il y a une similitude absolue entre les faits expérimentaux du professeur Hayem et les observations cliniques de névrite ascendante dans les moignons ; l'inflammation par les antiseptiques employés, si souvent, d'une façon exagérée réalise une véritable expérience *in anima vili*. Ne savons-nous pas d'ailleurs que les neuro-pathologistes admettent parfaitement l'action toxique de certains agents chimiques dans la production des polynévrites périphériques ?

Ne sommes-nous pas dès lors autorisé légitimement à en déduire que cette même affinité mystérieuse s'exerce sous l'action des antiseptiques, et que certains moignons douloureux peuvent bien trouver là une explication restée méconnue jusqu'ici.

Cette hypothèse semble confirmée par l'observation journalière de la pratique chirurgicale ; chacun connaît, pour l'avoir ressentie, la sensation désagréable, pénible, l'espèce d'engourdissement et de fourmillement qu'éprouvent le chirurgien et ses aides quand au cours d'une opération le contact de l'eau phéniquée est un peu prolongé ; il y a là certainement une action de cette eau phéniquée sur les plus fines terminaisons nerveuses dans la peau ; combien l'action doit être forte, quand, l'extrémité ner-

veuse étant mise à nu comme dans une plaie, le contact irritant est beaucoup plus intense.

B. *Cicatrice vicieuse. Adhérence du nerf à la cicatrice.* — L'inflammation du tissu nerveux, qu'elle soit d'origine septique (suppuration) ou chimique (antiseptiques divers) explique la production de la névrite et par cela même la cause la plus fréquente des douleurs des moignons. Mais ces faits sont-ils les seuls? A côté d'eux, il en est d'autres dont l'interprétation est plus difficile :

« Très fréquemment, dit Panas, sous des influences variables, le plus souvent atmosphériques, les amputés éprouvent dans leur moignon des douleurs périodiques, avec des exacerbations, en tout point comparables à celles que l'on trouve dans les cicatrices des blessures graves. »

Pour expliquer ces phénomènes on admet que des filets ou des terminaisons nerveuses, compris dans le tissu de cicatrice, qui serait hygrométrique, sont comprimés par suite du gonflement de ces tissus. D'autres actions mécaniques encore peuvent être invoquées.

La pression constante, exercée sur la peau, par les appareils prothétiques, produit son inflammation et celle des tissus sous-jacents; le tissu cicatriciel englobant dans ses productions nouvelles les filets nerveux voisins, les comprime entre ses travées; enfin la rétraction des muscles, après leur section, entraîne un changement de position respective des nerfs et des parties voisines, et permet aux extrémités nerveuses soit de se mettre en rapport avec le bout de l'os amputé, soit de contracter des adhérences par leur surface de section avec la face profonde de la peau ou avec les autres tissus.

Dans tous ces cas le contact de la tranche du nerf avec ces tissus sclérosés, avec ces corps durs et rugueux amène une irritation chronique et progressive qui aboutit finalement à la production de la névrite; d'où l'apparition de la douleur.

La névrite de cause traumatique ou mécanique qui se produirait dans ces cas de compression des filets nerveux semble donc donner une interprétation satisfaisante des douleurs des moignons, dans certains cas où l'on ne retrouve aucune inflammation ou intoxication capable de les expliquer.

II

De toutes ces données anatomiques et pathogéniques vont découler les indications thérapeutiques.

Traitement. — A. *Traitement prophylactique.* On peut comprendre sous ce nom les soins à prendre lors de l'amputation primitive et de la confection du moignon.

a) Ce sont : l'antisepsie et l'asepsie rigoureuses, mais judicieusement pratiquées. Il ne faudra pas, comme on le pratiquait au début de l'antisepsie, inonder le champ opératoire de solutions fortes, si concentrées qu'elles en étaient caustiques, tamponner, frotter avec des tampons imprégnés de ces mêmes solutions. On s'en tiendra à une pratique plus sage et plus raisonnée, à un usage plus pondéré de ces antiseptiques, dans les cas principalement où l'on opère un terrain non septique.

L'antisepsie doit être pré-opératoire; au cours même de l'opération il faut être seulement aseptique. Et c'est ainsi que nombre de chirurgiens ont abandonné presque complètement les antiseptiques pour n'employer pendant l'opération que de l'eau bouillie, que de la gaze et de l'ouate stérilisées.

b) On suivra pendant la confection des moignons les recommandations qu'a faites M. Verneuil. Après la constatation anatomique des faits que nous avons relatés plus haut, après avoir remarqué combien ces tuméfactions nerveuses sont souvent douloureuses. M. Verneuil fut amené à pratiquer et à recommander la résection de l'extrémité des nerfs dans les moignons.

c) Enfin on évitera de laisser dans la plaie aucune pointe osseuse, aucune esquille qui puisse irriter ou comprimer le nerf.

B. *Traitement curatif.* — Les procédés les plus divers ont été employés.

On peut les grouper en deux classes nettement définies : les méthodes non sanglantes; les méthodes sanglantes.

Méthodes non sanglantes. — Nous trouvons ici toute une série de traitements qui ne peuvent avoir d'autre prétention que d'être palliatifs; il faudra craindre toujours de perdre un temps précieux en retardant l'application d'un procédé vraiment curatif.

Les fomentations chaudes, la glace, les ventouses scarifiées, les saignées, les sangsues, le massage, les révulsifs de toutes espèces ont été tour à tour appliqués, seuls ou associés à l'usage des médicaments.

La morphine procure un soulagement relatif et passager; malheureusement, là comme toujours, la morphinomanie devient à peu près fatale, car il est bien difficile d'empêcher un malade dont les douleurs sont souvent atroces, de faire un usage répété d'un médicament qui lui procure un bien-être momentané.

L'hyoscyamine a été employée par Verneuil qui la recommande chaudement et dit en avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants. Nous ne connaissons pas d'autres cas de guérison par l'emploi de l'hyoscyamine et nous devons nous demander si dans les quelques cas heureux que rapporte Verneuil, il ne s'agissait pas simplement de névralgies vraies.

Bournhonet, s'appuyant sur un cas observé dans le service de M. Campenon, conseille l'emploi rapide des pulvérisations de chlorure de méthyle; les résultats furent très satisfaisants. Mais il s'agissait là d'un cas tout particulier; la malade était opérée depuis peu de temps; la névrite n'avait donc pu s'installer encore, il s'agissait d'un filet erratique adhérent à l'extrémité de l'os, et Bournhonet ajoute que M. Campenon, se tenait prêt à pratiquer la résection si les douleurs ne cessaient pas rapidement. Nous avons donc le droit d'être très sceptique sur la valeur d'un agent thérapeutique qui n'a pas fait ses preuves.

L'*électricité* mérite un peu plus d'attention; à l'étranger surtout elle est largement employée, et nombre d'auteurs disent avoir obtenu des succès par son emploi raisonné.

Bérard proclame les bons résultats de ce mode de traitement. O. Berger donne une statistique de 86 cas où 73 malades, dont les douleurs n'avaient cédé à aucun traitement, furent guéris par une faradisation énergique de la peau dans le domaine du nerf malade. Bannister vante l'action curative des courants continus. Les résultats, toutefois, sont infidèles, et parfois seulement passagers. Trélat, dans une clinique, s'étonne qu'on ne l'emploie pas plus souvent; c'est le traitement qu'il appliqua au malade qui fait le sujet de sa leçon. Cet homme, qui avait subi tous les traitements : deux réamputations, excision dans la cicatrice, injections de morphine etc., éprouva une amélioration très nette par l'emploi combiné et successif des courants interrompus et continus. La guérison semble se maintenir. Cependant Trélat n'ose pas compter sur une guérison certaine, et il avoue que bien souvent les résultats sont fort douteux. Bien lui en prit, ajoute Cartaz qui recueillit et publia la leçon de son maître; car quelques semaines après, la récidive se produisit.

Le traitement par l'électricité pourra donc être essayé; il pourra rendre des services auprès de certains malades pusillanimes, qu'effraie une nouvelle opération, mais en ne lui accordant qu'une très médiocre confiance, et à la condition absolue, si le résultat n'est pas très rapidement satisfaisant, de l'abandonner pour recourir en temps opportun à un traitement sanglant, désagréable sans doute pour le patient, mais qui seul présente des chances sérieuses d'amener un soulagement durable, une guérison certaine.

Ecrasement. — Une nouvelle opération a été préconisée dans ces derniers temps par M. Delorme. C'est l'écrasement. Frappé des grands dégâts qu'occasionnent les opérations diverses que l'on pratique ordinairement pour lutter contre les douleurs de la névrite, et particulièrement des paralysies sensitivo-motrices persistantes et plus ou moins étendues qui sont la suite de la névrectomie, l'auteur a cherché un traitement plus simple et qui occasionnât moins de dégât. C'est ainsi qu'il a été amené à pratiquer l'écrasement.

Voici le mode opératoire indiqué par l'auteur lui-même :

« Après avoir nettement déterminé l'étendue de la zone douloureuse, saisir le doigt entre les pouces et les index superposés, et de toutes ses forces et d'emblée, presser successivement sur tous les points en commençant par les zônes les plus douloureuses, auxquelles on réserve le maximum de force de pression.

« Cette pression est exercée pendant quelques instants, quelques secondes, à cause de l'effort, de la dépense d'énergie, tant du côté de l'opérateur que du côté du malade.

« Parfois il faut renouveler l'opération à quelques jours d'intervalle.

« Le résultat est la disparition rapide de l'hyperesthésie. »

Le point qu'on ne pouvait frôler peut être touché, pressé sans impression pénible, et cependant il a conservé, émoussée ou non, la sensation de la pression qu'on exerce sur lui; et à l'appui de sa théorie M. Delorme cite 8 observations où les résultats ont été en tous points favorables. *Disparition* complète et rapide des douleurs, exécution facile, même sans anesthésie générale.

Ce sont là certainement des faits fort satisfaisant et susceptibles d'entraîner la confiance des chirurgiens.

Mais en examinant les observations contenues dans le mémoire de M. Delorme, nous voyons que dans tous les cas, il s'est agi de nerfs tout à fait superficiels, que dans tous les cas, sauf le premier, où il s'agit d'une chéloïde du cou (d'ailleurs facilement saisissable entre les doigts), les autres avaient rapport à de petites extrémités, à des doigts presque toujours; et qu'alors les extrémités nerveuses étaient facilement saisies entre un plan résistant formé par le squelette et les doigts de l'opérateur. M. le professeur Delorme dit lui-même : « Les blessures des extrémités, et surtout des doigts, riches en filets nerveux sensitifs, sont tout particulièrement exposées à ces douleurs névritiques, mais aussi elles sont particulièrement accessibles à ce genre de traitement. »

La compression, en effet, peut être facile alors, l'écrasement rapidement et sûrement exécuté.

En serait-il de même pour un gros moignon, après une amputation de cuisse, par exemple, là où les nerfs profondément situés sont cachés à la main de l'opérateur par la matelassure que forment les parties molles, là où le nerf malade ne peut pas être comprimé directement sur un plan osseux?

M. Delorme « a tenté cette compression sur un amputé d'avant-bras qui souffrait d'un névrome et en une seule séance a grandement atténué ses douleurs; forcé de quitter l'hôpital, il n'a pu être suivi et traité jusqu'à guérison; mais ce cas était des plus encourageants. »

Cette observation est trop incomplète, puisque le malade n'a pas été revu, pour que nous puissions y attacher une grande valeur.

Un second point qui a déterminé l'auteur de ce procédé c'est qu'il faut attribuer une importance majeure à l'irritation terminale, au siège du traumatisme, ou du foyer inflammatoire dans la genèse des accidents; il faut restreindre le rôle de la propagation inflammatoire ou septique à distance, c'est-à-dire des désordres matériels massifs, il faut donc agir uniquement sur l'extrémité nerveuse chaque fois qu'on le pourra.

Nous nous rangeons absolument à cet avis, quand on trouve une zone de douleur bien limitée, quand la névrite est véritablement périphérique sans irridations vers les centres; malheureusement tous les cas ne sont pas aussi favorables; les douleurs irradiant en divers sens, la névrite gagne du terrain, remontant lentement vers le tronc nerveux, la clinique est là pour le montrer et les examens histologiques des nerfs sectionnés ont aussi apporté leurs preuves.

Dans ces cas pouvons-nous logiquement espérer un bon résultat de l'emploi de l'écrasement?

Enfin la paralysie sensitivo-motrice n'est plus à craindre dans les cas de moignon, puisque, ainsi que nous le montrerons plus loin, le territoire innervé par le tronc nerveux que l'on sectionne est déjà tombé lors de l'amputation.

Nous croyons donc le procédé du traitement par l'écrasement applicable à certains cas, mais cependant nous pensons que les indications en sont assez restreintes.

L'exécution du procédé faite, comme le recommande M. Delorme, sans anesthésie locale ou générale, nous semble plus difficile que l'auteur ne le prétend; quand on a vu les soubresauts, les mouvements convulsifs, les douleurs atroces que réveillent le moindre frôlement, le plus léger attouchement du moignon malade, il semble assez difficile d'admettre que le malade puisse supporter pendant 2 ou 3 minutes une compression énergique exercée par un chirurgien qui déploie toutes ses forces.

Méthodes sanglantes. — Le traitement par les méthodes sanglantes auxquelles le chirurgien devra recourir le plus souvent, comprend trois procédés principaux :

a) L'excision dans la cicatrice de l'extrémité nerveuse;

b) La réamputation;

c) La névrectomie à distance.

Le chirurgien sera guidé par les commémoratifs et par l'ensemble des signes cliniques; si dans quelques cas relativement simples et bénins, il peut se contenter de la névrectomie dans la cicatrice, dans d'autres, et ceux-là seront les plus fréquents, la névrectomie devra porter beaucoup plus haut, pour permettre d'arriver à une portion saine du nerf et donner toutes les chances d'une guérison certaine.

Excision dans la cicatrice de la portion malade du nerf. — Cette opération a été pratiquée dans nombre de cas avec des résultats parfois favorables; aussi quelques auteurs s'en montrent-ils partisans. A l'endroit même où une palpation attentive permet de sentir bien nettement une tuméfaction, faire une incision, découvrir l'extrémité renflée, et l'extirper; l'opération est simple et il semble bien naturel qu'elle vienne la première à l'idée du chirurgien.

Malheureusement les résultats n'ont pas répondu aux

espérances que l'on fondait sur ce mode opératoire, car à côté de quelques cas heureux, combien d'autres fois n'a-t-on pas dû recourir à une nouvelle opération souvent plus grave.

On ne s'étonnera pas de ce résultat, si l'on considère que la cause de toutes ces douleurs n'est pas dans une lésion bien localisée et terminale mais dans la névrite ascendante, non localisée, qui gagne rapidement une partie du nerf bien plus haut située.

C'est l'explication facile des récidives, il ne nous semble plus étonnant dès lors qu'elles soient si fréquentes et qu'une intervention nouvelle devienne nécessaire; intervention bien plus grave celle-là, et parfois terrible parce que la maladie a continué son œuvre de destruction, la névrite a gagné du terrain, empiétant peu à peu, sourdement mais sûrement, remontant vers la moelle, tandis que l'on perdait un temps précieux à user de moyens insuffisants, palliatifs, mais non curatifs.

Réamputation. — Ce que nous avons dit de l'excision dans la cicatrice peut s'appliquer également, à la réamputation.

Les chances d'opérer en tissu malade sont absolument les mêmes, les résultats par suite seront identiques, et l'examen des nombreux cas que possède la littérature chirurgicale nous donne largement raison.

Nott, après des réamputations successives, dut recourir à la névrectomie. Mayor de Lausanne, Herb. Mayo furent amenés à pratiquer la désarticulation de la hanche, des amputations répétées n'ayant pu amener la guérison. Nous y ajouterons l'observation de Blackmann, 3 réamputations successives sans résultat; celles de M. Trélat et de Nepveu qui, après toute une série d'opérations durent pratiquer la résection du sciatique presque à son émergence du bassin.

En plus de cette tendance à la récidive, désavantage énorme qu'elle partage avec l'excision dans la cicatrice, la réamputation présente un autre inconvénient : le raccourcissement du moignon.

Pour avoir quelque chance sérieuse d'opérer en tissu sain, seule façon d'avoir un résultat satisfaisant, le chirurgien devra porter son couteau très haut, enlever un tronçon de 8, de 10 centimètres; c'est pour avoir opéré trop bas que Nott, Frikmann, Blackmann, ont vu survenir si rapidement des récidives et dû réamputer 2 et 3 fois. Mais alors que devient le moignon? D'utilisable qu'il était encore, il devient inapte à aucun service.

La réamputation est un mauvais procédé dont les indications nous semblent bien réduites à des cas extrêmement limités. C'est également la conclusion de la thèse de Zunbiehl faite sous l'inspiration de Heydenreich :

« Elle ne serait justifiée que si les douleurs étant tellement atroces, le malade courait le risque de mourir; elle ne sera jamais une opération curative, mais un soulagement aux douleurs qu'éprouve le patient et ne sera pratiquée qu'en dernier recours seulement. »

Nous souscrivons entièrement à cette conclusion; peut-être même irons-nous plus loin; et dirons-nous que jamais la réamputation ne trouve d'indication formelle; même lorsque la douleur serait limitée nettement à l'extrémité d'un cordon nerveux, ou quand elle occuperait tout le réseau terminal des nerfs (ce qui nous semble les deux seules indications plausibles d'une réamputation); même dans ces deux hypothèses nous croyons que l'incertitude où se trouve le chirurgien d'opérer en tissu sain, l'engagera à recourir à la résection nerveuse portée très haut.

Névrectomie. — Nous en arrivons donc à la névrectomie à distance ou résection d'une partie du nerf malade (1).

L'idée n'est pas nouvelle sans doute, car, pratiquée vers le milieu du XVIIIe siècle par Maréchal, elle fut remise en honneur en 1837 par Herb. Mayo; en 1864 Azam en cite plusieurs cas. En 1872 Weir-Mitchell l'employait couramment et la conseillait. Nombre d'opérateurs ont marché sur les traces du grand chirurgien américain et l'ont pratiquée bien des fois depuis.

Mais cette opération, dont les résultats sont pourtant excellents, n'a été considérée en général que comme un pis-aller; après tous les autres traitements, après s'être épuisé en vains efforts, après avoir essayé l'électricité, le massage, l'excision dans la cicatrice, parfois une réamputation, on pratiquait en désespoir de cause une névrectomie, malheureusement trop tard, alors que la récidive était fatale. Nous voudrions au contraire voir cette résection pratiquée rapidement, dès que quelques essais d'un autre traitement sont restés infructueux; nous la voudrions aussi portant sur un segment du nerf haut placé.

En un mot, opérer le plus tôt et le plus haut possible. C'est à ces seules conditions que l'opération sera vraiment curative et rendra aux malades le bien-être qu'ils sont en droit d'en attendre.

Opérer de bonne heure, c'est à quoi nous amènent les considérations anatomo-pathologiques et l'examen des cas que possède la science, c'est la conclusion de tous ceux qui ont étudié la question, et Nepveu, par exemple, résume ainsi son opinion : partout où il y a retard dans l'exécution opératoire, partout on note une récidive plus ou moins éloignée.

Pourquoi dès lors perdre son temps et toutes chances de guérison à des traitements dont le résultat est tout au moins incertain.

Une autre condition de réussite, c'est de faire porter la section sur une partie du nerf très haut située, au-dessus de toute altération névritique. « Il ne faut pas hésiter (Weir-Mitchell), à sectionner les nerfs ainsi atteints chez les amputés et au besoin à reporter la section beaucoup plus haut. » Car l'opération avorte et ne donne pas de résultats durables quand la résection porte sur une portion du nerf en voie de dégénérescence scléreuse; pour qu'elle réussisse, il faut qu'elle attaque le nerf au-dessus de toute altération névritique.

Enfin la résection portera souvent sur plusieurs nerfs : quand la douleur sera rebelle, étendue, irradiée, le chirurgien devra penser que les divers tronc nerveux sont atteints par le processus névritique et fera porter son intervention sur eux tous.

C'est là un fait sur lequel nous ne voulons pas insister et qui nous entraînerait hors de notre sujet; nous devions cependant le signaler et nous admettrons l'opinion de Cartaz expliquant la nécessité de cette résection multiple :

« La névrite occuperait tout le réseau terminal des nerfs; partie d'un point quelconque, l'inflammation se propagerait dans tous les sens par l'intermédiaire des fibres récurrentes, envahirait tout le moignon, et ainsi s'expliquerait pourquoi la douleur est si généralisée, pourquoi la névrotomie d'un seul tronc ne suffit pas à éteindre cette douleur. »

Il peut paraître excessif de recourir d'emblée à une opération sanglante pour traiter une affection dont la cause véritable échappe bien souvent; mais nous avons vu ce qu'il faut penser des traitements palliatifs dont le résultat le plus appréciable est de tromper la sécurité des

1. M. Beausse rapporte deux observations de M. Quénu. L'une d'elles ne donne pas de renseignements éloignés, mais dans l'autre la guérison se maintient depuis 13 ans.

malades, en reculant une opération bien réellement bénigne; pas un malade n'aura la moindre hésitation s'il a la certitude à peu près absolue d'obtenir la fin de ses misères; témoin le malade de M. Trélat, qui après avoir été traité déjà dans plusieurs villes, revient enfin à Paris réclamer au maître un soulagement à ses douleurs et se soumettre au traitement quel qu'il soit.

Une autre objection, qui tout d'abord semble bien plus sérieuse, est la production de certaines paralysies, sensitivo-motrices, conséquence forcée de la section nerveuse; c'est la principale cause qui a poussé M. Delorme à rechercher un autre mode de traitement.

La réponse semble assez facile : tout d'abord les inconvénients qui peuvent résulter de la paralysie de quelques musculaires ne sont en rien comparables aux douleurs atroces qu'il s'agit de combattre.

Mais, en outre, si l'objection a une très grande valeur dans ces cas de névrite traumatique des extrémités, s'il est pénible de causer, de propos délibéré, la paralysie de tout un membre avec tous les inconvénients qu'elle entraîne, il n'en est plus de même quand il s'agit de la névrite des moignons; là en effet cette paralysie n'est plus à craindre puisque la portion du membre où se rendent les nerfs sectionnés est déjà tombée lors de la première opération, et que les nerfs sur lesquels porte la section sont des nerfs de passage, s'il est permis d'employer cette expression.

Examinons en effet un membre, l'inférieur par exemple, au point de vue de l'innervation.

Le nerf grand sciatique dès son émergence du bassin par la partie la plus inférieure de la grande échancrure sciatique, s'incurve pour prendre un chemin directement vertical jusqu'au sommet du creux poplité où il se partage en ses deux branches terminales; celles-ci continuant leur trajet vont porter à la jambe et au pied la sensibilité et la motilité.

Revenons au grand sciatique; dans ce long trajet de l'échancrure sciatique au creux poplité, nous lui trouvons quelques petites collatérales, destinées aux muscles de la région postérieure de la cuisse : nerf de la longue portion du biceps; nerf de la courte portion du biceps; nerf du demi-tendineux; nerf du demi-membraneux; nerf du grand adducteur; rameaux articulaires.

Mais combien insignifiantes ces collatérales, combien effacé leur rôle en comparaison de celui des branches terminales !

Le grand sciatique n'est pas le nerf de la cuisse (celle-ci reçoit son innervation du nerf crural et de l'obturateur), mais de la jambe et du pied; il n'est là que de passage.

Donc si le malade est un amputé de cuisse, l'amputation ayant emporté la totalité du terrain qu'innerve le sciatique, qu'aurons-nous à craindre de la résection du tronc nerveux lui-même?

Le raisonnement serait le même pour la jambe. L'amputation est-elle pratiquée au tiers inférieur, le pied et la partie inférieure de la jambe, qui reçoivent les dernières ramifications nerveuses, sont supprimés, les deux branches principales : sciatique poplité interne, sciatique poplité externe, ne fournissent à la jambe que quelques collatérales.

Leur résection à leur partie supérieure n'entraînera la paralysie ou l'atrophie que de groupes musculaires insignifiants.

Donc la résection nous apparaît comme l'opération de choix à pratiquer en cas de moignon douloureux.

Aussi bénigne certainement que toutes celles qui ont été proposées à sa place, elle est la seule qui puisse fournir une guérison certaine.

De ce travail nous rapprocherons celui dans lequel M. A. Berg (thèse de doctorat, Paris, 1895-96, n° 522) a étudié tout récemment *les nerfs et la moelle chez les amputés.*

Il résulte de ces recherches qu'il existe constamment chez les amputés des lésions des nerfs du moignon, c'est-à-dire du bout central resté en rapport avec son centre trophique. Ces lésions peuvent atteindre la moelle, en faisant quelques restrictions au sujet de l'âge de l'amputé et du temps écoulé entre l'amputation et la mort. Ces altérations ne sont pas toujours les mêmes, elles intéressent aussi bien la substance grise que la substance blanche. Dans la substance grise, la lésion presque constante consiste en une atrophie de la corne antérieure du côté correspondant à l'amputatation, avec une atrophie et une diminution du nombre des cellules de cette corne. Cette diminution ne semble pas se localiser à certains groupes cellulaires ainsi que l'admettent plusieurs auteurs. Dans la corne postérieure l'atrophie a porté, dans un cas de M. Berg, sur la colonne de Clarke du côté opposé. Dans la substance blanche, la lésion paraît le plus souvent se localiser aux faisceaux postérieurs dans les faisceaux de Goll et de Burdach. La loi de Waller n'est complètement exacte que dans sa première proposition « le bout d'un nerf périphérique dégénère », mais il faut considérer la seconde proposition : « le bout central resté en rapport avec son centre trophique reste intact », comme comportant certaines restrictions. Histologiquement, on constate une atrophie des éléments nerveux du moignon ainsi qu'une dégénérescence de certains tubes; elle semble atteindre particulièrement l'enveloppe myélinique qui se désagrège en particules très fines. Le cylindre-axe presque intact persiste longtemps. Cette forme de dégénérescence ne ressemble en rien à celle de Waller; elle rappelle de point en point celle décrite par les auteurs sous le nom de « dégénérescence rétrograde ». Elle pourrait également se *propager* à travers le centre trophique des cornes antérieures, du neurone moteur périphérique, au neurone moteur central (faisceau pyramidal) en l'intéressant sur une plus ou moins grande hauteur. Le processus dégénératif paraît évoluer d'autant plus rapidement, et se propager d'autant plus loin que le sujet est plus jeune. L'expérimentation sur les animaux est en concordance sur ce point avec les constatations faites chez l'homme.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Torsion de l'appendice vermiculaire. Péritonite aiguë mortelle.

Par A. Broca,

Chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

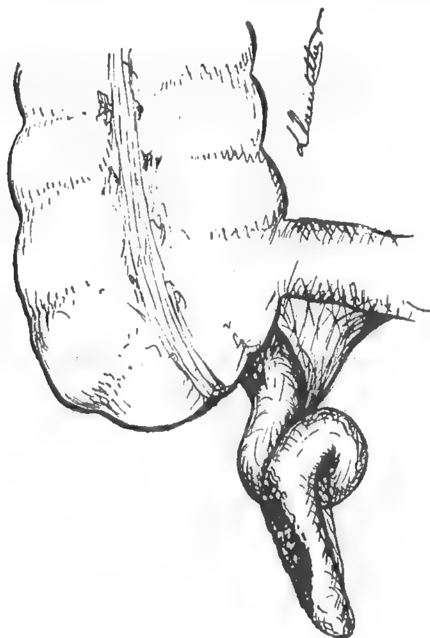
On sait que dans l'abdomen divers viscères, diverses tumeurs peuvent subir des torsions sur leur pédicule, et de là des lésions et des symptômes toujours fort comparables entre eux. Dans le kyste de l'ovaire aussi bien que dans la rate à pédicule tordu se produisent des stases veineuses, des hémorrhagies interstitielles ou intrakystiques; autour de l'organe le péritoine subit une irritation aseptique, bientôt suivie d'adhérences plus ou moins intimes. Et de cette brusque péritonite résultent les symptômes observés.

Lorsque l'organe à pédicule tordu contient dans son intérieur des produits septiques, on conçoit que la transsudation dont sont le siège les parois — où la stase veineuse peut aller jusqu'à la nécrobiose — aboutisse à une infection péritonéale. Les choses se passent peut-être parfois de la sorte pour l'appendice vermiculaire. Si cet

appendice est long et garni d'un calcul à son extrémité, on conçoit qu'il puisse subir une torsion avec striction telle au niveau de cette torsion qu'il se sphacèle au dessous d'elle et qu'il provoque une péritonite septique, suppurée, locale ou générale. Cette pathogénie n'est certainement pas la seule que l'on doive invoquer pour expliquer les appendicites aiguës; d'après la forme et la situation des appendices que j'ai réséqués à froid, je crois même qu'elle est exceptionnelle, mais dans le cas suivant je pense qu'on doit l'invoquer.

Bav. Georges, âgé de 9 ans, a été admis le 20 août à l'hôpital Trousseau, salle Lugol (service de M. Comby suppléé par M. Queyrat).

Cet enfant, dans les antécédents héréditaires duquel on relève de la tuberculose (père mort phthisique, 2 frères morts de méningite sur 6 enfants) et qui semble avoir eu il y a 4 ans une atteinte personnelle assez aiguë dont on l'a soigné à l'hôpital Trousseau, est resté souffreteux depuis une rougeole qu'il a contractée à l'âge de 2 ans. Il se portait néanmoins assez bien



lorsque, le 17 août 1896, il a ressenti une douleur brusque dans la fosse iliaque droite; le 19 août il a commencé à vomir, a eu une fièvre intense, de la faiblesse générale, des douleurs abdominales, et il a été admis le 20 août à l'hôpital.

La constipation était opiniâtre; les symptômes précédents persistaient. On donna sans succès le 20 et le 21 des lavements glycérinés; mais par l'opium et la glace sur le ventre on obtint une amélioration notable. Le faciès était bon, le malade calme et tranquille; la douleur iliaque, ayant son maximum à la pression au milieu de la ligne ilio-ombilicale, était toujours vive T. m. = 37°8, s. = 38°4; pouls 120.

Le *22 août* le faciès est bon, mais la douleur iliaque a augmenté; la température est le matin à 37°4, mais en même temps le pouls est devenu petit, bat à 126; peu après il bat à 136; le soir, la température est à 37°.

Le *23 août*, matin, je vois l'enfant pour la première fois. Dans la fosse iliaque droite existe, contre l'arcade de Fallope, un empâtement très net, douloureux à la pression. Le ventre est modérément ballonné, mais il est sensible à la pression dans toute son étendue. Pouls à 140, régulier, mais petit et dépressible; faciès bon; température = 37°4.

Immédiatement, je pratique l'incision iliaque classique et je donne issue à une assez petite quantité de pus fétide. Puis je vois dans l'incision l'appendice sphacélé, situé juste contre la paroi. Je l'attire, ce qui se fait sans rompre les adhérences profondes, et je vois que, sa pointe regardant en bas, il a subi, à peu près à moitié de sa longueur, une torsion complète d'un tour, de bas en haut et de droite à gauche. On se rend bien compte de cet état sur le dessin ci-joint, que je dois à l'obligeance de mon interne M. Courtillier. Les parois à ce niveau sont souples, saines, non adhérentes; au-dessous du second croisement, l'appendice est perforé et sphacélé; en son cul-de-sac est un calcul olivaire.

Cet appendice est réséqué au-dessous d'une ligature, le moignon est fixé dans l'angle supérieur de la plaie; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le soir (T. = 38°) et le lendemain (T. m. = 37°4, s. = 37°6) l'enfant semble aller bien. Le pouls devint moins fréquent, le faciès était bon, la constipation cessa. Mais dans la nuit du 24 au 25 les vomissements reprirent; le 25 matin T. = 39°2, faciès grippé, ventre douloureux et la mort survint dans l'après-midi.

Autopsie (pratiquée par M. Courtillier). — Le foyer iliaque est bien drainé et limité par des adhérences. Mais dans tout l'abdomen, entre les anses de l'intestin grêle et l'épiploon, existent de petits foyers purulents, nombreux, gros au plus comme une noix, limités par des adhérences.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Valot (Edouard). *Contribution à l'étude de la paralysie faciale périphérique.* N° 385. (H. Jouve.)

M. Rabiner (Elie-Léon). *Contribution à l'étude clinique du mutisme et du bégaiement chez les hystériques.* N° 592. (H. Jouve.)

M. Senlecq (F.). *Délire post-éclamptique.* N° 280. (G. Steinheil.)

M. Naggar (Elie). *Folie et tabès.* N° 384. (H. Jouve.)

Mlle Lesly (C.). *De la narcolepsie.* N° 419. (G. Steinheil.)

M. Dupouy (Marcel). *Pathogénie des hémorrhagies para-utérines sous-péritonéales.* N° 375. (Soc. d'édit. scient.)

M. Pourtier (Alexandre). *Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme.* N° 515. (P. Delmar.)

M. Vézinat (Emile). *De la blennorrhagie ascendante chez la femme.* N° 574. (H. Jouve.)

M. Le Lionnais (Jean). *Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire.* N° 535. (H. Jouve.)

M. Mignot (R.). *Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites.* N° 542. (Soc. d'édit. scient.)

M. Fournier (Louis). *Origine microbienne de la lithiase biliaire.* N° 518. (G. Steinheil.)

M. Piras (François-Louis-Aimé). *De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité.* N° 455. (G. Carré.)

M. Jeannulatos (P.-G). *Recherches embryologique sur le mode de formation de la chambre antérieure chez les mammifères et chez l'homme.* N° 380. (G. Steinheil.)

M. Nimier (Léon). *De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses.* (G. Steinheil.)

M. Pichat (E.). *L'hémorrhagie dans l'iritis.* N° 414. (H. Jouve.)

M. Piaget (René). *Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne.* (G. Steinheil.)

M. Dorison (Louis). *Rhinite hypertrophique; ses conséquences locales et générales; étude critique de son traitement (utilisation de la cocaïne et du nosophène).* N° 525. (H. Jouve.)

La paralysie faciale *a frigore* est peut-être plus rare qu'on ne l'admettait autrefois; son existence cependant nous semble bien démontrée. Le port de la barbe paraît, dans une certaine mesure, préserver de ce genre de paralysie faciale. M. Valot nous montre que, en dehors des traumatismes et des compressions directes du nerf facial, les autres causes les plus fréquentes sont les affections de l'oreille, la syphilis à sa période secondaire. Elle peut être aussi la conséquence de maladies infectieuses diverses.

L'exploration électrique permet de distinguer la paralysie

faciale périphérique de la centrale. Elle permet encore de reconnaître si une paralysie faciale périphérique sera légère ou grave, ou d'intensité moyenne. Dans la paralysie faciale périphérique, la réaction de dégénérescrnce se fait remarquer de bonne heure par une augmentation de l'excitabilité galvanique des muscles bien plus prononcée qu'elle ne l'est généralement dans la réaction de dégénérescence d'autres nerfs ; de plus, cette augmentation de l'excitabilité galvanique des muscles se prolonge assez longtemps dans la paralysie faciale ; elle peut même parfois se prolonger très longtemps.

L'emploi de l'électrisation peut rendre des services dans le traitement, mais il convient d'éviter des excitations trop intenses, trop répétées ou trop prolongées, qui faciliteraient l'apparition de la contracture secondaire. La contracture secondaire, d'ailleurs, est parfois, dans les formes moyennes et graves principalement, un mode de terminaison spontané en dehors de toute intervention thérapeutique. Elle est assez fréquente, le plus souvent légère et fugace, mais parfois très accentuée et d'une grande ténacité.

Le mutisme hystérique, dont M. Rabiner nous donne la description, est rare. D'ordinaire il s'observe sous forme d'aphasie motrice pure.

Le muet hystérique est complètement aphone, mais son intelligence reste absolument intacte, ce qui n'est pas le cas du mutisme vésanique auquel il faudra songer quand il s'agira de faire le diagnostic différentiel, difficile surtout lorsque le mutisme se présente comme la seule manifestation de l'hystérie (Pitres).

Le pronostic en est le plus souvent bénin, mais la durée est extrêmement variable. Le mutisme disparaît : 1° aussi brusquement qu'il est venu et souvent sous l'influence de la même cause morale qui lui avait donné naissance, ou bien 2° graduellement, en donnant lieu au bégaiement.

On constate généralement ce dernier symptôme à la suite d'une attaque d'aphasie de courte durée, d'un traumatisme, d'une émotion morale vive. Quelquefois il s'établit d'emblée. Il persiste pendant un temps variable avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Tout médecin ayant affaire à un bégaiement se présentant dans ces circonstances et avec ces caractères, doit rechercher chez son malade les stigmates permanents de l'hystérie.

Il existe, sans que l'infection entre en jeu, un délire consécutif aux accès d'éclampsie puerpérale ; il est également le résultat d'une auto-intoxication, encore inconnue en ses agents, révélée seulement par les faits, mais ne laissant aucune lésion anatomo-pathologique pouvant expliquer l'évolution du délire. L'hérédité, sans action sur la forme de la psychose, joue un rôle indéniable dans son apparition.

Le délire décrit par M. Senlecq présente la forme habituelle des délires d'intoxication ; il n'est autre que la confusion mentale hallucinatoire. Il présente divers degrés d'intensité : on a pu le comparer parfois à un rêve ; il peut aboutir à la démence surtout dans les cas de prédisposition héréditaire. Mais le pronostic, à part ce dernier cas, est habituellement favorable.

On ne saurait dire exactement dans quelle proportion rentrent les délires post-éclamptiques dans les folies puerpérales, ni dans quelle proportion survient cette psychose dans les éclamptiques. En effet, on a confondu souvent les délires épileptiques et hystériques, des délires d'infection, des délires alcooliques, avec ce délire post-éclamptique, d'où il résulte que la plupart des statistiques publiées jusqu'à ce jour sont entachées d'erreur. Le traitement préventif consiste dans la diète lactée. Le traitement de la psychose est celui des délires d'intoxication et de la confusion mentale en général : faciliter l'élimination des agents d'intoxication, soutenir le physique et refaire patiemment l'éducation de l'intelligence.

Dans le tabès, les troubles mentaux sont relativement rares et il ne paraît pas démontré qu'il y ait à proprement parler de psychose tabétique et que la forme mentale décrite par M. Pierret (lypémanie anxieuse et délire de persécution tabétique) existe réellement, selon M. Naggar.

On peut observer : *a*) tabétiques évoluant vers la paralysie générale (délire spécial). Cette variété est de beaucoup la plus fréquente ; *b*) délirants devenant tabétiques chez lesquels la psychose et le tabès évoluent parallèlement, sans qu'il y ait aucun rapport de cause à effet entre la manifestation cérébrale et l'affection médullaire, mais où les symptômes douloureux du tabès fournissent un aliment au délire ; *c*) héréditaires dégénérés, à hérédité vésanique, devenant tabétiques et chez lesquels le tabès peut éveiller une psychose latente.

La paralysie générale, quand elle intervient, occupe presque toujours le premier plan, encombrant à elle seule la scène morbide, modifiant les troubles mentaux, les créant parfois de toutes pièces quand ils n'existent pas.

Mlle Lesly considère la narcolepsie comme une somnolence morbide de type nettement distinct.

Elle est tout particulièrement reliée aux névroses convulsives, constituant l'équivalent des attaques convulsives. Elle se rattache aussi à d'autres neuropathies fonctionnelles ou organiques héréditaires et acquises. Elle apparaît encore au cours de beaucoup de maladies générales et viscérales.

A côté de ces narcolepsies secondaires, il existe une narcolepsie primitive ou essentielle, c'est-à-dire de cause inconnue, se rapprochant sous ce rapport de l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, des tics et pouvant être classée jusqu'à nouvel ordre dans le même cadre nosographique.

C'est alors une affection chronique qui se montre jusqu'à présent rebelle à tous les moyens thérapeutiques. Elle ne menace pas directement l'existence, mais compromet la vie sociale en raison de l'incapacité de travail qui en résulte. Exposant le malade à toutes sortes de mésaventures et même de dangers, elle devient souvent le point de départ de la neurasthénie et des troubles psychiques divers.

Le système vasculaire de l'appareil génital de la femme présente un développement tel, que l'on n'en rencontre un pareil qu'en peu de régions de l'organisme. L'élément veineux y domine particulièrement. Lorsque ces organes sont le siège d'une inflammation microbienne récente, leurs tissus et leurs vaisseaux sont le siège d'altérations, qui les rendent friables, ce qui explique les hémorrhagies.

Lorsque cette inflammation s'est éteinte, les vaisseaux restent malades et présentent les uns les lésions de la phlébite chronique (varices), les autres celles de l'artérite chronique (artério-sclérose), lésions presque toujours associées. Telle est, selon M. Dupouy, l'origine la plus fréquente du varicocèle pelvien.

Les grossesses multiples ou rapprochées, les avortements, les excès vénériens, les tumeurs du bassin, en un mot toutes les causes qui entravent la circulation pelvienne ont une action analogue.

Ainsi altérés, les vaisseaux de l'appareil génital peuvent se rompre, indépendamment des tissus qui les environnent, et donner naissance à des hémorrhagies, souvent mortelles.

Dans certaines circonstances, les lésions ainsi produites permettent à l'ovule fécondé de s'arrêter et de se développer en d'autres endroits qu'au siège normal. Lorsque le fœtus atteint un volume excessif pour l'organe qui le contient accidentellement, celui-ci se rompt et cette rupture est encore l'origine d'épanchements sanguins. Ces faits constituent les 99 p. 100 des cas.

Quant à la localisation de l'épanchement en dehors de la séreuse, elle est due à des raisons anatomiques, au siège de la rupture, qui en a été la source.

On peut, par conséquent, résumer tout ce travail en disant que les hémorrhagies pelviennes surviennent chez les femmes « qui ont, comme le dit M. Terrier, un passé pathologique du côté de leurs organes génitaux. »

Nous nous bornerons à mentionner la thèse intéressante de M. Pourtier, car son résumé ferait double emploi avec la description que M. Broca a donnée ici même il y a quelques mois (voir *Gazette*, p. 313), du prolapsus de la muqueuse uréthrale. M. Pourtier relate une observation inédite de M. Ch. Monod.

Deux grandes causes dominent l'étiologie des infections utérines, péri-utérines, annexielles et péri-annexielles chez la

femme : la puerpéralité, la blennorrhagie. Et M. Vézinat montre que chacune de ces causes peut servir de point d'appel à l'autre, d'où, avec Pozzi, 3 grandes variétés de lésions : puerpérales, gonorrhéiques et puerpéro-gonorrhéiques.

Le caractère de ces manifestations est plus bruyant que dangereux lorsque le gonocoque est pur. On doit suspecter leur origine chez une femme déflorée et en dehors de toute fausse couche ou couche. On doit, si on le peut, en faire la preuve bactériologiquement.

Le gonocoque a une tendance à gagner rapidement l'utérus ; il étend ses ravages du côté des trompes, chaque période menstruelle étant comme une étape de l'infection ; là il détermine des lésions qui s'accompagnent toujours de péri-salpingite, c'est-à-dire de pelvi-péritonite et tendent à faire des adhérences, à limiter les collections.

Le traitement indirect suffit le plus souvent. Il faut se souvenir que dans la blennorrhagie pure, les grandes suppurations pelviennes font défaut, et qu'avant de pratiquer la castration ou l'hystérectomie, on doit savoir attendre.

L'importance du diagnostic précis des tumeurs de la vésicule biliaire devient actuellement de plus en plus considérable, à mesure que se multiplient sur elles les indications chirurgicales et les interventions utiles. Or M. Le Lionnais nous rappelle que, outre les tumeurs qui ont leur siège habituel dans l'hypocondre droit, on est exposé à observer dans cette région beaucoup d'autres tumeurs d'origine très variée. Le diagnostic de ces tumeurs hypocondriaques est difficile, car les signes fonctionnels pathognomoniques manquent assez fréquemment et les moyens d'exploration physique usuels sont souvent impuissants à résoudre, à eux seuls, les problèmes posés. Et si on reconnaît qu'il s'agit de la vésicule, le diagnostic des variétés de tumeurs cholécystiques est difficile. En dernier ressort, il faut assez souvent recourir, pour faire un diagnostic précis, aux procédés exceptionnels d'exploration physique, c'est-à-dire à la ponction et surtout à la laparotomie exploratrices.

D'expériences faites sur le cobaye, M. R. Mignot conclut que la suppression de la perméabilité du canal cystique produit, la vésicule restant aseptique, une atrophie rapide et complète de ce réservoir, même s'il contient des corps étrangers. La présence de corps étrangers aseptiques dans la vésicule, le canal cystique restant perméable, ne cause ni cholécystite, ni trouble apparent dans le fonctionnement des voies biliaires, et même dans ce cas, la vésicule ne semble pas devoir s'infecter plus facilement par la voie sanguine. Enfin la bile stagnante dans une vésicule aseptique ne paraît avoir aucune tendance à la cristallisation.

Les cholécystites provoquées par le bacterium coli, le staphylocoque ou le streptocoque, ne présentent pas anatomiquement de différences très sensibles. Ce sont la perméabilité plus ou moins grande du canal cystique et la virulence du microbe, qui régissent les formes anatomiques des cholécystites ; quand le canal cystique est perméable et la vésicule infectée il y a toujours angiocholite, plus ou moins grave suivant la virulence du microbe ; les formes intenses de la cholécystite tiennent, en dehors de la virulence du microbe, à la non-perméabilité du canal cystique.

C'est surtout dans les infections atténuées que la bile a tendance à la cristallisation.

Quand on lie le cholédoque chez un animal atteint de cholécystite ancienne, la vésicule ne subit pas d'augmentation de volume appréciable. Il n'en est pas de même dans le cas où le cholédoque est lié chez un animal à vésicule saine.

Les recherches sur l'homme prouvent que les formes anatomiques des cholécystites doivent être classées suivant leurs causes : l'état du canal cystique et la virulence du microbe.

Dans la cholécystite aiguë l'épithélium de revêtement disparaît rapidement, celui des culs-de-sacs glandulaires persiste longtemps. La prolifération du tissu conjonctif de la tunique externe est énorme. Dans la cholécystite scléro-atrophique, les rétractions partielles, les cloisonnements incomplets, les diverticules et l'enchatonnement des calculs sont choses fréquentes. Quand le canal cystique obstrué empêche la pénétration de la bile dans la vésicule calculeuse, les calculs peuvent cependant continuer à croître par adjonction de couches successives de phosphate et de carbonate de chaux.

Il est assez fréquent de ne trouver aucun microbe vivant dans les cholécystites calculeuses. La virulence du bacterium coli biliaire est difficile à déterminer exactement. La mort de l'animal inoculé avec des bacilles vivants ne prouve cette virulence que si l'on tient compte du temps dans lequel elle s'est produite et de la façon dont elle est survenue.

La théorie microbienne de la lithiase, née il y a dix ans, doit être considérée aujourd'hui, dit M. Fournier, comme répondant à la réalité des faits : la lithiase est une conséquence de l'infection l'appareil de biliaire tout entier ou simplement de la vésicule.

Il est possible que le développement de micro-organismes dans la bile amène la précipitation de certains de ses éléments. Mais le plus ordinairement les microbes déterminent une angiocholite et une cholécystite légère, qui peuvent passer cliniquement inaperçues. Les cellules desquamées, l'épithélium malade, dégénèrent et fournissent de la cholestérine et de la chaux qui s'unit à la bilirubine pour former du bilirubinate de chaux insoluble. Ce sont là les éléments principaux de la formation des calculs.

Au centre de ceux-ci, recueillis au hasard des autopsies, on trouve 38 fois sur 100 environ des microorganismes vivants ou morts. Le microbisme des calculs est le même que celui de la bile dans les lithiases jeunes. Plus tard le microbisme peut être complètement différent.

On peut actuellement, au point de vue pathogénique, diviser la lithiase en deux grands groupes : lithiase coli-bacillaire et lithiase typhique, d'après les microbes qu'on rencontre au centre des calculs.

Il est possible que l'on décrive ultérieurement d'autres espèces de lithiases, car les lésions de l'appareil biliaire peuvent être déterminées par des microbes divers. La lithiase peut aussi être consécutive à des cholécystites par poisons chimiques ou par toxines microbiennes. Ces faits sont rares et encore peu connus.

La lithiase coli-bacillaire est la plus fréquente, car le coli-bacille est « le grand envahisseur des voies biliaires ». C'est lui que l'on trouve le plus fréquemment au centre des calculs avec les débris de l'épithélium dont il a déterminé la chute.

La lithiase typhique est peut-être la plus démonstrative au point de vue de l'origine microbienne de cette affection. La fréquence de la lithiase, après la fièvre typhoïde, la fréquence des lésions vésiculaires au cours de cette affection, la présence enfin du bacille d'Eberth dans la bile et au centre des calculs jeunes peuvent être considérées comme autant de preuves de la nature microbienne de la lithiase biliaire.

La possibilité de grossesses ultérieures nécessite, selon M. Piras, une technique appropriée dans toute hystéropexie conservatrice. Les adhérences créées par la ventrofixation devront réaliser deux conditions essentielles : *a*) être d'une fixité absolue ; *b*) ne pas entraver le développement de l'utérus pendant la grossesse. Les seuls procédés d'hystéropexie qui permettent d'obtenir ces résultats sont ceux dans lesquels la fixation est directe, et obtenue par des sutures horizontales perdues, comprenant, dans une même cicatrice, une certaine épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus au niveau de sa partie supérieure, mais au-dessus de la ligne des trompes, puis, sur chaque lèvre de la plaie abdominale, le plan musculo-aponévrotique et le péritoine.

Si le périnée est insuffisant, la vulve agrandie, et les parois du vagin relâchées, il faudra adjoindre à la ventro-fixation la périnéorrhaphie, et les colporrhaphies. Les femmes ne devront pas se lever trop tôt après l'opération. Elles porteront les premiers temps une ceinture abdominale modérément serrée, qu'elles quitteront la nuit. L'usage de cette ceinture est également indiqué pendant la grossesse. On engagera les opérées à éviter une grossesse hâtive.

Quand la paralysie générale ne peut être incriminée, les troubles mentaux qui apparaissent sont l'expression symptomatique de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale ; ils peuvent parfois relever de l'hystérie ou de l'épilepsie. En d'autres termes, « parmi les tabétiques n'est pas délirant qui veut ».

Chez les mammifères et chez l'homme, la chambre antérieure

apparaît de bonne heure et se forme par clivage du mésoderme inter-cristallo-cornéen, comme une cavité séreuse dont les parois sont tapissées par un endothélium, M. JEANNULATOS que les conséquences de ce clivage sont la formation du tissu propre (parenchyme) de la cornée aux dépens de la plus grande partie du mésoderme inter-cristallo-cornéen, et l'apparition de la lame irido-papillaire qui constitue la paroi postérieure de la chambre antérieure.

Dans le traitement des conjonctivites pseudo-membraneuses à bacille de Lœffler pur, les injections de sérum antidiphtérique de Roux et de Behring ont donné des succès rapides et complets. Aussi M. NIMIER conclut que le traitement local, autrefois seul employé, doit passer au second plan et être simplifié. Mais dans les conjonctivites pseudo-membraneuses bacillo-streptocciques, le sérum antidiphthérique est encore utile; son action paraît limitée à l'élément lœfflérien, et dès lors le traitement local pourra être conservé dans ces cas, mais simplifié.

L'iritis accompagnée d'hyphœma ne constitue pas, pour M. PICHAT et son maître Teillais une maladie spéciale. Pour eux l'épanchement de sang est une simple complication de l'iritis. L'hémorrhagie se produit à tous les âges et dans toutes les formes d'iritis, dans les constitutions pathologiques les plus différentes. Elle ne saurait donc être le symptôme pathognomonique d'une influence diathésique ni la caractéristique d'une forme particulière. Son étiologie n'a rien de spécial et les causes générales susceptibles de lui donner naissance ne sont autres que les facteurs étiologiques des hémorrhagies en général. L'inflammation de l'iris entre dans l'étiologie de l'hémorrhagie, mais seulement à titre de cause occasionnelle.

L'hémorrhagie n'est pas un symptôme de début : après une aggravation momentanée des symptômes inflammatoires, elle apparaît brusquement. La résorption est ordinairement assez rapide, mais l'affection est sujette à récidive, le pronostic est bénin et dans la plupart des cas même la durée de la maladie n'en paraît pas accrue. Aussi est-il inutile dans la plupart des cas d'en arriver la paracentèse.

Comme toutes les cavités naturelles communiquant largement avec l'extérieur, le nez renferme des microbes. Mais on les rencontre surtout dans les points où vient se briser le courant d'air inspiré, c'est-à-dire, dans le vestibule, sur la partie antérieure de la cloison, sur le cornet inférieur et la tête du cornet moyen. Si l'examen bactériologique des fosses nasales décèle la présence de ces microbes dans le vestibule et le quart antérieur du nez, par contre, jamais, en se servant du spéculum de Zaufal, M. PIAGET n'en a rencontré dans la partie profonde, ou du moins ses cultures sont toujours restées stériles. L'ensemencement du mucus nasal recueilli sur la pituitaire des animaux (lapins, cobayes, chiens) paraît donner des résultats identiques. On peut donc dire que la cavité nasale proprement dite est normalement aseptique. Différentes causes contribuent à cette asepsie : la structure intérieure du nez, l'action de l'épithélium cilié de la muqueuse nasale, et surtout le *pouvoir bactéricide du mucus nasal.*

Comme la plupart des phénomènes d'ordre biologique, cette action bactéricide présente des variations d'intensité. Elle est absolue pour la bactéridie charbonneuse, très intense pour le bacille de Loeffler. Elle s'exerce enfin, mais avec une intensité moindre, sur d'autres microbes (staphylocoques, streptocoque, coli, b. pyocyanique, Eberth). Les faits expliquent d'une part l'innocuité des opérations intra-nasales, et d'autre part les conséquences parfois si graves de l'obstruction nasale.

La rhinite hypertrophique est une affection sérieuse et qui, non seulement ne doit pas être négligée mais encore doit être recherchée, parce que l'on pourra éviter à l'enfant des déformations thoraciques, au jeune homme des accès d'asthme dont il se débarrassera d'autant plus difficilement dans la suite qu'il ne tardera pas à devenir emphysémateux, et à l'homme fait toute une longue série d'ennuis moraux et matériels, dont le moindre ne sera pas l'obligation dans laquelle il se trouvera peut-être un jour d'abandonner la carrière de son choix.

Malheureusement, peu de traitements ont résisté à l'expérience, et M. DORISON, victime lui-même de cette lésion, conclut que jusqu'à présent, deux méthodes seulement semblent avoir donné des résultats appréciables : la destruction de la muqueuse nasale, en bloc, par un curettage énergique, ou moléculaire à l'aide de l'électrolyse, d'une part, et, dans un genre plus doux, l'utilisation des propriétés vaso-constrictives de la cocaïne, d'autre part.

Beaucoup traiteront cette dernière méthode de traitement palliatif, et dédaigneront de l'employer; qu'il nous soit permis de le regretter, car c'est déjà beaucoup que soulager des gens que leur affection nasale fera fatalement verser dans la neurasthénie.

Thèses de la Faculté de Lyon.

ANNÉE 1895-1896.

M. FONDET (Henri). *Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'ostéotomie de la branche montante suivie d'interposition musculaire.* N° 1150.

M. ROLLAND (Victor). *De la tuberculose intralinguale.* N° 1135.

M. TRASSAGNAC (Paul). *Des épithéliomas de la face propagés aux os.* N° 1154.

M. BRIEUX (Eugène). *De la pleurésie séreuse droite consécutive aux abcès du foie.* N° 1098.

Les opérations d'Esmarch et de Rizzoli, quoique faciles à exécuter et donnant des mouvements permettant la mastication, ne fournissent pas de résultats bien satisfaisants contre l'ankylose osseuse temporo-maxillaire. Elles doivent, pour M. FONDET, être rejetées dans le traitement de cette ankylose. Elles s'adressent surtout à la constriction cicatricielle. La résection du condyle, comme toutes les opérations portant à ce niveau, amène souvent une blessure du facial, et est parfois difficile à pratiquer dans les cas d'hyperostose. L intervention la plus simple nous paraît être l'ostéotomie de la branche montante mais il faut la faire suivre de l'interposition musculaire suivant le procédé de M. Rochet, pour assurer la permanence du foyer de section osseuse et créer ainsi une pseudo-arthrose.

On rencontre dans l'épaisseur de la langue des manifestations tuberculeuses que M. ROLLAND avec son maître Poncet désignes sous le nom de gommes tuberculeuses intra-linguales. Cette variété de lésion bacillaire est beaucoup moins commune que les ulcérations superficielles de même nature. Rarement primitive, elle coïncide le plus souvent avec les deux premières périodes de la phtisie. L'infection paraît se faire par la voie sanguine ou lymphatique profonde, mais elle n'est pas due comme pour l'ulcération à l'inoculation directe de la muqueuse linguale par le bacille de Koch contenu dans les crachats. Le diagnostic n'est pas sans présenter des difficultés et, en dehors d'autres manifestations tuberculeuses, il n'est assuré que par la ponction ou l'intervention. Le traitement est essentiellement chirurgical. Toutes les fois que le tuberculome peut être enlevé aisément en totalité, il faut se comporter comme en présence d'un néoplasme. Dans les cas où l'ablation n'est pas possible, l'abrasion, le curettage, les cautérisations constituent le traitement de choix dont l'action doit être complétée par un traitement général.

Certains cancers des parties molles de la face peuvent se propager au squelette de la face avant ou après une première intervention chirurgicale. Cette propagation, comme le montre le travail de M. TRASSAGNAC peut se faire aussi au niveau des ganglions dégénérés plus ou moins éloignés de la tumeur primitive. Ces cas de propagation du cancer de la face au squelette ne sont pas tous justiciables d'une intervention chirurgicale. L'indication opératoire sera fournie par l'état des parties molles et des tissus lymphatiques de la région et du voisinage, la propagation au squelette ne paraissant en aucun cas être une contre-indication. Les contre-indications seront établies en tenant compte de : l'âge du malade, la dégénérescence étendue et diffuse des parties molles, l'envahissement des ganglions et troncs lymphatiques des régions périphériques. L'intervention large du côté du squelette, et des parties molles est indispensable pour éviter la récidive. Cette intervention devra consister en des résections et non

des grattages ni des évidements. Quelques cas heureux constituent un encouragement à l'intervention.

La pleurésie séreuse droite peut être consécutive aux abcès du foie, plus rarement, il est vrai, que la pleurésie purulente. Elle apparaît brusquement; et d'après M. Brieux elle est en rapport direct avec la marche aiguë de la suppuration hépatique, mais ce n'est pas un rapport nécessaire. La pleurésie séreuse peut exister avec toutes les formes anatomiques des abcès. Elle est produite par le transport dans la plèvre des micro-organismes pyogènes de l'abcès hépatique, et doit à la diminution de leur virulence la nature séreuse de son épanchement. La pleurésie peut être consécutive à la forme latente des abcès du foie. Elle semble même plus intimement liée à cette forme; cela tient sans doute à la situation élevée des abcès, condition qui favorise en même temps la production de la pleurésie et l'obscurité de la suppuration. Aussi peut-on établir que l'apparition brusque d'un épanchement pleural séreux, au milieu de symptômes généraux graves et malgré l'absence d'antécédents et de signes hépatiques, doit faire penser à la suppuration du foie, et devient ainsi un symptôme important de l'abcès latent, si souvent méconnu.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

L'hématomyélie et l'hémorrhagie bulbaire dans la dystocie (Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongata Blutung mit Spaltbildung bei Dystokien), par Schultze (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, livraisons 1 et 2, 1896). — Il n'est pas douteux aujourd'hui que, parmi les causes de l'idiotie de la paralysie spasmodique cérébrale, de la chorée, de l'athétose et de l'épilepsie on ne retrouve des traumatismes du cerveau survenus au moment de la naissance et dus soit à la pression exercée par un bassin rétréci, soit au forceps ou à d'autres manœuvres obstétricales. Schultze, après avoir rapporté plusieurs cas de ce genre s'arrête un instant à l'examen des lésions anatomiques. On sait qu'à l'autopsie on a trouvé, en pareil cas, des atrophies, des scléroses ou même de la porencéphalie, lésions qu'on doit considérer comme le reliquat d'autres lésions primitives et qui sont moins connues. C'est dans ce but que Schultze a examiné le système nerveux d'enfants qui ont succombé à l'accouchement artificiel, ou qui sont nés en état d'asphyxie après accouchement laborieux. On a trouvé dans de pareils cas des hémorrhagies des méninges du cerveau; mais, ainsi qu'il résulte du travail de Schultze, ces hémorrhagies peuvent avoir un autre siège. Il rapporte 3 cas où les hémorrhagies siégeaient principalement dans le bulbe et dans la moelle épinière. La 1re observation concerne un enfant dont la mère avait un bassin plat, rétréci et sur laquelle on a dû faire l'application du forceps. L'enfant est mort asphyxié. A l'autopsie on trouve des hémorrhagies entre la dure-mère et la pie-mère à la base du cerveau, et en outre un épanchement sanguin coagulé assez considérable dans le canal vertébral, pas d'hémorrhagie dans la substance corticale du cerveau ni dans le centre ovale. Les ventricules ne sont pas dilatés. Des coupes en série, faites dans tout le système nerveux central, ont montré, dans la région lombaire, les vaisseaux de la pie-mère dilatés et remplis de sang, mais aucune hémorrhagie. Dans la région dorsale inférieure il existe des hémorrhagies à la base d'une corne postérieure. La colonne de Clarke est intacte, le canal central normal. Dans la région dorsale moyenne et supérieure l'hémorrhagie s'étend et détermine une espèce de fente qui occupe toute la corne postérieure d'un côté. Dans la région cervicale moyenne, les hémorrhagies gagnent la corne antérieure. Au niveau de l'entrecroisement des pyramides, la corne postérieure d'un côté est envahie par une forte hémorrhagie, le maximum de ces hémorrhagies se trouve dans la moelle allongée. L'hémorrhagie s'étend du noyau de l'hypoglosse jusqu'à la branche ascendante du trijumeau et au corps restiforme. Les noyaux de cette région, celui de l'hypoglosse et du pneumogastrique sont complètement recouverts par ces hémorrhagies qui ont déterminé une cavité de forme irrégulière. La 2e observation se rapporte à un enfant dont la mère présentait un bassin plat rachitique; on fut obligé de pratiquer la version et l'extraction. L'enfant étant mort on trouva encore à l'autopsie des hémorrhagies dans le canal vertébral, mais pas d'hémorrhagie cérébrale. Dans la région lombaire, il n'y avait rien de particulier, sauf une congestion des vaisseaux. A la région dorsale inférieure et moyenne existaient des hémorrhagies petites et compactes, à la base de la corne postérieure. Les hémorrhagies envahissaient ici un peu la corne antérieure, et dans la région cervicale, en certains points elles occupaient les deux cornes postérieures.

L'auteur se demande s'il n'y a pas lieu de rapprocher ces cavités de celles de la syringomyélie. En effet il existe une certaine ressemblance topographique entre le siège des lésions de l'hématomyélie et des cavités qui en résultent et les cavités de la syringomyélie. Dans les deux cas le renflement lombaire est intact et la lésion débute dans la région dorsale où elle affecte de préférence la corne postérieure qu'elle traverse suivant son axe. De plus le siège de ces deux ordres de lésions est le même dans le bulbe. En ce qui concerne le mécanisme des formations des cavités de la syringomyélie on ne peut pas toujours admettre qu'elles résultent de la fonte de la partie centrale d'un gliome, car dans certains cas la prolifération de la névroglie est peu accusée. Les hémorrhagies causées par l'accouchement dans la moelle ne pourraient-elles pas nous donner la clef de la formation de ces cavités? Il est difficile de se prononcer sur cette question.

Lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse progressive (Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anemie beobachteten Spinalerkrankungen), par Feichmüller (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. VIII, livraisons 5 et 6, 1896, p. 385). — L'auteur reprend l'étude de ces lésions qui ont été décrites pour la première fois par Lichteim et confirmées par Minnich, Eisenlohr, Nonne, Rothmann etc. L'histoire du malade qu'il a eu l'occasion d'examiner est la suivante. En 1892, il commença à souffrir de faiblesse et d'œdème des jambes. La marche était incertaine. Il présentait de la céphalalgie avec vertige, des paresthésies des extrémités. A son entrée à l'hôpital, le malade ne présente pas une diminution notable des globules blancs; les globules rouges sont aussi intacts. Ce n'est que quelques mois après que l'on constate une diminution notable de ces derniers et une augmentation des premiers. Hémoglobine 10 à 15 p. 100. Réflexes exagérés; le malade titube quand il reste debout; incontinence des matières fécales. Le malade meurt après être resté pendant quelque temps dans un état de somnolence. L'examen histologique de la moelle révèle les lésions suivantes : dans la région cervicale, il existe une cavité de forme irrégulière dans la substance grise antérieure et qui se prolonge sous forme de fente vers la partie latérale des cornes postérieures. La paroi de la cavité est constituée par du tissu nerveux nécrosé. On y voit aussi quelques globules rouges. Les vaisseaux sont dilatés. Dans la substance blanche, on constate des hémorrhagies récentes. Dans la région dorsale, à la base de la corne postérieure existe une forte hémorrhagie, tandis que dans la substance blanche, on constate une dégénérescence symétrique des cordons postérieurs et occupant le tiers moyen de ces cordons. La coupe, à ce niveau, présente un aspect poreux; la myéline surtout est tuméfiée. Le cylindre-axe est dégénéré. Beaucoup de corps granuleux dans les parties dégénérées. La névroglie et le tissu conjonctif interstitiel sont hyperplasiés. Les cellules des vaisseaux ont proliféré. Dans les faisceaux latéraux il existe de petites hémorrhagies récentes. L'auteur a constaté également des hémorrhagies dans les racines antérieures. Ce qui distingue le cas de ceux qui ont été publiés, ce sont surtout des lésions profondes de la substance grise qui se traduisent non seulement par des hémorrhagies mais encore par la formation de cavités. Cette dernière lésion, ajoute l'auteur, n'a été constatée que par Bäumler. L'auteur n'admet pas avec Rothmann, que les lésions de la substance blanche constitueraient une variété de sclérose systématisée combinée. Il est plutôt disposé à admettre que la

dégénérescence insulaire ou sous forme de plaques de la substance blanche est sous la dépendance immédiate des hémorrhagies.

MÉDECINE

La thyroïodine (Zur pharmakologischen Kenntniss dis Thyrojodins), par Hildebrandt (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 37, p. 826). — Les expériences faites par l'auteur ont consisté à extirper la glande thyroïde chez des chiens et à traiter les animaux par la thyroïodine après l'apparition du syndrome thyréoprive. Ces expériences ont conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

1° La thyroïodine est seule capable de faire disparaître le syndrome qui apparaît après l'extirpation de la glande thyroïde et de maintenir en vie les animaux thyroïdectomisés.

2° Elle représente le principe actif de la substance thyroïde.

3° La glycosurie et l'albuminurie qu'on observe quelquefois chez les animaux thyroïdectomisés pendant les accès de tétanie semblent disparaître sous l'influence de la thyroïodine.

4° Les iodures n'influencent pas la tétanie consécutive à l'extirpation de la glande thyroïde.

5° L'administration de thyroïodine ne fait pas apparaître l'iode dans l'urine. La thyroïodine est donc retenue par l'organisme.

De la présence constante des ankylostomes dans l'intestin des nègres (Ueber das regelmässige Vorkommen von Anchylostomum duodenale, u. s. w.), par Zinn et Jacoby (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 36, p. 797). — Le travail des auteurs aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'intestin des nègres héberge de nombreux parasites animaux parmi lesquels l'ankylostome se rencontre d'une façon constante, surtout chez les nègres d'Afrique.

2° Jamais on ne rencontre les cristaux de Leyden-Charcot à côté de ces parasites.

3° Les nègres semblent moins exposés aux dangers de l'anémie secondaire. La raison de ce fait doit être cherchée dans les particularités de la race et dans l'accoutumance au poison formé par les parasites.

Septicémie par bacille typhique (Ein Fall von Septicopyoemia typhosa), par Kuhnau (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 30, p. 666). — Observation d'un cas de septicémie chez une femme de 27 ans, à terme, avec phénomènes un peu particuliers qui se sont manifestés quelques jours avant l'accouchement et ont amené la mort dans l'espace de trois semaines. Les symptômes que la malade a présentés ont été : une fièvre avec des rémissions et d'une allure très irrégulière; des métrorrhagies, bien que l'exploration de la cavité utérine ait montré qu'il n'y avait pas de rétention des membranes; une diarrhée tenace, fétide; la roséole et des lésions de décubitus; une albuminurie avec pus dans l'urine.

L'examen bactériologique du sang montra la présence des bacilles typhiques qui furent retrouvés à l'autopsie dans la plupart des organes. Les lésions anatomiques relevées à l'autopsie ont été une suppuration des reins et des ganglions mésentériques et une thrombose suppurée de la veine spermatique gauche. La culture du pus montra la présence des bacille typhiques. A noter que l'intestin a été trouvé normal.

L'auteur pense que ce cas peut s'expliquer de deux façons, soit par l'hypothèse d'une infection générale à bacilles typhiques par la voie utérine; soit par celle d'une fièvre typhoïde légitime, mais où le bacille typhique a franchi l'intestin sans y produire de lésions, autrement dit par l'hypothèse d'une infection générale à bacilles typhique d'origine intestinale.

Tuberculose des amygdales (Pharynx und Gaumentonsille primäre Eingangspforten der Tuberculose), par Gottstein (*Berlin. klin Wochenschr.*, 1896, n°s 31 et 32). — L'auteur publie six observations où l'examen des végétations adénoïdes dans 4 cas et des amygdales dans 2 autres, a montré l'existence des lésions tuberculeuses, mais sans bacilles. Dans tous ces cas l'opération a été faite en raison des troubles de la respiration nasale présentés par ces malades chez lesquels, à l'exception d'un seul, il n'existait aucune tare tuberculeuse.

Sérum anti-streptoccocique (Ueber Anti-Streptokokkenserum), par Aronson (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 32, p. 717). — En inoculant des chevaux avec des doses progressivement croissantes de cultures de streptocoques, l'auteur a obtenu un sérum qui, à la dose de 0,2 à 0,4 centim. cubes, rendait les lapins réfractaires à une dose dix fois mortelle de cultures streptococciques à la condition d'injecter le sérum avec les cultures streptococciques.

Une étude comparative a montré alors que le sérum de Marmorek était absolument inerte en face de l'infection streptococcique par les cultures que l'auteur avait à sa disposition. Par contre, son sérum à lui était actif envers d'autres streptocoques.

Pour l'auteur l'inefficacité du sérum de Marmorek tiendrait à ce qu'il est additionné de 0,5 p. 100 de phénol; il a notamment constaté que, contrairement à ce qui se passe avec le sérum diphtérique, l'addition de phénol, dans le but de conservation, détruit les antitoxines du sérum antistreptococcique.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Éthoxycaféine.

Définition. — L'éthoxycaféine est une caféine dans laquelle un atome d'hydrogène a été remplacé par le groupe *éthoxyle*.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, l'éthoxycaféine ne se dissout qu'à la faveur d'un sel alcalin, benzoate ou salicylate de soude. Le médicament injecté est donc en réalité, un benzoate ou un salicylate double d'éthoxycaféine et de soude.

Propriétés thérapeutiques. — L'éthoxycaféine est, d'après Dujardin-Beaumetz, le spécifique de la migraine. D'après cet auteur, elle augmente l'activité circulatoire de la tête, accélère les battements du cœur, augmente la pression artérielle et par suite la diurèse, et est en outre légèrement hypnotique.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : Par injection 25 centigrammes, au moment de l'accès de migraine. On peut renouveler cette injection jusqu'à 4 fois en 24 heures.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats :* Peu douloureuse localement, surtout si elle est faite à chaud, c'est-à-dire autre 35° et 38°. Faire chauffer la seringue et l'aiguille au bain-marie en même temps que la solution.

b) *Eloignés :* En outre des phénomènes indiqués plus haut, sur le rein, le cœur et la circulation de la tête, on note, avons-nous dit, une tendance au sommeil. Cette action narcotique s'annonce par une légère transpiration du front, des tempes et de la face et une légère parésie de la paupière supérieure (Bardet). Enfin lorsqu'on atteint des doses de 75 centigrammes à 1 gramme, on observe quelquefois des nausées, comme lorsque le médicament est administré par la voie gastrique.

FORMULES

Éthoxycaféine	0 gr. 80
Salicylate de soude	1 gr.
Eau *stérilisée*	q. s. p. 10 cent. cubes.

2 à 3 cent. cubes en 1 fois.

(Dujardin-Beaumetz.)

Éthoxycaféine	0 gr. 40
Salicylate de soude	0 gr. 50
Eau *stérilisée*	q. s. p. 20 cent. cubes.

5 à 10 cent. cubes.

(Dujardin-Beaumetz.)

G. Maurange.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Rechute et récidive de la rougeole.

Par le Dr Eonnet (d'Auray).

J'observe depuis 6 mois une forte épidémie de rougeole dont j'ai exactement noté la marche contagieuse sur 14 communes. J'ai pu recueillir des observations très nombreuses qui marquent d'un cachet particulier cette affection, et l'avenir me dira, j'espère, l'importance de certaines complications difficiles à juger plus tôt.

Pour aujourd'hui, désireux de compléter ce qu'a noté notre confrère, le Dr Feltz, dans un article paru dans la *Gazette hebdomadaire* du 18 octobre, je vous soumets les quelques observations de rechutes et le chiffre suffisamment élevé de récidives que j'ai vues.

Le 11 mai 1896, dans la commune de Plougoumelen, une petite fille de 4 ans est en pleine éruption avec température de 39°8 et tous les symptômes évidents de la rougeole. Le 22 mai elle sort, et le 1er juin je la retrouve au lit avec une nouvelle éruption bien franchement rubéolique, une température de 38°9, une toux croupale, une légère otorrhée à gauche, tous symptômes qui disparurent en 6 jours, sans qu'il y ait eu, dans ces deux manifestations, la moindre médication, qu'un régime diététique plus ou moins sagement surveillé.

Le 17 mai, à 3 kilomètres de la précédente, dans la même commune, sans contact entre les malades, une petite fille de 3 ans, très vigoureuse, est en pleine rougeole; je lui trouve 39° : une diarrhée intense nécessite 1gr50 de salicylate de bismuth; 8 jours après elle sort. Je suis rappelé près d'elle le 5 juin, et je lui trouve une nouvelle éruption de rougeole plus confluente que la première, avec 39°3. Le 12 juin elle sortait.

Le 22 juin, au bourg de Miradec, à 8 kilomètres au nord des deux précédentes, un petit garçon de 6 ans est en pleine éruption. J'ai déjà soigné cet enfant, il y a 3 ans, en juin 1893, pour une rougeole qui fut très grave par ses complications pulmonaires. Il a 39°2, on le garde soigneusement au lit pendant 15 jours; et, malgré ma recommandation il sort le 13 août. Je suis rappelé près de lui le 16 pour une nouvelle éruption moins confluente que la première mais accompagnée d'une dyspnée inquiétante avec 39°9 et d'une conjonctivite intense. Sans autre chose qu'une surveillance et des soins très grands il était, 12 jours après disposé à sortir.

Au bourg de Pluvinon, où l'épidémie de rougeole a été très grave, j'ai vu un petit garçon de 4 ans 1/2 en pleine éruption le 18 août, avec toux croupale qui nécessita une visite; il a 39°5. Le 30 août cet enfant jouait dans la rue. Le 8 septembre je suis rappelé près de lui : une nouvelle éruption très confluente a reparu avec une broncho-pneumonie double qui, malgré tout ce qu'on put faire, emporta l'enfant le 13 septembre.

Voilà donc 4 cas de rechute bien caractérisés dont un avec récidive. Ces cas ont été observés dans des milieux très infectés, mais sans que rien dans la constitution de ces enfants, leur santé habituelle, leurs antécédents ait semblé les disposer à ces exceptions. Entre la première éruption et la rechute jamais l'intervalle n'a été de plus de 20 jours.

Il serait trop long de relater ici les nombreux cas de récidive que j'ai notés : en voici le tableau sommaire.

Sur un ensemble de 1500 jeunes malades, j'ai pu en observer sérieusement 300, et sur ce nombre je compte 122 cas de récidive : 45 petits garçons de 7 à 12 ans et 52 petites filles de 6 à 13 ans ont eu la rougeole il y a 4 ans, de mai à septembre 1892, 25 enfants, dont 11 garçons et 14 filles de 14 ans à 18 ans, ont eu la rougeole observée par moi-même dans leur enfance, dans la grande épidémie que nous avons eue en 1883 à Auray et aux environs.

J'ai vu, le 30 septembre dernier, un fort jeune homme de 25 ans, terrassier, habitant un village où il y avait 5 enfants malades de la rougeole, pris d'une éruption tellement confluente, avec une dyspnée si intense que j'ai cru qu'il allait mourir; il avait 40°2 de température. 6 jours après il était bien. Or, ce jeune avait eu à l'âge de 15 mois une première rougeole, et en 1881, à Auray même, je l'ai soigné pour une seconde rougeole qui se compliqua de bronchite très grave qui fit craindre des lésions tuberculeuses que l'avenir n'a pas confirmées car il est aujourd'hui très vigoureux.

Des confrères, sérieux observateurs, aujourd'hui disparus, m'ont, dans les nombreuses épidémies de rougeole où je les ai vus, affirmé la fréquence des récidives, et mon observation personnelle, déjà respectable, m'a convaincu de la réalité de ce fait clinique.

Les rechutes sont, je crois, très rares, et l'avenir dira mieux ce qu'on doit conclure de cette réapparition d'un exanthème qui est toujours sans doute dû à la même première cause n'ayant pas épuisé tous ses effets.

Puissent ces faits précis aider à éclairer l'étude de la rechute et de la récidive dans la rougeole.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Séance du 21 Octobre 1896.

COMMUNICATIONS

M. Schwartz (de Paris). — (Voir *Gazette*, n° 85, p. 1011).

Phlébite des sinus et septico-pyohémie consécutive aux anciennes suppurations de l'oreille.

M. Rivière (de Lyon) relate 4 observations dont 3 avec décès. Un cas dans lequel l'infection du sinus se produisit, malgré les précautions antiseptiques, consécutivement à l'ouverture opératoire d'un sinus latéral (dénudé et érodé par un séquestre osseux); 2 cas où la mort survint peu après l'opération (ouverture de l'antre et nettoyage de la caisse) avec des phénomènes d'infection purulente sans signes locaux de phlébite. Un 4e cas de M. Maurice Pollosson, où chez un tuberculeux avéré souffrant d'une vieille otorrhée avec fistules mastoïdiennes on fut conduit au cours de l'intervention intra-mastoïdienne à curetter le sinus plein de fongosités tuberculeuses. Drainage sans ligature de la jugulaire. Guérison opératoire. Le malade, perdu de vue au bout de quelques mois, a dû mourir de sa lésion pulmonaire.

M. Rivière ne peut qu'apporter l'appui de quelques observations à la thèse soutenue par Broca dans des articles et traités, *Traité de chirurgie cérébrale*, Traitement des suppurations de l'apophyse mastoïde, etc.

1° Grande fréquence des complications cérébrales ou infectieuses des vieilles suppurations de l'oreille : méningite chez l'enfant; et, plus souvent, chez l'adulte, abcès, phlébite des sinus, pyohémie.

A propos de la pyohémie, Rivière ne croit pas à la bénignité des infections purulentes d'origine otique (contrairement à l'opinion de Chauvel).

2° Les ouvrages classiques, les publications de Broca mises à part, ne permettent que difficilement de poser le diagnostic précis de ces complications cérébrales. Parmi les cas rapportés, dans un seul le diagnostic (complications cérébrales, abcès ou phlébite) fut posé, sans plus de précision, par Jaboulay, avant l'apparition des phénomènes pyohémiques; dans un cas personnel à l'auteur, le diagnostic fut très hésitant : alors qu'il n'existait aucun phénomène cérébral le malade fut pris, pendant la toilette préopératoire de la région mastoïdienne, d'un point de côté et d'une hémorrhagie par le conduit auditif (à caractère nettement artériel). Comme il n'y avait rien du côté de la jugulaire, qu'il y eut après l'opération un frisson, et la continuation du point de côté, l'auteur pensa à de la pyohémie sans phlébite; mais le malade mourut trop vite (36 heures) pour qu'on pût songer à réintervenir.

A propos des difficultés du diagnostic, l'auteur rapporte un cas (non mentionné plus haut) où il lui fut impossible de savoir au cours d'une dothiénentérie s'il évoluait une phlébite du sinus. La mort survenue sans intervention parut justifier cette opinion.

3° Nécessité de faire le traitement préventif des complications cérébrales par le traitement énergique et « chirurgical » au besoin des suppurations de l'oreille.

4° Importance de l'ouverture de l'antre et de la caisse, alors même qu'elle devrait rester explorative. C'est la seule voie logique pour aborder toutes les lésions cérébrales; et de plus le nettoyage de la mastoïde et de la caisse est le premier traitement absolument nécessaire et quelquefois suffisant de ces complications (lorsqu'elles sont seulement à leur début).

5° Pour la phlébite du sinus et la pyohémie, l'ouverture et drainage du sinus avec ligature de la jugulaire (résection suivant les cas) est le traitement de choix.

Abcès du cerveau d'origine otique.

M. Broca relate un cas d'abcès du lobe temporal guéri après trépanation. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, atteinte d'otorrhée depuis plusieurs années. Dans les premiers jours de juin 1896, elle fut prise d'accidents aigus, peu à peu aggravés, qui permirent à M. le Dr Péron de diagnostiquer un abcès cérébral. M. Broca confirma ce diagnostic le 13 juin et fit immédiatement la trépanation de l'apophyse et de la caisse puis, selon le procédé qu'il préconise depuis plusieurs années, il ouvrit la fosse temporale au-dessus du plafond de l'*aditus ad antrum* et draina de la sorte un abcès du cerveau. Dès le lendemain matin, l'enfant était sortie du coma et elle guérit rapidement. Actuellement, elle est guérie à la fois de l'abcès cérébral et de l'otite moyenne chronique, et cette simultanéité de traitement des deux lésions par une seule opération plaide vivement en faveur de la trépanation par voie mastoïdienne.

Étude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

M. Hamon du Fougeray (du Mans). — De nombreuses observations cliniques démontrent que certains abcès ou phlegmons du cou reconnaissent pour origine l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse du tympan. Ces abcès ou phlegmons se manifestent dans les diverses régions latérales du cou. Au point de vue pathogénique, on doit les diviser en 2 classes : 1° abcès directs; 2° abcès indirects.

La première comprend les abcès du cou qui dérivent du foyer purulent tympanique sans intermédiaires. Dans ce cas, l'infection suit la voie lymphatique directe. On peut en admettre 2 variétés : 1° abcès du cou se manifestant alors que la caisse est seule enflammée; 2° abcès du cou se manifestant alors que la caisse et l'apophyse sont enflammées.

La seconde classe comprend les abcès qui sont le résultat de la propagation de l'inflammation primitive de la caisse à d'autres organes. Ils peuvent être divisés en 2 variétés : 1° abcès du cou par pénétration directe du pus sortant des cavités de l'apophyse par une perforation osseuse; 2° abcès du cou consécutifs à une thrombose du sinus et de la jugulaire interne.

Au point de vue du mécanisme de ces abcès, on voit qu'ils peuvent se produire de trois manières : 1° par irruption du pus sortant de l'apophyse perforée et se répandant dans les tissus du cou sous-jacents; 2° par la voie veineuse; 3° par la voie lymphatique.

Il en résulte que le siège de ces abcès varie suivant leur mode de formation, et l'on comprend ainsi que, dans certains cas, ils puissent à eux seuls amener la mort.

M. Broca. — Je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la fréquence de la mastoïdite de Bézold : sur environ 200 cas d'opération par mastoïdites aiguës et chroniques, je n'ai eu à ouvrir qu'un seul abcès cervical et je ne suis pas sûr qu'il fût d'origine osseuse et non point lymphatique. Dans un autre cas, un abcès cervical, terminé par ulcération de la carotide avec hémorrhagie foudroyante, venait d'une ostéite du rocher, sans lésion mastoïdienne. Par contre je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la rareté des abcès d'origine veineuse; j'ai montré dans une publication récente qu'après les opérations limites à l'oreille pour thrombose du sinus il n'était pas exceptionnel qu'on eût à ouvrir ensuite un foyer cervical provenant de la jugulaire. Je terminerai en signalant une erreur de diagnostic possible, certains abcès dans les régions parotidienne et maxillo-pharyngienne pouvant, chez l'enfant, s'ouvrir secondairement dans le conduit auditif.

Phlébite faciale et phlébite ophthalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires.

M. L. Lancial (d'Arras). — Le traitement chirurgical de la phlébite ophthalmique d'origine périphérique est toujours à l'étude. Dans une communication faite au Congrès de Berlin de 1890, j'ai proposé le curage complet de l'orbite comme

traitement radical de cette complication pour obvier à une autre complication plus redoutable encore, toujours consécutive à la première, je veux dire la thrombophlébite du sinus caverneux correspondant. Malheureusement, il est bien difficile de poser les indications de ce curage orbitaire; de plus, quand on peut agir à temps, il est bien plus logique de s'opposer aux progrès de la phlébite ophthalmique, d'enrayer cette maladie, au lieu de vouloir atteindre le mal à un degré plus avancé lorsque la phlébite des sinus caverneux est déjà formée ou sur le point de l'être.

J'ai eu l'an dernier la bonne fortune de suivre un cas d'anthrax de la lèvre supérieure chez un jeune homme de 19 ans, dès les premiers jours, c'est-à-dire avant toute complication et j'ai pu agir à temps pour m'opposer à l'envahissement complet de la veine ophthalmique. Dès les premiers symptômes morbides observés du côté de l'orbite, c'est-à-dire l'apparition d'un léger œdème des paupières, d'un peu de chémosis, j'ai de suite pratiqué un *vrai barrage* des vaisseaux veineux et lymphatiques qui vont de la face à l'orbite, j'ai sectionné au thermocautère de propos délibéré et la veine faciale à l'angle interne de l'œil et toutes les parties molles jusqu'à la région osseuse sous-orbitaire. J'ai ainsi réussi à arrêter l'affection. La veine ophthalmique était envahie il est vrai, mais l'affection était à ses premières heures, j'ai isolé immédiatement l'orbite et ses vaisseaux de la source d'infection. La phlébite ophthalmique a été réduite à son minimum de virulence. C'est ce qui explique mon succès.

M. Bouchard, dans ses cours de 1888, a prouvé en effet que dans toute infection, le nombre des microbes importe. C'est pourquoi, en supprimant de bonne heure la circulation veineuse qui servait de voie au microorganisme, j'ai arrêté l'envahissement de la veine ophthalmique et mis obstacle à celui du sinus caverneux.

En présence d'une guérison inespérée dans un cas d'une gravité extrême, guérison obtenue par un procédé qui ne me paraît pas encore signalé, j'ai cru intéressant d'en faire la relation et de compléter mes travaux antérieurs sur le traitement des phlébites et thromboses des sinus caverneux.

Sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux.

M. A. Combe (de Paris). — Lorsque le catarrhe du sinus maxillaire est compliqué d'une violente névralgie qui peut s'étendre à toute la région d'innervation du trijumeau et prend le caractère du tic douloureux, il faut pratiquer la trépanation.

Cette trépanation se fera par la voie alvéolaire au niveau de la dent qui sera extraite, ou à ce même niveau à travers l'épaisseur de l'os maxillaire lorsque la dent, qui a provoqué les accidents de sinusite, aura été extraite précédemment.

La trépanation ne suffit pas, il faut réséquer assez largement tout le pourtour de la voie de pénétration tout en ruginant dans l'épaisseur des bords.

Si 48 heures après cette intervention les douleurs n'ont pas disparu il y a lieu d'élargir le champ opératoire et de faire une résection plus étendue.

Les soins consécutifs sont les mêmes que dans les sinusites ordinaires : larges lavages antiseptiques, injections de glycérine phéniquée, et insufflations de poudre d'iodol, pansement obturateur.

L'opération devra se faire sous le chloroforme et non pas seulement après une injection de cocaïne comme pour une simple trépanation.

La guérison définitive a toujours suivi, dans les 6 observations rapportées.

Maintien, sans appareil prothétique, de la portion restante du maxillaire inférieur après résection pour néoplasme.

M. Leriche (de Nice). — J'ai essayé de me passer de la prothèse immédiate dans une résection de la branche montante et de la plus grande partie de la branche horizontale du maxillaire inférieur, pour un volumineux sarcome des ganglions sous-maxillaires. 7 mois 1/2 après l'opération, la déviation de la portion restante de l'os était insignifiante. Je crois donc qu'on peut renoncer à la prothèse immédiate, à condition d'assurer par la suture la réunion immédiate de la plaie intrabuccale.

Un nouveau procédé de cheiloplastie.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) a décrit il y a 2 ans un procédé de cheiloplastie qu'il a exécuté à deux reprises, et que M. Guinard a employé également dans 2 cas, avec un plein succès. Il présente 2 malades chez lesquels le résultat morphologique est absolument parfait. Au point de vue fonctionnel, la nouvelle lèvre jouit d'un degré suffisant de sensibilité et de contractilité, au point de permettre au malade de souffler et de siffler.

Documents pour la chirurgie du nez.

M. Castex (de Paris) donne les conclusions suivantes :

1° On peut distinguer, pour le nez, la chirurgie extérieure et la chirurgie intérieure (des fosses nasales).

2° La chirurgie extérieure trouve son application dans les plaies, fractures, pertes de substance, tumeurs diverses (éléphantiasis, épithéliomas, rhinoscléromes, etc.). M. Castex montre à ce propos les photographies d'une observation de rhinosclérome.

3° La chirurgie intérieure est particulièrement indiquée dans les malformations de la cloison (procédés divers).

M. Castex décrit la rhinotomie transversale inférieure.

Section du sympathique cervical dans les formes graves de goître exophthalmique.

M. Ch. Abadie (Paris). — Le goître exophthalmique est produit par un état permanent d'excitation des fibres vaso-dilatatrices du sympathique cervical. M. Abadie donne une démonstration clinique de cette affirmation et réfute les autres théories, en particulier de l'hyperthyroïdisation. Comme conséquence de cette nouvelle théorie, la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen doit guérir et faire disparaître tout au moins l'exophthalmie. C'est ce qui a lieu en réalité. Pratiquée pour la première fois par le Dr Jaboulay (de Lyon), cette opération a réussi. Elle permettra à l'avenir de sauver les yeux, fatalement compromis par une projection en avant excessive.

M. Jonnesco, à ce propos, dit avoir traité plusieurs cas par la résection bilatérale du grand sympathique cervical. Il donne le manuel opératoire de cette opération.

M. Kocher (de Berne). — Je désirerais faire remarquer que malgré l'intérêt des opération de M. Jaboulay, Abadie et Jonnesco il ne faudrait pas attribuer au grand sympathique cervical un rôle exclusif dans la genèse du goître exophthalmique. D'abord il y a des symptômes tels que la diarrhée et les vomissements qui n'ont rien à voir avec ce cordon nerveux. En second lieu il est incontestable qu'on peut provoquer des symptômes identiques à ceux du goître exophthalmique par l'ingestion de tablettes thyroïdiennes et qu'il s'agit alors évidemment d'hyperthyroïdisation. Enfin j'ai des malades chez lesquels je suis intervenu chirurgicalement, parce qu'il y avait des phénomènes locaux spéciaux tels que la compression de la trachée. J'ai obtenu quelques guérisons complètes constatées à longue échéance.

Cancer du corps thyroïde.

M. Adenot (de Lyon) relate une observation de libération longitudinale de la trachée comme traitement de la suffocation dans le cancer du corps thyroïde.

Il s'agit d'une malade atteinte d'un cancer du corps thyroïde avec accidents graves de suffocation pour lesquels elle venait demander une trachéotomie. M. Adenot pratiqua une section de la tumeur sur une hauteur de 8 centimètres environ et disséqua une partie de la face antérieure de la trachée. Les accidents de suffocation cessèrent; la malade mourut environ 8 mois après *sans suffocation*, après avoir repris ses occupations de vendeuse de fleurs à la campagne.

On peut compléter cette intervention, dans certains cas, par la thyroïdectomie partielle.

Thyroïdite chronique.

M. E. Tailhefer (de Toulouse). — Il s'agit d'une thyroïdite chronique qui avait été prise pour un cancer thyroïdien. La thyroïdectomie partielle a été faite. L'examen histologique a été pratiqué. 13 jours après la thyroïdectomie partielle, hémorrhagie de l'artère carotide primitive gauche : tout le paquet vasculo-nerveux gauche du cou est saisi dans un clamp à défaut d'autre instrument. 20 heures après la ligature du paquet vasculo-nerveux, aphémie et hémiplégie droite. 12 jours après la ligature du paquet vasculo-nerveux, panophtalmie septique de l'œil gauche. 4 mois après la thyroïdectomie partielle, disparition totale de l'hémiplégie droite, tendance à la disparition de l'aphémie. Guérison des plaies cervicale et oculaire (la plaie consécutive à la thyroïdectomie partielle n'avait pas été suturée et l'œil gauche rempli de pus s'était ouvert spontanément).

Paralysies laryngées de cause chirurgicale.

M. Paul Raugé (Challes). — Cette série de faits cliniques réunit, étiologiquement, presque toutes les variétés de tumeurs cervicales capables de déterminer la compression du récurrent et les troubles laryngo-moteurs qui en sont la conséquence mécanique.

Au point de vue pathogénique, voici comment se décomposent les 10 observations personnelles que l'auteur a rassemblées dans son mémoire : 4 cas de tumeurs thyroïdiennes, 2 cas d'adénopathie cervicale, 1 cas de cancer de l'œsophage, 1 cas de mal de Pott cervical, 1 cas d'anévrysme de l'aorte, 1 cas où l'origine de la compression n'a pu être sûrement établie (anévrysme ou adénopathie).

Dans 9 cas, la paralysie du larynx était nettement unilatérale (6 fois à gauche, 3 fois à droite). Dans une seule des observations (cancer de l'œsophage), elle portait sur les deux cordes vocales.

Dans le plus grand nombre des faits (6), la corde vocale paralysée était fixée en position cadavérique (paralysie totale); plus rarement (3 fois) en adduction permanente (paralysie des abducteurs ou spasme des adducteurs); une seule fois en abduction extrême.

Il existait dans tous les cas des troubles vocaux plus ou moins marqués (bitonalité); dans la plupart, des désordres respiratoires revêtant, pour quelques-uns, l'aspect de véritables crises de suffocation.

Kystes hydatiques du poumon. Pneumotomie.

M. Tuffier (de Paris). — L'intervention dans les kystes hydatiques du poumon est maintenant acceptée. Les observations et les succès sont aujourd'hui nombreux puisque j'ai pu rassembler 58 pneumotomies avec 52 guérisons et et 71 pleurotomies avec 2 morts. La pneumotomie paraît donc être la méthode de choix.

Mais les faits d'intervention pour des *kystes centraux non suppurés* sont relativement rares. J'en relève seulement 3 observations indiscutables (D. Thomas, *Austral. m. J.*, 1889, p. 408, obs. XXX; Way, *ibid.*, obs. XXXVIII, et Israel, Congr. de chirurgie, 1886, p. 37, Compte rendu du XV° Congrès de chirurgie allemande).

Un médecin des îles Canaries vint me demander au mois de mai dernier de le débarrasser d'un kyste du poumon dont les premiers accidents dataient de 1882. C'était un homme encore assez robuste qui avait été pris de tous les signes d'une tuberculose au début avec poussées d'épanchement pleural à la base du poumon droit. Une série de consultations prises tant en Espagne qu'à Montpellier et à Paris conclurent dans ce sens, quand, après une fatigue le malade fut pris de violentes douleurs intrathoraciques et expectora des crachats sanguinolents mélangés à quelques membranes hydatides. L'expulsion de petits vésicules entières continua les jours suivants. Mais les douleurs persistèrent si bien que le malade revint consulter en France, et c'est après un long séjour à Montpellier et au cours de nombreux examens à Paris qu'il vint me trouver. Le diagnostic de kyste s'imposait, mais les avis différaient sur le siège de la tumeur, la majorité des consultés voyaient là un kyste du foie ouvert dans le poumon, les autres localisaient la cavité dans le lobe inférieur droit, siège d'élection, comme vous le savez; tous admettaient l'existence d'adhérences pleurales, consécutives aux poussées pleurétiques antécédentes et la nécesité de l'intervention.

Opération le 27 mai 1896 avec le concours de M. le professeur Terrier. Chloroformisation, l'incertitude du diagnostic anatomiqueme fait choisir le manuel opératoire suivant : je pratique sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres affleurant en haut la 10° côte, j'ouvre la séreuse péritonéale et j'explore la face convexe du lobe droit que je trouve normal; je ferme la séreuse très soigneusement. Au cours de cette incision la plèvre, qui débordait largement la 12° côte comme j'ai pu m'en assurer ultérieurement, est ouverte et une quantité notable d'air pénètre dans sa cavité, l'orifice pleural est fermé par quelques points de suture. Le kyste ne pouvant être que pulmonaire, je prolonge mon incision jusqu'à la 7° côte, j'ouvre le 9° espace intercostal, je pratique le décollement pleuro-pariétal et je constate que l'exploration du poumon est impossible parce qu'il existe une couche d'air dans la plèvre et que les deux feuillets pleuraux sont largement écartés. Je résèque alors 8 centimètres des 9° et 10° côtes, j'ouvre la plèvre, j'y introduis le doigt sans rien trouver. Nous fendons alors largement la séreuse; la respiration devient anxieuse, le pouls rapide. Ces accidents passés, nous constatons que le poumon est rétracté sur son hile; il ne peut être exploré avec les doigts, mais je vois sa base blanche, lardacée, je pense que le kyste est à ce niveau et je l'amène dans la plaie au moyen de deux pinces à abaisser l'utérus; le parenchyme pulmonaire est suturé à la plèvre, puis incisé au bistouri sans aucune hémorrhagie dans la profondeur de 2 à 3 centimètres, des hydatides de tout volume sortent de la poche qui présente le volume d'un œuf d'autruche. Nettoyage puis marsupialisation de cette poche qui est garnie de gaze aseptique. Drainage de la cavité pleurale, fermeture du reste de la plaie. Les suites opératoires furent assez simples, une toux incessante due à la pénétration d'un fragment de gaze dans la bronche qui était assez volumineuse pour permettre à elle seule la respiration par la plèvre quand le larynx était obstrué par des mucosités ou des débris d'hydatides. Au 20° jour, malgré un large drainage, des phénomènes de rétention s'étant produits, on dut agrandir l'orifice et extraire trois volumineux fragments sphacélés de la poche et du parenchyme pulmonaire. Le 20 août le malade sortait, ayant une plaie d'environ 5 centimètres, son état général et son état local étaient parfaits.

Au point de vue clinique, j'insiste sur la difficulté extrême du diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon. Je crois qu'en pareil cas c'est vers le foie qu'il faut d'abord diriger l'opération, et l'*incision oblique thoraco-abdominale* sur le bord postérieur de la ligne axillaire me paraît remplir l'indication. Elle permet, en la prolongeant en haut, d'attaquer la base du thorax. La question des *adhérences pleurales* dans les kytes hydatiques du poumon, si importante pour l'opérateur, est également bien difficile à préciser cliniquement. Si elles sont de règle dans les suppurations intra-kystiques, elles manquent, contrairement à l'opinion de Maydl, dans les cas où le kyste n'est pas infecté. Il faut d'autant plus tenir compte de ce fait que le cul-de-sac pleural repoussé par le néoplasme peut dépasser notablement la 12° côte.

La pneumotomie est la méthode de choix, elle donne plus de 90 p. 100 de guérisons, alors que l'expectation médicale amène une mortalité de 64 p. 100 (Hearn). La chloroformisation sera préférée à l'éthérisation, le tamponnement de la cavité sera longtemps prolongé pour éviter toute hémorrhagie. La toux persistante et généralisée qui survient quelquefois après les pansements est généralement due à la légère saillie du drain ou d'une mèche dans l'orifice bronchique. Enfin le maintien d'un large orifice est d'autant plus nécessaire que la désinfection par les antiseptiques liquides n'est pas possible et que la cavité se comble lentement, devient facilement anfractueuse et peut contenir ultérieurement des fragments sphacélés de la poche et du tissu pulmonaire avoisinant.

M. Dubois (de Cambrai) lit une observation de *névralgie rebelle du maxillaire inférieur* traitée avec succès par la résection nerveuse.

Séance du 21 Octobre 1896.

Chirurgie de l'estomac.

M. Péan a eu l'occasion d'intervenir une douzaine de fois par la gastrectomie, soit pour cancer, soit pour ulcère, soit pour rétrécissement cicatriciel du pylore. Cette série lui a donné 8 guérisons et 4 morts.

Pour ce qui est du cancer, en particulier, M. Péan pense que quand c'est possible, il faut enlever avec le pylore les autres parties cancéreuses de l'estomac. Dans ces cas, quand le néoplasme est très étendu, M. Péan enlève les parties malades, ferme les deux cavités et les anastomoses ensuite, avec le bouton de Murphy si c'est possible.

M. Doyen (de Reims). — J'ai l'un des premiers recommandé la gastro-entérostomie pour la guérison des cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie. Les résultats éloignés, dont certains datent de plus de 4 ans, sont excellents et d'autant plus satisfaisants que l'évacuation de l'estomac est plus parfaite. Les malades mangent de tout, et à l'exception de 2 ou 3 cas où un léger changement de direction post-opératoire de l'anse jéjunale et la mauvaise situation de l'orifice à la face antérieure du réservoir gastrique est la cause d'une stagnation relative des ingesta et de malaises fréquents, les opérés jouissent d'une santé parfaite et « ne sentent pas leur estomac ».

Nos opérations pour les lésions de l'estomac sont actuellement au nombre de 94, dont 14 simplement exploratrices, 25 pour cancer et 55 pour ulcère ou hyperchlorhydrie, donnant pour ces derniers, nos premiers cas compris, une statistique intégrale de 20 p. 100 d'insuccès. Actuellement, nous obtenons aisément des séries de 8, 10 ou 12 guérisons consécutives.

La question est donc jugée au point de vue des résultats thérapeutiques et notre opération commence à ne plus soutenir les critiques du début et à être acceptée par les chirurgiens les plus compétents.

Le manuel opératoire seul est sujet à discussion. Or, d'après mes observations, jamais, à part un de mes premiers cas de suture en raquette, nos sutures n'ont cédé. Nous ajouterons que, depuis longtemps, nous n'employons que 2 plans de suture au lieu de 3. A part le choc, qui entre en ligne de compte chez les malades très faibles, les coudures et la mauvaise direction du jéjunum, après la rétraction de l'estomac, sont donc les causes principales d'insuccès. Nous pensons donc qu'il faut attacher un soin particulier à disposer l'anse jéjunale descendante de manière à ce que, dans aucune situation, il ne puisse se produire de reflux dans le duodénum. Et dans ce but, nous ne saurions trop préconiser l'ingénieuse suture en Y de M. le Dr Roux, de Lausanne.

Quant au bouton de Murphy, nous le trouvons, comme tous les boutons analogues, y compris les plaques de Sem, absolument défectueux. Nous portons le même jugement sur l'entéro-anastomose par sphacèle, qui n'a même pas le mérite d'être un procédé nouveau et a déjà été préconisée, avec quelques modifications de détail, à l'étranger.

L'avenir jugera, mais nous ne pouvons que taxer de puérile et de rétrograde une méthode d'entéro-anastomose basée sur la crainte chimérique d'ouvrir au cours de l'opération le calibre de l'intestin.

M. Kocher (de Berne) a fait jusqu'à présent 24 pylorectomies avec gastro-entéro-anastomose suivant son procédé personnel. Sur ce nombre il n'a eu que 4 morts. Six opérations datent de 18 mois, et depuis l'intervention il ne s'est pas produit de récidive. En outre, dans trois cas, on peut parler d'une guérison définitive, puis la récidive se fait attendre dans ces cas depuis 2 ans, 3 ans 1/2 et 8 ans.

Dans aucun des cas, le chimisme stomacal ne s'était rétabli. Malgré cela les malades mangent et digèrent tout. Il semble donc que le rétablissement des fonctions motrices suffit à lui seul pour assurer le bon fonctionnement de l'estomac.

D'après M. Kocher, les cas de guérison radicale seraient infiniment plus nombreux si ces malades étaient opérés dès le début.

M. Roux (de Lausanne) partage entièrement l'opinion de M. Doyen sur l'opportunité des interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses et non ulcéreuses de l'estomac. Comme lui encore, il se prononce très résolument contre le bouton de Murphy en faveur de la suture qui permet d'alimenter les malades immédiatement après l'opération et de les sauver de la mort par inanition. Comme procédé opératoire, M. Roux préconise la gastro-entérostomie en Y, qui demande peut-être un peu plus de temps, mais permet d'éviter la coudure qui cause tant d'ennuis.

M. Monprofit préfère aussi la suture au bouton de Murphy.

M. Delagenière a eu des accidents dans les trois cas où il a employé soit le bouton de Murphy soit celui de Chaput. Aussi, depuis cette époque, a-t-il complètement renoncé au bouton de Murphy.

Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures. Son traitement par la gastro-entérostomie.

M. Hartmann. — A la suite de l'ingestion dans l'estomac de liquides caustiques, la mort rapide est la terminaison habituelle (17 fois sur 25 cas, d'après Gehle). Quelques malades survivent cependant. On voit alors se développer une sténose cicatricielle du pylore à marche rapide. C'est ce que nous avons observé chez un malade que nous avons eu à soigner en décembre 1894.

Cet homme, âgé de 50 ans, avait absorbé le 2 août 1894 un demi-verre d'acide chlorhydrique. Après une période d'accidents bruyants (douleurs, vomissements, diarrhée), il avait eu le 12e jour une gastrorrhagie avec état syncopal. Puis tout avait paru momentanément s'arranger. Mais bientôt, douleurs, vomissements, amaigrissement progressif l'obligèrent à entrer dans le service du professeur Hayem. En présence de la cachexie progressive, ce dernier conseilla au bout de quelque temps une opération chirurgicale.

Le 3 janvier 1895 nous pratiquons la gastro-entérostomie antérieure avec double surjet à la soie. L'estomac est rigide et piqueté de rouge, néanmoins les fils ne coupent pas.

Dès le lendemain nous donnons à notre opéré un demi-litre de lait et une demi-bouteille de champagne; le 7e jour, nous commençons les œufs, puis l'alimentation solide, et la guérison survient sans incident. 4 mois et demi après l'opération, le professeur Hayem a étudié la digestion gastrique de notre opéré et a pu constater l'accomplissement d'une véritable digestion stomacale. Aujourd'hui, 22 mois après l'opération, il se porte et digère parfaitement.

En pareil cas, d'autres chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie. Tel un chirurgien russe, Kadiane, qui l'a pratiquée 3 fois. Une de ses malades est morte, la pyloroplastie ayant été pénible, le rétrécissement n'ayant pu être franchi que par un cathétérisme rétrograde pratiqué de l'intestin vers l'estomac. Une autre de ses 3 opérées commençait, 9 mois après, à avoir des troubles gastriques.

Au contraire, les malades traités par la gastro-entérostomie sont restés guéris. Tels les faits rassemblés par Koellner, tel celui récemment présenté à l'Académie de médecine par notre collègue Lejars. La gastro-entérostomie nous semble indiquée dès que le diagnostic de sténose cicatricielle est posé. Comment la pratiquer? Je crois que la gastro-entérostomie antérieure est le procédé le plus simple. Après avoir employé le bouton de Murphy, je suis revenu au double surjet à la soie, fait avec une aiguille de couturière maniée directement à la main.

Dans ces derniers temps on a tenté de faire revivre ici même, en les modifiant quelque peu, les vieux procédés de gastro-entérostomie en deux temps préconisés par Pentsnikow, par Bastinelli. Nous croyons que les chirurgiens qui font très simplement et très rapidement un surjet imperméable, réunissant par première intention muqueuse à muqueuse, n'iront pas s'embarrasser d'un procédé qui ne permet pas l'alimentation immédiate et qui donne une eschare, par conséquent une plaie suppurante, peut-être susceptible, en cas de guérison, de subir une rétraction cicatricielle ultérieure.

M. Monprofit cite un cas où, après avoir fait l'ablation de la virole cicatricielle du pylore, il sutura la muqueuse comme après la pyloroplastie.

Symphyse de l'estomac.

M. Guelliot (de Reims), après avoir cité 2 cas d'adhérences fixant l'estomac aux organes voisins, conclut que la symphyse stomacale qui succède le plus souvent à un ulcère peut aussi être d'origine traumatique; l'opération peut devenir nécessaire quelques mois ou plusieurs années après l'accident primitif. Le principal symptôme est une douleur survenant pendant la digestion et s'accompagnant bientôt de vomissements et d'un amaigrissement rapide. L'estomac se dilate comme le cœur dans la symphyse cardiaque; il peut s'abaisser ainsi que le côlon transverse. Les adhérences sont en nappe difficiles à détacher; elles peuvent s'épaissir et simuler un néoplasme malin. Leur destruction est toujours suivie d'une amélioration rapide; malheureusement la récidive est fréquente. On pourra quelquefois, par une hépatopexie, éloigner les surfaces cruentées, et on devra remédier aux lésions secondaires par des opérations appropriées (dilatation du pylore, gastropexie, etc.).

Entéro-anastomoses par cautérisation.

M. Souligoux expose son procédé d'entéro-anastomose tel qu'il l'a décrit il y a 4 mois à la Société de chirurgie et qui est basé, comme on sait, sur l'écrasement, à l'aide d'une pince, des parties à aboucher, qu'on entoure d'un surjet après les avoir cautérisées avec de la potasse caustique. Ce procédé a donné à M. Souligoux des résultats excellents dans 10 cas où on l'a employé chez l'homme.

Il décrit en même temps un procédé de cholécystentérostomie qui permet de créer artificiellement une ampoule de Vater.

M. Doyen (de Reims) proteste au nom des principes modernes de la chirurgie abdominale contre le procédé de M. Souligoux.

M. Picqué, qui a vu M. Souligoux opérer sur des malades de son service, trouve son procédé très recommandable.

M. Chaput, qui a perfectionné le procédé de M. Souligoux, lui trouve également de grands avantages.

Sur une nouvelle opération de gastrostomie.
(Procédé valvulaire.)

M. Fontan (de Toulon). — Il s'agit d'un cas de gastrostomie nécessité par un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, avec inanition.

Afin d'éviter les accidents de corrosion, infiltration des téguments, etc., dus à l'épanchement du suc gastrique, et tous les procédés compliqués, obliques, en deux temps, etc., par lesquels on a cherché à y remédier, l'auteur a combiné l'opération suivante qu'on peut appeler le *procédé valvulaire*.

1° Incision épigastrique ordinaire.

2° Saisie de la paroi stomacale avec une pince à dents de souris, et traction de cette paroi de façon à la faire hernier quelque peu.

3° Fixation en couronne de cette paroi exubérante.

4° Refoulement, en dedans, d'un pli de l'estomac, sur lequel la pince reste fixée; et suture séro-séreuse des deux extrémités de ce pli valvulaire.

5° Ponction, au fond de la valvule ainsi crée, à l'aide d'un bistouri étroit glissé à la place de la pince; mise en place de la canule.

La canule se trouve ainsi engainée dans une valvule en mitre d'évêque, formée par le refoulement des tuniques stomacales, et l'adossement de la séreuse à elle-même.

Ce procédé a fourni un succès complet, tant au point de vue de la réussite immédiate, sans épanchement de suc gastrique, que des suites éloignées.

Un cas de pylorectomie pour cancer de l'estomac au début. Guérison.

M. Chaput. — J'ai opéré le 18 juillet dernier un malade envoyé par MM. Mathieu et Toupet. Ce malade, âgé de 51 ans, présentait des signes évidents de sténose gastrique : vomissements abondants, fétides, survenant toutes les nuits. En outre, évacuation par la sonde gastrique d'une grande quantité de liquide fétide, le matin à jeun. L'état général était bon, pas de signes de cancer.

La laparotomie médiane révèle un anneau néoplasique au pylore; après résection de cette masse, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum par une suture à deux étages.

J'établis ensuite une gastro-entérostomie entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac.

Je fais un grand pli à l'estomac au moyen de deux grandes pinces courbes; j'incise ce pli, je borde l'orifice d'un surjet à la soie. J'introduis mon bouton dans l'incision et je noue le surjet au fond de la gouttière du bouton. Même manœuvre sur l'incision.

A travers les parois stomacales et intestinales, je rapproche les bords de la gouttière du bouton, ce qui me dispense d'un second étage de sutures.

Guérison très simple. Le malade va très bien, il a complètement cessé de vomir et a augmenté de 19 livres depuis l'opération.

L'examen histologique a montré une hypertrophie musculaire du pylore, avec une petite ulcération de la muqueuse. Sur un des bords de cette ulcération, on constate un petit îlot microscopique de tubes d'épithélium pavimenteux, métatypique, lésion caractéristique du cancer d'après M. Toupet.

Il y a lieu d'insister sur les points suivants : bénignité d'une opération précoce; simplicité et rapidité extrêmes de la gastro-entérostomie avec mon bouton. Probabilités en faveur de la non-récidive d'un noyau cancéreux, non encore visible à l'œil nu.

Du traitement des diverticules de l'œsophage.

M. Ch. Girard (de Berne). — La dysphagie considérable qui caractérise cette affection s'aggrave d'habitude peu à peu, souvent jusqu'à un point tel que la déglutition devient impossible et que la mort survient par inanition.

On a essayé de la traiter par divers procédés.

A. *Traitements non opératoires :*

1° *Le sondage régulier* n'est guère qu'un simple palliatif, souvent inexécutable dans les cas avancés, et n'empêche que rarement l'aggravation du mal.

Derkhau a publié cependant une observation d'après laquelle le sondage régulier pendant plusieurs mois aurait amené une quasi guérison qui se maintenait encore après plusieurs années.

2° *Déglutition dans la position couchée.* Neukirch a vu dans un cas la déglutition, presque impossible dans la position verticale, devenir aisée dans le décubitus dorsal. Au bout de quelques mois, pendant lesquels les repas furent toujours pris dans cette dernière position, la déglutition redevint assez facile dans la position assise.

B. *Traitements opératoires :*

1° *Gastrostomie.* Peut être indiquée dans certains cas (diverticules siégeant à la portion thoracique de l'œsophage) où une opération ne peut être tentée sur le diverticule lui-même. La gastrostomie permet l'alimentation et peut donner une amélioration du diverticule qui n'est plus distendu par les aliments.

Whitehead a vu, 2 ans après l'exécution de la gastrostomie chez un malade, la déglutition redevenir facile. Cependant, il y eut récidive peu à peu, et 2 ans plus tard, le malade succomba par inanition, la fistule gastrique non utilisée s'étant refermée et n'ayant pas été rétablie.

2° *Résection du diverticule.* Applicable aux cas les plus fréquents où le diverticule siège à la portion cervicale; pratiquée par Nicoladoni, Bergmann, Kocher, Bayer, König, Randach, Niehans.

Cette méthode a fourni des résultats remarquables, mais est loin d'être sans dangers (hémorrhagies secondaires par érosion de gros vaisseaux, phlegmons du cou et du médiastin).

Sur 11 observations publiées jusqu'ici ou qui m'ont été communiquées personnellement, il y a 3 cas de mort; dans 3 autres cas, la guérison n'a été obtenue qu'au bout de 3 à 4 mois (suppuration, fistules). La résection du diverticule expose aux mêmes dangers que l'œsophagotomie externe pour extraction de corps étrangers (statistique de G. Fischer sur l'œsophagatomie externe : 26 p. 100 de morts sur 108 cas).

3° *Invagination du diverticule.* J'ai tenté d'éviter les dangers provenant de l'ouverture de l'œsophage en invaginant simplement le diverticule dans l'œsophage et en oblitérant le sac ainsi retourné par 2 ou 3 étages de sutures en bourse au catgut au fur et à mesure de la réduction. Le diverticule invaginé était par là réduit à un bourrelet solide proéminent assez peu dans l'œsophage et je comptais sur l'atrophie graduelle de ce bourrelet.

J'ai opéré par ce procédé 2 malades.

Le succès dans les 2 cas a été complet. Après l'invagination et l'oblitération du sac retourné, suture partielle et drainage de la plaie du cou avec de la gaze iodoformée. Les premiers jours, alimentation par la sonde à demeure passant par une narine. Après l'extraction de la sonde, la déglutition, encore un peu laborieuse, s'améliora bientôt; le bourrelet proéminent s'atrophia assez rapidement. La déglutition redevint bientôt tout à fait normale.

Ce procédé, que j'ai imaginé, ne convient évidemment que pour les diverticules de calibre et de longueur modérés. Pour les diverticules anciens, volumineux, en forme d'ampoule, la résection sera, en général, préférable.

Contusions de l'abdomen.

M. Demons, en s'appuyant sur l'étude de plusieurs observations personnelles, se prononce en faveur de l'intervention chirurgicale dans les cas de contusions violentes de l'abdomen et de plaies pénétrantes par instruments tranchants. Il cherche à démontrer, par un certain nombre d'exemples tirés de sa pratique depuis 1 an, que par l'abstention on peut obtenir quelques succès, mais les insuccès sont bien plus fréquents, tandis que par une prompte intervention on peut espérer sauver un grand nombre de blessés.

M. Aimé Guinard. — Deux fois j'ai été appelé, le 5 et le 7 mai 1896, pour des blessés qui avaient reçu l'un un lourd madrier sur le ventre, l'autre un violent coup de pied de cheval sur l'abdomen; j'ai fait ainsi deux fois la laparotomie et deux fois j'ai trouvé une rupture de l'intestin avec issue des gaz et des matières dans la cavité péritonéale. Malheureusement, au moment de mon intervention, l'accident datait déjà de 36 heures et mes deux malades ont succombé. Dans un 3e cas, au contraire, j'ai obtenu un succès. Une jeune fille de 20 ans avait reçu, dans une rixe devant l'hôpital même, un coup de couteau dans l'aine gauche. J'ai pu intervenir *immédiatement :* j'ai suturé deux perforations de l'intestin grêle, et une large déchirure du mésentère par où une volumineuse artère donnait beaucoup de sang. Mon opérée a guéri en quelques jours sans la moindre complication péritonéale, bien que je n'aie pas fait de drainage. Je suis convaincu que ce succès est dû à la précocité de l'opération.

J'appelle l'attention sur deux symptômes qui me paraissent des plus importants pour diagnostiquer la perforation de l'intestin en cas de contusion de l'abdomen. C'est d'abord la sonorité tympanique pré-hépatique, et, en second lieu, une contracture des muscles abdominaux qui empêche complètement toute exploration manuelle profonde. Pour les cas douteux je conseille une boutonnière exploratrice précoce.

Il faut pratiquer au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, une boutonnière de 2 centimètres. Si, comme cela m'est arrivé dans mes trois observations, on trouve dans la cavité péritonéale des gaz, des matières fécales ou du sang, on agrandit rapidement l'incision et on cherche la lésion viscérale; si, au contraire, la cavité péritonéale est intacte, on referme la boutonnière étroite qu'on avait pratiquée; et l'on n'a aggravé en rien l'état du blessé.

M. Demons pense qu'il y a deux circonstances qui contre indiquent formellement l'intervention : c'est d'une part la légèreté de la contusion, et de l'autre, l'existence du choc. Dans ce dernier cas il faut attendre que le malade se rétablisse.

M. Reclus proteste de toute sa force contre la boutonnière préconisée par M. Guinard. Si l'on intervient, et dans la grande majorité de cas l'intervention doit être la règle, il faut faire une large laparotomie qui seule permet de se rendre compte de l'état des viscères.

M. Demoulin rapporte une observation de plaie de l'abdomen avec sortie de l'épiploon qui pendait au-devant de la hanche droite. Pour plus de sûreté on fit la laparotomie qui montra l'existence d'un hématome du cæcum atteint par l'instrument vulnérant, et permit de faire la ligature de deux vaisseaux qui saignaient. Le malade guérit.

M. Reboul (de Nîmes). — Une enfant de 3 ans en tombant sur un tesson de bouteille se fait une plaie du flanc gauche; il se produit par la plaie (de 5 centim. d'étendue) une hernie de la plus grande partie de l'intestin grêle ; ne pouvant réduire l'intestin, dont les anses sont rouges et agglutinées, après avoir recouvert le paquet intestinal d'un pansement aseptique, je fais transporter l'enfant à l'Hôtel-Dieu, puis j'interviens 1 h. 1/2 après l'accident : au moment de l'intervention, outre les anses de l'intestin grêle et le mésentère, l'épiploon, le côlon, l'estomac, faisaient hernie à travers la plaie. La réduction étant impossible à cause des cris de l'enfant et du volume de la masse intestinale herniée, je suis obligé d'anesthésier l'enfant et d'augmenter l'étendue de la plaie. La réduction devient alors facile. Pas de lésions profondes, pas de perforation intestinale, après toilette des organes herniés qui sont fortement injectés et agglutinés par des adhérences filamenteuses (péritonite), je les réduis régulièrement dans la cavité abdominale. Suture de la paroi par trois plans de suture. Glace sur le ventre. Suites normales. Guérison parfaite.

J'insisterai sur la rareté de ce cas, sa gravité, l'importance d'une intervention rapide et la guérison que l'on peut obtenir dans des cas semblables, alors qu'il y a déjà péritonite.

Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead.

M. Delorme. — Les succès constants que m'a fournis l'excision circulaire de la muqueuse rectale hémorrhoïdaire me font regarder la méthode de Whitehead comme une méthode de choix, mais je limite son emploi aux hémorrhoïdes internes ou extéro-internes volumineuses, formant un bourrelet circulaire et non enflammées. L'appliquer aux autres cas plus simples serait, à mon sens, abusif.

Sur 18 opérés, le résultat immédiat comme le résultat définitif ont toujours été satisfaisants : réunion par première intention, affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau, cicatrice linéaire le plus souvent circulaire, souple, dilatable, sphincter actif. Je n'ai noté ni rétention, ni incontinence durable.

L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toute temporaire; et la gêne légère de la défécation, qu'entraînent quelques cicatrices, disparaît également.

La cure est radicale, et on ne conçoit pas qu'elle ne le soit pas si l'on a suivi les indications de Whitehead, c'est-à-dire si l'on a dépassé la zone des dilatations veineuses.

L'hémorrhagie immédiate est peu abondante, mais parfois gênante; l'hémorrhagie consécutive n'est pas à craindre.

Quatre conditions sont surtout indispensables pour en assurer le succès : 1° dépasser les limites de la muqueuse malade; 2° faire une bonne suture; 3° conserver avec soin les sphincters, surtout l'externe ; 4° obtenir l'inertie absolue des muscles périrectaux jusqu'à réunion solide.

Au début de l'emploi de cette opération, on hésite à remonter au-dessus du sphincter interne jusqu'aux points où la muqueuse change brusquement sa couleur violacée de muqueuse malade pour une couleur rose normale.

Les sutures qui traversent la muqueuse malade tiennent mal; la section remonte et on s'expose à obtenir non une cicatrice linéaire, mais une cicatrice étendue, rétractile, douloureuse ou rétrécissante.

La suture à points passés, disposée sur toute la circonférence rectale, comme l'a recommandé Whitehead, ne m'a pas toujours paru suffisante, car, soit par le fait de l'ulcération de la muqueuse, soit par suite de la rétraction rectale spontanée ou due à l'action du sphincter ou du releveur, la suture peut partiellement manquer.

Pour plus de sûreté, j'applique la muqueuse contre la peau aux 4 points cardinaux par des sutures à anse assez larges et modérément serrées.

C'est à la fois pour pouvoir commodément appliquer ces

sutures et pour bien juger de l'étendue des altérations de la muqueuse que je reste attaché à l'incision en 4 ailerons, qui est l'ancien procédé du chirurgien de Manchester.

Lorsque les hémorrhoïdes sont déjà anciennes ou qu'elles sont très volumineuses, la dissection du sphincter externe confondu en certains points avec elles ou masqué par elles, est délicate; on risque d'intéresser ce sphincter si l'on n'apporte pas à sa séparation une grande attention. La recherche du sphincter interne, déjà éloigné du champ d'action principal, est plus facile. Il tranche par sa coloration rosée, et comme son dégagement doit se faire avec l'ongle de l'index, il ne risque pas d'être dilacéré; mais comme il forme une mince bandelette, on s'expose, par contre, à le laisser adhérent à l'intestin.

L'action du sphincter externe est annihilée par sa dilatation et pour un temps suffisant, mais l'action du releveur de l'anus dont on se préoccupe moins et qui tend bien plus à désunir la plaie, resterait entière si, par les opiacés à haute dose, on ne supprimait la sensation du besoin d'aller à la garde-robe. C'est pourquoi je constipe mes malades pendant 10 à 12 jours, tout en les soumettant à un régime spécial. A ce moment, la plaie est bien réunie et les sutures sont presque toutes tombées d'elles-mêmes.

Sur certains cas d'hydrorrhée, consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme, pouvant en imposer pour une fistule urinaire.

M. Ch. Monod appelle l'attention sur le fait suivant :

A la suite de certaines interventions sur les organes du petit bassin chez la femme (ovariotomie, hystérectomie abdominale ou vaginale, voire même simple incision du cul-de-sac) il peut se produire, par une ouverture abdominale ou vaginale qui devient fistuleuse, un écoulement liquide d'une abondance telle qu'il semble ne pouvoir être autrement expliqué que par une lésion des voies d'excrétion de l'urine, uretère ou vessie.

Mais ce liquide n'a ni la couleur ni l'odeur si caractéristique de l'urine, il en diffère aussi par sa composition chimique, en ce sens qu'il ne contient pas trace d'acide urique, et que l'urée qu'il renferme est toujours en faible proportion; de plus, les substances qui filtrent facilement à travers le rein (iodure de potassium, salicylate de soude, etc.) font toujours défaut dans ce liquide, tandis qu'elles sont facilement retrouvées dans l'urine de miction.

Enfin dans 3 cas, l'écoulement, après avoir duré pendant longtemps, a fini par se tarir, terminaison favorable qui ne s'observe guère dans les fistules urinaires.

M. Monod rapporte en détail l'observation personnelle qui a été le point de départ de ses recherches sur ce point.

Il en rapproche des cas analogues qui lui ont été communiqués par ses collègues, MM. Bouilly, Pozzi, Segond. Il énumère les arguments sur lesquels on peut s'appuyer pour établir qu'il ne s'agit probablement pas en pareil cas d'une fistule urinaire,

Sans se prononcer sur l'origine de ce singulier écoulement, il fait remarquer que, du moins, il ne faut pas chez ces malades se hâter d'intervenir par une opération radicale, puisque la guérison spontanée peut survenir, bien qu'à très longue échéance.

Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse.

M. Poullet (de Lyon) décrit un procédé qui consiste essentiellement dans l'obturation du canal inguinal ou du canal crural au moyen d'une lanière tendineuse taillée dans le tendon du droit antérieur qu'on fait passer dans le canal inguinal en l'enroulant autour du pilier interne et en le greffant dans le pyramidal.

Résection du rectum.

M. Depage (de Bruxelles) rapporte 10 observations de résection du rectum, pour cancer, comprenant 8 succès et 2 morts. Après avoir essayé l'opération de Kraske, qui ne lui a pas semblé présenter les avantages qu'on lui avait attribués, M. Depage en est revenu au procédé de Verneuil, plus ou moins modifié, et, avec l'ablation seule du coccyx, il a pu s'ouvrir une voie assez large pour enlever 20 centimètres d'intestin.

Deux observations de variété rare de hernie.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) communique deux observations rares de hernie. La première a trait à une femme de 31 ans, enceinte pour la 5e fois qui, vers le 5e mois de sa grossesse, a été prise de vomissements incoercibles que rien ne parvenait à calmer. Après examen sérieux, M. Bousquet pensa que ces vomissements étaient dus à une ancienne hernie ombilicale disparue, mais qui avait laissé des adhérences épiploïques sur lesquelles tiraillait l'utérus développé. L'intervention chirurgicale justifia cette manière de voir. La laparotomie permit de constater la présence des adhérences présumées, et leur résection amena la cure radicale des vomissements.

La patiente accoucha à terme d'un enfant fort bien portant.

La deuxième observation présentée par M. Bousquet a trait à un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit, devenu kystique après son issue hors de l'abdomen. Des phénomènes d'étranglement s'étant produits, cette hernie fut opérée à la façon ordinaire, et l'intervention permit de reconnaître l'existence du kyste ovarique dont le pédicule fut réséqué de la manière ordinaire. M. Bousquet a retrouvé dans la littérature, 8 cas semblables qui tous n'ont été reconnus qu'à l'opération.

De la splénectomie.

M. Jonnesco (de Bucharest) rapporte 2 observations de splénectomie pour rates malariques pesant 5 550 grammes dans un cas et 4 500 dans l'autre. Ces 2 malades, qui auparavant ont été inutilement traités par la quinine, ont guéri et jouissent actuellement d'une santé excellente.

Après l'opération ces malades ont été soumis pendant quelque temps à l'injection de suc splénique de bœuf.

L'urine de ces malades qui était très toxique avant l'opération, principalement au moment des accès, a perdu une grande partie de sa toxicité après la splénectomie.

M. Hartmann. — La communication de M. Jonnesco m'engage à vous présenter le résultat de recherches faites par mon ami, le Dr Vaquez, dont vous connaissez la compétence en hématologie, sur 2 de mes opérées de splénectomie. Chez la première de mes malades, porteuse d'une rate paludique, la rénovation globulaire a commencé dès la première semaine et, en 15 jours, le chiffre des hématies est passé de 1 420 000 à 2 150 000. Un an après, il était redevenu normal à 4 200 000 avec augmentation parallèle de la valeur en hémoglobine. Après 2 ans, la composition du sang reste toujours normale. Chez la deuxième malade il s'agissait d'une ablation de rate hypertrophique. La veille de l'opération le chiffre des hématies était de 4 850 000 avec valeur hémoglobinique normale. Les leucocytes atteignaient le chiffre de 30 000 à 35 000. Il y avait donc une leucocytose marquée avant l'opération. Pendant les premiers jours qui suivirent, le nombre des hématies diminua dans de faibles proportions, celui des leucocytes augmenta ; mais ces modifications furent transitoires. 2 ans après l'opération, la malade présente une composition identique à celle antérieure à l'opération, soit une leucocytose légère. En somme, dans les 2 cas, diminution du nombre des hématies et augmentation des leucocytes après l'opération, puis retour à l'état antérieur.

La modification hémathogène observée est-elle une conséquence de la splénectomie? Des examens de M. Vaquez, faits après des laparotomies pour des causes diverses, lui ont montré des modifications passagères identiques. Il n'y a donc là rien de spécial à la splénectomie, et l'ablation de la rate, tout au moins de la rate malade, sclérosée, ne semble chez l'homme en rien modifier la composition du sang.

Blennorrhagie ano-rectale.

M. Jullien a observé dans son service de Saint-Lazare 10 cas de blennorrhagie ano-rectale. Dans un certain nombre de cas on a pu incriminer l'écoulement des sécrétions gonorrhéiques le long de la fourchette et du périnée vers l'anus; dans d'autres, la cause de l'infection était des rapports sexuels anormaux.

Les signes subjectifs sont à peine accusés, presque nuls. Objectivement on trouve des condylomes péri-anaux, d'une complexion très caractéristique, des fissures et un écoulement contenant des gonocoques. Dans un cas on a pu surprendre la formation d'une colonne d'induration fibreuse dans la muqueuse rectale. On peut donc se demander jusqu'à quel point la blennorrhagie ano-rectale ne doit être incriminée dans l'étiologie des rétrécissements du rectum. Cette étiologie expliquerait la fréquence du rétrécissement chez la femme.

La blennorrhagie ano-rectale est extrêmement rebelle au traitement, et la guérison ne s'obtient pas même au bout de 5 ou 6 mois de traitement.

Modification à l'opération de la hernie étranglée.

M. Heydenreich (de Nancy). — Après avoir mis à nu et ouvert le sac herniaire, on fait le débridement extérieurement au sac, c'est-à-dire que ce débridement ne sectionne pas le péritoine. Les avantages de ce procédé sont les suivants : 1° on ne risque pas, au moment du débridement, de blesser l'intestin; 2° si le débridement provoque une hémorrhagie, le sang ne s'écoule pas dans le péritoine, et l'hémorrhagie est facile à arrêter; 3° quand, après la réduction de l'intestin, on achève l'opération par l'extirpation du sac herniaire, on agit sur un collet du sac intact et non divisé, ce qui facilite la manœuvre et écarte le risque de déchirer davantage le péritoine et de laisser la cavité péritonéale ouverte. Le débridement pratiqué extérieurement au sac est d'ordinaire suffisant pour lever l'étranglement; s'il ne suffit pas, il n'y a qu'à élargir l'ouverture à l'aide du doigt introduit dans le collet du sac.

Séance du 23 Octobre 1896.

Néphropexie et hépatopexie simultanées.

M. Péan. — La luxation du foie est une affection plus fréquente qu'on n'est tenté de le croire et coïncide souvent avec l'abaissement du rein droit.

L'incision exploratrice est indispensable pour permettre de donner au diagnostic de la luxation du foie la précision nécessaire; elle sera assez longue, pour que le chirurgien puisse examiner le foie dans toute son étendue, et faire sans trop de difficultés l'hépatopexie.

L'incision transversale nous semble la meilleure, parce qu'elle est bien placée pour l'examen du foie, du rein droit et pour la recherche de ce dernier viscère s'il est luxé; de plus, elle a l'avantage de laisser en haut, au-dessous du foie, une surface de péritoine assez vaste pour permettre de faire l'hépatopexie telle que nous la pratiquons.

Au lieu d'immobiliser le foie avec des fils qui le traversent, quand il a été réduit, nous avons coutume de créer immédiatement au-dessous de cet organe, aux dépens du péritoine pariétal antérieur et postérieur, un cloisonnement suffisant pour l'empêcher de retomber; ce cloisonnement est fait à l'aide de fils de soie à anses séparées qui comprennent les séreuses et le plus possible de tissu fibro-cellulaire ou fibreux.

Cette hépatopexie sera faite toutes les fois que, à la suite de l'incision exploratrice, la glande hépatique aura été reconnue assez saine et assez mobile pouvoir être reportée et maintenue à sa place.

S'il existe un déplacement concomitant du rein, on peut tenter dans une seule et même séance de faire à la fois l'hépatopexie et la néphropexie chez les malades qui semblent assez robustes; dans le cas contraire, il faut remettre la fixation du rein à une époque ultérieure.

Le procédé de néphropexie que nous avons imaginé diffère de ceux qui ont été proposés jusqu'ici, en ce que, au lieu de suturer le rein à la paroi thoraco-abdominale à l'aide de fils qui le traversent, nous créons au-dessous de lui, dans l'épaisseur de la couche musculaire, une sorte de loge artificielle, en reliant par des surjets de catgut la face profonde du péritoine pariétal aux bords sectionnés de l'aponévrose profonde du muscle transverse; quant à la face antérieure de l'organe, elle est maintenue dans sa nouvelle position par une nouvelle suture à étages comprenant le reste de la plaie musculo-cutanée.

Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente.

M. J. Albarran (de Paris). — On admet généralement que dans les crises d'hydronéphrose intermittente, la succession des phénomènes est la suivante : obstacle à l'excrétion de l'urine : accumulation du liquide dans le bassinet; rétention rénale avec distension et augmentation de volume du rein; crise, puis évacuation du liquide et cessation de la douleur. C'est l'urine retenue qui augmente le volume du rein; c'est la débâcle du liquide emmagasiné dans le bassinet qui constitue la polyurie.

A mon avis cette interprétation n'est pas juste, et, en ce qui concerne l'*augmentation de volume* du rein, il faut, à côté de la distension rénale par l'urine accumulée, faire jouer un rôle très important à l'augmentation de volume due à la congestion de l'organe; dans les premières phases de la maladie, les phénomènes congestifs priment la rétention rénale, et, si on les méconnaît, on s'expose à se tromper sur le degré de l'hydronéphrose.

Dans des expériences pratiquées avec M. Guyon, nous avons montré que la rétention vésicale complète de l'urine détermine une congestion rénale qui augmente d'un tiers le volume du rein. Cette congestion peut déterminer de l'hématurie rénale. Dans la ligature complète de l'uretère, j'ai montré que, durant les premières heures, le rein augmente beaucoup de volume, alors que la quantité de liquide retenue est peu considérable. J'ai opéré une malade qui, depuis quatre ans, avait des crises d'hydronéphrose intermittente avec polyurie terminant la crise (1 litre 1/2 dans une heure); or, le rein n'offrait pas trace de dilatation. Il en fut de même chez un autre malade dont les crises duraient depuis quatorze mois. J'ai en outre opéré 2 malades qui, tout en ne présentant pas des crises caractérisées d'hydronéphrose intermittente, avaient des reins un peu descendus : chez tous deux le rein congestionné avait un volume à peu près deux fois plus considérable qu'à l'état normal.

Cette congestion rénale dans les crises de rein mobile, avec ou sans hydronéphrose, peut déterminer de l'hématurie en dehors de toute néphrite coexistante. J'en ai observé 3 cas : l'un chez un des derniers malades que je viens de citer; l'autre chez un malade avec hydronéphrose intermittente et rein dilaté; enfin, dans un troisième cas, chez une hystérique dont les crises douloureuses d'un rein peu mobile s'accompagnent d'hématurie et d'augmentation de volume du rein.

En résumé, l'augmentation de volume du rein dans les crises d'hydronéphrose intermittente dépend, dans les premières périodes de la maladie, plus de la congestion que de la rétention rénale; dans les périodes plus avancées, la rétention joue un plus grand rôle, mais la congestion contribue à augmenter le volume du rein.

Pour la *polyurie*, il me paraît facile de démontrer qu'il ne s'agit pas, dans la polyurie post-critique, d'une simple débâcle de l'urine accumulée. Il suffit de parcourir un certain nombre d'observations pour voir qu'il n'y a pas de relation entre l'abondance de l'urine émise et le volume du rein. Une de mes malades offre un cas très démonstratif à cet égard. Pendant les crises, le rein paraissait avoir le volume du poing; à la fin de la crise, la patiente urinait en moins d'une heure jusqu'à 1/2 litre. A l'opération, je constatai que le rein n'était pas dilaté.

La polyurie dépend beaucoup plus d'un accès de sécrétion après la crise que de la débâcle du liquide accumulé. En dehors des considérations précédentes, nous avons démontré cliniquement et expérimentalement, M. Guyon et moi, l'abondante polyurie qui suit les crises de rétention complète d'urine.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère.

M. Legueu (de Paris). — J'ai pu suivre pendant 5 années une malade atteinte d'hydronéphrose et de mobilité rénale,

Cette femme ne souffrait pas; le rein était réduit plutôt mal que bien sous un bandage, mais la malade refusait toute opération. L'année dernière cependant, des crises douloureuses se produisirent, en même temps que le rein présentait une augmentation de volume manifeste. Je pensai pouvoir tenter la néphrorrhaphie et j'opérai cette femme en septembre 1895 par la voie lombaire.

Le rein était absolument détruit, son parenchyme réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier. Il était impossible de le conserver; je l'enlevai, la guérison se fit rapidement, et 18 jours après, l'opérée retournait dans son pays. Depuis lors, sa santé est restée excellente.

A l'extrémité supérieure de l'uretère, à son union avec le bassinet, il y avait un rétrécissement extrêmement prononcé : un stylet ordinaire pouvait à peine le franchir. Ce rétrécissement formé par un tissu de sclérose était unique et cessait brusquement du côté du bassinet. Du côté de l'uretère, il se prolongeait en pente douce, et on voyait au microscope reparaître, à quelques millimètres au-dessous, les fibres musculaires qui, plus haut, étaient complètement effacées.

Il y avait 20 ans que chez cette malade on avait constaté l'existence d'un rein mobile, alors que je l'opérai. Je pense qu'une inflammation légère et chronique, — car les urines étaient claires, — a déterminé la formation de ce rétrécissement là où la mobilité rénale avait produit une coudure ou une valvule. A une lésion mobile et temporaire se substitua ainsi une lésion définitive et irrémédiable.

Ce fait nous permet de saisir sur le vif le mécanisme, jusqu'alors admis théoriquement, de la transformation d'une hydronéphrose primitivement ouverte en hydronéphrose fermée. Elle vient plaider en faveur de la cause de l'intervention hâtive dans les reins mobiles qui sont le siège d'accidents de rétention.

Rupture traumatique du rein; néphrectomie lombaire. Guérison.

M. A. Monprofit (d'Angers). — Un adulte vigoureux et bien constitué fut, dans une rixe, et étant en état d'ébriété, pressé fortement contre le rebord d'une table de billard. Il fut apporté à l'hôpital d'Angers dans un état syncopal faisant songer à une grave hémorrhagie interne. On constatait, en outre, qu'il existait dans la région du flanc gauche, en même temps qu'une très vive douleur, une tumeur dure et arrondie du volume d'une tête d'adulte. Le diagnostic posé fut alors celui d'hémorrhagie dans la loge rénale par suite de rupture du rein gauche. Malgré les moyens médicaux aussitôt mis en œuvre, l'état général du malade alla sans cesse en s'aggravant et il sembla bientôt que la mort était prochaine et inévitable. Le pouls était insensible, les extrémités froides, le malade pris de subdélire, voulant se lever, etc., etc.

Dans ces conditions, il parut que l'indication à remplir était de mettre rapidement un terme à l'hémorrhagie interne qui épuisait peu à peu le patient. L'opération suivante fut alors pratiquée. On fit une incision à la région lombaire sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, des côtes à l'os iliaque, et on arriva sur une tumeur noirâtre, semi-fluctuante, faisant saillie entre les lèvres de l'incision. Cette tumeur ouverte était constituée par un volumineux amas de caillots noirâtres, dont on évalue la quantité à environ deux litres ; pour avoir plus de jour une seconde incision perpendiculaire à la première fut pratiquée sur le milieu de la lèvre antérieure.

La poche nettoyée et débarrassée de ses caillots, on trouva, à la partie supéro-interne de la cavité, le rein complètement éclaté sur son bord convexe dans toute sa hauteur, deux petits fragments rénaux étaient totalement détachés et flottaient au milieu des caillots. Le rein fut pédiculisé et enlevé en totalité. L'hémostase assurée, la plaie fut tamponnée et partiellement réunie. La guérison se poursuivit sans incident notable et fut complète au bout d'un mois.

En examinant les vestiges du rein enlevé, on s'aperçut qu'il existait un certain degré d'hydronéphrose caractérisée par la dilatation du bassinet et des calices de l'amincissement du tissu rénal. Il s'agissait donc d'un rein hydronéphrotique, éclaté sous l'influence d'une violence extérieure, et enlevé par la néphrectomie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Octobre 1896.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy. — Jusqu'ici, il a toujours été d'usage de décrire deux variétés de péritonite typhoïde, l'une par perforation, l'autre par propagation. La péritonite par *perforation*, beaucoup plus grave, habituellement généralisée, est due à la perforation des plaques de Peyer ou des follicules clos ulcérés; la péritonite par *propagation*, beaucoup moins grave, plus limitée, serait due à la propagation du processus infectieux à travers l'intestin ulcéré, *mais non perforé*.

Trop souvent on se figure que la *péritonite par perforation*, qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde, est aiguë, douloureuse, à grands fracas. Il n'en est rien. Le plus souvent, elle se déclare *insidieusement*, ou, du moins, avec des symptômes très atténués.

Il y a un signe qui me paraît avoir une réelle importance, c'est le *hoquet*; quand un malade qui est arrivé au 3e septenaire de sa fièvre typhoïde se plaint de quelques douleurs abdominales, quand des nausées et des vomissements apparaissent, quand le ventre se météorise plus que d'habitude, si le hoquet vient se joindre à ces symptômes, même un hoquet furtif, léger, c'est que le péritoine est en jeu. Cependant, dans quelques cas très exceptionnels, le hoquet peut exister dans la fièvre typhoïde, à titre d'accident nerveux indépendant de la péritonite (Daureillan, thèse de Bordeaux, 1895).

Mais de tous ces symptômes, aucun n'a l'importance qui nous est révélée par la courbe des températures. La perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, se traduit dans la très grande majorité des cas, par une *chute brusque de la température*. Chez tel malade, qui avait quelques heures avant, ou la veille au soir, une température de 39°5, de 40°, de 40°5, on constate une chute du thermomètre à 37°5, à 36°5, à 36° et au-dessous.

Cependant, il ne faudrait pas croire que les chutes brusques de la température, au cours de la fièvre typhoïde, fussent toujours l'indice d'une perforation intestinale; il y a là un écueil dont il faut se garer. Dans quelques cas, rares il est vrai, la défervescence de la fièvre typhoïde est aussi brusque que la défervescence de la pneumonie.

Toutefois, il y a cette différence que la défervescence brusque de la guérison concorde avec une amélioration de tous les symptômes et ne descend guère au-dessous de la normale, tandis que la chute de la température qui annonce la perforation, descend généralement avec rapidité jusqu'à l'hypothermie, et coïncide avec l'aggravation de l'état général ou avec l'apparition de symptômes nouveaux.

Une chute brusque de la température, avec ou sans hypothermie, peut encore survenir au cours de la fièvre typhoïde, à la suite d'une abondante *hémorrhagie intestinale*, mais en cas de perforation, la température ne se relève que lentement, tandis que l'hypothermie consécutive à une hémorrhagie intestinale est suivie, en général, d'une réascension rapide, qui ramène en quelques heures la température à un niveau aussi élevé, ou peu s'en faut, qu'avant la chute.

Dans la grande majorité des cas, la péritonite par perforation est mortelle, mais elle ne l'est pas toujours; des adhérences peuvent s'établir *à temps*, auquel cas la péritonite se circonscrit, et après 2, 3, 4 jours, pendant lesquels se sont succédé les symptômes de la péritonite par perforation, l'amélioration survient et le malade guérit.

Quelques auteurs mettent en doute la guérison de la péritonite par perforation et invoquent les soi-disant péritonites par propagation.

En pareil cas le processus infectieux est supposé traverser l'intestin ulcéré mais non *perforé*. Or je pense que cette péritonite par propagation telle qu'on l'a interprétée depuis Thirial *n'existe pas*, et je formule la conclusion suivante : Quand un dothiénentérique succombe avec les symptômes d'une péritonite par perforation, et quand on ne peut arriver à découvrir la perforation intestinale, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas une *fissure* intestinale, qui suffit, pour si limitée qu'elle soit, à expliquer la pathogénie de la péritonite par perforation; il faut rechercher si la péritonite n'est pas consécutive à une *infection ganglionnaire*, à une perforation de la *vésicule biliaire*, il faut enfin, et surtout, examiner minutieusement l'appendice iléo-cæcal, qui, plus souvent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, est la cause des accidents péritonéaux. C'est donc le moment de nous occuper de la *péritonite typhoïde appendiculaire*.

D'après les travaux que j'ai compulsés et d'après les faits que j'ai observés, l'appendice cæcal peut subir, de deux façons différentes, les atteintes du processus typhoïde. Dans une première catégorie de faits, je place la *perforation de l'appendice*, consécutive à l'altération typhoïde du tissu lymphoïde, de tous points comparable à la perforation de l'intestin au niveau des plaques de Peyer et des follicules clos ulcérés. Ces perforations appendiculaires typhoïdes sont loin d'être rares, puisque dans la statistique de Nacke, comprenant 133 cas de perforations intestinales dothiénentériques, vérifiés à l'autopsie, la perforation de l'appendice figure 15 fois. Il s'agit alors de perforation de l'appendicite, mais la perforation n'a pas été précédée d'appendicite proprement dite.

Dans une autre catégorie de faits, qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment étudiés jusqu'ici, il s'agit non pas de perforation typhoïde appendiculaire, comparable aux perforations typhoïdes de l'intestin, mais d'une *appendicite*, au vrai sens du mot, pouvant évoluer avec ses modalités diverses et avec toutes ses conséquences comme une appendicite banale et vulgaire.

Tantôt, en effet, dans l'appendicite typhoïde comme dans l'appendicite vulgaire, tout se borne à une attaque appendiculaire aiguë sans que le péritoine soit en cause; tantôt, l'attaque appendiculaire est suivie de péritonite limitée, d'abcès péritonéal enkysté; tantôt enfin, l'attaque appendiculaire est le prélude d'une septicémie péritonéale, d'une péritonite plus ou moins généralisée.

Je pense que bon nombre d'observations publiées sous la rubrique de péritonites par propagation, péritonites suivies de guérison spontanée, péritonites survenues pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, ne sont autre chose que des appendicites para-typhoïdes. Ces appendicites et ces péritonites appendiculaires sont bien loin d'avoir la gravité des péritonites par perforation, et elles aboutissent, beaucoup plus sûrement que la perforation, aux adhérences, à la péritonite circonscrite et à la guérison.

Le point capital du diagnostic est l'appendicite qui ne s'annonce pas, comme la perforation intestinale, par une chute brusque de la température; elle provoque, au contraire, une *ascension* de la température; et la fièvre reparaît, si elle avait jusque-là disparu.

Maintenant que nous voilà à peu près fixés sur les variétés des péritonites typhoïdes, occupons-nous du traitement qu'on peut leur opposer.

Les moyens médicaux classiques (opium, glace sur le ventre) sont le plus souvent impuissants, et alors se dresse la question palpitante de l'intervention *chirurgicale*. Faut-il opérer et à quel moment faut-il opérer? A mon avis, il faut envisager la question un peu autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il faut, à l'avenir, ne pas englober toutes les péritonites typhoïdes sous la même rubrique; il faut distinguer, dans la mesure du possible, l'appendicite para-typhoïde de la péritonite par perforation. Au cas d'appendicite para-typhoïde, l'opération me paraît s'imposer le plus souvent, avec toutes les considérations que j'ai fait valoir en étudiant l'appendicite. Ici la guérison n'est pas rare. Ce qui simplifie singulièrement l'opération dans les péritonites typhoïdes appendiculaires, c'est que l'opérateur n'a pas à suturer un intestin ulcéré et perforé, toute la lésion se concentrant sur l'appendice.

Mais si le problème me paraît facile à résoudre au cas d'appendicite para-typhoïde, il en est tout autrement au cas de péritonite typhoïde par perforation intestinale. D'abord, est-on bien certain qu'il y ait perforation? Les symptômes de la péritonite sont parfois tellement flous, tellement vagues, que, n'était la chute de la température en hypothermie, le diagnostic, dans ces cas-là, resterait hésitant et indécis, et d'autre part, si l'on attend encore un jour ou deux avant de prendre une décision, on enlève au malade les quelques chances de salut qui lui restaient.

On ne peut se faire une opinion sur la valeur de l'intervention chirurgicale qu'en interrogeant les faits qui ont été publiés à ce sujet; malheureusement les observations jusqu'ici connues sont le plus souvent incomplètes, elles englobent des faits disparates et les diagnostics ne sont pas toujours irréprochables. Une première statistique a été publiée par M. Louis; une deuxième statistique a été publiée par M. Lejars, qui a réuni 25 cas de laparotomie avec 6 guérisons, dont 3 au moins ne semblent pas prêter à discussion; ces résultats, dit-il, ne sont pas brillants, mais enfin ils ne sont pas de nature à décourager l'intervention chirurgicale. J'ai relu, une à une, les observations publiées, et, je le répète, la plupart d'entre elles sont trop incomplètes trop disparates, pour qu'on puisse, actuellement, se faire une opinion définitive.

J'ai observé un cas dans lequel, l'opération ayant été faite par Routier, le malade succomba après avoir d'abord paru sauvé. Or à l'autopsie je constatai que la perforation suturée était guérie, la *cicatrisation incomplète*; il s'était fait, malheureusement, deux nouvelles perforations voisines de la première, l'une de la dimension d'une tête d'épingle, l'autre plus considérable. Le reste de l'intestin présentait les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. J'ai donc la conviction que l'opération eût guéri ce malade, si deux nouvelles perforations n'étaient survenues. On sait, du reste, qu'il n'est pas rare de trouver, aux autopsies, deux, trois et un plus grand nombre de perforations qui se font simultanément ou successivement.

Aussi je conclus que, au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation : l'intervention chirurgicale est donc motivée.

Chimisme respiratoire.

M. Albert Robin lit un mémoire sur le chimisme respiratoire à l'état normal, dans la fièvre typhoïde et sous l'influence des bains froids. Il conclut que la balnéothérapie, favorisant les échanges respiratoires, doit être conseillée. Il en est de même pour toutes les infections qui se compliquent d'état typhoïde.

M. Henri Monod informe l'Académie que M. Yersin a obtenu 20 guérisons sur 22 cas de peste bubonique traités par des injections sous-cutanées de sérum de l'Institut Pasteur. La guérison de la peste par le sérum est donc scientifiquement démontrée.

M. Clozier (de Beauvais) lit un mémoire sur le pouvoir hystéroclasique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Octobre 1896.

Hémorrhagies dans la vulvo-vaginite des petites filles.

M. Comby. — Parmi les vulvites et vulvo-vaginites des petites filles, les unes sont dénuées de toute spécificité et relèvent d'un microbe banal comme le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille; les autres sont spécifiques et reconnaissent pour agent pathogène le gonocoque. Les premières

n'ont aucune gravité; les secondes sont tenaces et fertiles en complications. En effet, elles ne restent pas cantonnées à la vulve, elles progressent par l'urèthre vers la vessie, et par le vagin vers l'utérus, les trompes, le péritoine. Trois fois, cette année, j'ai été appelé à soigner, à l'hôpital, des fillettes de 2 ans 1/2, 6 ans, 8 ans, qui présentaient des hémorrhagies vulvaires inquiétantes. On avait d'abord fait le diagnostic de *métrorrhagie* ou de *menstruation précoce*. Mais un examen attentif permettait de redresser cette erreur. Et d'abord, l'hémorrhagie avait succédé à une vulvo-vaginite, avec pus épais, empesant la chemise. Ensuite, quand on écartait les grandes lèvres, on voyait que l'hymen était intact, que le sang ne venait pas du vagin. On apercevait, au niveau du méat urinaire, des bourgeons charnus, très vasculaires, qui saignaient au moindre frottement. En enfonçant une sonde au milieu de ces bourgeons, on pénétrait dans la vessie. Il s'agissait donc d'une métrorrhagie compliquant la vulvo-vaginite. Des irrigations au permanganate de potasse à 1 p. 1000, des cautérisations au nitrate d'argent (solution à 1 p. 50) permirent de guérir rapidement et la vulvite et l'hémorrhagie. L'accident n'eût aucune suite fâcheuse.

Sous le nom de *prolapsus de l'urèthre chez les petites filles*, mon collègue M. Broca avait signalé des faits analogues et, dans quelques cas, les cautérisations n'ont pas suffi; il a fallu intervenir chirurgicalement pour remédier à un prolapsus volumineux et irréductible.

Gastrite dégénérative.

M. Hayem revient sur les variétés anatomiques de la gastrite dégénérative et propose la classification suivante :

Dégénérescence graisseuse. — Il signale de suite ce mode de nécrobiose pour l'éliminer.

Infiltration séreuse. — Le mode de dégénérescence est caractérisé par véritable *vacuolisation* de la cellule. Cette dégénérescence vacuolaire se montre également dans les cellules de bordure et dans les cellules principales.

Infiltration albuminoïde. — Ce processus de nécrobiose peut aboutir à 2 types différents :

1° Les cellules subissent une *désintégration granuleuse* sous l'influence de laquelle elles s'effritent, se désagrègent et semblent se résorber sur place. Cette désintégration granuleuse répond à la *nécrose de coagulation de Weigert.*

2° Les cellules se modifient de façon telle qu'elles prennent un état particulier, que je propose d'appeler *état épidermoïde.* Les éléments s'aplatissent, ne se colorent plus, subissent, en somme, une sorte de transformation cornée. En même temps que ces altérations se produisent, les vaisseaux s'oblitèrent.

A côté de ces altérations glandulaires, il faut signaler les différents états de nécrobiose dus à des actions chimiques (gastrite alcoolique, absinthique), les altérations aboutissent à 2 états : *l'état granuleux, l'état translucide.*

L'état translucide est particulièrement produit par l'intoxication absinthique.

Ces différentes modifications nécrobiotiques doivent enfin être distinguées des eschares vraies. Chez les grands buveurs, ces eschares sont fréquentes; elles se présentent sous forme de plaques grisâtres, qui ne tardent pas à s'éliminer, en créant ainsi des érosions plus ou moins profondes.

Epistaxis à répétition.

M. Rendu rapporte l'observation d'un malade atteint d'épistaxis répétées dont la cause n'a pu être déterminée, et chez lequel on trouvait de véritables angiomes sur le cou, sur la poitrine, sur les muqueuses linguale et palatine.

M. Rendu se demande donc si son malade n'est pas comparable à la malade hémophilique présentée par M. Chauffard à la Société médicale et chez laquelle les hémorrhagies apparaissaient au niveau de télangiectasies cutanées et muqueuses.

Oblitération de la veine cave supérieure.

M. Achard présente une malade atteinte d'oblitération de la veine cave supérieure. La moitié supérieure du corps offre une teinte rosée, le membre supérieur droit est très œdématié. Les veines jugulaires forment des cordons pleins, durs, saillants. Pourtant, l'œdème n'est très marqué qu'au bras droit, la face n'est pas cyanosée ni bouffie. Mais, au début, il y a 6 semaines, il n'en était pas de même et l'œdème était généralisé à la face, au cou, aux deux membres supérieurs. Cette amélioration rapide est en rapport avec la circulation collatérale qui a fait des progrès parallèles.

Traitement des hémoptysies par l'ergotinine.

M. Vergniaud rapporte une observation d'hémoptysie foudroyante, chez un tuberculeux, arrêtée d'une manière rapide par 2 grammes d'une solution d'ergotinine, injectés en 2 fois. Dans ce cas, l'ergotinine n'a pas seulement eu pour résultat d'arrêter l'hémorrhagie, elle a rétabli, en même temps, la circulation et ramené le fonctionnement du système nerveux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 Octobre 1896.

Traitement de la fièvre typhoïde par une méthode dite de balnéation interne.

M. Henry Duchenne (de Sainte-Anne-d'Auray) expose son procédé de balnéation interne, qui consiste à faire boire au malade, autant qu'il le désire, des liquides inertes (tisanes, boissons faiblement acidulées, eau rougie, etc.), à administrer un lavement tiède, quotidien, dont la quantité varie de 1/2 à 1 litre. M. Duchenne prescrit encore 60 centigrammes de sulfate de quinine, en 2 fois, et des lavements contenant 20 grammes d'eau phéniquée faible, à 2 gr. 50 p. 100. Quant au régime alimentaire, il ne comprend que de 1 à 4 litres de lait par jour.

Sur 45 malades soumis à ce traitement, l'auteur n'a eu que 2 morts.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 21 Octobre 1896.

Hystérie et sclérose en plaques.

M. Bonne présente un jeune homme de 26 ans, entré dans le service de M. le professeur Bondet avec des symptômes nerveux très variés qui ont pu faire croire aux uns qu'il s'agissait d'une hystérie superposée sur un cas de sclérose en plaques, aux autres que l'on était en présence d'une hystérie compliquée de sclérose en plaques. L'existence de l'hystérie chez cet homme est indéniable. Il en a les divers stigmates, les crises avec aura et présente deux zones hystérogènes. Un fait non moins certain, c'est que l'hystérie a débuté chez lui longtemps avec l'apparition de certains symptômes de la sclérose, tels que le tremblement, l'irrégularité de l'écriture, le bégaiement, le clonus, etc.

Gastro-entérostomie.

M. Briau présente un malade chez lequel M. Bouveret avait diagnostiqué une tumeur maligne de l'estomac, et chez lequel M. Jaboulay a pratiqué, il y a 10 jours, une gastro-entéro-anastomose, selon le procédé qu'il a exposé en avril dernier dans *Lyon médical*. Le malade va bien et tout trouble fonctionnel du côté de l'estomac a cessé. M. Jaboulay, en moins d'un an, a pratiqué cette opération chez 5 autres malades (voir *Lyon médical*, 1896, t. LXXXIII, p. 254).

M. Briau, après avoir succinctement rappelé ces divers faits, compare le procédé de gastro-entérostomie de Jaboulay avec la méthode de Murphy, et donne la préférence au premier dans les cas de gastro-entéro-anastomose.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des enveloppements humides du thorax dans les broncho-pneumonies infantiles.

Technique. — L'enveloppement humide du thorax se pratique d'une manière simple et facile.

On déshabille complètement l'enfant, ou tout au moins on ne lui laisse que la chemise qu'on relève autour du cou et sous les bras : il est préférable d'enlever tout à fait la chemise, pour ne pas la mouiller et pour que l'enveloppement soit fait plus complètement.

On a préparé une pièce de gaze (tarlatane) pliée en six ou huit doubles et taillée de manière à ce qu'une fois appliquée elle ait une hauteur suffisante pour aller, en avant, de la poignée du sternum à l'ombilic, en arrière des dernières vertèbres cervicales au sacrum, et latéralement du creux axillaire à la crête iliaque; suffisamment large, d'autre part, pour que ses bords puissent se recouvrir après avoir fait le tour complet du thorax de l'enfant.

On lave cette gaze à l'eau chaude de manière à lui enlever le plus possible de son empois, et après l'avoir convenablement pliée, ainsi qu'il est dit plus haut, on la trempe dans l'eau à la température de la chambre, soit 15 à 20. Après l'avoir exprimée le plus complètement possible, on l'applique autour du thorax et de la partie toute supérieure de l'abdomen, et on recouvre d'un morceau de taffetas gommé taillé sur le même modèle et recouvrant complètement la tarlatane, de manière à s'opposer le plus qu'il est possible à l'évaporation.

On rhabille l'enfant et on le recouche.

Il est évident que la gaze n'est pas nécessaire; toute autre pièce de linge, de toile ou de coton peut parfaitement suffire au même usage : les serviettes dites *éponges* conviennent tout à fait dans la circonstance; on les pliera de façon à ce qu'elles s'appliquent bien au corps du sujet et de la manière que nous avons indiquée.

La tarlatane a pourtant l'avantage de s'imbiber facilement, de se mouler parfaitement sur les saillies et dépressions du corps et enfin de garder assez l'humidité, avec les précautions d'usage bien observées.

La température de l'eau doit être généralement de 15° à 20°. Dans les fortes chaleurs de l'été, on pourra la refroidir avec quelques morceaux de glace ou plus simplement en tirer de la fontaine au moment de s'en servir. En hiver, au contraire, il convient de la laisser s'échauffer un peu dans la chambre du malade.

On a conseillé également d'ajouter à l'eau un peu d'alcool, afin de rendre la réaction cutanée plus énergique. Ce mélange ne présente aucun avantage bien appréciable; en tous cas, il ne peut certainement pas être nuisible.

Le choix de l'enveloppe imperméable est indifférent et le taffetas gommé, la toile caoutchoutée sont tout aussi convenables.

Quelques auteurs conseillent, avant de rhabiller l'enfant, de le placer dans une couverture de laine. Cela n'a aucun avantage. La réaction se fait vite et bien sans couverture et les draps garantissent suffisamment l'enfant contre une évaporation trop rapide et un refroidissement exagéré. La couverture n'est donc qu'un surcroît d'embarras pour l'entourage et de gêne pour le malade.

Combien de temps convient-il de laisser la compresse sans la renouveler? Les praticiens ont à ce sujet chacun leur méthode, les uns renouvelant tous les quarts d'heure, les autres laissant en place pendant quelques heures. Le mieux, dans la plupart des cas d'intensité et d'allure moyennes, c'est de renouveler la compresse toutes les demi-heures, c'est tout à fait suffisant. D'ailleurs, les allures de la maladie gouvernent la conduite à tenir; si les phénomènes morbides s'amendent, il est inutile de renouveler aussi fréquemment; si, au contraire, le mal semble s'aggraver, il faut faire bénéficier le malade de toute la rigueur du traitement.

Effets physiologiques et thérapeutiques. — Quel est l'effet immédiat de l'enveloppement froid? La première impression semble plutôt être désagréable à l'enfant : quelquefois il jette un petit cri ou bien se met à pleurer, mais il s'apaise vite, et souvent, au bout d'un quart d'heure, l'observateur est surpris du changement brusque qui survient dans l'état général, les phénomènes respiratoires et circulatoires.

L'enveloppement froid semble agir d'une manière extrêmement complexe sur tout l'ensemble de l'organisme, soit que celui-ci soit modifié consécutivement à l'amélioration de l'état local, soit que ce dernier subisse le contre-coup de la détente générale qui semble se produire.

C'est en premier lieu l'état général du sujet qui, par ses modifications rapides, frappe davantage le plus souvent.

L'enfant jusqu'alors agité, tourmenté, se remuant continuellement dans son lit, jetant des plaintes fréquentes et témoignant par son faciès anxieux de la gêne respiratoire, devient peu à peu plus calme. Ses cris s'apaisent au bout d'un instant, ses mouvements deviennent plus lents et comme plus faciles, ses narines cessent de battre aussi rapidement, ses yeux se ferment, son visage se

décolore, couvert souvent d'une sueur abondante, et il s'endort d'un sommeil relativement paisible.

D'autres fois, dans les formes adynamiques, le tableau se retourne, et le petit malade jusque-là somnolent, presque comateux, le visage cireux aux pommettes violacées, le regard terne, respirant superficiellement et semblant près de la fin, détournant la tête à l'approche du verre ou du biberon, se laisse envelopper avec indifférence.

Quelques minutes après, son visage se recolore, ses yeux deviennent plus vifs et se tournent vers ceux qui l'entourent; les inspirations deviennent plus lentes et plus profondes et par ses appels et ses pleurs même, l'enfant témoigne de son retour à la vie.

L'état général semble donc impressionné tout d'abord, et cela par l'intermédiaire du système nerveux, fouetté probablement par action réflexe. Les phénomènes d'ordre purement nerveux semblent s'améliorer également, mais après un temps plus ou moins long; dans les formes convulsives, par exemple, il n'est pas rare de voir les contractures et les mouvements cloniques céder après un quart d'heure, une demi-heure, et ne plus se reproduire par la suite.

L'effet sur la température n'est pas moins remarquable. Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des autres traitements hydrothérapiques (bains, drap mouillé, etc.), la température ne semble pas s'abaisser immédiatement après le traitement.

Mais, si l'effet n'est pas rapide, il n'en est pas moins réel. Il se manifeste ordinairement au bout de 12 à 24 heures et est alors très accusé. La reprise de la fièvre s'observe, mais elle dure rarement plus de 48 heures.

L'action des enveloppements froids sur l'appareil respiratoire se manifeste de la façon suivante :

En premier lieu, les phénomènes fonctionnels semblent influencés dans le sens le plus favorable : la dyspnée diminue presque toujours au bout d'une demi-heure ou d'une heure : les mouvements respiratoires augmentent d'amplitude et diminuent de fréquence. La toux elle-même, au bout d'un temps plus ou moins long, s'atténue : les quintes sont plus rares; les expirations sont moins bruyantes et le timbre de la toux se fêle, devient plus voilée, témoignant ainsi de l'expulsion des mucosités qui rendent la toux moins fatigante pour l'enfant.

Les signes physiques, reflet assez fidèle du processus inflammatoire, varient également dans une grande mesure; et, dès le lendemain des applications froides, il n'est pas rare de constater que le souffle a diminué de rudesse et que les râles muqueux ont remplacé les râles fins; au bout de deux ou trois jours la congestion a fait place à la bronchite.

L'appareil circulatoire prend sa part du bénéfice retiré par l'ensemble de l'organisme du traitement hydrothérapique tel que nous le conseillons. Probablement influencé secondairement et par l'intermédiaire du système nerveux, c'est surtout dans les formes hypersthéniques, dans les cas d'éréthisme cardiaque qu'il est heureusement diminué. En général, le pouls diminue de fréquence et d'amplitude : de 150, 160, il tombe à 110 ou 120 et, par un retour nécessaire, tout l'appareil pulmonaire profite de cette déplétion générale.

Il convient d'ajouter qu'au contraire, dans les formes asthéniques, adynamiques, avec subcoma et faiblesse du cœur, celui-ci semble moins bien se relever : c'est alors qu'il est urgent de demander aux toniques du myocarde, à la caféine par exemple, le coup de fouet que les enveloppements mouillés à eux seuls semblent incapables de réaliser.

Les systèmes nerveux et circulatoire étant profondément modifiés par l'application du froid humide, il n'est pas étonnant que le rein prenne une large part à l'amélioration générale. Et en effet, après l'application des compresses mouillées, la diurèse augmente presque toujours, et, dans le cas où l'anurie ajoute sa note grave à l'ensemble symptomatique, les enveloppements sont même le traitement de choix.

Le système digestif profite aussi dans une certaine mesure des applications froides; les vomissements, si fréquents dans la broncho-pneumonie infantile, sont en général supprimés; il s'agit là d'un phénomène d'ordre réflexe et comme tel il participe nécessairement à toute la réaction nerveuse.

Quelquefois la diarrhée se surajoute aux éléments déjà si nombreux d'affaiblissement général; il ne nous a pas semblé voir d'effet bien manifeste à la suite des enveloppements. D'ailleurs, dans ces cas, la diarrhée est en général d'origine infectieuse et le raisonnement permettait de prévoir une inefficacité que prouve l'expérience.

La peau, qui, de toutes les parties de l'organisme, subit la première l'influence du traitement, ne réagit pas moins que les autres organes. Souvent dans les formes hyperthermiques la peau est sèche et fonctionne mal : la plupart du temps l'application des compresses provoque une sueur abondante et ainsi l'augmentation de la diaphorèse permet aux produits toxiques, élaborés au sein de l'organisme, une élimination plus facile et plus active.

Mode d'action. — Comment agit l'enveloppement froid?

Les enveloppements froids agissent d'une manière complexe et la part de chaque système est difficile à déterminer. Pourtant il semble que le système nerveux soit le premier impressionné. La sensation de froid agit, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs sur l'axe cérébro-spinal qui, à son tour, réagit par les nerfs centrifuges qui commandent aux mouvements respiratoires. Ceux-ci deviennent plus amples, plus profonds et moins fréquents : il se passe là un phénomène analogue à ce qui se produit à la suite de l'immersion du corps dans l'eau froide; mais ici, l'action est moins brusque et moins énergique.

A la suite d'une application froide sur la peau, les petits vaisseaux se resserrent tout d'abord, soit parce qu'ils sont directement influencés, soit parce que les vaso-moteurs leur transmettent l'ordre des centres bulbaires. Au bout de peu de temps ils se dilatent au contraire et la peau, de pâle qu'elle était, présente bientôt une rougeur plus ou moins intense. C'est le premier stade de la révulsion.

Il est probable que, dans leur action bienfaisante sur la circulation générale et sur la circulation rénale, les enveloppements froids se servent du système nerveux comme intermédiaire. Le froid en général active la circulation et facilite la diurèse; les enveloppements n'agissent pas autrement.

La température est-elle influencée directement? C'est peu probable, et tout porte à croire que le traitement agit, toujours par action réflexe, sur les centres pour favoriser les échanges chimiques de la nutrition et de la respiration. Le froid agirait là comme une sorte de régulateur thermique beaucoup plus que comme agent physique et directement mécanique pour ainsi dire.

En somme, les enveloppemdnts humides semblent agir surtout par l'intermédiaire du système nerveux en tonifiant celui-ci et, par une action tantôt excitante, tantôt sédative, lui imprimant le coup de fouet nécessaire

pour lutter contre l'envahissement continu du processus morbide. Peut-être enfin l'évaporation continuelle qui se produit autour du malade favorise-t-elle les fonctions de la muqueuse bronchique et alvéolaire.

Quant aux accidents locaux, l'application réitérée de compresses humides provoque quelquefois l'apparition d'exanthèmes divers, disparaissant rapidement. La fugacité de ces éruptions, leurs caractères effacés, l'absence de prodomes et de symptômes généraux ne permettront pas de les confondre avec un exanthème fébrile de nature infectieuse ou toxique : il est bon cependant d'y songer.

Une fois nous avons vu un enfant qui avait subi le traitement pendant quelques jours présenter une éruption très discrète de papules rosées qui, le lendemain, se convertirent en vésicules claires ressemblant à des bulles d'hydroa. La localisation exclusive au dos et à la poitrine, l'absence de tout autre phénomène morbide, firent diagnostiquer une éruption d'ordre irritatif. Le dessèchement se fit d'ailleurs rapidement après la cessation du traitement.

Avantages de l'enveloppement humide. — Les enveloppements humides sont-ils préférables aux autres modes de traitement hydrothérapique, sont-ils supérieurs à la médication révulsive courante, aux toniques ordinaires, aux expectorants? Les bains froids répondent à des indications bien nettes ; les formes hypersthéniques surtout doivent en bénéficier, alors qu'il y a du délire, de l'agitation marquée, de l'hyperthermie ; ils sont surtout avantageux, comme l'a montré M. Hutinel, dans ces cas où à des signes stéthoscopiques peu accusés, sont associés des phénomènes généraux intenses. On n'y songera pas dans les formes adynamiques, alors que le moindre choc peut exagérer la faiblesse nerveuse et cardiaque.

Une autre considération qui fait restreindre l'emploi du bain froid est la difficulté de l'application du traitement par les bains. A l'hôpital, bon nombre de difficultés sont résolues dans le sens de l'intérêt du malade : il n'en est pas de même en ville, où à côté d'une opposition absolue de la part de la famille on peut rencontrer des impossibilités matérielles et par suite absolues. Et ce qui vient d'être dit du bain froid, on peut le répéter des affusions froides qui répondent à peu de chose près aux mêmes indications.

Le drap mouillé est d'une application facile, d'une efficacité non douteuse et par bien des points se rapproche des enveloppements humides. Pourtant, de l'avis même d'un de ses plus chauds partisans, M. Rendu, le drap mouillé ne peut être appliqué plus d'une ou deux fois en vingt-quatre heures. L'action en est vive, mais elle n'est pas continue, et c'est justement la continuité des applications froides qui permet d'agir sur l'élément fluxionnaire autant que sur l'élément nerveux.

Dans une étude toute récente, M. le professeur Renaut (de Lyon), a préconisé, pour la bronchite diffuse infantile, les bains à 38°. On ne peut encore juger de la valeur de ce traitement, mais il est admis en général, que les bains chauds ou tièdes, loin d'avoir une action tonique, sont plutôt affaiblissants et sédatifs.

En résumé, dans le cas particulier, les enveloppements mouillés semblent indiqués de préférence à tout autre mode d'hydrothérapie.

Si on passe maintenant à l'examen des autres traitements ayant cours dans la broncho-pneumonie des enfants, on voit en première ligne les révulsifs énergiques et, parmi eux, le vésicatoire, ayant encore de chauds partisans et des défenseurs convaincus.

Le vésicatoire, il est juste de le reconnaître, a, dans certains cas bien définis, dans les congestions fixes et localisées par exemple, une efficacité incontestable, mais, en regard de cet avantage qui lui est commun d'ailleurs avec les révulsifs d'un autre ordre (sinapismes, ventouses, etc.), il est tels accidents dont il est trop souvent la cause. C'est, d'une part, la création d'une plaie, qui peut facilement devenir le point de départ d'infections multiples, la douleur qui, en l'espèce, n'est pas un élément négligeable, la difficulté des examens stéthoscopiques complets, l'impossibilité de recourir de nouveau à la révulsion dans les jours qui suivent, d'autre part son action sur les reins, dangereuse toujours, mortelle quelquefois.

Et, sans vouloir faire bénéficier exclusivement la révulsion par l'eau froide de la juste répulsion qu'inspire le vésicatoire à bon nombre de praticiens, on peut estimer qu'il est quelques révulsifs qui lui sont égaux en action et préférables en pratique. Dans les thérapeutiques dangereuses de la broncho-pneumonie des enfants, on peut placer encore la médication par les vomitifs.

On est souvent tenté, dans les formes hyperthermiques, d'user des médicaments qui, comme la quinine ou l'antipyrine, abaissent la température centrale. Sans être d'une efficacité incontestable, ce moyen est toujours d'une pratique dangereuse chez les tout jeunes enfants ; il met l'organisme tout entier en état de moindre résistance et ajoute aux toxines que celui-ci fabrique des poisons qui augmentent par suite de la difficulté des éliminations.

Or, les enveloppements froids ne sauraient, par leur bénignité complète et l'efficacité de leur action, entrer en comparaison avec ces moyens thérapeutiques. Comme les bains froids, ils exercent une action soit stimulante et tonique, soit régulatrice et sédative sur l'ensemble de l'organisme. Comme les vésicatoires, ils sont un moyen de révulsion efficace. Comme les vomitifs, ils facilitent l'expectoration par une action différente mais égale en stimulant les centres respiratoires par voie réflexe. Comme les antithermiques ordinaires, ils abaissent la température.

Mais des bains, ils n'ont pas le choc brutal, quelquefois dangereux ; des vésicatoires, ils n'ont aucun inconvénient et jamais on n'a signalé un accident à leur actif ; des vomitifs, ils n'ont pas l'action dépressive et débilitante ; des médicaments aromatiques, ils n'ont pas l'action toxique. Et pour toutes ces raisons on peut les mettre en première ligne dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants.

Adjuvants de l'enveloppement. — Si les enveloppements mouillés ne donnent pas tout le résultat qu'on peut en attendre, si en particulier les manifestations locales semblent se modifier trop lentement, on ne doit pas hésiter à prescrire un autre mode de révulsion, les cataplasmes sinapisés par exemple, qui ont l'avantage d'être peu douloureux, d'agir sur une grande surface et de pouvoir être renouvelés plusieurs fois dans les 24 heures.

L'alcool est également un des meilleurs adjuvants du traitement. La caféine est le tonique cardiaque par excellence. Dans les formes où l'asthénie cardio-vasculaire est dominante, elle relève rapidement et sûrement la tonicité du myocarde et des parois artérielles ; on ne devra pas hésiter à l'employer concurremment avec l'hydrothérapie.

Les bains froids peuvent également rendre de grands services, surtout dans les cas où la note toxique prédomine et où les lésions locales semblent peu accentuées.

Enfin, dans les cas très rares où la maladie revêt les allures de la bronchite capillaire type sans foyer bien net

de congestion avec asphyxie imminente et danger de mort prochaine, chez des enfants robustes et bien nourris, nous pensons qu'on peut sans crainte user de l'ipéca, à condition de prescrire des doses modérées, sans danger pour le malade.

Indications. — Toute exagération des symptômes dans la broncho-pneumonie des enfants est justiciable de l'application des compresses humides. Deux signes principaux dominent en général la scène : la fièvre et la dyspnée.

Quand on voit la température d'un petit malade s'élever, dépasser 38°5, 39°, quand les rémissions matinales sont peu accentuées, quand la courbe est irrégulière, on n'hésitera pas à appliquer les enveloppements mouillés. De même, quand la fréquence des mouvements respiratoires, les narines dilatées de l'enfant, l'agitation témoignent de l'insuffisance de l'hématose, alors même que la fièvre manque ou n'attire pas l'attention.

Dans les cas où l'agitation est violente, où l'enfant a du délire, quand le pouls est fréquent, plein et vibrant, que la dyspnée est modérée et que les signes stéthoscopiques sont peu accentués; dans ces formes enfin qui se rencontrent surtout chez les enfants robustes et sans passé morbide, on conseillera toujours les bains. Mais ceux-ci sont d'une application difficile, souvent même impossible, soit que l'exiguïté du local s'y oppose, soit que l'on rencontre de la part de l'entourage une opposition trop manifeste. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à instituer dans toute sa rigueur le traitement par les compresses humides, parce que c'est là surtout qu'il fait merveille.

Au contraire, dans les formes adynamiques où l'enfant est somnolent, presque comateux, où la face est pâle, exsangue, le pouls petit, filiforme, où l'auscultation témoigne d'un embarras profond des bronches amenant tôt ou tard l'asphyxie, dans ces cas, le bain est nuisible et dangereux. Une syncope rapidement mortelle peut saisir le petit malade dans son bain. Or, un des meilleurs recours que l'on puisse trouver contre ces formes asphyxiques est encore l'enveloppement humide; il faut avouer que le résultat n'est pas toujours favorable, mais encore le traitement n'est-il pas nuisible et est-il préférable à l'expectation.

Mais même dans les formes simples, ordinaires, à cycle plus franc, à poussées inflammatoires plus limitées et moins profondes, sans toxémie véritable, sans phénomènes généraux intenses, les enveloppements humides sont utiles.

Etant donnée l'innocuité certaine des compresses humides et leur facilité d'application, on doit les conseiller presque toujours, surtout si l'on ne peut suivre l'enfant régulièrement et juger, par soi-même, à toute heure de la journée, de l'opportunité plus évidente de cette thérapeutique.

Des considérations d'ordre local peuvent quelquefois gêner l'application des compresses humides. Nous avons vu qu'à la suite d'applications réitérées d'enveloppements froids il survenait quelquefois chez les sujets prédisposés, des éruptions diverses qui prenaient parfois le caractère vésiculeux ou bulleux; dans ces cas, il est difficile de continuer l'enveloppement. Il peut se produire au niveau de ces bulles de petites érosions superficielles qui seraient autant de portes d'entrée pour une nouvelle infection, et, quoique le fait soit d'une rareté exceptionnelle, il est cependant à retenir.

De même, une plaie déjà infectée (plaie de vésicatoire, abcès, etc.) gêne pour l'application des compresses; alors que celles-ci, appliquées dans des conditions parfaites d'asepsie, sont au contraire recommandables pour les exulcérations non contaminées par les germes extérieurs, au contraire, elles sont plutôt nuisibles sur une suppuration qui les salit continuellement; elles peuvent gêner l'application d'un pansement actif et, de plus, la légère irritation qu'elles produisent ne doit être nullement favorable à la cicatrisation. Encore, n'est-ce là que des contre-indications limitées et l'état général est un critérium ferme auquel il faut toujours se rattacher et qui importe avant tout.

Résultats. — Quant aux résultats que fournissent les enveloppements humides dans le traitement de la broncho-pneumonie. On peut en juger par la statistique suivante de M. Le Gendre, qui porte sur 40 cas chez des enfants de 4 mois à 4 ans.

Sur ces 40 cas, il y a eu 26 guérisons et 14 décès, soit une mortalité brute de 35 p. 100. Si l'on retranche du chiffre des décès un cas de tuberculose pulmonaire, un cas de diphthérie et cinq cas de diarrhée verte, la mortalité tombe à 17 p. 100.

Dans les formes simples, la guérison est presque la règle. Au contraire, dans les formes compliquées d'infection secondaire d'origine intestinale ou même bronchique, quand la maladie évolue sur un terrain déjà préparé par une rougeole ou une coqueluche antérieures, le pronostic est beaucoup plus sombre.

C'est ainsi que sur 25 cas de broncho-pneumonie pure, primitive, il n'y a que 5 décès; sur 15 cas de broncho-pneumonie associée ou compliquée, nous trouvons le chiffre énorme de 9 décès, ce qui donne une mortalité considérable, 60 p. 100.

La complication la plus fréquente comme la plus dangereuse est l'entérite des nourrissons; sur les 9 décès qui précèdent, nous trouvons mentionnée 5 fois la diarrhée verte.

L'âge des sujets ne nous a pas donné d'indications bien appréciables; il semble cependant que les très jeunes sujets bénéficient moins que les autres du traitement.

L'influence du traitement sur les rechutes n'est pas moins intéressante. En compulsant les feuilles de température des 26 cas à terminaison heureuse, on ne trouve que 6 rechutes, soit 23 p. 100. Or, ce chiffre est insignifiant si on veut bien se rappeler que les rechutes successives sont presque la règle dans les broncho-pneumonies infantiles (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Bichat. — M. le professeur Terrier

Quelques remarques sur le traitement des brûlures,

Par M. Arloing,

Externe des hôpitaux.

Au commencement de l'année 1896, nous avons pu recueillir quatre observations de brûlures des téguments assez étendues, brûlures que nous avons traitées soit avec

1. F. Albert, Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les broncho-pneumonies infantiles (thèse de Paris, 1896).

la solution d'acide picrique, soit avec l'iodoforme. Les résultats que nous avons pu observer, certes bien limités, nous paraissent cependant présenter quelque intéret pratique, comme on pourra s'en assurer après la lecture des observations suivantes :

Observation I. — O... (Pierre), âgé de 32 ans, journalier, entré le 11 avril 1896, salle Jarjavay, lit n° 31.

Le malade, employé à la Raffinerie parisienne était occupé, le 11 avril au matin à nettoyer une cuve de fer, quand l'eau bouillante arrive dans cette cuve.

Le malade qui était sans vêtements est retiré immédiatement mais le corps est déjà couvert de vastes brûlures.

Aussitôt pansement avec de l'huile et de l'ouate, le malade est ensuite dirigé sur l'hôpital.

Le pansement est défait le surlendemain et on trouve de vastes brûlures au 2e degré sur les membres supérieurs, la partie antérieure droite du tronc, la hanche droite et les membres inférieurs, ceux-ci sont particulièrement atteints. Les phlyctènes ne sont séparées que par de courts espaces de peau offrant une teinte érythémateuse. La plupart sont déchirées.

La peau était très sale. Elle est nettoyée au savon et au sublimé. Les phlyctènes sont lavées au sublimé au 1/1000. Les lambeaux d'épiderme sont enlevés, les phlyctènes non déchirées sont laissées intactes.

Phénomènes généraux assez intenses, soif vive, constipation. Epistaxis répétées et assez intenses, ayant même nécessité le tamponnement de l'ouverture antérieure des fosses nasales.

Pansement à l'acide picrique. Ce pansement est douloureux, le malade accusant des sensations de piqûre, de brûlure qui persistent pendant un jour à un jour et demi.

Malgré la désinfection qui a été faite aussi complète que possible, la plupart des phlyctènes suppurent et la fièvre monte jusqu'à 39°8 le huitième jour.

Après quatre pansements la température retombe à la normale le 14e jour et depuis lors n'offre rien de particulier. Les pansements sont toujours très douloureux, car les compresses collées par le pus au niveau des brûlures sont fortement adhérentes aux bords de celles-ci.

Après 32 jours et sous 8 pansements, cicatrisation complète du bras gauche, c'était du reste le membre le moins atteint.

Le pansement du bras droit et du thorax est enlevé le 40e jour après 11 pansements.

Après 56 jours et 14 pansements, les jambes et la hanche ne sont pas encore guéries. Elles ont présenté des bourgeons charnus, saignants, qu'on cautérise au nitrate d'argent. La cicatrisation est très lente.

La marche n'est pas encore possible, mais l'état général est excellent. Le malade a bon appétit.

Tous les muscles, et particulièrement ceux des membres inférieurs présentent un certain degré d'atrophie, due sans doute à leur longue immobilisation.

Le 8 juin il se produit sur le bras droit, sur les anciennes brûlures, de nouvelles phlyctènes, petites, recouvertes d'une très mince pellicule épidermique, à contenu citrin, et dues vraisemblablement à des troubles trophiques.

Le 24 juin, le dernier pansement des jambes est enlevé. La peau présente sur les surfaces où étaient les phlyctènes des croûtes épidermiques colorées en jaune, recouvrant un épiderme de nouvelle formation très mince. Cet épiderme présente surtout sur les jambes une coloration variant du rose au voilet; à certains endroits marbrures ecchymotiques provenant de légères ecchymoses sous-épidermiques.

Quelques phlyctènes secondaires sur les jambes.

La marche est très difficile, le malade accusant une sensation de lourdeur dans les jambes, causée par l'afflux sanguin dans la station verticale. Etat général excellent.

Obs. II. — R... (Joseph), âgé de 20 ans, tailleur sur verre, entré le 11 mai 1896, salle Jarjavay, lit n° 30.

Le 11 mai, à midi, le malade a été brûlé par la conflagration de sacs ayant contenu du salpêtre, en outre brûlé par la vapeur d'eau résultant de l'eau qu'on jetait sur les sacs.

Le malade est conduit aussitôt chez un pharmacien qui fait un pansement gras et ouaté. Le malade, malgré le pansement, souffre beaucoup et un médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital où il arrive à 3 h. 1/2.

Dès son arrivée on le panse de nouveau à la vaseline et à l'ouate, et la douleur se calme.

Le lendemain matin 12 mai, le pansement est défait. La peau est partout sale et noire.

A la tête on trouve sur les oreilles, sur la moitié gauche du front, sur tout le nez des brûlures au second degré avec phlyctènes pour la plupart arrachées, les autres contenant un liquide séreux, d'autres encore renfermant une sorte de gélatine.

Les phlyctènes ouvertes sont lavées au sublimé, et la peau avoisinante est nettoyée. Les phlyctènes non déchirées sont lavées aussi et comme elles ne sont pas très distendues, elles ne sont pas ouvertes.

Sur toutes ces parties pansement à la gaze iodoformée. La douleur a presque entièrement disparu après ce pansement, le pansement est renouvelé une fois et enlevé définitivement le 17 mai. La cicatrisation s'est faite sans suppuration et actuellement (28 mai) on ne constate aucune différence entre la peau restée saine et les parties ayant été lésées.

La main droite présentait des phlyctènes ouvertes sur la face dorsale des 3 doigts médians, quelques-unes sur face dorsale et sur l'éminence hypothénar. Même désinfection que pour le visage mais pansement avec lint boriqué trempé dans la solution saturée d'acide picrique à 5 p. 100, ouate hydrophile, ouate ordinaire, tarlatane, pas de taffetas gommé ni de mackintosh.

Sur la région scapulaire, quelques phlyctènes; de même sur le bord postérieur de creux de l'aisselle. Au niveau de la ceinture du pantalon, à droite, brûlure longitudinale avec légère eschare noire, sèche, entourée de zone inflammatoire.

Sur les fesses, brûlures au 2e degré très larges, la peau des phlyctènes a été arrachée. Brûlures prédominantes sur côté. Chaque brûlure est grande comme paume de main, 2 à gauche 1 à droite.

Sur ces brûlures, application du pansement à l'acide picrique.

Le pansement de la main est renouvelé le 18 mai. Très légère suppuration. Les doigts étaient particulièrement sales. Ce pansement est renouvelé 2 fois avec désinfection au sublimé à chaque pansement. Ablation totale le 25 mai.

La peau a conservé une coloration plus rosée que celle des parties voisines, mais est souple. En fermant la main, le malade accuse une légère sensation de tiraillements sur face dorsale des doigts. Sur les fesses, pansement picriqué.

A droite la cicatrisation se fait sans suppuration, et après 2 pansements, ablation totale le 23 mai. Pigmentation rose et la peau. Actuellement (28 mai), quelques croûtes jaunes brun épidermiques subsistent encore.

A droite, suppuration très limitée d'une des portions de brûlure affectant une surface de grandeur de pièce de 5 francs.

La cicatrisation s'opère sous 4 pansements et est totalement terminée le 27 mai. Au point où s'est fait la suppuration croûte desséchée avec cicatrice légèrement gaufrée.

Au point de vue des résultats, la cicatrisation s'est donc faite plus rapidement sous le pansement iodoformé.

La douleur n'était pas atténuée par l'acide picrique. Bien au contraire, après chaque pansement, le malade accusait une sensation de brûlure qui persistait un jour 1/2 ou 2 jours.

Le malade n'a présenté à aucun moment de phénomènes généraux. Constipation d'abord, puis selles normales.

Pas de signes de congestion d'organes.

Température à peu près normale pendant 5 premiers jours (max. 37°6) absolument normale dans la suite.

Le malade quitte l'hôpital le 28 mai 1896.

Obs. III. — M... (Joseph), âgé de 34 ans, plombier, entré le 15 mai 1896, salle Jarjavay, lit n° 29.

Aussitôt après l'accident, arrivé le 11 mai, brûlé par une explosion de gaz, on le conduit dans une pharmacie où on le panse avec vaseline et ouate. Il reste 4 jours chez lui, soigné par son docteur, mais voyant que son état ne s'améliore pas, il se décide à entrer à l'hôpital dans l'après-midi du 15 mai.

Le 16, le pansement est défait et on constate : à la tête des brûlures au 2e degré, avec phlyctènes écorchées, sur le dos du nez, la joue droite et les deux oreilles. Sur la moitié droite du front, une petite phlyctène et une brûlure au 1er degré large comme la paume de la main.

Sur le reste du corps, on ne trouve de brûlures qu'à la main droite, qui présente au poignet une vaste phlyctène et sur le dos de la main des phlyctènes non confluentes. Sur la face dorsale des doigts, phlyctènes infectées, dont l'épiderme est lacéré.

L'état général du malade ne paraît pas satisfaisant : il accuse une dyspnée assez marquée, ainsi que des nausées presque continuelles. Cependant, les vomissements sont purement alimentaires et non teintés de sang.

Malgré les signes fonctionnels, rien à l'auscultation.

La langue est sale, sèche, soif vive, constipation. Le malade est un éthylique : intoxication par l'absinthe.

Un peu d'albumine dans les urines. Rien au cœur.

Le malade est dans un état de prostration assez accusé.

Le régime lacté absolu est établi.

Comme traitement local sur les brûlures de la face, on applique après désinfection au sublimé, de la gaze iodoformée recouverte de ouate. Sur la main, après semblable lavage, compresses de lint bouillies dans une solution d'acide picrique, les phlyctènes ne sont pas percées.

Ce premier pansement est suivi d'une amélioration notable dans la douleur et l'état général. Le malade accuse cependant une cuisson à la main, persistant encore le lendemain. Ces phénomènes n'existent pas à la tête où la douleur est supprimée.

Second pansement 3 jours après. Les brûlures de la tête sont presque terminées, la joue et le nez ont donné une légère suppuration. A la main, suppuration des doigts et de l'une des petites phlyctènes. Les phénomènes généraux ont disparu.

Le 7e jour de l'entrée à l'hôpital, ablation du pansement de tête. La peau est encore rosée, très fine au niveau de la joue, mais non gaufrée, teinte brune sur les bords de la brûlure, quelques croûtes sèches sur le nez. On poudre avec du sous-nitrate de bismuth.

Le lendemain, ablation du pansement de la main.

L'épiderme de nouvelle formation est recouvert de croûtes jaunes sèches. Les doigts sont aussi cicatrisés, mais le malade éprouve de la difficulté à leur faire accomplir la flexion forcée.

Le malade se prépare à quitter l'hôpital le lendemain 23 mai. Mais à ce moment survient une douleur vive dans le mollet gauche, qui n'empêche pas complètement la marche, mais la rend très douloureuse.

Le 23 mai, on trouve au niveau de la partie moyenne du jumeau intérieur gauche une petite masse dure, grosse comme un gros porte-plume, arrondie, roulant sous le doigt, en forme de boudin et extrêmement douloureuse à la pression. On porte le diagnostic de phlébite, et on pratique l'immobilisation absolue du membre avec enveloppement ouaté.

La peau n'était pas œdématiée, mais présentait des lignes bleuâtres : veines volumineuses, mais non variqueuses. La phlébite ne gagne pas, les douleurs s'amendent et 7 jours après, on ne trouve plus qu'un petit noyau dur indolent. Le malade se lève, pas de phénomènes du côté de la jambe.

Sortie le 31 mai 1896.

OBS. IV. — Le nommé P... (Gaston), âgé de 30 ans, employé de chemin de fer, entré le 1er juin 1896, salle Jarjavay, lit n° 29.

Dans la soirée du 1er juin, le malade, entrant avec une lumière dans une pièce où on venait d'installer des conduites de gaz, provoque une forte explosion. Le malade sort aussitôt de la pièce, mais les mains, le visage et le cou sont brûlés.

Le malade se rend aussitôt à l'hôpital où il est pansé par l'interne de garde avec vaseline et ouate.

Le lendemain matin, le pansement est défait et on constate des brûlures au 2e degré sur la face, les oreilles, une partie du cou, et la partie dorsale des poignets, de la main et des doigts.

Lavage au sublimé fort.

Application d'un pansement à la gaze iodoformée qui diminue beaucoup la douleur qui n'avait pas été calmée par le pansement à la vaseline.

Le pansement est enlevé 6 jours après. On constate que quelques phlyctènes ont suppuré, d'autres sont desséchées. Pas de suppuration au visage. Sur l'oreille gauche, on incise une grosse phlyctène qui contenait une masse gélatineuse. Légère suppuration autour des yeux, mais la cornée est intacte. Lavages boriqués 2 fois par jour.

Après 15 jours, sous 2 pansements, le pansement de tête est enlevé. Toutes les plaies sont cicatrisées à l'exception de la phlyctène située à l'oreille. La peau n'est pas pigmentée et il n'y a pas de cicatrices vicieuses. La figure est couvertes de croûtes desséchées qui sont saupoudrées de sous-nitrate de bismuth et qui tombent bientôt, laissant voir un épiderme absolument normal.

Le pansement des mains, refait pour la 3e fois le 15 juin, montre que l'épiderme mortifié est soulevé par une légère couche de pus, cette peau est incisée et la surface située au-dessous lavée au sublimé.

Le 27 juin, 27e jour après la brûlure, il ne reste plus qu'un léger point non cicatrisé sur l'hélix de l'oreille gauche. Les mains présentent encore à la face dorsale des 5e doigts des phlyctènes non complètement desséchées. Ces mains sont recouvertes de larges plaques formées d'épiderme mortifié, mais l'épiderme de nouvelle formation situé au-dessous est parfaitement sain.

Il n'y a pas de cicatrice difforme. La peau est marbrée à certains endroits sur le dos de la main et des doigts par de légères taches ecchymotiques très superficielles.

Il s'est développé à la face dorsale du 1er espace interosseux une petite phlyctène secondaire, de 10 millimètres de diamètre, à contenu citrin.

Le malade n'a pas présenté de phénomènes généraux. Mais 21 jours après sa brûlure, il a accusé subitement un malaise général avec céphalalgie et diarrhée violente. Ces phénomènes se sont accompagnés d'une élévation de température de 38°4. On n'a pu rattacher ces phénomènes à aucune cause, si ce n'est à une légère insolation qui aurait frappé le malade la veille?

La température revient à la normale le surlendemain et les douleurs cessent par l'emploi de la médication opiacée.

Le malade quitte l'hôpital le 27 juin 1896. Sur la face dorsale du 5e doigt droit, des 4e et 5e doigts gauches, la cicatrisation est terminée, mais l'épiderme est encore fort mince et un léger pansement est nécessaire.

Nous avons donc sous les yeux 4 observations de brûlures traitées :

Soit uniquement par l'acide picrique (obs. 1);

Soit à la fois par l'acide picrique et la gaze iodoformée (obs. 2 et 3);

Soit uniquement par la gaze iodoformée (obs. 4).

Le pansement picriqué était appliqué de la façon suivante :

On faisait bouillir dans une solution d'acide picrique à 5 p. 100, solution saturée, des compresses formées de lint boriqué ou de gaze stérilisée.

Lavage des parties brûlées avec solution de sublimé à 1/1000. Puis les compresses, parfaitement imbibées de la solution et légèrement exprimées étaient appliquées sur les parties malades et recouvertes de ouate hydrophile, mais *sans interposition de taffetas gommé*. Puis enveloppement ouaté ordinaire.

L'application du pansement iodoformé n'offrait rien de particulier.

D'après le tableau suivant indiquant le nombre de jours nécessaires à la cicatrisation sous chaque pansement, on voit que la cicatrisation a été plus rapide sur les parties traitées par la gaze iodoformée que sur celles traitées par les compresses picriques. Il est à remarquer que ces deux traitements étaient appliqués simultanément sur un même malade, brûlé par le même agent et au même degré.

BRULURES AU 2e DEGRÉ.

	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4
Pansement picriqué :	32, 40, 60 j.	14 j.	8 j.	»
Pansement iodoformé :	»	5 j.	7 j.	15 j., 27 j.

L'acide picrique ne paraît donc pas jouir aussi réelle-

ment des propriétés qu'on lui avait reconnues de favoriser la kératinisation épidermique.

De plus, l'application de compresses picriquées provoque des phénomènes douloureux qui n'existent pas après les applications de gaze iodoformée. Après chaque pansement picriqué, les brûlés nos 1, 2 et 3, accusaient toujours une douleur assez vive, sensation de chaleur, de piqûre, de brûlure. Ces phénomènes persistaient pendant 24, 36 et même 48 heures.

De plus, ce pansement humide adhérait davantage aux bords des plaies, emprisonnant le pus entre lui et la surface brûlée et rendant les pansements encore plus douloureux.

L'acide picrique donne sur les objets de literie des taches jaunes presque impossibles à enlever. Il tache aussi les doigts de l'opérateur, et cette couleur n'est enlevée ni par le savon, ni par l'alcool, ni par l'éther.

Ignorant l'action de l'acide picrique sur les muqueuses, nous n'avons pas osé l'appliquer dans les brûlures du visage, où le liquide aurait coulé dans les yeux et dans la bouche.

Conclusions. — I. La cicatrisation des brûlures n'est pas plus rapide (elle paraît même l'être moins) par le pansement à l'acide picrique que par celui à la gaze iodoformée.

II. La rapidité de la cicatrisation paraît tenir beaucoup moins à l'agent employé qu'à la *désinfection préalable*. Toute brûlure qui ne suppure pas guérit vite, mais l'acide picrique n'entrave en rien la suppuration.

III. L'acide picrique présente en outre certains désavantages : douleurs consécutives à l'application, taches indélébiles sur le linge.

IV. L'emploi de la gaze iodoformée, qui calme la douleur, ne sera contre-indiqué que dans les cas de vastes brûlures où l'on pourrait craindre des phénomènes d'intoxication.

V. On se réglera pour changer les pansements sur les sensations éprouvées par le malade et surtout sur la marche de la température : une ascension indiquant que la suppuration existe et qu'il y a rétention du pus au contact de la plaie.

Complications intra-craniennes des otites,

Résumé d'une communication à la *Société de chirurgie*

Par A. Broca,

Chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Lorsqu'une otite mal soignée passe à la chronicité, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intra-crânienne : méningite aiguë, thrombose des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphalique, cérébral ou cérébelleux. Souvent, à l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art, et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre : le diagnostic de la lésion isolée ou prédominante est souvent possible, et, parmi ces lésions, quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Contre la méningite aiguë, diffuse, suppurée, nous sommes impuissants : et cependant dans 4 cas — dont 2 sont déjà publiés — je suis intervenu. C'est que, dans ces cas, la certitude du diagnostic n'est pas absolue et la confusion est possible avec diverses lésions curables. A plusieurs reprises, j'ai publié des faits de « méningisme » ou de « méningites incomplètes » guéris par la trépanation de l'oreille; il existe, en outre, des méningites circonscrites qui font transition aux abcès encéphaliques; enfin, dans la thrombose, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical, la ressemblance est grande avec une méningite. Aussi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau. Et c'est pour cela que je soutiens la nécessité d'adopter un procédé permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Cette opinion, dont je ne suis pas l'inventeur, gagne du terrain, mais elle a encore des opposants.

Je commence par émettre un aphorisme *absolu :* en cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Dès lors, la question se pose de la manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée.

Pour les *abcès extra-duraux*, il n'y a aucune discussion : c'est autour des cavités de l'oreille qu'on les trouve. A plusieurs reprises, après avoir évidé l'os carié, je suis arrivé à la dure-mère, baignant dans le pus; mais une seule fois, chez une fille de 8 ans, j'ai évacué un véritable abcès, volumineux.

Avec ce décollement ou cet abcès coïncident souvent la phlébite, l'abcès cérébral ou cérébelleux : dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Pour la thrombose, malgré quelques procédés spéciaux que l'on a cru bon d'inventer, on n'a pas besoin de prouver qu'il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne en un second point : pour atteindre le sinus, l'antre mastoïdien est le meilleur repère. J'ai opéré 5 sujets pour cette lésion, 4 fois en liant la jugulaire au cou; un de ces derniers cas a été suivi de succès; dans celui où je n'ai pas touché à la jugulaire, l'enfant a succombé au 9e jour à un pyo-pneumothorax par ouverture dans la plèvre d'un foyer de gangrène pulmonaire. C'est de la rapidité du diagnostic et du traitement avant tout que dépend ici le succès.

C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord sur le meilleur manuel opératoire. Les procédés préconisés présentent des écarts extraordinaires et même MM. Picqué et Février, partisans en principe de la voie mastoïdienne, ne me concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante.

Il est bien prouvé aujourd'hui que les *abcès cérébraux* sont presque toujours temporaux et reposent directement sur le plafond de l'aditus. Il est évidemment raisonnable d'aller les chercher en partant du foyer osseux qui les a causés et qu'ils avoisinent, le mieux est pour cela de défoncer le plafond de l'aditus, ce qui est très facile si à la trépanation de l'apophyse, on a joint celle de la caisse.

Les abcès cérébelleux, eux aussi, ont coutume d'être à proximité du rocher, et on les atteint en trépanant en avant et en dedans du coude du sinus. Il est donc facile, après exploration du cerveau, d'explorer le cervelet : cela est important, car le siège de l'abcès encéphalique ne peut souvent pas être précisé.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite (obs. XXIII de mon *Traité de chirurgie cérébrale*). Depuis, j'ai traité une fillette avec succès; c'est celle dont je viens de publier l'observation au Congrès de chirurgie (voir p. 1034).

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Guillemonat (Auguste). *Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la teneur en fer du foie et de la rate.* N° 531.

M. Bordier (Paul). *Le volvulus de l'anse oméga.* N° 386. (G. Steinheil.)

M. Pettidi (Emmanuel-A.). *Contribution à l'étude de l'étiologie de l'occlusion intestinale chez le vieillard.* N° 426. (H. Jouve.)

M. Privat (Fernand-Paul). *Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale (traitement par un procédé de cure radicale).* N° 359. (P. Delmar.)

M. Bertrand (Henri). *De la luxation incomplète récidivante et volontaire du genou consécutive à la déchirure des ligaments croisés* N° 529 (H. Jouve.)

M. Lesage (J.-Albert). *Contribution à l'étude de la pneumonie du sommet.* N° 434. (Ollier-Henry).

M. Sortais (J.). *Le purpura. Considérations étiologiques et pathogéniques.* N° 363. (G. Steinheil.)

M. Magne (Joseph). *Du réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme; faits d'expérimentation et de clinique concernant son existence; application de ces données à la pratique des accouchements.* (G. Steinheil.)

M. Ostrovsky (Emmanuel). *Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet; parallèle pathogénique entre la maladie mycotique et l'infection purulente.* (G. Steinheil.)

M. Choppin (Paul). *De la perforation dans l'ulcère latent de l'estomac.* (G. Steinheil.)

M. Bellissent (A.). *Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).* N° 273. (G. Steinheil).

M. Samways (D. W.). *Le rôle de l'oreillette gauche, notamment dans le rétrécissement mitral.* N° 502. (G. Steinheil).

M. Melo (Alejandro-Sanmiguel). *Cardiopathies valvulaires et névroses (étude clinique).* N° 501. (G. Steinheil).

M. Gaudeffroy (Paul). *Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant.* N° 478. (Steinheil.)

M. Dupont (Louis-Auguste-Paul). *Pathogénie et traitement de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents vivantes.* N° 574. (Goupy, G. Maurin.)

M. Prévost. *Contribution à l'étude de la prothèse osseuse. Os décalcifié, plombage, prothèse proprement dite.* N° 494. (Ollier-Henry.)

M. Guillemonat nous dit que la teneur en fer du foie et de la rate est très variable suivant les sujets, sans qu'on puisse reconnaître, en général, une influence exercée par la maladie qui a déterminé la mort. Pour les cardiaques seulement on voit que les chiffres sont généralement faibles. L'âge n'a aucune influence pour les adultes. Le foie de l'homme renferme en moyenne 0,23 de fer p. 1 000, celui de la femm 0,20 p. 1 000. La proportion en fer contenu dans la rate est tellement variable que toute moyenne serait illusoire, mais elle dépasse rarement 1 p. 1 000. La rate est généralement plus riche en fer que le foie. Les toxines microbiennes injectées au lapin entraînent une anémie marquée.

Le volvulus de l'anse oméga, le plus fréquent de tous, nous dit M. Bordier, est constitué par la torsion de cette anse autour d'un axe formé par son méso. C'est une affection de la fin de l'âge adulte et de la vieillesse; plus fréquente chez l'homme que chez la femme. La cause efficiente de la torsion paraît être un mouvement violent quelconque, un effort de défécation ayant pour conséquence le rapprochement subit des deux extrémités de l'anse. Le plus souvent le rectum est en avant.

Le diagnostic peut être fait sur le vivant, si l'on tient compte de certaines particularités tenant à l'âge du malade, à ses antécédents, aux signes fournis par la vue, la palpation et la percussion de l'anse étranglée (signe de Roux, von Wahl), à l'exploration physique par le rectum (sondes, injections liquides ou gazeuses, auscultation du côlon, de l'eau y étant injectée, mensuration de cette eau), enfin à la marche de la maladie.

Le pronostic en est redoutable. Guéri par l'opération, le volvulus a une tendance à récidiver.

Il faut tout d'abord instituer un traitement médical rapide et énergique (opium, lavements électriques, lavements gazeux ou liquides, ponctions capillaires). Si les résultats sont négatifs, il faut le plus promptement possible entreprendre la laparotomie. La détorsion ayant été obtenue, il faudra, pour empêcher la récidive, pratiquer l'opération de Roux (de Lausanne) ou mésosygmopexie, c'est-à-dire fixer solidement à la paroi gauche et antérieure de l'abdomen, dans toute sa hauteur, le méso de l'anse oméga, presque jusqu'au niveau de la ligne blanche.

Parmi les causes de l'occlusion intestinale assez fréquente du vieillard, M. A. Pettidi retient particulièrement les brides péritonéales anciennes, les volvulus, les rétrécissements simples de l'intestin, les calculs biliaires, et surtout la stase stercorale, la paralysie intestinale et le cancer.

Dans les occlusions par stase stercorale, l'atonie intestinale joue, elle aussi, directement et indirectement, un rôle important.

Les iléus paralytiques (Henrot, Thibierge) reconnaissent souvent pour causes des états morbides locaux multiples, et dont l'un des plus intéressants est l'infection intestinale. D'autres fois ils sont sous la dépendance d'états assez mal déterminés (neurasthénie), les états adynamiques, goutte peut-être, cancer agissant comme cause asthéniante. L'atonie gastro-intestinale, quelle qu'en soit la cause, peut déterminer un iléus paralytique de deux manières différentes; soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire d'une typhlite stercorale.

L'occlusion par rétrécissement cancéreux ou par compression néoplasique est parfaitement connue. Moins simple déjà est la physiologie pathologique de l'obstruction par péritonite cancéreuse dont l'auteur relate une observation inédite. *Enfin il existe une classe d'iléus par cancer, extrêmement intéressante et non signalée, dont l'auteur donne une observation typique. Ce sont les occlusions paralytiques sans obstacle mécanique, le cancer agissant ici comme maladie générale, cause d'atonie intestinale.*

La cystocèle inguinale est une affection chirurgicale rare. On la rencontre le plus souvent chez les gens âgés, ou à la période de l'âge adulte confinant à la vieillesse. Elle est *primitive* ou *secondaire*. La première variété est très rare. Distinguant dans la forme secondaire deux sous-variétés : *a*) la cystocèle par *intussusception*, *b*) la cystocèle par *glissement*, M. Privat admet que la première est l'extrême exception et que la *cystocèle par glissement* est la règle.

Le diagnostic pré-opératoire est la plupart du temps impossible; il n'existe pas de signe de certitude absolue. *Le lipome pré-vésical* de Monod a une valeur considérable comme moyen de diagnostic au cours d'une cure radicale.

Le pronostic est grave. Il est urgent d'intervenir dès qu'un diagnostic ferme est posé. Le traitement par la cure radicale s'impose toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indications absolues (éthylisme, diabète, cachexies palustre ou sénile, lésions de l'appareil urinaire, etc.). L'auteur propose le manuel opératoire suivant : 1° Résection du sac herniaire après ligature en chaîne. 2° Résection du diverticule vésical s'il y a lieu. 3° Oblitération de la vessie au catgut au moyen de *trois étages de sutures*. 4° Réfection de la paroi abdominale par la *myoplastie herniaire*.

Les luxations dues à la déchirure des ligaments croisés sont incomplètes, récidivantes et volontaires. Leur diagnostic se fait d'après les mouvements anormaux antéro-postérieurs, de latéralité et de torsion. Le pronostic est sérieux, mais, sauf les cas de lésions du paquet vasculo-nerveux, le plus souvent favorable. M. Bertrand conseille un traitement palliatif consistant dans le port d'une genouillère qui maintienne l'articulation tout en lui conservant ses mouvements physiologiques.

La pneumonie du sommet est une affection fréquente qui survient surtout chez les débilités. On la rencontre particulièrement chez le vieillard, chez l'enfant, chez l'alcoolique. Pour M. A. Le Sage il est permis de supposer que, très souvent, c'est une tuberculose antérieure, latente dans certains cas, avérée dans d'autres, qui prédispose le parenchyme à l'invasion du pneumocoque.

Le *diagnostic* repose surtout sur la matité au sommet et dans une des fosses sus-épineuses et sur la résonnance de la voix au point percuté. En effet, les signes stéthoscopiques (souffle tubaire, râle crépitant), sont souvent défigurés ou absents, surtout lorsqu'il s'agit de l'enfant et du vieillard. Il faudra souvent,

pour provoquer leur apparition, faire tousser le malade. S'il s'agit d'un enfant, on arrivera au même résultat en le faisant crier.

Le *pronostic* est grave en ce sens que cette pneumonie atteint surtout des organismes déjà affaiblis. Elle guérit néanmoins toujours chez l'enfant comme d'ailleurs, chez lui, toutes les déterminations du pneumocoque. Chez l'alcoolique et le vieillard, elle est souvent mortelle.

Le *traitement* sera constitué : *chez les alcooliques* par les lotions vinaigrées froides, les bains tièdes, l'alcool, le chloral et la morphine.

Chez les vieillards, l'alcool, les ammoniacaux, la caféine sont particulièrement indiqués. Les injections intra-veineuses de sérum artificiel sont conseillées.

Chez l'enfant, à moins d'indications spéciales, l'expectation est préférable à tout traitement.

M. Sortais pose en principe que le purpura n'est pas une maladie, mais un symptôme qui a de grandes affinités avec l'érythème noueux, l'érythème polymorphe, et qui survient dans des conditions diverses.

Il divise ensuite les purpuras en deux grandes catégories : purpuras primitifs d'origine et de nature inconnues (groupe de moins en moins important); purpuras toxi-infectieux dus à l'action d'agents chimiques morganiques, ou organiques et microbiens.

La question de la pathogénie n'est pas encore complètement éclaircie. La production de l'éruption purpurique se rattache à des mécanismes différents. Elle peut être due : à l'action directe d'un microbe; à l'action de toxines microbiennes exogènes (sérums, viandes fermentées) ou endogènes (purpuras infectieux); à l'action d'agents chimiques toxiques définis (purpuras médicamenteux).

Les produits toxiques organiques ou inorganiques peuvent agir soit directement sur les vaisseaux de la peau, soit sur les centres nerveux. Mais le terrain a une importance considérable.

L'existence du réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme ou près du terme est prouvée, pense M. Magne, par l'expérimentation et par l'observation clinique. Il est capable, en l'absence de toute autre cause, chez un fœtus d'animal en état d'apnée intra-utérine, de provoquer le premier mouvement respiratoire. Et il est capable, chez le fœtus humain qui ne souffre pas, au sens obstétrical du mot, et qui n'est soumis à aucun trouble de ses fonctions, autre que ceux inhérents à tout accouchement normal, de provoquer des inspirations prématurées, c'est-à-dire des inspirations qui ont lieu dans un milieu irrespirable. Il est une des causes du premier mouvement respiratoire tempestif chez l'enfant, dans l'accouchement normal spontané.

Ce réflexe est utilisable dans le traitement de la mort apparente des nouveau-nés, après désobstruction des voies aériennes, et son efficacité est suffisante, dans tous les cas légers, pour déterminer ou rétablir l'exercice régulier de la respiration.

Le danger très sérieux couru par l'enfant, dans le cas d'inspiration prématurée, fait une loi à à l'accoucheur :

De s'assurer avant toute intervention qu'il n'y a ni rétrécissement du bassin ni obstacle à la dilatabilité complète du col de l'utérus; de n'entreprendre aucune manœuvre capable de provoquer le réflexe cutané respiratoire avant que la dilatation de l'orifice utérin, ou spontanée ou artificielle, ne soit complète; de déterminer toute manœuvre capable de déterminer ce même réflexe, par l'extraction immédiate de l'enfant.

L'oïdium albicans qui produit habituellement la stomatite crémeuse peut se développer autre part que sur les muqueuses et M. Ostrovsky montre qu'il peut même devenir agent de suppuration, et dans quelques rares cas, pénétrant dans la circulation, causer une infection générale. Ce champignon peut se cultiver dans les différents viscères de l'organisme (rein, rate, foie, cerveau, etc.) et les désordres qu'il y détermine, sont surtout d'origine mécanique. Le peu de rayonnement des lésions qu'il crée, la faible toxicité de ses produits différencient considérablement les deux infections, mycotique et bactérienne. Dans cette dernière, en effet, nous savons que le rôle mécanique des microbes est relégué au second plan et que ces micro-organismes agissent surtout par les toxines qu'ils produisent.

L'ulcère simple de l'estomac, d'après M. Choppin, peut évoluer d'une façon latente sans déterminer de troubles fonctionnels marqués jusqu'au moment où survient la perforation. La conséquence de celle-ci est une mort plus ou moins rapide, soit par shock, soit par péritonite généralisée soit, beaucoup plus rarement, par péritonite localisée. La première idée qui se fait jour dans l'entourage et dans le public est souvent celle d'un empoisonnement.

Ces faits semblent fort importants pour le diagnostic et montrent non seulement l'impossibilité de reconnaître cliniquement l'origine de pareils accidents mais surtout l'extrême difficulté de reconnaître le point de départ même au cours de la laparotomie. Aussi dans une péritonite de cause obscure, quand rien dans le passé et dans l'histoire du malade ne pourra éclairer sur sa nature, devra-t-on toujours penser à la perforation de l'estomac. Il n'y a rien à espérer du traitement médical, l'intervention chirurgicale s'impose; elle devra être rapide, presque immédiate, car ici les minutes sont précieuses et la moindre hésitation peut être fatale.

Les essais d'*immunisation* que rappelle M. Bellissent sont jusqu'à présent inefficaces. On a voulu ériger en *traitement abortif* de l'ostéomyélite aiguë le curage de la cavité médullaire. Cette prétendue *cure radicale* de l'ostéomyélite est inutile et parfois même nuisible. Des trépanations larges et multiples suffisent dans la plupart des cas de moyenne intensité, et l'évidement de la moelle doit être réservé aux formes graves.

Dans l'ostéomyélite chronique, *l'incision avec débridement périostique* est insuffisante, sauf pour certaines ostéomyélites typhiques.

La trépanation convient aux ostéites névralgiques et aux abcès osseux de faibles dimensions. *L'évidement* est indiqué dans les abcès osseux de volume considérable et dans les nécroses diaphysaires. *La résection sous-périostée* devra être réservée aux panostéites chroniques. On s'efforcera de conserver, autant qu'on le pourra, les cartilages de conjugaison pour permettre à l'os de s'accroître ultérieurement. On ne devra jamais tenter la résection, sur un segment de membre à un seul os. *Les greffes osseuses vivantes*, même avec les plus grandes précautions antiseptiques, ont donné autant d'insuccès que de succès. Elles ne restent pas vivantes et agissent seulement par action de présence.

L'implantation d'os décalcifiés exige pour la réussite une cavité aseptique, ce qui est rare dans l'ostéomyélite. Les autres substances aseptiques employées ainsi, que le *plombage des os*, ont également l'inconvénient d'être rejetés à la moindre suppuration.

Si la quantité d'os sain est suffisante, les *ostéoplasties* rendront des services. Le procédé à lambeau ostéocutané de M. Jaboulay est plus simple à réaliser que le rapprochement des deux parois selon la méthode de M. Schulten et on lui donnera la préférence toutes les fois qu'il sera applicable.

La modification caractéristique de l'oreillette dans le rétrécissement mitral avancé (largeur de l'orifice de moins de 5 c. 1/2) est, pour M. Samways, l'hypertrophie et non la dilatation, et les statistiques, basées sur l'examen à première vue lors d'autopsies, exagèrent grandement l'importance de la dilatation.

Dans les cas moins prononcés, l'hypertrophie est rare; et la dilatation l'est moins quoique peu fréquente. L'absence de dilatation dans les cas provenant des services de chirurgie, dans lesquel les malades étaient morts d'affections chirurgicales, indique qu'elle se produit probablement surtout avec la rupture de compensation qui précède la mort. Dans les cas de rétrécissement mitral, l'oreillette hypertrophiée, en se contractant, ne se vide pas d'elle-même dans les veines pulmonaires, les veines se trouvant protégées par l'action sphinctérienne des fibres musculaires à leur réunion avec l'oreillette. L'auteur donne d'intéressantes recherches sur la physiologie normale et pathologique du cœur.

Les cardiopathies valvulaires simples ou complexes combinées parfois à d'autres causes, peuvent s'accompagner, pense M. Melo, à diverses périodes de leur évolution, de troubles nerveux res-

sortissant à l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, la folie. Les cardiopathies agissent tour à tour par ces névroses à titre de causes occasionnelles, prédisposantes ou déterminantes.

Le tableau clinique des névropathies cardiaques est comparable à celui des névropathies héréditaires. Il revêt parfois des allures spéciales commandées par la lésion cardiaque (pseudo-angor, dyspnée, tachycardie, délire systématisé rémittent, épilepsie, etc.). L'influence psychique, les troubles de circulation périphérique et cérébrale, qu'ils soient d'origine mécanique ou réflexe, jouent le rôle pathogénique prédominant.

L'abcès de coxalgie devient fistuleux pour 4 causes : 1° l'absence de traitement; 2° un traitement mal dirigé; 3° une maladie aiguë intercurrente; 4° la gravité du cas particulier. D'après M. Gaudeffroy quand les fistules sont établies depuis un an ou plus on trouve les lésions banales de la coxalgie suppurée, et le plus souvent de l'ostéite secondaire de l'os iliaque, condensante ou raréfiante, qui s'établit d'une façon chronique et qu'il faut redouter après les 6 ou 8 premiers mois de fistulisation. Dans le pus des fistules on trouve l'agent causal de l'ostéite, le staphylocoque doré. Le traitement a sur la coxalgie fistuleuse une action manifeste. La fistule établie, on doit, pendant les 6 ou 8 premiers mois : 1° faire des pansements antiseptiques; 2° ordonner le séjour au lit, s'il avait été interrompu; 3° essayer des curettages du trajet avec modification consécutive par l'injection de naphtol camphré ou par les attouchements au sublimé. Mais il est dangereux de trop attendre, il faut au 6e ou 8e mois pratiquer la résection de la hanche, qui dans ces conditions donne des résultats plus favorables. Il doit être fait une exception pour les jeunes enfants, qui ont une tendance manifeste à la guérison spontanée. Chez eux on attendra qu'une année soit écoulée depuis l'apparition des fistules pour opérer. Lorsque les fistules persistent ou augmentent de nombre malgré les résections, lorsque le fémur est atteint d'ostéomyélite, lorsque l'état général devient mauvais, que les urines renferment de l'albumine, la désarticulation est la seule opération, qui se présente au chirurgien. Elle diminue la suppuration, mais surtout elle relève l'état général et peut faire disparaître l'albuminurie.

Les névralgies à type spasmodique, affectant une partie plus ou moins étendue du territoire innervé par le trijumeau, sont souvent l'expression clinique d'une lésion nerveuse périphérique, dont le siège précis est le bord alvéolaire des maxillaires. Cette lésion, nous dit M. Dupont, a pour origine l'hypertrophie physiologique du bout central du filet nerveux qui se rendait à une dent arrachée vivante. Les éléments qui entrent dans la composition du bout central hypertrophié ne sont nullement douloureux par eux-mêmes.

La douleur peut être engendrée par deux causes : *l'inflammation; les excitations mécaniques ou autres*. L'excitation du névrome provoque une douleur apparaissant brusquement avec son maximum d'intensité, et pouvant disparaître de suite, mais d'autres fois durant pendant un certain temps. Le névrome de régénération se trouve insuffisamment protégé lorsque la couche osseuse qui le recouvre est trop mince, n'existe plus ou n'a jamais existée.

Le névrome irrité continuellement non seulement n'a plus de tendance à se scléroser, mais continue, au contraire, à proliférer. Placé immédiatement entre la couche osseuse résistante et la muqueuse extensible, il peut, dans certains cas, refouler cette dernière et venir faire saillie à l'extérieur. La protection insuffisante du névrome est créée par deux causes principales : traumatisme et résorption des maxillaires. La douleur donne à cette affection un aspect tellement caractéristique que le diagnostic s'impose. La cure radicale est obtenue par l'ablation de la partie du rebord alvéolaire contenant le névrome. A côté de le cure radicale, il ne faut pas oublier que, dans des cas légers, un appareil prothétique, protégeant le siège la lésion contre les excitations extérieures, peut rendre de grands services.

Les pertes de substance partielles résultant des trépanations d'un os plat, ou de la diaphyse d'un os long, d'après M. Prévost, se trouveront bien de l'implantation d'os décalcifié, dont la présence hâtera beaucoup le travail de réparation et supprimera complètement les longues suppurations qui conduisent le malade à la cachexie. Réserves faites pour les lésions tuberculeuses où le plombage antiseptique de M. Reynier, au salol iodoformé, semble réaliser une indication précieuse, en permettant une résorption lente et graduelle de substances antiseptiques, par les tissus de réparation. Ce plombage réussira fort bien dans les cas où peut être employé l'os décalcifié, cependant il présente une indication spéciale; on n'hésitera pas à l'utiliser pour remplacer les cavités résultant des évidements sous-périostés, intégraux ou partiels. En effet, il reconstitue un os artificiel, *absolument* semblable à l'os absent, et qui plus tard sera remplacé insensiblement pour un os nouveau, entièrement semblable aux deux premiers. Enfin, dans les grandes masses de squelette (humérus, fémur), lorsque le bon état général, l'âge, le sexe du malade, sa volonté même feront hésiter devant une opération radicale, mais mutilante, on devra songer à la prothèse. Elle seule permettra de conserver momentanément la longueur et les fonctions de l'os absent, en laissant au périoste restant la possibilité de reconstituer un os nouveau de dimensions convenables. Si une grande asepsie est nécessaire pour une opération où l'on pourrait contaminer un point de l'organisme, combien ne devra-t-on pas prendre de précautions pour des corps étrangers, résorbables ou non, qui doivent rester un temps souvent fort long dans les tissus. Tous les soins d'antisepsie seront donc observés dans la fabrication et surtout la pose de ces appareils et matières prothétiques.

Thèses de Paris et de Lyon sur l'anus contre nature et les anastomoses intestinales.

M. Mayoux (Jean-Henri). *De l'entérodèse par la méthode de Duplay*. Thèse de Paris, 1896, n° 430.

M. Pla (Joseph). *De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy, modifié par Villard, dans la hernie gangrenée*. Thèse de Lyon, 1895, n° 1160.

M. Regad (Gabriel). *Contribution à la thérapeutique de l'anus contre nature. Entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée et méthode de Murphy*. Thèse de Lyon, 1895, n° 1162.

M. Touche (Rémy). *De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature*. Thèse de Paris, 1896, n° 217.

La réunion des segments intestinaux après résection présente des caractères remarquables de solidité, lorsqu'elle est obtenue par la ligature de l'intestin par moitiés, après invagination du bout inférieur dans le bout supérieur, sans se préoccuper de l'adossement des séreuses. Si l'on assure en même temps une large perméabilité de l'intestin, on réalise un procédé idéal de coaptation, dans lequel le travail cicatriciel, se produisant sur une zone étendue et suivant l'axe même de l'intestin, est peu exposé à aboutir à une sténose ultérieure.

Ces desiderata sont remplis par le procédé d'*entérodèse*, suivant la méthode de Duplay, que préconise M. Mayoux sans apporter malheureusement à l'appui de ses conclusions d'autres démonstrations que celles recueillies au laboratoire ou à l'amphithéâtre.

La ligature est faite sur une pièce métallique, représentée par un cylindre à parois creuses d'un diamètre intérieur de 18 millimètres et extérieur de 22, portant en son milieu une gouttière circulaire, percée de deux trous situés aux deux extrémités d'un même diamètre. On introduit par l'un de ces trous une anse de fil de soie qui chemine dans la paroi jusqu'au second orifice circonscrivant ainsi la demi-circonférence du cylindre. Après avoir passé son fil dans une aiguille courbe on le fait repasser en sens inverse dans la demi-circonférence opposée, on l'arme d'une seconde aiguille et l'on noue les extrémités de la soie. On a ainsi de chaque côté une anse double, munie d'une aiguille qui sert à perforer le bord mésentérique et le bord libre du segment d'intestin à invaginer et à y fixer ainsi le cylindre métallique. Après avoir avec les mêmes aiguilles perforé de la même manière le segment invaginant et en avoir abrasé la muqueuse on en coiffe le bout intestinal muni de son cylindre. Ce temps est le plus difficile de l'opération. On coupe

alors les anses du fil et on lie l'intestin moitié par moitié avec les bouts homonymes de chaque fil en prenant la précaution de les entrecroiser. On termine par l'application de quelques points séro-séreux.

Ce procédé n'est applicable qu'à la cure des sections transversales de l'intestin. A ce titre il conviendrait aux cas de résection intestinale pratiquée dans la hernie gangrenée pour laquelle M. Pla propose jusqu'à plus ample informé d'employer le bouton de Murphy modifié par Villard. L'entérorraphie paraît en effet devoir être abandonnée dans le traitement de la gangrène herniaire. C'est une opération longue, difficile et minutieuse qui expose primitivement à la filtration des matières stercorales et secondairement aux rétrécissements de l'intestin. De son côté le bouton de Murphy, d'une application rapide et aisée peut, en raison de son calibre restreint, occasionner des accidents d'obstruction intestinale. Le bouton anastomatique de M. Villard présente comme caractères principaux l'augmentation considérable de la lumière du canal métallique, la suppression de la bague mobile dont l'emploi a été reconnu inutile, la création de larges orifices dans l'épaisseur des pièces mâles et femelles destinées à s'opposer à l'obstruction possible dans le cas où lors de la migration de la pièce métallique dans l'intestin, l'axe de la lumière du bouton ne correspondra plus, par suite d'un mouvement de rotation, à l'axe de la lumière de l'intestin. En outre le cylindre central de la pièce mâle est remplacé par une série de languettes-ressorts qui contribuent à fixer l'intestin dans les rainures au pas de vis de la pièce femelle (*Gaz. hebd.*, mars 1895). Quatre observations de résection intestinale pour hernie gangrenée dans lesquelles M. Villard a employé avec succès son bouton anastomotique semblent démontrer l'excellence du procédé.

Mais il est un certain nombre de cas où, par suite de lésion antérieure de l'intestin, l'état de faiblesse du malade ou pour toute autre cause (urgence des accidents, défaut d'instrumentation), l'anus iliaque doit être pratiqué. A quel procédé devra-t-on avoir ultérieurement recours pour la cure de cette affection. M. Regad, après avoir passé en revue les différentes méthodes, arrive d'abord à cette conclusion que « quel que soit le manuel opératoire employé, on doit toujours faire l'incision péritonéale d'emblée » seul moyen de faire une opération facile et aseptique. Lorsque la perte de substance est faible, que sa réparation n'exposera pas à un rétrécissement capable d'amener une obstruction, on pourra, après libération, pratiquer l'entérorraphie latérale ; si la brèche est considérable, il faut faire la résection suivie de l'entérorraphie circulaire ou mieux l'anastomose à l'aide des boutons de Murphy ou de celui de Villard que nous venons de décrire.

C'est exactement aux mêmes conclusions qu'arrive M. Touche dans son travail. L'anastomose avec le bouton peut être pratiquée de 3 façons : elle est terminale, latérale ou latéro-terminale.

L'anastomose terminale est le procédé de choix : elle peut être pratiquée hors du péritoine, à l'abri des adhérences. On évite ainsi toute chance d'infection. Le placement et le serrage du bouton sont loin d'être simplifiés et le résultat peut être l'établissement d'une fistule. Il vaut donc mieux faire l'incision péritonéale qui seule permet la dissection des adhérences et la résection large de l'anse malade. Le résultat n'est en effet assuré que par la mise en contact de deux segments absolument normaux.

L'anastomose latérale est justifiable des mêmes critiques que l'anastomose terminale extrapéritonéale. Quant à l'anastomose termino-latérale elle n'est indiquée que dans les cas où il existe une grande différence de calibre entre les deux bouts de l'intestin.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie (Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Sectionsbefund), par Korb (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkundel*, vol. VIII, livraison 5 et 6, 1896, p. 359). — Ce cas se rapporte à un homme âgé de 44 ans. A l'âge de 30 ans il a constaté que les doigts de la main droite étaient moins souples qu'auparavant; l'extension surtout se faisait difficilement. La force musculaire commença à diminuer. Il remarqua en outre qu'une piqûre ou une blessure quelconque du membre supérieur droit n'était pas suivie de douleur. Il souffrait souvent de lésions suppurées de ce membre. L'état du malade à son entrée à l'hôpital est le suivant. Sensibilité au contact conservée à la face, au cou, au tronc, aux bras ; elle semble diminuée à la face dorsale de l'avant bras droit. La sensibilité thermique est très diminuée au niveau des deux bras. De la glace appliquée à ce niveau donne la sensation de chaleur. Les extrémités inférieures ne présentent pas de troubles de la sensibilité. La région de l'épaule est insensible à la douleur. La sensibilité à la pression est conservée, mais la pression la plus forte des tissus profonds n'est pas suivie de douleur. Les réflexes patellaires sont exagérés. Aux doigts et aux bras, on constate de nombreuses cicatrices. Les doigts de la main droite sont en flexion permanente, produite par des rétractions tendineuses. La phalange terminale des 4e et 5e doigts manque complètement. Au 3e doigt, la 2e phalange est très épaissie. Les muscles interosseux et les adducteurs du pouce des deux côtés sont atrophiés.

A la main gauche, on constate également une atrophie des extrémités des phalangettes. Rétraction des tendons de l'aponévrose palmaire. La sensibilité à la pression est conservée. Pas de réaction de dégénérescence dans les muscles atrophiés. A l'autopsie, on trouve que la configuration de la moelle est absolument normale; on ne constate aucun aplatissement. Les racines ne présentent, de même, rien de particulier. Au niveau du renflement cervical, on trouve à l'œil nu, une cavité qui occupe la partie moyenne de la substance grise et se dirige, sous forme de fente, dans la corne postérieure gauche. Le diamètre longitudinal de cette cavité est de 2 cent. 5 ; son diamètre sagittal au niveau du canal épendymaire est de 3/4 de millimètre. A mesure qu'on descend dans la région dorsale, la cavité diminue et au niveau de la région lombaire elle est réduite à un petit trou qui occupe la même position que le canal épendymaire. L'étude histologique lui montre les lésions communes de la syringomyélie. Le canal épendymaire tantôt est dilaté, irrégulier et même dédoublé et l'auteur fait dépendre ces lésions des troubles de développement qui, pour lui, jouent un rôle considérable dans la pathogénie de la syringomyélie. En ce qui concerne la gliose de la syringomyélie, elle serait sollicitée sous l'influence d'une cause inconnue; mais la prédisposition embryologique joue aussi un rôle considérable. L'auteur se range, à ce point de vue, à l'opinion de Hoffmann. (Nous-même avons défendu, il y a déjà quelques années, la même opinion.) Ce qui milite encore en faveur de cette opinion, c'est que l'auteur a trouvé des cavités qui n'étaient pas en apparence en rapport avec le canal épendymaire et qui cependant étaient tapissées d'épithélium.

Il note en outre que les parois des vaisseaux épaissies déterminaient quelquefois une occlusion de la lumière des vaisseaux, lésions déjà constatées par Schlesinger. Dans son cas, l'auteur a constaté des lésions dégénératives dans les cordons latéraux et dans les cordons postérieurs. Dans les premiers, c'était surtout le faisceau de Gowers qui était atteint, lésion qui dépend, d'après l'auteur, de la disparition des cellules de cordons situées dans la corne postérieure. L'auteur constate d'autre part que tandis que la commissure antérieure était normale, la commissure postérieure était nettement dégénérée. Cette constatation présente un certain intérêt au point de vue du passage des fibres croisées sensitives dans la moelle épinière, étant donné que le faisceau de Gowers est un faisceau croisé. Quant à la dégénérescence du cordon de Goll elle est plus difficile à expliquer et l'auteur ne peut affirmer si cette lésion est sous la dépendance

de la destruction des cellules de la substance grise par la gliose syringomyélitique ou bien si elle n'est pas due à un trouble profond de l'organisme analogue à celui que l'on constate dans les maladies chroniques.

CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur la chirurgie du cerveau (Einige Versuche über Explorativoperationen am Gehirn), par E. Payr (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 31, p. 737). — Les recherches de l'auteur, faites au laboratoire du professeur Albert (de Vienne) sur des chiens, avaient pour but d'élucider la question de savoir si à travers un tout petit orifice de trépanation il était possible de se rendre compte de l'état de la cavité intracrânienne et des organes qu'elle renferme. Ces expériences étaient faites avec des instruments spéciaux. Le trépan était une vrille de 2 millimètres de diamètre, construite de telle façon que l'orifice de trépanation s'arrêtait net à la dure-mère. Pour l'exploration du cerveau l'auteur s'était servi d'aiguilles creuses, courbées ou droites genre Pravaz; et des pinces de construction spéciale, les unes composées de deux cuillères minuscules qui s'engainaient dans un cylindre creux et étaient mues par un ressort. Ces pinces s'ouvraient à l'intérieur du crâne, prenaient de la matière cérébrale qu'elles ramenaient au dehors, une fois qu'on faisait rentrer les cuillères dans la gaine. Dans le même but on employait encore des tiges qui se terminaient en entonnoir. Les pulsations de la dure-mère étaient constatées à l'aide d'un tube capillaire en verre droit ou courbé, rempli d'eau stérile : les oscillations de la colonne d'eau montraient alors l'étendue ou la simple existence des pulsations.

Les expériences faites avec ces instruments ont donné les résultats satisfaisants. L'auteur pense donc que ces instruments peuvent rendre des services dans la chirurgie du cerveau chez l'homme, principalement comme moyen de diagnostic. Avec leur aide on pourrait faire le diagnostic des collections liquides au-dessus et au-dessous de la dure-mère, le diagnostic microscopique des tumeurs d'après les parcelles amenées par les pinces, noter la présence ou l'absence des pulsations de la dure-mère pour en tirer des conclusions diagnostiques, etc. Directement les petits orifices de trépanation pourraient être utilisés pour le drainage des ventricules.

Une série d'expériences faites pour voir si l'on ne pourrait faire la ligature de la méningée moyenne avec un fil passé à travers deux orifices de trépanation ont donné des résultats incertains.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Eucalyptol.

Définition. — L'eucalyptol est une huile essentielle extraite de l'*Eucalyptus globulus*. C'est un produit complexe dont la composition n'est pas encore exactement définie.

Pharmacologie. — L'eucalyptol du commerce est impur et ne peut être employé en injections hypodermiques qu'à la suite d'une rectification par un courant de gaz HCl, le produit brut étant placé dans un mélange réfrigérant. On obtient ainsi, après nouvelle rectification et lavage à l'eau, l'eucalyptol hypodermique qui a une odeur camphrée franche et nullement irritante.

En le saturant par l'acide chlorhydrique, Anthoine a pu réaliser un produit cristallisé qu'il a nommé *eucalyptéol* et qui est du bichlorhydrate d'eucalyptène ou de térébenthène.

Solubilité. — Fort peu soluble dans l'eau, l'eucalyptol hypodermique se dissout aisément dans l'alcool, les huiles fixes ou grasses.

Propriétés thérapeutiques. — L'eucalyptol est un excellent antiputride et antifermentescible (Binz et Debray). Il s'élimine, comme la térébenthine, par les reins et les poumons. Aussi a-t-il été préconisé par Bouveret, Pignol et nous-même, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. C'est en outre un bon antimalarique qui a donné, entre les mains de Buro et de Mosler, des résultats dans des cas où avait échoué la quinine.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* : de 5 à 10 ans, 0gr50 à 1 gr. 50; de 10 à 20 ans jusqu'à 2 gr. 90 et 3 grammes. — *Chez l'adulte* : jusqu'à 5 grammes et même 7 gr. 50 par 24 heures en une injection huileuse lentement poussée.

Ces doses peuvent même être dépassées, sans inconvénient, bien qu'elles ne semblent pas avoir, au-dessus de ces chiffres, une efficacité beaucoup plus grande.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats* : La douleur est médiocre pendant l'injection, mais elle augmente les heures qui suivent pour avoir son maximum environ 6 heures après la piqûre. L'injection doit être poussée très lentement, de préférence dans les muscles fessiers, avec les précautions habituelles aux solutions huileuses.

b) *Eloignés* : 15 à 20 minutes après l'injection, l'eucalyptol commence à s'éliminer par la muqueuse bronchique. L'haleine du malade *sent* l'eucalyptol. On peut également arriver à déceler très rapidement la présence de l'eucalyptol dans les urines. A doses élevées, on peut avoir quelques phénomènes de vertiges.

FORMULES

Eucalyptol hypodermique . . . . . . 15 gr.
Huile d'olives stérilisée q. s. p. 100 centim. cubes.
5 à 10 centim. cubes.

(Bouveret, Pignol.)

Associations. — L'eucalyptol a été associé à l'iodoforme dont la présence serait particulièrement utile dans les cas de tuberculose torpide.

Eucalyptol hypodermique . . . . . 5 gr.
Iodoforme . . . . 0 gr. 25
Huile d'olive stérilisée q. s. p. 20 centim. cubes.

(Roussel.)

Pignol a recommandé la combinaison de la créosote ou du gaïacol à l'iodoforme et à l'eucalyptol.

Eucalyptol hypodermique . . . . . . 14 gr.
Iodoforme. . . . . 1 gr.
Créosote ou gaïacol. . . . . 5 gr.
Huile d'olives . . . . 8 gr.

(Pignol.)

Nous avons proposé (1) d'incorporer le sulfate de spartéine à la solution huileuse d'eucalyptol dans le but de combattre la tachycardie fréquente chez les bacillaires jeunes, et de relever la tension artérielle presque toujours au-dessous de la normale chez les tuberculeux. Cette association nous a constamment donné les meilleurs résultats.

Eucalyptol hypodermique. . . . . 25 gr.
Sulfate de spartéine . . . . 0 gr. 40
Huile d'olive vierge stérilisée q. s. p. 100 cent. cubes.
5, 10 et même 20 centim. cubes par jour dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(G. Maurange.)

Cette formule ne s'obtient que par un artifice de préparation. Il consiste à dissoudre, à part la spartéine dans le minimum d'eau distillée, à mélanger à la solution l'huile eucalyptolée et à faire évaporer au bain-marie, en agitant jusqu'à perte complète de l'eau.

G. Maurange.

1. G. Maurange, La spartéine associée à l'eucalyptol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Médecine moderne*, 10 janvier 1894, p. 40).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Effets de la tuberculine dans un cas de méningite tuberculeuse.

Communication faite le 28 Octobre 1896 à la *Société de thérapeutique*

Par M. G. Maurange.

Les tentatives sérothérapiques dans la tuberculose n'ont pas jusqu'à présent donné de résultats probants non seulement parce que l'on n'a pu préparer une antitoxine vaccinante ou curative mais encore parce que le problème présente une complexité très grande. L'objet de ces tentatives a été en effet jusqu'ici presque exclusivement la tuberculose pulmonaire. Or, même dans le cas où l'on parviendrait à obtenir un sérum antituberculeux comparable à celui employé par Behring et Roux dans la diphthérie, la solution ne pourrait être considérée comme trouvée. Hors les cas heureusement assez rares de granulie, les manifestations pulmonaires de la tuberculose ne sont pas causées exclusivement par le bacille de Koch. Autour de l'infection primitive tuberculeuse viennent se grouper bientôt toute une série d'infections secondaires où le streptoccoque, le pneumoccoque jouent un rôle des plus importants.

De ces considérations il est donc légitime de déduire que l'effort bactériothérapique ou sérothérapique doit se porter tout d'abord sur les tuberculoses pures dont la méningite tuberculeuse semble être le type; car, même dans sa forme suppurative, il est rare de trouver une association microbienne coexistante. On peut affirmer que les traitements de cet ordre n'auront fait leurs preuves que lorsqu'ils se seront montrés efficaces soit dans cette maladie, soit dans la bacillémie. Plus encore que dans le lupus, l'action d'un sérum curateur pourra donc se produire sans l'intervention d'une influence extérieure.

C'est sous l'empire de ces idées que, dans un cas de méningite tuberculeuse, nous avons essayé la tuberculine. Les recherches de Trudeau (1), Von Rück (2) Whittaker (3), celles plus récentes de Schiess et Kartulis (4) de Denison (5) semblent avoir démontré l'influence immunisante de doses très faibles de tuberculine à l'égard de doses plus élevées, et l'action curative de ces dernières dans les affections tuberculeuses non pulmonaires. D'autre part les résultats positifs obtenus par O. Bujwid (6) d'abord sur les animaux, puis sur un certain nombre de malades avec des doses extrêmement réduites de la lymphe de Koch, nous ont amené à expérimenter ce traitement. Et, bien que le succès n'ait pas couronné notre tentative, nous croyons néanmoins devoir rapporter en détail cette observation qui présente à la fois quelques points intéressants et encourageants.

Il s'agit d'un jeune homme de 32 ans, qui en juin 1894 commença à tousser et à maigrir et qui après une saison infructueuse à la campagne, vint nous consulter au mois de décembre de la même année. A ce moment (4 décembre) il présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire, particulièrement à gauche où l'on trouvait sous la clavicule, sous le mamelon et en arrière dans la fosse sus-épineuse de nombreux craquements en même temps que de l'expiration rude et prolongée. L'expectoration, modérée, était riche en bacilles. Il y avait des sueurs nocturnes, de l'inappétence et le soir une légère poussée fébrile qui ne dépassait pas 37°8 à 38°5. Traité par des injections sous-cutanées de gaïacol, des pointes de feu, un régime tonique, le malade arriva sans grande amélioration au mois de janvier 1895. Le 31 janvier il fut pris d'accidents aigus de pneumothorax, puis de pyopneumothorax qui nécessitèrent d'abord une ponction puis l'empyème avec l'aide de nos confrères, les Drs P. Langlois et Maubrac.

L'incision de 6 centimètres faite dans le 7e espace intercostal gauche donna issue à environ 350 grammes d'un liquide purulent mêlé à de nombreuses bulles de gaz. Malgré cette intervention et un drainage exact, le malade continua à suppurer abondamment et à faire des oscillations thermiques évoluant quotidiennement entre 38°5 et 40, jusque vers le milieu d'avril 1895. Cependant le traitement médicamenteux de gaïacol en injections sous-cutanées et la créosote en lavements fut poursuivi; on y ajouta la cure d'air selon les préceptes de Daremberg. Sous l'action de ces divers moyens thérapeutiques, la fistule thoracique se rétrécit et vers le milieu de juillet, la suppuration se tarit; la cicatrisation fut complète dans le courant du mois de septembre de la même année. En même temps la toux et la fièvre avaient disparu; à l'auscultation on ne trouvait dans toute l'étendue du poumon que de la rudesse de la respiration avec quelques frottements disséminés en arrière dans le tiers inférieur du thorax. Le malade continua néanmoins à suivre le traitement et, en février 1896, il avait engraissé en 1 an de 13 kilos, avait repris toutes ses occupations, ne toussait plus et pouvait se considérer comme guéri.

Le 1er octobre 1896 il fut soudain pris de violentes douleurs

1. Trudeau, A report of the ultimate results obtained in exper. eye-tuberculosis by tuberculin-treatment (*Med. News*, 1894, LXV. 346).
2. V. Rück. Contribut. to the treatm. of pulm. tubercul. with Koch's tuberculin (*Intern. Mag.*, 1894-95, p. 45).
3. Whittaker, The action and use of tuberculin (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1893, 78-81).
4. Schiess et Kartulis, Ueber die Resultate von 48 mit Tuberculin behandelten Tuberculösen (*Zeischr. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1893, XV p. 229-282).
5. Denison (*New York med. Journ.*, 3 août 1895).
6. O. Bujwid, La tuberculine, sa préparation, ses effets sur l'organisme des animaux atteints de tuberculose (*Arch. des sciences biologiques de Saint-Pétersbourg*, 1892, t. I, p. 213.)

de tête qui persistèrent les 2, 3 et 4 octobre, sans qu'aucun des médicaments usités en pareil cas amenât de soulagement. En même temps se développaient des troubles digestifs caractérisés par la perte de l'appétit, la constipation, un état saburral de la langue.

Le sommeil ne tarda pas à disparaître, et le 5 octobre la température axillaire s'élevait le soir à 38°5. Les 6, 7 et 8, la céphalalgie s'aggrave, le malade a de la photophobie, du ptosis plus marqué à gauche; le pouls, qui jusque-là était resté aux environs de 80 et 90 pulsations, descend à 64, puis à 60. Le diagnostic de méningite fut dès lors posé et la maladie suivit un cours rapide et régulier. Le 10 octobre, on nota un délire assez violent, du nystagmus, du mâchonnement, des soubresauts brusques dans les membres, de la raideur musculaire, la disparition des réflexes, de la perte de la conscience, avec une température ne dépassant pas 38°6. Le 12 octobre, le délire diminue de violence; le malade tombe dans la torpeur, n'ouvre plus les yeux; l'irrégularité du pouls s'accentue, la sécrétion urinaire diminue, la respiration à type Cheyne-Stokes apparaît. Dans la soirée du 13, le faciès est grippé, la commissure labiale gauche déviée.

Dans la nuit du 13 au 14, le malade a du relâchement des sphincters, et tombe dans le coma le plus complet. Il n'a ni pris une goutte de liquide, ni poussé un gémissement depuis 20 heures. Ses parents réunis autour de lui attendent son dernier soupir.

C'est dans ces conditions qu'après avoir fait jusque-là un traitement purement symptomatique, nous nous décidons à tenter d'agir sur l'agent morbide lui-même. Supposant d'abord que la suppuration prolongée qu'avait présentée notre malade pouvait figurer à un titre quelconque comme cause occasionnelle dans le développement de sa méningite, nous lui pratiquâmes une injection de 10 centim. cubes de sérum antistreptococcique. Cette injection n'amena aucune amélioration dans l'état de notre malade et ne se traduisit que par une sécrétion nasale très abondante qui inonda le traversin. Nous eûmes alors la pensée de lui injecter une dose minime de tuberculine pour agir directement sur la lésion elle-même.

Le 15 octobre à 9 heures du matin, on fit dans la peau du flanc droit, avec les plus grandes précautions d'asepsie, une injection d'un centim. cube d'une solution contenant une goutte, soit 1/30 de centim. cube de tuberculine humaine, dans 10 centim. cubes d'eau bouillie. La dose injectée peut donc être évaluée à 1/300 de centim. cube de tuberculine diluée dans 300 fois son poids d'eau stérilisée. La température était à ce moment à 38°2.

Trois heures après, à midi, le malade commença à avoir quelques mouvements spontanés; à 1 heure, il put boire quelques gouttes de liquide; à 2 h. 1/2, il commençait à parler, à 3 heures il paraissait avoir recouvré toute sa raison. Il demanda depuis combien de temps il était malade et réclama à boire. L'amélioration s'accentua dans la soirée; en même temps le thermomètre s'élevait, le pouls passait de 60 à 100 pulsations. La réaction fébrile s'annonçait. Elle atteignit son maximum à 3 heures du matin, avec 39°8. Pendant ce temps tous les phénomènes paralytiques, la déviation de la langue et de la face, l'inégalité pupillaire, le ptosis avaient disparu. La continence des sphincters s'était rétablie au point qu'un lavement purgatif administré fut toléré près d'une heure et expulsé avec une quantité considérable de matières sur le bassin réclamé à propos par le malade. En outre, il y eut 3 mictions volontaires qui donnèrent plus d'un litre d'une urine concentrée et fortement colorée.

Le 16, à 8 heures du matin, lorsque nous vîmes le malade, il y avait dans son faciès une telle transformation qu'il paraissait devoir guérir. La température était à 38°3, le pouls à 100, la prononciation était nette, la parole claire et nous pûmes avoir une conversation d'un quart d'heure, sans qu'il manifestât de fatigue. Il se plaignait seulement de douleurs assez vives dans les jointures et les membres inférieurs. A l'auscultation on ne constatait *aucun phénomène pulmonaire*, et il en devait être ainsi jusqu'à sa mort. La cicatrice de la fistule thoracique elle-même, ne présenta à aucun moment de transformation dans son aspect.

La journée se passa assez bien jusque vers 3 heures de l'après-midi où, tout à coup, éclata une fièvre intense qui fit monter le thermomètre à 40° en moins d'une heure. En même temps apparaissait sur la fesse gauche une tuméfaction dure, rouge et chaude de la largeur de deux mains. Il y avait là sans doute un foyer bacillaire latent et réveillé par l'action de la tuberculine. A partir de ce moment, la température continua à monter jusqu'à 40°2, le pouls devint rapidement incomptable et le malade succomba le lendemain, 17 octobre, à 11 heures du matin, ayant gardé sa conscience et la liberté de ses mouvements jusqu'à 5 heures.

De cette observation il est difficile de tirer des conclusions bien formelles.

L'interprétation des faits est malaisée, lorsqu'on se représente les désordres anatomiques que produit dans le tissu encéphalique la tuberculose méningée. De quelle nature a pu être le changement survenu en quelques heures dans les lésions, capable d'entraîner une pareille et si paradoxale rémission des symptômes cérébraux, alors que nous craignions sinon leur aggravation, du moins le retour à l'excitation intense, au délire furieux? Néanmoins l'action d'une dose aussi minime de tuberculine sur un sujet plongé dans un coma complet depuis 20 heures ne nous paraît pas douteuse. Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, d'une succession d'événements, mais d'une relation évidente entre l'injection et les phénomènes constatés. Au surplus la netteté de la réaction fébrile consécutive, l'apparition du foyer phlegmoneux du lendemain, l'établissent surabondamment. Cette amélioration aurait-elle pu aboutir à la guérison? Il serait téméraire de l'affirmer. Mais il est permis de penser que l'action favorable aurait eu quelques chances de durée, si le malade n'avait été déjà affaibli par quinze jours de méningite, et si la dose de tuberculine injectée, n'avait pas été, quoique très faible, encore trop élevée.

Ce qui donne quelque vraisemblance à cette opinion, c'est que notre malade a probablement succombé plutôt à l'extrême intensité de la réaction fébrile occasionnée par le développement si rapide de son phlegmon périanal qu'aux progrès de sa lésion cérébrale. La disparition de tout phénomène paralytique, le retour complet et persistant de la conscience, l'absence de tout signe d'excitation, ne laissent aucun doute sur le fait de l'arrêt, au moins momentané, des phénomènes méningitiques. Nous savons bien que les températures de 40, 41 degrés marquent la terminaison habituelle de la tuberculose des méninges, mais nous ne connaissons pas de cas où l'ascension thermométrique finale ait été marquée ou précédée par une transformation aussi radicale des symptômes, que celle qui est notée dans notre observation, transformation qui n'a pas duré moins de trente heures.

Un autre fait qui mérite d'être relevé est l'absence de toute réaction pulmonaire. On ne peut invoquer ici l'insuffisance de la dose de tuberculine, puisqu'elle a manifesté son action et par l'élévation thermique et par le développement ultérieur d'un foyer évidemment bacillaire. Faut-il donc admettre la cicatrisation complète des lésions pulmonaires antérieures, qui cependant étaient encore en pleine activité moins de vingt mois auparavant? Ce serait une démonstration de plus du fait de la curabilité de la tuberculose du poumon. Mais comment s'expliquer, dès lors, l'infection secondaire des méninges, et celle jusque-là latente des tissus périrectaux?

Quoiqu'il en soit, la méningite tuberculeuse étant une maladie qui, avec les ressources actuelles de la thérapeutique, ne guérit point — et je n'en excepte pas la ponction lombaire qui semble cependant avoir à son actif

un succès (1) au milieu de combien d'insuccès! — il y aurait tout avantage, en attendant la découverte d'un sérum préventif et curateur, à poursuivre les essais de traitement par la tuberculine.

Pour notre part, devant le résultat obtenu, nous n'hésiterons pas à soumettre à l'injection toute méningite tuberculeuse confirmée, mais nous aurons recours à des doses encore plus faibles. Nous commencerons par une dose cent fois moindre, quitte à la répéter et à l'augmenter dans le cas où la réaction nous paraîtrait insuffisante. Il n'est pas impossible d'admettre que la régression de la lésion puisse se produire, à l'abri de tout agent de contamination extérieure, mieux encore que dans les cas favorables de tuberculoses cutanées, ou viscérales non pulmonaires, connus dans la littérature médicale.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Séance du 23 Octobre 1896 (Matin).

Hydronéphrose à marche suraiguë. Laporatomie. Néphrectomie secondaire. Guérison.

M. Mauny (de Saintes) rapporte une observation dont l'étude se termine par les conclusions suivantes :

Les tumeurs liquides du rein, latentes pendant longtemps, peuvent subir un accroissement rapide par suite d'une infection de la poche rénale.

Le diagnostic est alors impossible dans les formes suraiguës, avec envahissement de tout l'abdomen.

La laparotomie immédiate, remplissant la première indication, l'évacuation du pus, permettra en même temps, de reconnaître le siège précis du mal et les lésions primitives.

Plus tard, pour combattre la fistule consécutive, il faut pratiquer la néphrectomie, lorsque l'on se sera bien assuré de l'intégrité absolue de l'autre rein.

Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.

M. Pozzi (de Paris). — Je vais vous présenter dans un instant une petite fille de 11 ans que j'ai opérée pour une volumineuse exstrophie de la vessie, avec une éventration considérable. Je n'ai pas songé à employer la dérivation dans l'intestin, ni à pratiquer la dissection et la reconstitution de la vessie, qui n'aurait pas été réalisable, ou, au contraire, la suppression de la vessie, qui n'aurait pas été possible. J'étais forcé, dans ce cas, de me contenter d'une opération palliative.

Pour recouvrir la surface suintante, au lieu d'employer le procédé classique de Wood, à trois lambeaux, j'ai cerné la tumeur, à 4 centimètres de distance, par une incision en fer à cheval. Deux incisions transversales rejoignent inférieurement cette incision curviligne aux limites de la tumeur, et deux autres incisions analogues sont faites en haut, de manière à diviser en trois segments le lambeau unique primitivement dessiné par le fer à cheval.

Le deuxième temps de l'opération a compris la dissection des trois lambeaux de dehors en dedans, jusqu'à leur base, qui correspondait à l'écartement des muscles droits, puis la suture bout à bout de ces trois lambeaux, au catgut, de manière à reconstituer une face antérieure de la vessie formée par la peau, dont la surface épidermique est tournée du côté de la cavité vésicale.

Dans un troisième temps, pour essayer de refaire un plan musculo-fibreux au-devant de ce plan profond, j'essayai, sans succès, de rapprocher les muscles droits, mis à découvert par la dissection de la peau. Je pris alors le parti de détacher, avec la pince coupante, la portion du pubis sur laquelle se fait inférieurement l'insertion de ces muscles. Je pus, dans ces conditions, rapprocher et suturer les muscles droits dans leur partie supérieure, mais inférieurement, il restait un espace considérable, au niveau duquel ce rapprochement était impossible. J'incisai alors la paroi postérieure de la gaine fibreuse des droits et, ayant dédoublé cette gaine de dehors en dedans, j'obtins deux lanières fibreuses très résistantes que je parvins à suturer sur la ligne médiane. J'avais ainsi obtenu un plan musculo-cutané complet au-devant de la paroi antérieure de la vessie reconstituée.

Il ne restait plus qu'à recouvrir avec de la peau une énorme surface dénudée, qui ne mesurait pas moins de 15 centimètres de diamètre. Pour cela, je fis latéralement deux longues incisions libératrices, et, disséquant la peau en dedans de ces incisions et en dehors de la grande plaie, je pus la mobiliser et la suturer sur la ligne médiane, jusqu'au niveau des orifices des uretères, qui furent eux-mêmes à peine couverts par le double lambeau cutané.

Le résultat a été excellent : j'ai dû faire une petite retouche provoquée par la mortification très limitée d'un angle cutané. Quand la cicatrisation a été complète, j'ai avivé par dédoublement l'angle inférieur de la nouvelle paroi pour recouvrir complètement l'orifice des uretères laissés jusqu'ici à découvert, dans le but d'éviter l'irritation de la nouvelle cavité et l'échec des sutures. Comme vous allez le voir, ces orifices sont aujourd'hui cachés. Toute la tumeur primitive a disparu sous une forte sangle à la fois cutanée et aponévrotique.

Plaie de la vessie par empalement.

M. Malherbe (de Nantes). — Il s'agit d'une plaie curieuse de la vessie que l'on peut résumer en quelques lignes : Marthe L., fille publique, veut pendant la nuit grimper à un candélabre pour éteindre une lampe électrique placée au-dessus de la grille d'un édifice public. Ses forces la trahissent, elle retombe et vient s'empaler sur un des fers de lance qui surmontent la grille. Ses compagnons la décrochent non sans peine et on la transporte à l'Hôtel-Dieu de Nantes vers deux heures du matin. L'interne de garde constate une plaie dans le pli inguino-crural gauche ; il réduit des parties qui se présentent entre les lèvres de la plaie et parmi lesquelles il croit reconnaître de l'épiploon et peut-être une anse d'intestin. Il tamponne la plaie avec une mèche de gaze iodoformée. La fille est dans un état sub-syncopal ; cependant elle se remonte un peu les jours suivants. Le second jour elle commence à rendre de l'urine par la plaie. On lui met une sonde à demeure. Après 8 jours la sonde est enlevée et c'est alors que je prends le service. L'urine recommence à couler par la plaie, et une injection de lait poussée par l'urèthre revient immédiatement par la plaie. On a donc la certitude que c'est bien la vessie qui est blessée.

En même temps la température s'élève et tous les soirs elle monte entre 39° et 40°. En palpant le trajet de l'uretère gauche, on sent un empâtement remontant presque jusqu'à la région du rein. Je fais replacer une sonde à demeure et la vessie est lavée soigneusement tous les jours. Malgré ces précautions il survient encore plusieurs poussées fébriles. Quand on palpe la région pubienne on sent un gonflement dur et douloureux qui ne permet pas de bien se rendre compte des lésions. Enfin, la défervescence définitive a lieu, le gonflement diminue ainsi que la douleur et alors la palpation montre que la branche horizontale du pubis a été fracturée. Il y a un cal manifeste. Le fer de lance a donc passé par le trou sous-pubien. Nous ne saurions dire si c'est le fer de lance lui-même ou bien une esquille du pubis qui a déchiré la vessie probablement distendue au moment de l'accident.

On ne fit aucun autre traitement chirurgical que la sonde à demeure et les lavages vésicaux. Quand la plaie parut suffisamment fermée, on se borna à des sondages quotidiens qui eux-mêmes furent bientôt supprimés. Actuellement, un an après l'accident, la malade qui a repris son métier peu hygiénique, reste en parfaite santé.

1. Freyhan, Ein Fall von Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung (*Deutsch. med. Woch.*, 1894, p. 707).

Une série de 64 opérations pratiquées sur les reins.

M. Albarran. — J'ai pratiqué 64 opérations sur les reins qui m'ont donné 59 succès et 5 morts, soit une mortalité d'environ 9 p. 100.

Ces opérations se décomposent ainsi : 7 néphrectomies avec 1 mort; 1 néphrectomie partielle, suivie de guérison; 24 néphrotomies avec 2 décès ; 5 néphrolithotomies avec 2 morts ; 23 néphrorrhaphies sans décès ; 4 néphrotomies exploratrices également sans décès.

Pour le *rein mobile*, j'insiste sur l'utilité de la résection de la capsule adipeuse du rein; cette précaution étant prise, il suffit de faire trois points de suture parenchymateux, sans décortiquer la capsule propre. Mes 23 opérés ont conservé leur rein bien fixé.

7 malades atteints d'*hydronéphrose* ont été traités par la néphrorrhaphie simple, 2 par la néphrotomie. Ces 9 malades ont guéri. Un de ces malades avait une hydronéphrose aseptique déterminée par un calcul de cystine oblitérant le collet du bassinet ; l'hydronéphrose calculeuse n'est, du reste, pas aussi rare qu'on le dit.

Sur 9 opérés pour *pyonéphrose*, il y a eu 1 mort. Le dianostic différentiel entre la pyonéphrose peu développée et la pyélonéphrite n'est certain que si l'on peut observer les décharges intermittentes de pus dans l'urine ; mais ce symptôme peut manquer dans les pyonéphroses. Si en pratiquant la néphrotomie on trouve de la pyélonéphrite sans rétention de pus dans la vessie, la meilleure conduite à tenir est de drainer le bassinet à travers le rein ; si on ferme la plaie rénale on pourra avoir des succès immédiats et être obligé plus tard d'intervenir à nouveau et de laisser alors le rein ouvert, comme cela m'est arrivé deux fois.

La néphrectomie pour *tuberculose rénale* m'a seulement donné 1 mort par méningite survenue 10 jours après l'opération, sur 6 opérations dont 4 pour pyonéphrose tuberculeuse et 2 pour lésions miliaires. Sur 9 opérés de néphrotomie pour pyonéphrose tuberculeuse, j'ai eu 1 mort après 3 jours et 8 guérisons immédiates; 7 malades ont survécu de 3 à 8 mois ; une seule a survécu 2 ans.

Sur 3 néphrolithotomies avec suture du rein dans des reins aseptiques, j'ai perdu 1 malade avec des symptômes de péritonisme sans que l'autopsie pût expliquer la mort. Sur 2 pyonéphroses calculeuses très graves, traitées par la néphrotomie et le drainage, un malade est mort, l'autre a survécu.

Le *cancer du rein* ne m'a fourni qu'une néphrectomie suivie de guérison. J'ai fait en outre 2 opérations exploratrices avec fermeture du ventre, l'opération étant jugée trop grave et la récidive sûre; les 2 malades vivent encore 13 mois et 2 ans après l'opération. Il ne faut extirper que les cancers bien limités, qui sont rares. Dans les gros cancers, il vaut mieux ne pas opérer, car ces malades peuvent vivre longtemps ; je connais 2 malades dont les tumeurs ont été jugées inopérables, il y a 5 ans et 3 ans, et qui vivent encore.

J'ai observé à la suite de plusieurs opérations rénales (néphrorrhaphie, néphrotomie avec drainage, néphrolithotomie avec rein suturé) des accidents réflexes très graves. Le plus fréquemment, il y a des vomissements incoercibles; le creux épigastrique ou la région lombaire sont douloureux spontanément et à la pression ; le malade est pâle, anxieux, la pupille est rétrécie, le pouls petit et rapide, la température à peu près normale. Ces symptômes peuvent cesser après 24 à 36 heures; d'autres fois, ils se prolongent sans aucune atténuation, même après les injections intraveineuses de sérum artificiel. J'ai vu un néphrotomisé succomber ainsi au 2e jour; la mort survint d'une manière analogue, le 3e jour, chez un néphrolithotomisé; chez ces 2 malades l'autopsie, très soigneusement faite, ne put expliquer la mort.

Opérations palliatives contre le cancer de la prostate.

M. Desnos (de Paris). — Lorsque les phénomènes de dysurie sont intenses, les douleurs violentes et les hématuries abondantes, on pratique, depuis longtemps déjà, une cystotomie chez les malades atteints de cancer de la prostate. En pareil cas, cette opération est excellente : non seulement les accidents qu'on combat s'atténuent, mais encore on constate un relèvement de l'état général et une survie très notable.

Contre les douleurs irradiées qui occupent le périnée et la racine des membres supérieurs, douleurs qui sont dues à la compression des tronc nerveux par le néoplasme, on peut également agir. Chez 2 malades, après avoir pratiqué au périnée une incision prérectale, je suis parvenu sur la prostate : dans un cas, les adhérences avec les parties voisines étaient relativement lâches et, après décollement, j'ai obtenu par des tractions légères un désenclavement de la glande qui m'a permis de réséquer à droite et à gauche une portion assez considérable du néoplasme. Chez le 2e malade, tout le périnée était envahi et la prostate méconnaissable ; mais, au moyen d'excisions et de curettage, j'ai réalisé l'ablation d'une notable partie du néoplasme en creusant un sillon entre les limites de la prostate, le rectum et la vessie. Cette décompression des organes pelviens a produit une cessation presque immédiate des douleurs irradiées et le soulagement a persisté jusqu'à la mort des malades survenue quelques mois après.

Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate.

M. Loumeau (de Bordeaux). — Les résultats de mon observation personnelle relativement aux opérations pratiquées sur les canaux déférents ou sur les testicules, chez 6 prostatiques atteints de rétention chronique complète, sont les suivants :

1° Chez quatre malades, opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence sur les testicules, l'état de la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affectés de fréquentes orchites de cathétérisme, ont vu depuis l'opération leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

2° Chez deux autres vieillards prostatiques, pauvres et habitant la campagne, le cathétérisme était devenu très difficile et peu compatible avec les exigences des travaux des champs. La castration double amena dans les deux cas un excellent résultat, mais la guérison ne fut absolue que dans un cas.

Le premier de ces malades à vu sa rétention complète transformée en rétention incomplète, ce qui lui permet d'uriner facilement sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer l'évacuation totale du résidu vésical. Le second a vu, au bout de 36 heures, sa rétention complète disparaître et, depuis cette époque, sa vessie se vide entièrement sans sondage.

Dans l'un et l'autre cas, le volume et la consistance de la prostate ont été sensiblement améliorés par l'opération.

La prothèse testiculaire, appliquée dans un but moral à la suite de la castration, permet à ces deux vieillards, préalablement décidés au sacrifice thérapeutique de leurs testicules et aujourd'hui enchantés du résultat urinaire de l'opération subie, de penser qu'une opération moins radicale a suffi pour les guérir et qu'ils ont encore leurs vrais testicules au fond des bourses. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale est donc augmentée chez eux par la satisfaction consolante de croire à la persistance de leur virilité.

Infections péri-uréthrales: leur traitement.

M. G. Vigneron (de Marseille). — L'infection des glandes uréthrales est une complication fréquente des uréthrites. Dans les 6 cas susceptibles d'intervention où nous l'avons rencontrée, elle siégeait dans la première portion de l'urèthre pénien.

Elle peut se limiter aux culs-de-sac glandulaires ou en dépasser les parois, gagner le tissu cellulaire péri-glandulaire, et donner des abcès péri-uréthraux alors d'un certain volume. Abandonnés, ces abcès laissent une cavité infectée impossible à laver, se vidant mal dans l'urèthre, dont ils entretiennent la suppuration continue ou intermittente (2 cas). Souvent aussi ils s'ouvrent vers la peau et donnent alors en plus les ennuis de

toute fistule externe (2 cas). Même quand la désinfection est obtenue et que la cicatrisation semble parfaite, il est prouvé dans deux de nos observations qu'un diverticule profond peut persister vers l'urètre. En cas d'infection uréthrale nouvelle, on voit alors se reformer de nouveau, abcès péri-urétraux aux points jadis contaminés.

On doit parer à ces accidents en traitant chirurgicalement toute glande infectée, à plus forte raison tout abcès ou fistule.

Dans nos 6 cas, l'intervention a été la suivante : *a*) Ouverture large de l'abcès ou incision du trajet fistuleux. *b*) Sécrétion de la paroi de la poche ou du trajet, et destruction des lambeaux qui peuvent persister avec la curette tranchante. *c*) Désinfection de la plaie avec le liquide approprié à la nature de l'infection. *d*) Suture si possible. Les jours suivants on aura soin de continuer les lavages uréthraux, mais à faible pression.

Le résultat a été parfait dans les 6 cas. La réunion par première intention à été obtenue dans 4 cas sur 5 ou elle a été tentée. La cicatrice une fois obtenue s'est maintenue dans les 6 observations.

L'écoulement uréthral souvent ancien et rebelle a rapidement disparu une fois le foyer péri-uréthral oblitéré.

Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme.

M. A. Routier. — Après avoir, comme la plupart de mes collègues, essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, j'en suis arrivé à diviser cette maladie en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, que je prolonge le plus possible, je m'abstiens de toute intervention locale, je proscris aussi bien les instillations que les lavages, je me contente d'instituer un traitement général, régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes, ou sanglantes, que les malades sont par les douleurs et les envies d'uriner privés de sommeil, je pratique une cystostomie sus-pubienne, tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations vésicales, je les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, je fais par ce méat d'abord, puis par la voie uréthrale ensuite, pratiquer des lavages boriqués ; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable, 140, 160 grammes. Quand ce résultat est bien acquis, après 3, 4, 6 mois, je referme le méat hypogastrique.

J'ai opéré ainsi quelques malades et vraiment les résultats sont encourageants. Cette méthode est longue, mais n'entraîne avec elle aucune gravité.

De l'ectopie inguinale du testicule; orchidopexie.

M. Tédenat (de Montpellier). — L'ectopie inguinale est la malposition la plus commune du testicule. Son intérêt s'augmente encore de la fréquence des hernies concomitantes et des accidents multiples qui surviennent à l'organe ectopié.

Chez l'enfant, le testicule inguinal est parfois peu développé, mais il conserve la possibilité de suivre son évolution plastique et physiologique normales, quant on parvient à le fixer dans le scrotum.

S'il reste dans le trajet inguinal, il peut remplir ses fonctions d'une façon régulière, mais cela est rare. Le plus souvent, il subit une atrophie scléreuse consécutive aux contusions, aux froissements répétés, auxquels il est soumis par le seul fait de contraction des muscles abdominaux. A plus forte raison en sera-t-il ainsi s'il est atteint d'inflammation blennorrhagique.

Pour ces diverses raisons et aussi pour éviter les néoplasies malignes plus fréquentes dans le testicule ectopié que dans le testicule occupant sa position normale, il y a indication formelle à ramener le testicule dans le sac scrotal.

On y parvient parfois, dans l'enfance, par des manipulations méthodiques, aidées de l'action d'un brayer à pelote échancrée, dont l'usage est indispensable quand l'ectopie se complique de hernie.

Le plus souvent on aura recours à une opération (orchidopexie) qui permettra la cure radicale de la hernie, la consolidation du trajet inguinal souvent affaibli, même sans qu'il y ait hernie faite.

Cette opération m'a donné des résultats parfaits dans 10 cas sur 14 opérés. Dans 3 cas, le testicule est remonté, tout en restant à une certaine distance de l'anneau inguinal inférieur, où il ne gênait pas l'opéré. Dans un seul cas, le testicule était douloureux, vraiment névralgique et, après une année, je dus en pratiquer l'extirpation.

M. Pousson (de Bordeaux) communique une observation de *fistule vésico-intestinale traitée par la suture transvésicale.*

M. Tédenat (de Montpellier) fait une communication sur le *traitement de l'ectopie inguinale du testicule.*

M. Lavaux (de Paris) lit un mémoire sur la *pathogénie de l'incontinence d'urine chez les calculeux.*

Séance du 23 Octobre 1896 (Soir).

Traitement des prolapsus génitaux.

M. Bouilly, rapporteur (de Paris). — Voir *Gazette*, n° 82, p. 973.

M. Péan (de Paris) accepte toutes les conclusions du rapport de M. Bouilly, et notamment la coexistence d'autres lésions, le plus souvent, en l'espèce, de la rectocèle et de lacystocèle.

Lorsque le prolapsus est léger, il disparait presque toujours avec la périnéorrhaphie simple. Si le prolapsus est douloureux et s'il existe en même temps une atonie du périnée, il est indiqué de compléter la périnéorrhaphie par une colporrhaphie, en ayant la précaution de prendre dans les anses de fil des parties épaisses, en faisant passer les fils à travers le périnée dans les mêmes conditions on se trouvera bien de combiner la colpopérinéorrhaphie avec l'amputation élevée du col. Enfin l'hystérectomie sera indiquée dans les cas où l'utérus présentera des lésions graves ou même simplement sérieuses.

M. Richelot (de Paris). — Le traitement chirurgical du prolapsus utérin et vaginal est, avant tout, la colporrhaphie.

La valeur de cette opération est grande quand elle est bien faite, et les récidives sont rares.

On a multiplié inutilement les procédés de colporrhaphie. L'hystéropexie abdominale, efficace contre la rétroversion, n'empêche pas la reproduction du prolapsus vaginal.

L'hystérectomie vaginale n'est, à aucun titre et à aucun degré, un traitement du prolapsus. Quand une affection utérine ou annexielle concomitante rend l'extirpation de cet organe nécessaire, elle doit être faite avec des ligatures, pour permettre la colporrhaphie immédiate.

M. Pierre Delbet (de Paris). — J'ai imaginé une opération contre le prolapsus, et je lui ai donné le nom de *colpocystopexie*, parce qu'elle a pour but de fixer le vagin et la vessie en bonne position.

Cette opération suppose l'ablation de l'utérus ; elle ne sera donc applicable que dans les cas où l'hystérectomie est indiquée.

Pour pratiquer l'hystérectomie, en pareil cas, le col de l'utérus étant fixé et attiré en bas par une bonne pince, je fais une incision verticale et médiane qui commence un peu en arrière du méat uréthral et se termine à la jonction du vagin et du col. Sur cette première incision je fais tomber perpendiculairement une seconde incision qui part du cul-de-sac vaginal gauche en contournant la face antérieure du col. Je dissèque alors de chaque côté de la première incision un large lambeau triangulaire en poussant la dissection loin sur les côtés. Les deux lambeaux disséqués, je relève le col, je le circonscris en arrière par une incision symétrique à celle qui a été faite en avant et j'ouvre immédiatement le cul-de-sac postérieur. On se trouve vis-à-vis de l'utérus dans la situation d'une hystérectomie ordinaire ; j'enlève alors la matrice en faisant des ligatures successives sur les ligaments larges, en laissant les ligaments ronds libres en dehors des moignons pédiculaires.

L'utérus enlevé il reste à faire la *pexie*, qui est en même temps, comme on va le voir, une colporrhaphie antérieure.

Les extrémités des deux ligaments ronds sectionnés sont amenés entre les deux lambeaux vaginaux jusqu'à la partie antérieure de la première incision longitudinale. Ils forment ainsi une sorte de sangle qui passe sous la vessie et sous l'urèthre. On les fixe dans cette position par 4 ou 5 points de suture, chaque point décrivant un U dont les deux branches doivent être placées dans le même plan vertical, de manière à affronter les deux lambeaux l'un à l'autre par toute leur surface cruentée.

Les fils sont placés et noués en allant du méat vers le fond du vagin. A mesure qu'on les serre, le vagin attiré par les ligaments ronds se remet de lui-même en place, et en même temps les deux lambeaux s'affrontent parfaitement, formant par leur adossement une colonne épaisse et résistante.

Comme toutes les opérations qui ne s'adressent qu'à la paroi antérieure du vagin, cette colpocystopexie est insuffisante. Je l'ai faite 3 fois sans y joindre de périnéorrhaphie et 3 fois j'ai vu la récidive se produire. Il faut donc toujours compléter la colpocystopexie par une périnéorrhaphie.

Pour réaliser cette dernière opération, je fais une incision curviligne à concavité supérieure qui suit la ligne de jonction de la muqueuse vaginale et de la peau, commençant sur le côté droit de la vulve à 1 centimètre environ au-dessous du plan du méat et se terminant au point symétrique du côté gauche. Je dissèque alors la paroi vaginale; l'amorce est assez délicate, mais dès qu'on est arrivé dans la cloison recto-vaginale, le décollement se fait rapidement, avec le doigt, jusqu'au péritoine. Cette dissection terminée, on a un vaste lambeau flottant et il ne reste plus qu'à passer les fils, comme dans la périnéorrhaphie classique.

M. Folet (de Lille) insiste sur un point spécial de la pathogénie et du traitement opératoire des prolapsus génitaux. Il s'agit du rôle d'un faisceau musculaire à peine mentionné jusqu'ici : le releveur de l'anus (qui mériterait fonctionnellement le nom de releveur de l'anus et du vagin) présente un faisceau antérieur enveloppant tangentiellement le vagin auquel il adhère latéralement sur une grande hauteur (voir thèse de Drapier, sur le *plancher pelvien*). Cette adhérence latérale solide équivaut physiologiquement à une insertion.

Dans l'opération complexe que nous pratiquons et qui comprend : amputation partielle de l'utérus, avivement de tout le vagin, périnéorrhaphie, le temps médian a surtout pour but de refaire, sous forme d'un anneau cicatriciel, une attache annulaire et dense au faisceau musculaire sus-indiqué dont les fibres disséminées se ramassent d'ailleurs en un plan feutré que l'on suppose un cylindre en accordéon, une lanterne vénitienne où l'on aurait fixé des fils disséminés à la surface externe. Aplatissez la lanterne; les fils, se rapprochant, formeront un plan unique dont l'insertion sera d'autant plus solide qu'elle se fera sur une surface moins étendue. Un résultat analogue se produit chez nos opérées, le faisceau vaginal du releveur retrouve un point d'appui et peut rejouer son rôle physiologique.

M. Schwartz. — Je laisserai de côté les méthodes de douceur : notre savant rapporteur en a parlé dans le sens où j'abonde moi-même.

La grande majorité des prolapsus génitaux, lorsqu'ils ne sont pas compliqués, sont justiciables, même dans leurs formes avancées, des opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin.

Pour peu que le col soit atteint de métrite cervicale hypertrophique, qu'il y ait de l'endométrite avec ou sans ectropion, ce qui est très fréquent, on fera précéder les deux interventions que nous venons d'indiquer du curettage, puis de l'amputation soit biconique de Simon, soit à lambeau de Schrœder, soit encore de l'évidement conoïde d'Huguier.

Qu'il s'agisse de prolapsus génitaux par insuffisance périnéale, après une déchirure du périnée, qu'il s'agisse de prolapsus par relâchement des tissus, les règles essentielles, à notre avis, pour réussir sont : 1° de paraître toujours faire trop pour arriver à faire assez; 2° de se rendre un compte exact des lésions complexes du prolapsus pour s'attaquer à tout ce qui est abordable et attaquable. Le résultat opératoire peut être atteint à moins de conditions exceptionnelles dans une seule séance, mais l'on aura soin, si l'on veut obtenir un résultat définitif, de ne pas permettre aux opérées de se lever trop tôt, et de se livrer trop vite à leurs occupations : un séjour de 3 semaines au lit nous a paru absolument nécessaire pour permettre aux tissus de se reconstituer suffisamment au point de vue de la résistance.

Dans les cas de prolapsus compliqués, les opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin ne suffisent plus. Lorsque les prolapsus paraissent en rapport immédiat avec la présence d'une tumeur, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faudra s'adresser, et elle seule, indiquée bien plutôt par l'existence de la tumeur que par le prolapsus, qui est secondaire, amènera presque toujours un bon résultat.

Lorsque le prolapsus accompagne une rétrodéviation et que rien en dehors de ces deux lésions n'indique la castration utérine, lorsque l'utérus est peu volumineux et que les annexes sont intactes, il nous paraît que l'hystéropexie abdominale dans les cas avancés, l'opération d'Alexander dans les cas moins sérieux, combinées à une intervention sur le périnée et le vagin réunissent les meilleures conditions de succès.

Quand on a affaire à des prolapsus très avancés, avec utérus peu ou pas volumineux, l'hystéropexie abdominale seule nous paraît une opération absolument insuffisante; c'est là une vue basée non sur les quelques faits que nous avons pu observer, mais sur la connaissance de cas nombreux publiés. Cela sera d'autant plus vrai que très souvent la paroi abdominale flasque n'offrira aucune résistance à la traction exercée par l'organe qui y est suspendu. L'hystérectomie vaginale totale est une ressource à employer dans ces cas, lorsque les femmes ont atteint la ménopause; mais il nous semble qu'elle ne doit être que l'opération préliminatre à une large colpopérinéorrhaphie ou à des élytrorrhaphies destinées à empêcher la chute consécutive du vagin.

Enfin, il est des cas, surtout lorsqu'ils se présentent chez des femmes à tissus relâchés, dont la vitalité est vite amoindrie, où toutes les interventions sont frappées d'échec, du moins au point de vue du maintien complet du prolapsus. La récidive est certaine à une échéance plus ou moins reculée qui dépend en grande partie de l'état social de l'opérée exigeant un plus ou moins grand développement d'effort. Les pessaires spéciaux, les ceintures à support, nous paraissent alors les seules ressources à mettre en usage.

M. Reynier a défendu cette idée que chez les femmes âgées, le prolapsus comme toutes les ptoses à cet âge, dépendait d'une sénilité du système nerveux, d'où perte de la tonicité musculaire, ou atrophie du muscle releveur, le sphincter vagino-abdominal, qui ferme l'abdomen et soutient l'utérus. Quand il fait défaut, comme l'a montré M. Trélat, l'utérus s'abaisse.

Mais chez les femmes jeunes, ce n'est plus la sénilité du système nerveux qu'il faut accuser, c'est une débilité spéciale de celui-ci, un trouble qu'amènent le surmenage, la grossesse.

Rien ne montre mieux cette influence du système nerveux que l'étude du prolapsus utérin chez les vierges.

Signalé par Rames Maellintock, ce prolapsus est encore peu connu. Barnes, comme causes, signale l'épilepsie, la peur, les efforts de toux. Maellintock dit l'avoir vu chez des vierges à la suite d'efforts de défécation provoqués par un rétrécissement organique du rectum. Le fait du rétrécissement montre que ces femmes étaient dans un état misérable.

Pour M. Paul Reynier, ces auteurs n'ont vu que la cause occasionnelle, et non pas la cause prédisposante qui résidait dans le système nerveux.

Dans 3 cas personnels, il a vu manifestement la pathogénie qu'il évoque être mise hors de doute.

Dans un cas, il s'agissait d'une fille qui fut amenée dans son service dans un état de coma typhique, avec prolapsus utérin à travers l'hymen intact. Il le réduisit, le coma persista. La malade mourait 2 jours après. A l'autopsie, on trouva les lésions classiques de la dothiénentérie.

Dans un second cas, il s'agissait encore d'une fièvre typhoïde grave, avec état comateux. La malade guérit; pendant cette fièvre typhoïde se produisit un prolapsus utérin, à travers l'hymen intact. Ce prolapsus fut traité par les immersions répétées du siège dans l'eau froide; sous l'influence de ce traitement, la malade guérit, et la guérison s'est maintenue.

Dans un 3e cas, il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, d'intelligence obtuse, qui, à la suite d'une marche prolongée en portant un sac de pierres, vit survenir un prolapsus utérin.

Dans ces 3 cas, le trouble du système nerveux primitif paraît indéniable; dans les deux premiers cas, il est survenu par le fait de l'infection, dans le troisième par le fait d'une dépense exagérée de force nerveuse chez une femme chétive.

M. Tuffier. — 1° Certains prolapsus sont une manifestation d'un état général caractérisé par une infériorité physiologique plus ou moins générale.

2° Ces prolapsus sont souvent l'origine de troubles fonctionnels d'autant plus accusés qu'ils siègent chez des femmes dont l'ensemble des viscères, y compris le système nerveux sont souvent altérés.

3° Cette dystrophie explique les succès du massage.

4° Ces prolapsus sont graves, car ils nécessitent des opérations complexes.

5° Les récidives sont fréquentes, car les cicatrices sont là également peu solides et se laissent effondrer facilement.

6° Les résultats définitifs sont influencés par cet état général, car, le prolapsus guéri, l'entéroptose, la néphroptose et les troubles nerveux peuvent subsister et laisser souffrir les malades, bien que le prolapsus soit guéri.

M. A. Boursier (de Bordeaux). — Avant de donner mes résultats opératoires dans le traitement du prolapsus, je crois nécessaire d'insister sur l'importance toute particulière de la dystrophie spéciale des tissus et surtout du tissu musculaire qui joue un rôle de premier ordre non seulement dans la pathogénie de cette lésion, mais aussi au point de vue de son pronostic et de sa curabilité. Quel que soit le degré du prolapsus, les chances de récidive paraissent surtout proportionnelles à l'intensité de cette dystrophie, et cela avec toutes les méthodes opératoires. Je suis d'ailleurs partisan des opérations multiples en mettant au premier rang les restaurations périnéales et en y ajoutant des groupements opératoires variables avec les indications de chaque cas.

J'ai traité chirurgicalement 17 cas que je diviserai en 3 groupes suivant le degré des lésions et la nature des interventions.

1er *Groupe.* — Malades ayant un abaissement utérin intra-vaginal, une chute incomplète du vagin avec cystocèle et rectocèle au début. Traitement : curettage avec amputation du col. Colpopérinéorrhaphie.

Sur 9 opérées, 1 est morte d'embolie pulmonaire 5 jours après l'opération. Les 8 autres ont obtenu un résultat immédiat excellent, 6 ont été revues, 1 seule présente une récidive partielle au bout de quelques mois.

2e *Groupe.* — Quatre malades ayant un prolapsus utérin plus accentué avec cystocèle ou rectocèle importante, et en outre de l'incontinence d'urine chez 2 d'entre elles.

Sur 3 de ces malades, aux opérations du groupe précédent j'ajoute une colporrhaphie antérieure; sur la 4e une torsion uréthrale (procédé Pousson).

Un insuccès par suppuration partielle de la suture périnéale. Chez les 3 autres très bon résultat immédiat. Une seule des 3 a commencé à récidiver 3 mois après l'opération.

3e *Groupe.* — Comprenant 3 cas de prolapsus totaux et 1 cas de récidive post-opératoire encore peu accentué. Aux restaurations périnéo-vaginales, j'ajoute deux fois une opération d'Alexander, deux fois une hystéropexie abdominale.

Un cas d'insuccès (Alexander) à la suite d'un phlegmon grave de la paroi abdominale chez une femme âgée et cardiaque. Les 3 autres malades ont eu d'excellents résultats immédiats. Une seule (hystéropexie) présente au bout de 3 mois 1/2 une récidive partielle (chute du vagin seul).

Donc 5 mauvais résultats sur 16 opérées, une étant morte accidentellement sitôt l'opération. En écartant les 2 cas où l'insuccès a été immédiat par suite d'accidents opératoires (suppuration du périnée, phlegmon grave de la paroi latérale de l'abdomen, il reste 3 récidives après guérison temporaire. L'analyse de ces 3 observations dans lesquelles les prolapsus se présentaient à des degrés divers, démontre qu'on avait affaire chaque fois à une dystrophie accentuée (2 cas d'entéroptose dont 1 avec des hernies multiples, sensibilité précoce chez la 3e malade). Il est donc permis de conclure que la dégénérescence des tissus et surtout des muscles, joue un rôle plus important dans la récidive que le degré de la lésion primitive quels que soient le nombre et la nature des opérations de correction.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — I. — Avant la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne devra être pratiquée dans les prolapsus génitaux qu'à titre exceptionnel :

a) Lorsque les opérations plastiques tentées antérieurement auront échoué.

b) Lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par l'emploi des méthodes d'autoplastie seules.

c) Lorsque la réduction ne pourra être maintenue par suite d'hypertrophie utérine.

d) Lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne pourra être réduit (obs. VIII).

II. — L'hystérectomie vaginale devra toujours être suivie de la colpopérinéorrhaphie immédiate. Celle-ci devra être très largement faite. Le succès n'est certain qu'à cette seule condition.

III. — Ces opérations combinées donnent d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux des autoplasties simples.

IV. — La mortalité est faible, nulle même en ce qui concerne mes faits personnels. Sur 8 cas, j'ai 8 guérisons.

V. — Après la ménopause, l'hystérectomie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs, ne présente pas de contre-indication.

L'âge avancé des malades même ne saurait plus aujourd'hui nous arrêter.

Les faits que je relate dans cette note le prouvent, attendu que j'ai opéré avec succès des femmes de 60 ans et plus et que j'ai même, dans un cas d'une urgence extrême, reculé cette limite à 80 ans.

M. A. Routier. — Le traitement des prolapsus génitaux serait sans doute très simplifié si on en connaissait parfaitement la pathogénie, mais toutes les théories données sur ce sujet n'ont pas encore parfaitement élucidé la question.

Un point que je tiens à faire ressortir, c'est que l'utérus ne joue qu'un rôle secondaire : c'est la paroi antérieure du vagin qui presque toujours tombe la première, faisant hernie à la vulve, formant une cystocèle plus ou moins volumineuse.

La paroi postérieure vient ensuite, formant rectocèle; enfin vient la chute complète avec l'utérus à la vulve ou tout à fait dehors.

Dans les prolapsus les plus complets, avec tumeur même irréductible, l'utérus reste petit, c'est un point sur lequel j'ai déjà beaucoup insisté quand nous avons discuté cette question à la Société de chirurgie; j'ai montré aussi que ces tissus engorgés qui forment la tumeur sont particulièrement vasculaires et très riches en gros vaisseaux veineux, d'où gravité spéciale de l'hystérectomie alors même que l'utérus est dehors.

La pratique que j'ai adoptée et que je vous exposerai, j'ai dû moi-même la régler de point en point; des notions vulgaires aujourd'hui ne nous étaient pas enseignées par nos maîtres dont un très petit nombre, du reste, s'occupaient de ces questions.

Je dois à mon passage chez Le Fort comme chef de clinique d'avoir plusieurs fois essayé son procédé de cloisonnement du vagin, mais, peu satisfait des résultats qu'il m'a donnés, je me suis rejeté sur les divers procédés de colporrhaphie, de périnéorrhaphie avec amputation du col utérin, essayant autant que possible d'obéir aux diverses indications fournies par la maladie empruntant aux divers et multiples procédés ce qui me paraissait le meilleur pour arriver à réaliser cette formule : refaire un périnée épais et résistant, refaire un vagin long et très étroit, diminuer l'utérus de tout ce qui pourrait le rendre plus lourd ou plus long.

J'ai dû dans certains cas essayer de toutes les méthodes depuis le pessaire jusqu'à l'hystérectomie, mais il me semble que c'est là une méthode d'exception qui aggrave la cure du prolapsus et qui employée seule serait toujours insuffisante.

Dans les cas de tumeurs des ovaires, ou de tumeurs abdominales favorisant ou occasionnant un prolapsus, il faut tout d'abord s'adresser à cette tumeur, et son ablation est quelquefois suivie de guérison.

De même si l'utérus est pathologique, ce qui est rare, l'hystérectomie trouve son indication.

Le pessaire, quoiqu'on en ait dit, suffit bien souvent à guérir le prolapsus, surtout si on a eu soin de reconstituer le périnée par une bonne périnéorrhaphie.

Quand, pour diverses raisons, je me décide à la cure san-

glante, je fais d'habitude une large colporrhaphie antérieure et postérieure avec ablation en tout ou partie du col, toutes les sutures profondes étant faites au catgut à l'huile de genévrier; puis je pratique une périnéorrhaphie au fil d'argent.

Je n'ai jamais perdu de malades et mes résultats immédiats ont toujours été satisfaisants.

Plus tard il s'est quelquefois produit des récidives, une seule fois le prolapsus s'est reproduit total, il y avait eu, il est vrai, un accouchement après mon opération.

Le plus souvent, la récidive ne se fait qu'au niveau de la paroi adhérente sous forme de cystocèle; même dans ces cas, les malades se trouvent soulagées et très améliorées. En général la guérison s'est mieux maintenue chez mes malades de la ville.

M. Gérard-Marchant (de Paris). — J'ai observé 2 cas d'incontinence d'urine, liée au prolapsus génital, qui ont été traités et guéris par la colpopérinéorrhaphie. Il est important, dans les cas de ce genre, de ne pas méconnaître la cause de l'incontinence, au point de vue du traitement qui lui est applicable. C'est ainsi que, incriminant l'urèthre, on a eu recours, en pareil cas, à des opérations ayant pour but de dévier ou de rétrécir l'urèthre, alors qu'il aurait suffi de faire une colpopérinéorrhaphie pour obtenir la guérison.

M. Lejars. — J'ai fait 5 fois l'hystérectomie vaginale pour des prolapsus anciens, incoercibles et douloureux chez des femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause; cette condition me paraît indispensable, et, de toute façon, l'hystérectomie ne saurait être qu'une opération d'exception. Elle ne représente, du reste, que le premier temps de l'intervention réparatrice : la restauration du vagin et du périnée, une large colpectomie constituent un complément nécessaire de l'opération.

L'intervention plastique vagino-périnéale est aussi le point capital dans les formes moins avancées, où, combinée à l'hystéropexie ou à l'amputation du col, suivant les cas, elle donne es meilleurs résultats, mais sous la réserve extrême que la technique en soit aussi complète que possible. Or, dans la cystocèle et la rectocèle, la paroi vésicale et la paroi rectale *prolabent tout autant que la paroi vaginale elle-même* : il est donc utile d'agir isolément sur elles, pour les rétrécir isolément. Un large avivement étant pratiqué, nous rétrécissons la paroi profonde en déterminant une véritable plicature, un adossement très étendu, et par-dessus la muqueuse vaginale est réunie et la restauration périnéale termine l'opération.

Une trentaine d'interventions ainsi conduites nous ont donné d'excellents résultats : plusieurs opérées ont été revues et restent guéries. En somme, nous avons pour but de combiner la *colporrhaphie* à une véritable *cystorrhaphie*, à une véritable *rectorrhaphie*.

M. Jacobs (de Bruxelles). — Sur près de 200 interventions pour prolapsus génitaux, j'ai obtenu des récidives dans une proportion d'environ 30 p. 100. C'est ce qui m'a fait rechercher une opération susceptible de donner de meilleurs résultats. La *trachélopexie ligamentaire*, que j'ai imaginée dans ce but, m'a fourni jusqu'ici 6 guérisons parfaites sur 7 opérations.

M. Bilhaut. — Le prolapsus utérin, dans les cas où il est très accusé, se complique de cystocèle et de rectocèle. Les photographies que je viens de vous soumettre prouvent à quelles dimensions peut atteindre la tumeur ainsi constituée par l'utérus et la vessie prolabés. Dans ces cas, le port d'un pessaire est matériellement impossible, faute de points d'appui pour la fixation de cet appareil. Un traitement orthopédique, par intervention chirurgicale, est seul applicable en cette circonstance : il doit avoir pour objectif la fixation de l'utérus, le maintien de la vessie à une hauteur suffisante et la restauration du périnée.

L'hystéropexie est le premier temps obligé de l'intervention, le raccourcissement des ligaments ronds n'assurant pas suffisamment de bons résultats éloignés.

Le prolapsus vésical, combattu en partie par la fixation de l'utérus, sera supprimé définitivement par la résection calculée de la portion exubérante de la muqueuse vésico-vaginale, suivie de la suture des lèvres de la plaie opératoire.

Des tampons aseptiques seront placés dans le vagin, de manière à soutenir l'utérus dans sa nouvelle position et à faciliter la cicatrisation de la colporrhaphie antérieure.

Quand la cicatrisation sera assurée, la colpo-périnéorraphie mettra fin à la rectocèle et préviendra la récidive des divers prolapsus.

M. Demoulin (de Paris) appelle l'attention sur la fréquence des lésions des voies urinaires chez les femmes atteintes de prolapsus invétérés.

Il cite deux cas à l'appui de cette opinion.

Il pense que les lésions doivent être divisées en deux catégories : les distensions simples des uretères, du bassinet, des calices, qui peuvent aller jusqu'ici l'hydronéphrose; les distensions avec infection.

Les lésions des voies urinaires, surtout les distensions avec infection, aggravent le pronostic de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du prolapsus de l'utérus ou plus exactement des prolapsus génitaux; dans les cas seulement où cette opération est indiquée.

L'hystérectomie vaginale donne à peine 5 p. 100 de mortalité, même dans les cancers, où cependant l'état général des malades est déjà fortement altéré, pourquoi donnent-elles 10 p. 100 de décès dans le traitement des prolapsus? Bien évidemment l'infection des voies urinaires est un des facteurs de la gravité de l'opération.

On parle partout de ces lésions des voies urinaires dans les prolapsus; tout le monde les signale, personne ne les décrit, il y a cependant là une belle question à étudier.

Séance du 24 Octobre 1896 (Matin).

Du traitement des fractures de la clavicule.

M. Février (de Nancy). — Dans les fractures de la clavicule à grand déplacement, dont la réduction est impossible, la suture est le seul traitement capable d'empêcher la difformité consécutive, qui aurait des inconvénients non seulement au point de vue de la forme, mais aussi au point de vue de l'innervation et de la circulation du membre.

J'ai réuni 13 faits dans lesquels il existait des troubles nerveux qui ont disparu immédiatement après l'opération, toutes les fois que la fracture était récente; dans les cas seulement où l'intervention a été pratiquée tardivement, le résultat n'a pas été complet. Il faut donc opérer immédiatement toutes les fractures irréductibles à grand déplacement. L'opération tardive est beaucoup plus difficile dans son exécution, et plus infidèle dans ses résultats, car la névrite a eu le temps de s'établir. Quant à la bénignité de l'intervention elle est absolue, puisque j'ai réuni 44 observations, toutes suivies de guérison. Le seul inconvénient résulte de l'anesthésie cutanée de la région pectorale, consécutive à la section des filets sus-claviculaires du plexus cervical superficiel.

Du mécanisme des fractures des malléoles.

M. Souligoux (de Paris). — Les fractures des malléoles de cause indirecte se produisent dans les mouvements forcés du pied soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation, en dedans pour l'adduction, en dehors pour l'abduction.

J'ai voulu étudier comment, une fois une malléole brisée, se produisait la fracture de la seconde malléole, réalisant ainsi la fracture bi-malléolaire.

Supposons, par exemple, un arrachement de la malléole interne : l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on voit que dans cette situation tout le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments péronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent les surfaces osseuses sur lesquelles ils s'insèrent. Le résultat est le même et il se produit une légère diastasis de cette articulation. Le péroné repoussé en dehors par l'astragale qui tend à se placer entre lui et le tibia se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole.

Si la malléole externe est brisée dans le mouvement d'adduction et rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline en dehors et sa surface articulaire supérieure, au lieu de regarder en haut, regarde en haut et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole. Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale et un point très limité du tibia. Il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

La résection et la désarticulation dans les ostéo-sarcomes de la racine des membres.

M. Lejars. — La désarticulation a été souvent érigée en règle, dans les ostéo-sarcomes des membres, comme le moyen le plus sûr de prévenir la récidive. Or, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la racine des membres, de la tête humérale ou de l'extrémité supérieure du fémur, la mise en pratique de ce précepte commande un sacrifice considérable et qui n'est pas compensé, comme les statistiques le prouvent, par la supériorité constante des résultats éloignés.

De fait, en pareil cas, une résection large, lorsque le volume et l'extension du sarcome lui permettent d'être complète, assure, à moins de frais, la même dose de sécurité. En voici un exemple :

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, entré à la Pitié, en septembre 1891, pour un volumineux sarcome de la tête de l'humérus droit. Je réséquai un long segment de l'extrémité humérale, et j'arrivai à extirper toute entière la tumeur et son prolongement. La guérison opératoire fut rapide. Depuis 5 ans, l'opéré reste guéri, il se sert très bien de son membre supérieur, et il a lieu de se féliciter d'avoir échappé à la désarticulation.

On peut recueillir un certain nombre de faits de ce genre : ils sont de nature à faire rejeter, au moins dans un bon nombre de cas, une mutilation terrible, qui n'est, en somme, radicale qu'en apparence.

Deux cas d'exostoses ostéogéniques omniépiphysaires avec complications graves et intervention chirurgicale.

M. Bauby (de Toulouse). — Il s'agit de 2 hommes adultes présentant au niveau de toutes les régions juxta-épiphysaires des exostoses de volume variable. Ces tumeurs ont débuté pendant l'adolescence et se sont développées progressivement. Elles seraient bien tolérées et ne constitueraient qu'une difformité sans importance si des complications n'étaient survenues.

Dans le premier cas, l'exostose de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, ayant acquis le volume d'une tête de fœtus, avait perforé la peau ; d'où infection, nécrose purulente centrale de l'exostose. Extirpation, guérison.

Dans le second cas, l'exostose épineuse de l'extrémité supérieure du péroné gauche ayant ulcéré l'artère poplitée, un gros anévrysme s'ensuivit et nécessita l'amputation de la cuisse. Guérison.

Ces observations détaillées s'accompagnent de photographies et de grandes planches.

Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière.

M. P. Poirier (de Paris). — J'ai opéré, il y a dix-huit mois, un enfant de sept ans qui avait perdu, trois années auparavant, la presque totalité de sa diaphyse tibiale, à la suite d'une ostéomyélite. Pour procéder à la restauration de cette jambe inutile, je me décidai à remplacer la diaphyse tibiale par la diaphyse péronière. Dans une première séance, je coupai obliquement le péroné un peu au-dessous de son col, et, en le faisant passer sous les muscles de la région antérieure de la jambe, je pus le suturer à l'extrémité supérieure du tibia, avivée. Deux mois plus tard, je sectionnai le péroné au-dessus de la malléole et je l'introduisis dans une encoche pratiquée sur l'épiphyse tibiale inférieure. Le succès fut complet. J'ai fait faire, quinze mois après l'opération, la photographie du squelette jambier par la méthode de Röntgen : le péroné devenu tibia a triplé de volume, et on peut le comparer avec le bout supérieur, inutile, du même os, qui a gardé son volume normal. Bien entendu, l'enfant marche et court comme tous les enfants de son âge.

Luxation du coude en arrière ; emprisonnement consécutif du nerf cubital luxé dans un anneau fibreux cicatriciel.

M. Potherat (de Paris). — L'observation que je vais résumer sommairement se rapporte à un jeune homme de quinze ans, chez lequel une luxation du coude en arrière, sans complications, avait été facilement réduite sous le chloroforme. Au moment de la réduction, on n'avait rien remarqué d'anormal, au bout de quinze jours il persistait seulement un peu de raideur du biceps. Au bout de cinq semaines on constata une paralysie de la zone innervée par le cubital à l'avant-bras et à la main et une atrophie considérable des muscles innervés par ce nerf. Après trois mois de frictions et de massages inutiles, l'intervention chirurgicale ayant été acceptée, je fis une incision suivant la gouttière rétro-épitrochléenne. Je n'y trouvai pas le nerf, qui était déplacé en avant et fixé par un noyau fibreux dépendant du ligament antérieur. Je le dégageai et le replaçai dans la gouttière rétro-épitrochléenne, où je le fixai au moyen d'un voile aponévrotique. Les suites opératoires furent simples, et le résultat thérapeutique excellent : la paralysie avait disparu dès le lendemain, et les muscles reprirent rapidement du développement.

Sur un néoplasme congénital fibro-papillomateux de la plante du pied traité par l'abrasion.

M. Duret. — J'ai eu l'occasion de traiter un volumineux fibrome éléphantiasique congénital occupant toute la plante et les bords du pied, chez un jeune homme de quinze ans, qui marchait ainsi sur sa tumeur à l'aide d'une chaussure monstrueuse dans laquelle il l'emprisonnait. Sur le dos du pied, à la jambe et même sur la cuisse se voyaient des veines variqueuses du volume du pouce et des réseaux veineux analogues aux développements vasculaires qu'on observe dans les tumeurs cirsoïdes veineuses.

L'extirpation semblait impossible, car une cicatrice aussi considérable n'aurait pas permis la marche sans douleurs et eût amené la rétraction en griffe de tout le pied. J'ai donc eu recours à l'abrasion ; j'enlevai par morcellement, à l'aide de forts ciseaux, les parties saillantes de la masse morbide, puis, avec un grand rasoir histologique, j'égalisai la face profonde du derme. Au bout de quelques semaines la plaie bourgeonnait abondamment et j'activai sa cicatrisation en la recouvrant de lambeaux de Thiersch pris sur la jambe et la cuisse du côté opposé. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri et marche sur la plante du pied, sans chaussure spéciale.

Deux cas de septicémie gazeuse.

M. Potherat. — J'ai eu l'occasion d'intervenir cette année dans deux cas de septicémie gazeuse. Dans le premier, il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, égoutier, qui, dans une rixe, en revenant de son travail, reçut un coup de pied, tomba et se fit une fracture de jambe ouverture avec plaie petite et anfractueuse. Malgré des lavages soignés, les symptômes de la septicémie gazeuse apparurent le troisième jour, occupant toute la jambe et une partie de la cuisse. Je pratiquai aussitôt une amputation de cuisse et le lendemain je dus faire de grandes incisions sur le moignon envahi par l'infiltration gazeuse. Le mal fut enrayé, et, au bout de six semaines, le malade était guéri.

Mon deuxième fait a été observé chez un homme de soixante ans, qui avait reçu un coup de fusil dans le mollet, avec pénétration dans la plaie de lambeaux de vêtements souillés de boue et de fumier. Les symptômes de septicémie gazeuse apparurent au deuxième jour. L'amputation ayant été refusée, je nettoyai la plaie et je multipliai les larges incisions et les lavages antiseptiques. La guérison fut obtenue, bien que la convalescence ait été entravée par un érysipèle, une phlébite et une embolie pulmonaire.

Association des névrites et de l'hystéro-traumatisme.

M. Moty (de Lille). — L'hystérie, dont le domaine s'étend chaque jour davantage, joue un rôle considérable dans la symptomatologie et l'évolution des névrites traumatiques. L'association des deux éléments morbides est si fréquente que, sur huit névrites traumatiques actuellement dans mon service, huit sont compliquées d'hystérotraumatisme.

Les phénomènes hystériques les plus ordinaires dans ces cas sont les contractures, les paralysies flasques, les trépidations épileptoïdes, les hémianesthésies à forme segmentaire plus ou moins nette, les hyperesthésies de même forme quelquefois localisées dans les cicatrices, l'œdème persistant.

Les anciens auteurs, Swann et Romberg par exemple, avaient très exactement relaté des observations types de cette association, mais ils n'en pouvaient analyser les éléments parce que la conception actuelle de l'hystérie n'existait pas alors.

Tantôt la névrite apparait seule d'abord, puis se complique ultérieurement de phénomènes d'hystérotraumatisme, tantôt au contraire l'hystérotraumatisme apparait le premier, sous forme de contracture par exemple, puis surviennent ensuite des phénomènes névritiques. Dans bien des cas les symptômes sont enchevêtrés d'une manière si complexe qu'il est à peu près impossible de décider si l'un d'eux commun aux deux affections doit être attribué à la névrite ou à l'hystérie; il en est notamment ainsi pour les troubles vaso-moteurs et les parésies localisées.

Le point le plus important est d'ailleurs de reconnaître l'association des deux éléments pathologiques, association qui impose les plus grandes réserves dans le pronostic et qui doit entrer en ligne de compte dans le traitement.

Toutes les fois qu'une névrite traumatique présente des symptômes anormaux ou se montre particulièrement rebelle, il y a lieu de soupçonner l'hystérie. Mais comme on sait aujourd'hui combien cette maladie mal définie dans sa nature est variable dans ses symptômes, il faut la rechercher méthodiquement et ne pas omettre l'examen du champ visuel qui constitue jusqu'ici le moyen le plus sûr de la dépister sous ses formes les plus insaisissables.

Traitement des entorses et des fractures des malléoles par le « massage ischémique ».

M. Larger (de Maisons-Laffitte). — Cette méthode (décrite pour la première fois par l'auteur *in Bull. Soc. chirurgie*, t. XII, 1886, p. 617) consiste à substituer aux procédés empiriques et brutaux des rebouteurs — fidèlement copiés par les chirurgiens — un moyen rationnel et infiniment plus doux.

Après avoir fait le vide dans tout le membre par l'application de l'appareil d'Esmarch, une compression ouatée énergique, au niveau de l'épanchement sanguin, chasse celui-ci dans le tissu cellulaire probablement ischémié et rendu comme *poreux* ainsi qu'on le ferait d'une éponge.

L'auteur relate les simplifications que l'expérience lui a suggérées, et l'application de sa méthode aux fractures malléolaires.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 Novembre 1896.

Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles.

M. R. Vigouroux, ayant constaté dans un certain nombre de cas des altérations des nerfs et des muscles, a été conduit à reconnaître qu'il en est de même pour la généralité. Seulement ces altérations sont le plus souvent à peine perceptibles et le trouble fonctionnel qui en résulte ne peut être mis en évidence que par une épreuve délicate comme l'exécution d'un acte compliqué.

Voici en somme l'enchaînement pathogénique : *a*) maladie générale, dyscrasique, infectieuse ou toxique, déterminant : 1° une exagération de l'excitabilité réflexe; 2° des lésions variées des nerfs, des muscles, des tissus synovial et fibreux et des vaisseaux. Ces lésions produisent : *b*) les troubles fonctionnels, soit directement, par exemple en diminuant l'irrigation sanguine et par suite la sensibilité et la force des muscles; soit en provoquant un spasme réflexe. Le Dr Vigouroux pense qu'une lésion musculaire telle que l'atrophie, simple ou bien dégénérative, peut provoquer le spasme réflexe des muscles antagonistes ou associés, comme il l'a vu le premier pour les spasmes du cou, ou bien encore le spasme du muscle lui-même. Il signale la part considérable et méconnue du système musculaire dans les maladies générales et le rôle des myopathies dans une foule d'affections considérées comme purement nerveuses. Il fait connaître un signe nouveau, *signe de l'angulaire* propre à déceler un état anormal de la masse du système musculaire, tel qu'il existe dans la chorée, l'hystérie, le saturnisme, la paralysie agitante, la maladie de Basedow, etc. Il divise les impotences fonctionnelles suivant le siège de leur lésion périphérique.

Le traitement qu'il préconise est dirigé : 1° contre la maladie générale (il s'agit le plus souvent d'arthritisme); 2° contre les troubles fonctionnels et locaux. Le principal moyen, mais non le seul, est une gymnastique inventée il y a 30 ans par un spécialiste anglais nommé Jackson et pratiquée intensivement.

Perforation typhoïdique.

M. Lereboullet sera publié dans notre numéro de dimanche prochain.

M. Ch. Monod a été appelé mardi dernier auprès d'un homme chez lequel M. Jeanselme avait diagnostiqué une perforation typhoïdique; 40° de température; ballonnement du ventre. M. Monod opéra, trouva sur l'extrémité inférieure de l'iléo une perforation et, à moins de 12 heures de l'accident, une péritonite suppurée généralisée. La mort survint au bout de 36 heures, par la continuation de la péritonite. Il n'y avait, à l'autopsie, pas d'autre perforation.

Structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique.

M. Cornil, en déterminant des pleurésies expérimentales aseptiques, a étudié le mode de formation des cicatrices et des adhérences. Les phénomènes histologiques sont les mêmes que dans les réunions séro-séreuses de l'intestin. Un dépôt de fibrine sur la séreuse forme une membrane réticulée, les cellules endothéliales prolifèrent par division directe, elles se redressent, pénètrent dans la fausse membrane et s'unissent avec celles de la séreuse opposée. Les cellules vasoformatrices constituent des vaisseaux du 5e au 7e jour.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 Octobre 1896.

Cancer de l'ampoule de Vater.

M. Dominici rapporte l'observation d'un homme de 70 ans, qui a présenté pendant 6 mois de l'ictère chronique avec décoloration des matières fécales, de l'urobinilurie avec présence de pigments biliaires abondant dans les urines, mais sans glycosurie, et qui est mort cachectique, sans avoir jamais présenté de symptômes d'infection des voies biliaires.

A l'autopsie, on trouva les voies biliaires distendues par un liquide clair, visqueux, ne renfermant ni pigments biliaires, ni acides biliaires. Le pancréas était dur, de volume normal, le canal de Wirsung dilaté, l'ampoule de Vater faisant saillie dans la cavité duodénale.

L'ampoule de Vater était le siège d'un épithélioma. Pas de cancer du pancréas. Pas de tumeurs dans les autres organes.

Les voies biliaires renfermaient des colibacilles virulents.

Sarcome du cœur.

MM. Leroux et **Meslay** relatent l'observation d'un malade mort avec des symptômes d'asystolie pulmonaire, et opéré 5 mois auparavant d'un sarcome de l'orbite.

L'autopsie montra tout d'abord une récidive orbitaire avec prolongement intracrânien à travers la fente sphénoïdale, et ramollissement de la face inférieure du cerveau, et l'existence dans le cœur de nombreuses tumeurs secondaires, particulièrement au niveau de sa pointe, de la paroi interventriculaire et surtout de la paroi ventriculaire droite et auriculaire du même côté. D'autres localisations secondaires furent trouvées dans le foie, les reins et la rate. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Cancer primitif du foie.

M. Lapointe présente un cancer primitif du foie, enlevé par laparotomie chez une femme de 34 ans, par M. Segond. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une tumeur formée de deux masses, rattachées au bord tranchant du foie par un pédicule large mais très mince. Il s'agissait d'un cancer primitif du foie, pédiculé, constitué par une masse ramollie, kystique, suspendue à une autre masse de consistance squirreuse. La malade, très affaiblie avant l'opération, est morte 2 jours après.

Infection à pneumocoques sans fièvre.

MM. de Gennes et **Griffon** ont trouvé à l'autopsie d'une femme de 69 ans morte dans l'apyrexie, après avoir présenté des troubles moteurs et psychiques rapportés à l'athéromasie cérébrale, outre les lésions diagnostiqués pendant la vie, deux petits reins rouges granuleux, typiques, avec hypertrophie du ventricule gauche.

Il existait en même temps une péricardite purulente au début, où l'analyse bactériologique décèle la présence du pneumocoque.

Le foyer primitif de l'infection se trouvait au niveau des bronches qui étaient violacées et remplies de pus épais, où le microscope permet de reconnaître des cellules épithéliales desquamées et des pneumocoques encapsulés. Pas de foyers pumonaires.

L'intérêt de ce cas réside dans l'absence de fièvre, dans une suppuration à pneumocoques péricardique et bronchique, rappelant ainsi les pneumonies apyrétiques des vieillards.

Microbiologie du purpura infectieux.

M. Ch. Lévi communique l'observation d'un enfant de un an, atteint de broncho-pneumonie et dilatation bronchique. Cet enfant avait eu, avant sa mort, des taches purpuriques. A l'autopsie, on trouva des pneumocoques et des streptocoques dans les poumons, le sang du cœur, le foie, la rate, etc. De plus, en faisant des coupes de la peau, au niveau des régions à taches purpuriques, on trouva également des pneumocoques et streptocoques dans ces régions.

Deux cas de gliome cérébral.

M. Labbé présente 2 cas de gliomes cérébraux. Dans le premier il s'agit d'un homme de 37 ans qui, sans présenter aucun antécédent syphilitique ni alcoolique, eut une crise épileptiforme isolée, suivie, 5 ans après seulement, de l'apparitiion des symptômes cérébraux ; perte des urines et des matières, tristesse, apathie, céphalalgie médiane, vertiges avec chute, et secousses épileptiformes. La maladie évolua rapidement, en 3 mois, et la mort survint au milieu de crises d'épilepsie jacksoniennes et du coma.

L'autopsie montra l'existence d'une tumeur gélatiniforme, rosée, occupant le corps calleux et s'étendant symétriquement, de chaque côté de la ligne médiane, jusqu'à l'écorce cérébrale qui est atrophiée et même lésée au niveau de la partie antérieure du lobe frontal.

Le second cas est celui d'un jeune homme de 15 ans, sans antécédents syphilitiques, atteint progressivement d'une hémiplégie gauche, s'accompagnant d'une double perforation du pariétal droit. A l'autopsie on trouva une tumeur occupant plus du tiers moyen de l'hémisphère droit.

Cas rare d'occlusion intestinale.

MM. Cestan et **Wiart** présentent une pièce recueillie sur un malade de 42 ans, mort après une laparotomie négative, avec des signes d'occlusion intestinale.

A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle d'aspect à peu près sain, le gros intestin vide et rétracté. Derrière le grand épiploon rétracté et adhérent, on voyait que la portion terminale de l'intestin grêle s'était enroulée, en faisant un double tour, autour de la racine du mésentère, enserrant ainsi la portion intestinale qui fait suite au duodénum et interrompant le cours des matières et des gaz.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 Octobre 1896.

Cancer et extrait de chélidoine.

M. Robinston rapporte l'observation d'une femme traitée par l'extrait de chélidoine suivant le procédé de Denissenko, pour une volumineuse tumeur de la joue, étendue du nez à l'oreille, de l'orbite à la bouche. On a : 1° donné des prises d'extrait de chélidoine variant de 1 à 5 grammes; 2° pratiqué des injections hypodermiques; 3° fait des badigeonnages de la tumeur avec le même médicament.

Le résultat a été un ramollissement de la tumeur et la formation des fistules.

Un traitement de la syncope.

M. Poulet rapporte l'observation d'un enfant atteint de diphthérie et à qui on pratiqua le tubage puis la trachéotomie. La syncope survint lors du tubage. M. Poulet put rappeler l'enfant à la vie en lui mettant la tête en bas et en pratiquant une excitation de l'échine par un vigoureux tapotement. M. Poulet insiste sur la portée générale de ce procédé.

M. Maurange. — Voir page 1057.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 Octobre 1896.

Extirpation du rectum cancéreux.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) envoie l'observation d'une femme de 39 ans qu'il a opérée d'un cancer haut situé du rectum. Il a commencé par faire l'opération de Kraske, mais comme la tumeur avait envahi l'S iliaque et ne pouvait être extirpée par la voie sacrée, M. Bœckel fit placer la malade sur le dos, pratiqua une laparotomie, sectionna l'S iliaque au-dessus de la tumeur et, replaçant de nouveau la malade sur le ventre, extirpa le rectum et la partie inférieure du rectum. La malade guérit.

Complications intra-crâniennes des otites.

M. Broca. — Voir *Gazette*, n° 88, p. 1051.

PRÉSENTATIONS.

M. Quénu fait observer que c'est la première fois que l'opération préconisée par Gaudier (de Lille) réussit chez le vivant.

M. Reclus lit un travail de **M. Dubourg** sur l'emploi d'un *tube de caoutchouc creux pour les anastomoses intestinales*. Ce tube assure un passage bien ouvert dès le début, permet de faire un orifice d'un calibre déterminé et fournit un point d'appui aux sutures.

M. Nélaton présente un malade atteint d'un *polype naso-pharyngien*. M. Nélaton a fait l'ablation par le procédé de Chassaignac et de Mandl et laissa la brèche ouverte. Il se prod isit au bout de 4 mois une récidive qui fut traitée avec succès par les attouchements à l'acide chromique. La guérison est obtenue actuellement depuis plusieurs mois.

M. Chaput présente un appareil pour *stériliser le catgut* dans l'huile à 120°; on chauffe très lentement.

M. Legueu présente un *lipome arborescent* du genou. La synoviale de plus était très épaissie dans toute son étendue.

M. Th. Anger présente une femme atteinte de *cataracte*. M. Anger a opéré cette cataracte. Après l'opération, il a fait le lavage de la chambre antérieure de l'œil, au moyen d'une petite seringue.

M. Delens pratique aussi le lavage de la chambre antérieure au moyen de la seringue de de Wecker.

M. Terrier. — Ce lavage est complètement abandonné aujourd'hui. En tout cas il ne faut jamais le pratiquer avec l'eau distillée qui altère les éléments épithéliaux.

M. Brun. — M. Chibret a inventé une seringue qui non seulement lave la chambre antérieure, mais aspire encore les substances qui peuvent s'y trouver. Pour M. Brun aussi le lavage de la chambre antérieure est non seulement inutile, mais encore nuisible.

M. Kirmisson ne pratique jamais le lavage de la chambre antérieure; ce lavage présente de nombreux inconvénients et il n'est pas utile.

M. Tuffier présente une pièce d'*anévrysme de la poplitée*, extirpée chez un syphilitique. M. Tuffier a fait pratiquer au préalable la compression intermittente digitale de la fémorale sur l'os iliaque, pour permettre aux anastomoses de s'établir, si bien que la gangrène du membre a été évitée après l'extirpation de l'anévrysme.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE.

Séance du 23 Octobre 1896.

Méningite spinale et complexus tabétique.

M. Schwarz fait observer que les recherches récentes ont établi l'existence d'un rapport intime entre les affections systématiques de la moelle épinière et la méningite chronique. On a soutenu encore que le même rapport existait aussi dans le tabès.

On pouvait donc se demander si dans les cas de ce genre où il y avait coexistence de lésions méningitiques et médullaires, il s'agissait d'une simple coïncidence ou d'une relation de cause à effet.

Les faits observés par M. Schwarz, viendraient plutôt à l'appui de la seconde hypothèse et permettent d'envisager les lésions médullaires comme consécutives à la méningite. Chez 2 malades dont il a eu l'occasion de faire l'autopsie, il existait une périnévrite des racines postérieures. Dans un 3e cas, il existait une dégénérescence fibreuse au niveau de la moelle dorsale, et une dégénérescence encore plus intense de la moelle lombaire cervicale et de la moelle lombaire au niveau desquelles il existait encore un état inflammatoire des méninges.

Dans le tabès, l'épaississement de la pie-mère reste limité à la région des cordons postérieurs, tandis que les phénomènes d'une véritable inflammation des méninges font défaut. Une simple hyperplasie des méninges ne peut donner lieu à une lésion de la substance nerveuse, aussi les cas observés par M. Schwarz doivent être considérés non pas comme relevant du tabès, mais comme une méningite chronique avec affection des racines postérieures.

M. Redlich fait remarquer que dans la plupart des cas de tabès on trouve des modifications inflammatoires typiques des méninges.

M. Paltauf pense que l'état trouble de la tuméfaction des méninges dans le tabès peut ne pas être de nature inflammatoire, mais être le résultat de la diminution du volume des cordons postérieurs.

M. Redlich insiste sur ce fait que dans le tabès on trouve encore un processus inflammatoire des méninges au niveau de la face antérieure de la moelle.

M. Obersteiner croit que les lésions des méninges dans le tabès sont probablement primitives.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séances des 14 et 21 Octobre 1896.

Méningite cérébro-spinale.

M. Schlesinger a observé dans son service 5 cas de méningite cérébro-spinale, entrés à l'hôpital dans le courant du dernier mois. Sur ces 5 malades, 3 ont guéri, 2 sont morts très peu de temps après leur entrée.

Dans tous les cas il a existé dès le début une paralysie des nerfs crâniens, notamment du facial et des moteurs oculaires. Chez l'un des malades, qui a fini par guérir, on trouvait au commencement une série de symptômes qu'on pouvait attribuer à la névrite périphérique : sensibilité des troncs nerveux, hyperesthésie, atrophie rapide des muscles. On a encore noté des troubles de miction et de défécation, de la néphrite au moment où la fièvre avait atteint son maximum. Dans tous les cas on a pu constater un amaigrissement rapide; les vomissements, qui n'ont existé que chez 2 malades, sont survenus au moment de la convalescence.

Le diagnostic a été facile à faire dans tous les cas, d'après les symptômes présentés par ces malades. Chez 2 malades on a fait la ponction lombaire : le liquide retiré par la ponction était trouble et renfermait des éléments cellulaires et des diplocoques qui n'avaient pas tout à fait les caractères de méningocoque intracellulaire.

Le traitement comprenait en premier lieu un enveloppement dans des compresses chaudes, ce qui exerçait une influence très favorable sur la plupart des symptômes.

M. Berdach a observé 2 cas de méningite cérébro-spinale qui ont débuté par une angine.

M, Anhauch a observé dans le service du professeur Drasche 3 cas de méningite cérébro-spinale qui se sont terminées par la mort. Le liquide cérébro-spinal contenait dans tous ces cas ces méningocoques intracellulaires. Les enveloppements chauds n'ont paru efficaces que dans un cas : le malade a pourtant succombé.

Dans un 4e cas où la méningite cérébro-spinale s'était développée consécutivement à une pneumonie double compliquée d'endocardite, le liquide cérébro-spinal renfermait des pneumocoques.

Mort après le cathétérisme de l'urèthre.

M. Zuckerkandl présente les pièces provenant d'un individu qui a succombé quelques heures après un cathétérisme de l'urèthre rétréci.

Le cathétérisme a été fait avec une sonde métallique. Les phénomènes survenus après le cathétérisme ont été une élévation de la température, des vomissements, de la diarrhée; il survint ensuite un état de collapsus auquel le malade a succombé.

A l'autopsie on trouva un rétrécissement cicatriciel de la portion bulbeuse de l'urèthre et une dégénérescence graisseuse du cœur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde,

Par M. Lereboullet.

La remarquable communication que nous a faite mardi dernier M. le professeur Dieulafoy est de celles qui ne peuvent manquer d'avoir un grand retentissement. Avec l'autorité que lui donne son expérience clinique, avec l'incomparable talent d'exposition qui grave dans la mémoire de tous ceux qui l'écoutent les doctrines qu'il veut faire prévaloir, notre collègue a montré la part qui revient aux accidents appendiculaires dans la pathogénie des péritonites de la fièvre typhoïde. Il a prouvé qu'il existait, plus souvent qu'on ne le croyait jusqu'à ce jour, une perforation de l'appendice d'origine typhoïdique; il a fait voir que, dans le cours de la fièvre typhoïde, survenaient des crises appendiculaires qu'on a eu parfois le tort de confondre avec les perforations de l'intestin; il a appelé l'attention de tous les médecins sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, non seulement dans les cas d'appendicite, où son utilité est démontrée, mais encore dans certains cas de péritonite par perforation survenue au niveau d'une plaque de Peyer ulcérée. Et, s'appuyant sur les statistiques publiées par M. Lejars et quelques autres chirurgiens, il s'est efforcé de montrer qu'il ne s'agissait point là d'une simple vue de l'esprit, mais bien de faits cliniques d'une authenticité incontestable.

Sur presque tous ces points qui constituent, comme son titre l'indique, la partie fondamentale de la communication de M. Dieulafoy, je suis d'accord avec notre collègue. J'irai même plus loin que lui en reconnaissant qu'un certain nombre d'observations de *typhus ambulatorius* suivi de mort rapide ou presque subite devraient être aujourd'hui revisées (1).

1. Je fais allusion ici aux faits cités par Chomel, Trousseau, Louis, Murchison et moi-même (voir *Nouveau dictionnaire de médecine pratique*, art. Fièvre typhoïde, d'Homolle, t. XXXVI, p. 665).

Au temps déjà ancien où j'avais la direction d'un service d'hôpital — car les péritonites par perforation sont relativement rares dans la clientèle urbaine — j'ai recueilli, j'ai même communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* des cas de ce genre. Alors que la pathogénie des accidents appendiculaires était inconnue, on était excusable de mettre sur le compte du typhus abdominal ce qui n'était parfois qu'un cas banal d'appendicite suraiguë.

Pour justifier ces erreurs, je ne puis mieux faire que de citer les paroles d'un de nos anciens maîtres dont l'autorité a été grande et qui a laissé parmi nous le souvenir d'un clinicien de premier ordre en même temps que celui d'un observateur aussi honnête que sagace.

Voici ce que dit M. Noël Guéneau de Mussy (1) au sujet des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde :

« Elle a lieu le plus souvent au niveau de l'iléon, dans le voisinage de la valvule; elle n'est pas rare dans l'appendice cæcal... Dans l'appendice elle est souvent déterminée par des corps étrangers qui s'y sont engagés et qui perforent mécaniquement la paroi interne ou, l'irritant par leur contact prolongé, y déterminent une inflammation ulcéreuse. J'ai observé trois fois ce mode de production de la perforation; elle était due une fois à un pépin de raisin, une fois à un pépin d'orange et une autre fois à une graine de melon. »

Point n'est besoin d'insister pour faire voir que si le mot d'appendicite était encore inconnu, ses symptômes et les causes qui en aggravent le pronostic n'avaient pas échappé aux cliniciens.

Il convient de reconnaître cependant que M. Dieulafoy a eu le grand mérite de préciser les conditions pathogéniques de la perforation appendiculaire et d'avoir appelé l'attention des médecins sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les cas où l'appendicite presque seule est en cause.

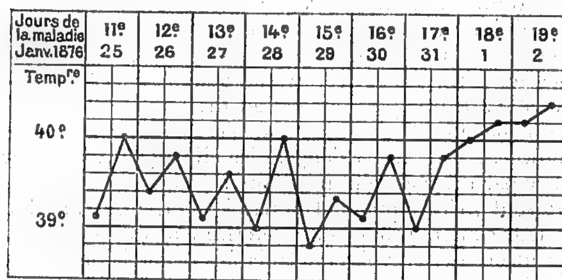
Mais, comme le dit excellemment notre collègue « ici, comme ailleurs, plus qu'ailleurs, la chirurgie a tout à gagner des conseils médicaux; c'est à nous médecins qu'incombe le rôle, parfois si difficile, de poser les indications et les contre-indications d'une opération, d'en saisir le moment opportun et d'armer en temps voulu la main du chirurgien ». Pour y parvenir il faut être certain de son diagnostic et c'est à ce point de vue que je voudrais soumettre à mon ami M. Dieulafoy quelques observations que me suggèrent les conclusions de son intéressant travail.

D'après ces conclusions, le signe le plus important de la perforation intestinale due à l'ulcération d'une plaque de Peyer est la chute brusque de la température. Alors que l'appendicite (et même, si je l'ai bien compris, la perforation appendiculaire) se traduit presque toujours par une élévation thermique, la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde se caractériserait, dans la grande majorité des cas, par l'hypothermie. M. Dieulafoy cite à l'appui de cette opinion plusieurs observations personnelles; il en a recueilli çà et là plusieurs autres. « La plupart des auteurs, dit-il, signalent cette chute brusque de la température au nombre des signes de la perforation. » C'est cette affirmation qui paraît formelle, malgré quelques discrètes réserves; c'est la valeur absolue de l'hypothermie comme signe diagnostique qu'il m'est difficile d'admettre si je consulte mes souvenirs et mes

1. *Clinique médicale*, 1884, t. III, p. 318.

notes et surtout si je consulte les travaux cliniques les plus dignes de créance.

En 1869 à Strasbourg, de 1874 à 1878 au Val-de-Grâce j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs épidémies graves de fièvre typhoïde et d'insister à diverses reprises sur la signification des irrégularités thermiques qui signalent les complications variées que peut présenter la maladie. Or, dans toutes les observations de perforation intestinale (limitées comme elles le sont d'ordinaire et accompagnées de péritonite suraiguë) qu'il m'a été donné de recueillir, l'élévation de la température centrale a été la règle. Je ne rappellerai ici, comme exemple, qu'une seule observation personnelle.



Le malade, âgé de 21 ans, était entré dans mon service le 25 janvier 1876, atteint d'une fièvre typhoïde grave datant de 8 à 10 jours au moins. La maladie avait suivi ses phases habituelles lorsque survinrent des vomissements porracés, une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, une accélération très marquée du pouls (130 pulsations) qui devint petit, inégal, irrégulier; *une élévation marquée de la température*, qui de 39°8 monta à 40°, 40°2 et atteignit 40°4 peu d'heures avant le décès. L'autopsie montra que la mort était due à une péritonite suraiguë provoquée par une perforation intestinale siégeant à 8 centimètres de l'extrémité inférieure de l'iléon. Deux plaques de Peyer seulement montraient chez ce malade les lésions de la fièvre typhoïde. Les deux tiers de la longueur de l'intestin grêle ne présentaient qu'un léger degré de psorentérie sans altération des plaques (1).

Si j'avais été seul ou presque seul à constater cette absence d'hypothermie ou mieux encore l'hyperthermie coexistant avec une péritonite manifestement due à une perforation intestinale, je ne me serais pas cru autorisé à infirmer la constance des faits signalés par M. Dieulafoy; mais les recherches bibliographiques que j'ai pu faire ces jours derniers m'ont prouvé que mes observations étaient conformes à celles d'un assez grand nombre de médecins et c'est pourquoi je me suis permis d'intervenir dans cette discussion.

Dans le beau livre que nous a laissé Lorain et que nous devons à la pieuse st reconnaissante sollicitude de notre collègue M. Brouardel, on peut lire : « La péritonite par perforation est, sans contredit, le plus grave des accidents qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde. Elle se termine le plus souvent par la mort. Elle éclate vers la fin du troisième, ou plus souvent du quatrième septenaire, quelquefois même encore plus tard. *Elle se traduit par une élévation de la température presque identique dans tous les tracés que nous avons consultés* (1). »

1. Je me bornerai à rappeler ici la fréquence des perforations dans ces formes de la fièvre typhoïde qui n'altèrent qu'une ou deux plaques de Peyer. Le peu d'étendue des lésions dans les cas de ce genre permet de défendre, dans certains cas, l'utilité d'une intervention chirurgicale.

MM. Brouardel et Thoinot acceptent en 1895 et reproduisent cette dernière phrase de Lorain (2).

Griesinger, dont l'autorité est indéniable et qui n'a pu être influencé par d'autres observateurs, déclare que la production subite de la perforation « s'accompagne souvent d'un frisson *avec prompte élévation de la température du corps*... (3) ».

Guéneau de Mussy (4) a observé tout à la fois et l'élévation et l'abaissement de la température. Voici ses paroles : « Des phénomènes d'hyponervie plus accentués et pouvant aller jusqu'au collapsus, l'accélération du pouls, l'*élévation de la thermalité;* d'autres fois un abaissement inexplicable de la température qui peut même dans l'agonie descendre au-dessous de la normale, l'altération des traits de la face, bien moins prononcée que quand la sensibilité est intense, et surtout le météorisme, sont les signes qui font soupçonner au médecin l'existence d'une perforation. »

MM. Arnould et Lemoine (5) déclarent eux aussi que les symptômes de la perforation intestinale « s'accompagnent souvent d'une *élévation de la température centrale* ». Mais, ajoutent-ils, « ce phénomène n'est pas constant et un abaissement thermique se montre même lorsqu'il y a tendance au collapsus.

C'est dans les mêmes termes ou à peu près que s'exprime Homolle (6) : « Souvent, dit-il, un grand frisson annonce, en même temps que la douleur, la rupture de l'intestin, *et la température s'élève rapidement* ». Plus loin, cependant, Homolle ajoute : « Une élévation rapide de la température centrale accompagne habituellement les accidents péritonitiques, mais chez quelques sujets l'algidité est le phénomène prédominant. Le refroidissement périphérique, ordinairement tardif, se produit quelquefois de très bonne heure. Il s'accompagne souvent d'un abaissement de la température centrale. »

Si, au lieu de citer les médecins qui n'ont conclu qu'après avoir collationué de nombreuses observations, je reprends à mon tour les observations les plus récentes, j'arrive au même résultat. Le malade opéré par M. Lejars dans le service de M. Fernet (7) avait, quelques heures après la perforation, une température de 39° et un pouls fuyant à 120 pulsations. Le lendemain de la laparotomie la température était à 40° (8).

Ces citations me paraissent suffisantes pour prouver que l'hypothermie ne peut être considérée comme l'un des symptômes les plus fréquents ni surtout comme l'un des symptômes pathognomoniques de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

1. *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, par P. Lorain; publication faite par les soins de P. Brouardel. Paris, Imprimerie nationale, 1877, p. 115.
2. *La fièvre typhoïde*, par Brouardel et Thoinot. Paris, J.-B. Baillière, 1895, p. 199.
3. *Traité des maladies infectieuses*, 2e édition, revue et annotée par E. Vallin. Paris, J.-B. Baillière, 1877, p. 327.
4. *Clinique médicale*, t. III, 1884, p. 321.
5. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 8e série, t. XVIII, p. 479.
6. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVI, p. 670.
7. *Presse médicale*, 1896, p. 2.
8. Je ne veux faire ici aucune théorie pathogénique et me contenter d'exposer des faits. S'il fallait les interpréter, il serait aisé de démontrer qu'au début de la perforation, lorsque celle-ci est très petite, l'infection péritonéale coli-bacillaire est d'ordinaire peu marquée, qu'elle ne se manifeste avec l'hypothermie qui la caractérise que dans les perforations assez étendues ou bien alors que la réaction inflammatoire n'est plus suffisamment active et que la mort est imminente.

Il importe d'ailleurs, pour éviter à ce point de vue de trop fréquentes causes d'erreur, de ne pas confondre le *collapsus algide* avec l'*hypothermie* et de toujours spécifier, dans les observations cliniques, si la température indiquée a été prise dans l'aisselle ou dans le rectum.

En 1878, dans un travail publié à l'occasion des recherches entreprises par M. Peter pour montrer ce que peut donner, au point de vue du diagnostic, la mensuration des températures locales, j'ai fait voir (1) combien était parfois difficile l'évaluation précise de la température périphérique. Lorsque le thermomètre est placé dans l'aisselle, alors surtout qu'il s'agit d'un vieillard, ou de malades atteints de collapsus algide, il faut parfois vingt à trente minutes pour obtenir le chiffre exact de la température centrale. L'ascension de la colonne mercurielle dépend en effet du pouvoir diathermane du sujet sur lequel on observe. Ce que l'on constate n'est que la transmission plus ou moins rapide de la température centrale à la masse liquide contenue dans le réservoir du thermomètre et l'équilibre de température tarde parfois très longtemps à s'établir. C'est ainsi que j'ai pu communiquer à la *Société médicale des hôpitaux* des cas de typhoïques ayant succombé dans le collapsus et présentant une température axillaire de 37° alors que la température rectale dépassait 39°.

Je n'ai pas à insister ici sur l'intérêt non plus que sur la signification clinique des faits de ce genre. Il me suffira d'en conclure que les températures basses, lorsqu'elles ont été prises dans l'aisselle chez des sujets atteints de collapsus algide ne peuvent être considérées comme exactes que dans les cas où le thermomètre a été maintenu très longtemps et avec des précautions infinies.

J'ajouterai enfin que je suis absolument d'accord avec M. le Dr Hutinel lorsqu'il dit dans son excellente thèse sur les *températures basses centrales* (p. 139) : « Parfois le collapsus algide est une des premières manifestations de l'ensemble symptomatique grave qui suit la perforation de l'intestin ou de la vésicule biliaire; *mais ce fait ne saurait être érigé en règle absolue.* »

Est-il donc impossible de reconnaître, dès ses débuts, la perforation de l'intestin survenue au cours d'une fièvre typhoïde grave et dans les conditions d'obnubilation intellectuelle et d'insensibilité à la douleur signalées par M. Dieulafoy? Je ne le pense pas et j'estime que si la courbe thermique ne peut à cet égard toujours préciser le diagnostic, l'étude attentive du pouls est, au contraire, des plus suggestives.

Je crois, en effet, que dans tous les cas où le pouls s'accélère brusquement, devient petit, serré et inégal et persiste avec ces caractères et une fréquence progressive pendant plusieurs jours, il ne peut être question que d'une hémorrhagie ou d'une perforation intestinale. Comme le dit Lorain, dans l'observation que nous avons déjà citée, « le pouls a marqué, mieux que la température, la marche fatale de la maladie. S'étant maintenu pendant 12 ou 13 jours à 100 et 110, il prend à partir de ce moment une marche constamment ascendante sans oscillation et atteint 140 puis, au dernier moment il monte à 148. » Les observations que j'ai pu recueillir concordent absolument avec celles de Lorain, de Griesinger, de Guéneau de Mussy, etc. Dans la fièvre typhoïde qui évolue normalement, le pouls est d'ordinaire relativement peu fréquent, eu égard à la température. Il oscille entre 80 et 100 pulsations alors que le le thermomètre marque 39° et 40°. Dès l'instant que ces caractères changent brusquement; alors surtout qu'en même temps le météorisme augmente très vite; que la douleur provoquée par la palpation de la région iléo-cæcale se traduit par une contraction des traits du visage; que des vomissements, du hoquet une angoisse respiratoire due au ballonnement extrême du ventre appellent l'attention, le diagnostic de perforation s'impose.

Après une consciencieuse étude de tous ces signes, Griesinger déclare que, dans les péritonites par perforation survenues au cours d'une fièvre typhoïde, « les conditions de la température sont si variables qu'on ne peut rien en tirer au point de vue du diagnostic ». Les observations citées par M. Dieulafoy sont si différentes de celles que je viens de résumer que cette conclusion de Griesinger me paraît bien justifiée. Mais, au point de vue du pronostic aussi bien qu'au point de vue des indications opératoires, j'estime que les cas dans lesquels il y a hypothermie considérable et continue sont infiniment plus graves encore que ceux dans lesquels la température s'élève. Et c'est pourquoi je me suis cru autorisé à vous soumettre les considérations qui font l'objet de cette note.

La grande et légitime autorité de M. Dieulafoy aurait pu encourager les médecins à prendre à la lettre, sans tenir compte de ses réserves, les idées qu'il a défendues et à réclamer une intervention chirurgicale dans tous les cas de fièvre typhoïde grave où la température s'abaisse brusquement et reste abaissée. Je crois, au contraire, que dans ces cas, où le collapsus est d'une signification pronostique des plus sérieuses, l'abstention ou tout au moins la plus vigilante prudence doit être recommandée. Il ne faut pas oublier que, dans les péritonites typhoïdiques, on n'est pas fixé à l'avance sur le siège de la perforation, qu'il peut en exister plusieurs, que l'opération tentée en vue de suturer ou de réséquer l'intestin sera longue et laborieuse. Elle aura d'autant plus de chances de réussir que l'état général du malade sera meilleur et, à ce point de vue, l'hypothermie sera souvent une contre-indication. La laparotomie pourra, au contraire, être tentée dans les péritonites par perforation où la température se maintient élevée, avec un pouls non déprimé et d'une fréquence moyenne. Elle s'imposera dans les perforations d'origine appendiculaire.

1. Des températures morbides locales (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 661).

PATHOLOGIE MENTALE

Folie hystérique,

(*Esquisses de psychiatrie médico-légale*),

Par le Pr Paul Kovalevsky

Recteur de l'Université impériale de Varsovie.

L'hystérie donne souvent lieu à des enquêtes médico-légales. Dans le plus grand nombre des cas, la névrose hystérique est le terrain qui fait facilement naître des crises d'état affectif pathologique. En ce qui concerne les apparitions morbides de la vie mentale des hystériques, nous devons distinguer le caractère hystérique et les psychoses hystériques. Le caractère hystérique existe comme entité indépendante et est propre à beaucoup de malades hystériques; les psychoses hystériques ne diffèrent essentiellement en rien des psychoses ordinaires et

l'aspect particulier qu'elles prennent n'est occasionné que par les particularités nerveuses de l'hystérie.

Caractère hystérique. — Le trait le plus caractéristique de l'hystérie en général est l'instabilité et la variété des aspects sous lesquels elle se montre. Cette variété et cette diversité se manifestent dans toutes les régions de la vie de l'organisme : dans la région des organes sensoriels, les régions intellectuelle, vasomotrice et locomotrice. La même chose peut être dite concernant la sensibilité affective et le caractère des hystériques. Une mobilité et une versatilité extrêmes sont les traits essentiels et principaux du caractère hystérique.

Ces changements se font d'une manière si brusque, si imprévue et manquent à un tel point de motif, qu'ils frappent involontairement et font naître le doute sur l'état normal des hystériques, même chez les personnes non initiées aux mystères de la médecine. L'hystérique qui paraissait gaie, heureuse, contente et sociable il n'y a qu'un moment, se replie soudain sur elle-même, sans la moindre cause, devient triste et déprimée, se chagrine et se désole. Tout ce qui l'entoure lui semble morne, dépourvu de but et de sens et lui paraît étranger. La vie elle-même lui paraît dénuée d'espérance, de joie, d'un avenir plus ou moins précis. Elle se sent malheureuse, solitaire et incomprise. Elle n'a pas d'ami, de personne proche à qui elle aurait pu ouvrir son âme et qui aurait su la consoler. La vie lui apparaît triste et morne. Son gosier se serre, des larmes lui inondent le visage, des larmes de désespoir. Les hystériques pleurent souvent et pleurent amèrement. Elles pleurent sans la moindre cause et la source de leurs larmes paraît intarissable. Mais voilà qu'un rayon de soleil semble illuminer le visage de la malade. Ses larmes n'ont pas encore séché et cependant nous la voyons de nouveau gaie, heureuse et contente ; elle bavarde et fait des confidences à tort et à travers. Elle n'a rien de secret, elle ouvre son âme et raconte les choses les plus intimes aux personnes qui y prêtent le moins d'attention.

En faisant leurs confidences, les hystériques ne se gênent pas pour ne pas toujours se conformer strictement à la vérité, et dans les couleurs qu'elles mettent il y a toujours des nuances fausses et inventées. Elles abusent largement de la *licentia poetica*. Généralement leur gaieté et leur franchise extrêmes ne trouvent pas non plus de justification. Si les hystériques peuvent être tristes ou gaies à l'extrême, elles peuvent être au même degré méchantes et implacables, sans qu'un motif plausible justifie leur disposition d'esprit. Les crises de leur colère et de leur méchanceté peuvent être telles qu'elles en perdent complètement la tête et passent à un état affectif pathologique.

Les rapports de ces personnes envers leur entourage sont tout aussi instables. Aujourd'hui elles sont bonnes, affectueuses et aimables envers vous et vous ouvrent leur âme, tandis que demain elles sont grossières, vous insultent, vous traitent avec mépris et se détournent de vous. Et cela sans la moindre raison, ou pour la cause la plus futile.

Leurs connaissances sont tout aussi superficielles et peu précises. Elles se jettent sur tout, sans rien apprendre à fond. Elles ne savent pas fixer leur attention et n'ont ni constance, ni ténacité. Elles passent d'objet à objet, d'une affaire à une autre, d'un homme à un autre. C'est pourquoi leurs connaissances sont variées, superficielles, peu précises et confuses. Leur raisonnement est peu logique, inconséquent et n'a pas de suite dans son développement. Leurs conclusions sont fausses, tout à fait imprévues et différentes à chaque moment donné. Dans les discussions elles essaient de prendre le dessus par des cris, des insultes et des larmes et reviennent toujours sur leur propre personne. Les discussions abstraites leur sont peu accessibles. Elles ne savent pas persuader leurs adversaires, elles les font taire.

Les sentiments d'un amour et d'un attachement constants sont aussi étrangers aux hystériques. Aujourd'hui ils vouent ces sentiments à une personne, demain à une autre. Ils sont extrêmement égoïstes, cruels et sans cœur envers les personnes proches qui les entourent. Personne ne peut offenser et insulter un homme à tel point que sa femme hystérique. Pour jouer le rôle de victime aux yeux des autres, une femme hystérique ne se gêne pas pour mentir sur le compte de son mari, le calomnier, l'accuser de la battre et de manquer de probité et lui imputer toutes sortes d'actions déshonorantes. Il arrive qu'elles sont tout aussi implacables envers elles-mêmes et ne se gênent pas pour s'écarter de la vérité en peignant leur propre portrait peu flatteur, mais ceci n'arrive que rarement et généralement le portrait est loin d'atteindre la réalité et le tout n'est qu'une pose et le désir de jouer un rôle.

Leur amour-propre, leur présomption et la tendance à toujours être en vue, à attirer l'attention et être l'objet de l'intérêt général les poussent souvent à commettre des actions très dangereuses. Elles essaient de s'ôter la vie au moyen de poison, d'une corde, d'un couteau, d'un poignard, etc. Mais toutes ces tentatives se font de manière à atteindre un seul but, celui d'attirer l'attention et l'intérêt public et de faire parler d'elles, et pas du tout celui de s'ôter réellement la vie. Ces tentatives se font presque toujours avec une mise en scène à effet : un costume se commande spécialement pour l'occasion, des lettres et des confessions s'écrivent, des poses théâtrales se choisissent avec soin, etc. Il n'y a pas de plus grande punition pour l'hystérique que si la tentative passe sans exciter l'attention de ceux pour qui le rôle se jouait. Ordinairement ce sont 2 ou 3 têtes d'allumettes qu'elles avalent, tandis qu'elles en dispersent autour d'elles 8 à 10 boîtes.

Les sentiments de jalousie, de colère et d'amour chez les hystériques sont aussi impétueux que passagers. Elles ne savent pas maîtriser leurs passions et il est impossible de se fier à leurs sentiments et à leur constance. Toutes elles manquent de franchise et mentent, non pour tirer profit de leur mensonge et de leur supercherie, mais par amour pour le mensonge par lui-même. Leur plus grande jouissance est de tromper les personnes qui leur sont proches. Elles le font avec audace, sans broncher, avec un sang-froid imperturbable. Toutes ces scènes et ces caprices, la grossièreté, l'insolence, la cruauté et le manque de cœur des hystériques, le mensonge et la calomnie dont elles sont capables, rendent la vie des personnes qui les entourent insoutenable. Holmes a raison en disant qu'une jeune fille hystérique est un vampire qui suce le sang des personnes bien portantes qui l'entourent. L'honnêteté est remplacée chez les hystériques par le mensonge et l'hypocrisie. Le repentir leur est étranger. Il est vrai que parfois, accusées d'une vilaine action qu'elles ne peuvent renier, elles semblent montrer du repentir et se confessent même publiquement, mais cet acte n'est pas non plus dicté par un sentiment vrai et sincère, mais par amour pour la pose et la comédie. Parfois ces malades commettent des vols, avec effraction même, des faux, des escroqueries et d'autres actions plus vilaines encore, sans ressentir la moindre honte, le moindre repentir et sans bien se rendre compte de toute la vilenie de leur action.

Ce sont les centres inhibitoires supérieurs qui sont lésés chez les hystériques. Elles ne savent pas maîtriser leurs passions et vivent esclaves de ces passions, parfois assez basses. C'est ce qui explique leurs crises subites de colère, d'indignation et de gaîté folle, leurs engouements excessifs, leur tendresse inattendue et des emportements tels qu'elles trépignent des pieds comme des enfants gâtés, cassent les meubles et éprouvent une envie irrésistible de se battre.

Ces malades n'ont rien de déterminé, d'original, d'indépendant dans leur caractère : elles ne vivent que par l'imitation, mais tombent toujours dans les extrêmes, qu'elles poussent jusqu'à un état pathologique.

Il serait triste pour le genre humain que toutes les personnes hystériques eussent un pareil caractère. Heureusement ce n'est le partage que de la minorité. Tous ces traits du caractère hystérique se rencontrent non seulement chez les femmes qui sont le plus souvent sujettes à cette maladie, mais aussi chez les hommes et même chez les enfants (Peugnier), chez ces derniers même bien souvent, d'après ce que j'ai eu l'occasion d'observer. Ce qui est grave, c'est que chez les enfants ces traits du caractère hystérique peuvent facilement être corrigés par une éducation sévère, de la persévérance et une nutrition de l'organisme conforme aux exigences de l'hygiène.

Les personnes hystériques peuvent souffrir tout en même temps de véritables maladies mentales. Romberg avait raison en nommant l'hystérie le caméléon des phénomènes morbides. Réellement, tout peut avoir lieu durant l'hystérie. Sur la base hystérique peuvent se développer des accès aigus de fureur, ainsi que des psychoses chroniques. L'hystérie peut se présenter sous forme d'état affectif pathologique, d'un état passager semblable à du sommeil, de mélancolie, de manie, de paranoïa, d'amentia, de démence et même de paralysie progressive. Généralement toutes ces affections mentales gardent leurs traits essentiels et les phénomènes hystériques viennent s'y joindre. Il y a des cas où ces derniers prennent à un tel point le dessus, qu'ils obscureissent la forme primitive de la maladie.

Ce qui est incontestable, c'est que dans le plus grand nombre des cas de psychoses hystériques, ou bien la conscience reste parfaitement intacte, ou bien elle n'est que faiblement affectée, ce qui fait que ces psychoses peuvent être classées ou nombre des psychoses dégénératives, connues sous le nom de folie avec conscience.

D'après l'opinion de Moravcsik (1), les formes lypémaniaques des psychoses hystériques sont très souvent accompagnées de douleurs physiques et de paresthésies, tandis que les formes maniaques portent le plus souvent un caractère érotique. J'ajouterai à cette dernière affirmation que l'érotisme de ces malades se manifeste par des paroles et des gestes, tandis que les tendances érotiques sexuelles manquent complètement ou ne s'expriment que faiblement; parfois même il existe un dégoût pour les rapports sexuels. Towlinson (2) caractérise la manie hystérique par les traits suivants : une exaltation qui alterne avec de la dépression, une excitation plus ou moins grande, des paroles déraisonnables, la présence d'hallucinations, une conduite excentrique, des actions intentionnées, mais pas toujours volontaires et indépendantes. Comme traits cardinaux de la manie hystérique Towlinson compte la présence d'une conscience intacte, l'absence de troubles des facultés intellectuelles et des actions intentionnées. Les convulsions se trouvent être remplacées par une exaltation de l'intelligence, cette dernière jouant le rôle d'équivalent de l'hystérie. La raison essentielle de cet état, comme de l'hystérie en général, est une défectuosité de la nutrition du cerveau, par suite de désordres vasomoteurs qui sont suivis de modifications moléculaires dans les cellules de l'écorce cérébrale, et provoquent une défectuosité de la coordination cérébrale, qui se caractérise par une perversion morale, le trouble des sens spéciaux et un éritisme nerveux général, — sans perte de la conscience et de la mémoire. Cet état peut être de courte durée, mais peut aussi se prolonger; dans ce dernier cas le malade garde souvent, même après un rétablissement complet, une certaine faiblesse morale sous forme d'un égoïsme excessif, d'un manque de réserve et même d'une légère tendance à la démence.

1. Moravcsik, Ueber hysterisches Irresein (*Neurolog. Centralblatt*, 1892, 2).

2. Towlinson, Hysterical mania (*The journal of nervous and mental disease*, 1891, 4).

La paranoïa peut aussi se développer sur une base hystérique. Elle se développe à l'âge climatérique, quoiqu'elle se rencontre aussi dans le jeune âge. La paranoïa se manifeste par le délire de grandeur et le délire de persécution. Le délire de la persécution est souvent joint à des sensations particulières du toucher et du sens général. Les malades s'imaginent qu'on agit sur eux au moyen de spiritisme, d'électricité, de magnétisme, etc. Ils s'imaginent ressentir clairement les fluides parcourant leur organisme et agissant à une très grande distance. Parfois des sensations des organes de la génération s'y ajoutent et le délire se complique : il leur semble qu'on veut les déshonorer, les violer, etc.

Un délire démonomaniaque venant s'y joindre, les malades s'imaginent être en rapports avec le diable. Elles assurent avoir avec lui un commerce criminel, ces rapports donnant des fruits.

Des accès d'amentia peuvent aussi se développer sur une base hystérique. Nous voyons souvent un tableau typique d'amentia durant la période délirante d'un accès de grande hystérie. Pendant la période menstruelle, ainsi que celle de la grossesse, nous rencontrons souvent chez les hystériques tous les symptômes de l'amentia.

Je citerai l'exemple d'un crime, commis en état de folie hystérique, observé par Folokounikoff (1).

La paysanne P. T... a 37 ans. Son père buvait, sa mère et sa sœur souffraient de crises nerveuses, son frère d'anxiété précordiale. La prévenue se distinguait dès sa plus grande jeunesse par un caractère dissimulé, opiniâtre et irritable. De temps en temps son irritabilité atteignait un degré extrême et F... ne pouvait s'occuper de rien. Elle devenait « possédée ». Quand elle était dans cet état, on la liait, la battait, lisait des prières pour la guérir, etc. F... se plaignait souvent d'une grande tristesse. Elle avait la réputation d'une femme de mauvaise conduite dans son village et avait 5 enfants de pères différents. Elle trichait souvent les paysans en leur empruntant de l'argent ou en le leur soutirant sous différents prétextes, sans jamais le leur rendre. Il y a quelque temps, elle avait été accusée d'avoir soutiré à plusieurs reprises quelques centaines de roubles à la mère d'un paysan, sous prétexte de le libérer de la redevance militaire. Elle ne s'occupait jamais de travaux rustiques, quittait souvent la maison pour des journées entières et personne ne savait où elle errait. Elle prenait de l'eau-de-vie, mais pas souvent, aimait la toilette et les friandises et dépensait souvent de l'argent à des choses inutiles. Elle aimait en général à ne rien se refuser et n'avait jamais éprouvé la misère. Personne ne savait au juste où elle prenait l'argent qu'elle dépensait. Il y a 8 ans de cela, elle avait été chez son oncle à Cronstadt et en revenant elle avait assuré avoir de l'argent. F... racontait avec

1. A. Folokounikoff, Folie hystérique (*Archives psychiatriques*, 1891, 1).

les moindres détails comment elle gardait cet argent dans différents endroits pour qu'on ne le lui vole pas et pour que les siens n'apprennent son existence, — combien elle avait eu de tracas et d'inquiétude pour le changer, et ainsi de suite; cependant, cet argent n'avait jamais existé. En entrant à l'asile, F... était d'humeur déprimée; un rien la faisait pleurer, sangloter et gémir; il était cependant facile de détourner son attention, de faire naître dans son esprit un tableau d'un autre caractère, — et son visage, gardant encore les traces de larmes, s'épanouissait dans un sourire. La conscience du crime commis ne la tourmentait, il paraît, nullement, car elle n'en exprima jamais le moindre repentir. La région intellectuelle montrait une altération de la qualité, de la conception et de la combinaison des images psychiques. Ses raisonnements et ses conclusions étaient superficiels, pas assez approfondis, manquaient de précision et de logique. En racontant quelque chose à différentes reprises, elle en variait et embrouillait les détails. Ses souvenirs n'étaient pas justes et démontraient une faiblesse intellectuelle, qui se traduisait par une absence de compréhension claire de sa propre situation, un cercle d'intérêts et d'images mentales restreint et un affaiblissement de la mémoire. On remarquait dans la région de la volonté une absence de caractère, une inconstance de désirs et d'aspirations, une excentricité d'actions, une tendance à l'affectation et le désir d'attirer l'attention générale, une diminution du sens moral, etc. La fantaisie est trop excitée, F... est accusée d'avoir voulu tuer sa tante. Voici comment elle raconte elle-même le fait. Dans les derniers temps elle manquait souvent d'argent. C'était la veille d'une fête, du 6 décembre; elle n'avait pas de pain à la maison et ses enfants manquaient d'habits. Personne ne voulait lui prêter quelque chose. Elle alla chez sa tante, lui demander de l'argent en échange de billets (qui n'avaient jamais existé). Tout ce dernier temps elle était sous le poids d'une tristesse extrême. Elle savait que sa tante avait 50 roubles et voulait absolument qu'elle lui en donnât; elle avait décidé de s'ôter la vie, si elle n'en recevait pas, ou de tuer sa tante, mais de ne pas revenir à la maison les mains vides. La tante refusa de lui donner de l'argent et F... partit pour un autre village; ce qu'elle y fit, elle ne s'en rappelait pas, elle savait seulement qu'elle y avait pris du thé en le payant de sa poche. Après être revenue dans son village, F... alla de nouveau chez sa tante. Elle y prit du thé et demanda encore une fois de lui donner 3 roubles; la tante ayant refusé, elle la pria de lui donner du moins de la farine à l'occasion du jour de fête. La tante lui en promit et l'envoya chercher un sac. En s'en allant F... donna à sa tante 3 pommes et l'embrassa. Arrivée à la maison, elle saisit dans l'armoire un grand couteau avec l'intention de couper la gorge à sa tante, si cette dernière ne lui donnait pas d'argent. Tout le long du chemin il lui semblait que 2 petits garçons en chemise rouge couraient à ses côtés. La voilà chez la tante. Celle-ci lui remplit le sac de farine et va dans un coin de la chambre. T... s'approche d'elle et lui dit : « Tu m'as tourmentée assez longtemps, donne-moi la série, ou du moins 3 roubles ». « Comme je dis non, raconte la tante, elle tira sans que je le remarque un couteau, me blessa à l'oreille gauche et se mit à me frapper à la tête et au cou. » La tante se défendit d'abord, mais après avoir reçu plusieurs blessures, elle n'eut que la force de ramper jusqu'au perron et de crier : « Au secours! » après quoi T... s'enfuit. Elle fut arrêtée dans la rue par le garde. A sa demande, où elle courait de la sorte, elle jeta le couteau et répondit : « Laisse-moi passer, ma tante a voulu me couper la gorge, laisse-moi! Sinon, elle me rattrapera et me tuera à cause de cet argent dont elle ne peut se séparer. Regarde, j'ai la gorge coupée. » Ayant ramené T... vers la maison de sa tante, le garde s'aperçut de l'aspect terrible et s'écria : « Qu'as-tu fait? — Tu le vois bien, je n'ai fait que tuer ma tante », répondit-elle.

Très intéressants sont les cas cités par Fahrenholz (1) et Schirwind (2), où des femmes en état de folie hystérique ont attenté à la vie de leurs maris.

Les hystériques s'essaient très souvent à la simulation.

1. V. Fahrenholz, Homicide commis en état de folie (*Archives psychiatriques*, 1885).

2. Schirwind, *Recueil de médecine légale et de psychiatrie*, 1874.

Un exemple de ce genre nous est cité par le Dr Günzburg-Schik (1).

S. S..., âgé de 26 ans, bourgeois de la ville de Varsovie, Polonais, avait été condamné par le tribunal militaire à 2 ans de bataillon correctionnel pour avoir déserté et dépensé l'argent de la couronne; comme sa manière d'être et quelques-unes de ses actions avaient paru étranges, il fut mis à l'hôpital. Le journal de l'hôpital disait que « le malade ne faisait que rire; il riait à toutes les questions qu'on lui faisait, au lieu de répondre, se préparait à aller à la noce de sa sœur qui devait se marier à un serrurier, montrait une grande excitation, marchait avec agitation de long en large dans la salle et envoyait les gardiens lui chercher un fiacre pour aller à la noce. » Passé dans un asile d'aliénés, il essaya de simuler la fureur maniaque : il sautait, dansait, faisait des grimaces, prononçait des paroles absurdes, etc. Il faisait tout cela tant que les gardiens l'observaient; le reste du temps il était tranquille et s'entretenait logiquement avec les malades, surtout avec ses camarades de service et de bataillon. Le 3e jour S... abandonna le rôle de maniaque et avoua franchement au médecin, qu'il avait eu recours à cette manœuvre pour échapper au bataillon correctionnel. Une observation attentive prouva en même temps, que S... souffrait d'hystérie, ce qui le fit libérer du service militaire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses soutenues en juillet 1896.

M. Leclerc (Henri). *Des épanchements sanguins situés entre la dure-mère et le cerveau (épanchements sanguins intra-duremériens)*. N° 378. (Ollier-Henry.)

M. Drouard (H.). *Luxation et subluxation du nerf cubital.* N° 367. (H. Jouve.)

M. Poirrier (Ph.). *Sur une période des épidémies d'oreillons dans les pensionnats de jeunes garçons et ses rapports avec la période d'incubation.* N° 554. (H. Jouve.)

M. Guilleminot (Hyacinthe). *Contribution à l'étude de l'albuminurie dans les maladies chroniques et de ses rapports avec la pression artérielle.* N° 299. (G. Steinheil.)

M. Lannoïse (Marcel de). *Considérations cliniques sur la période prééruptive de la varicelle (période d'incubation et prodromes).* N° 539. (G. Steinheil.)

M. Guérin (Jean). *Contribution à l'étude de la température dans la coqueluche.* N° 560. (G. Steinheil.)

M. Bouyer (Charles). *De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques.* N° 448. (G. Steinheil.)

M. Helle (Victor). *Des tumeurs du calcanéum.* N° 416. (G. Steinheil.)

M. Marmarian (Jacques). *Contribution à l'étude des abcès froids de la paroi thoracique latérale; des abcès d'origine pleurale.* N° 392. (G. Steinheil.)

M. Meslay. *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie.* N° 446. (G. Steinheil.)

M. Brioude. *Sclérose de l'utérus.* N° 379. (F. Levé.)

Les deux variétés — extra-duremérienne et intra-duremérienne — des épanchements sanguins intra-crâniens, constituent deux lésions distinctes, deux entités morbides. Cette distinction, dit M. Leclerc, repose non sur une vue de l'esprit, mais sur un critérium anatomique établi. Bien que moins fréquents que leurs congénères, les épanchements intra-duremériens ne sont pas une rareté. Les épanchements intra-duremériens dont M. Leclerc relate une observation heureuse due à M. Broca, résultent d'un trauma allant directement intéresser la cavité

1. Gunzburg-Schik, *Archives de psychiatrie*, 1894, I. V, p. 95.

subdurale ou transmettant sa violence à un agent intermédiaire. Le « contre-coup » joue aussi un grand rôle dans l'étiologie des accidents. Les sources les plus fréquentes de l'hémorrhagie sont, par ordre décroissant : l'artère méningée moyenne, les veines, les vaisseaux pie-mériens, la carotide et la veine jugulaire. Deux symptômes seuls ont une valeur réelle : l'intervalle lucide et les troubles moteurs. Mais ils peuvent être absents ou méconnaissables. Il est donc peu aisé d'affirmer l'existence d'un épanchement sanguin intra-crânien. Fixer sa situation relativement à la dure-mère est presque impossible. Mais le premier point du diagnostic suffit. Quant au pronostic il est en raison directe de la curabilité des lésions. Aussi l'intervention chirurgicale doit-elle être la règle, à moins de contre-indications évidentes.

La luxation congénitale du nerf cubital est pour M. Drouard beaucoup moins rare que la traumatique, mais souvent elle passe inaperçue. La luxation traumatique succède soit à un effort musculaire, soit à un choc ou une pression du coude survenant dans des conditions spéciales, soit à un délabrement plus ou moins considérable des tissus de la région. Ces deux sortes de luxation ont des symptômes physiques analogues; les signes fonctionnels sont généralement beaucoup moins marqués dans la première; toutes deux peuvent se compliquer de névrite, mais cette complication est surtout fréquente dans la luxation traumatique. C'est elle qui est le grand facteur de gravité de cette affection. Le traitement orthopédique pourra suffire à amener la guérison dans certains cas rares de luxation traumatiques. Le vrai traitement curateur de la luxation du nerf cubital est le traitement chirurgical, qui consiste à reconstituer les moyens de fixité aponévrotiques naturels du nerf, au moyen des tissus fibreux de la région.

M. Poirrier établit que les épidémies d'oreillons procèdent par périodes ayant, dans les pensions de jeunes gens, une durée moyenne de 18 à 19 jours et s'écartant peu de cette moyenne. Cette période est liée à la durée d'incubation de la maladie, qui est ordinairement de 14 à 18 jours, plus rarement de 18 à 22 jours. De là un moyen pratique de prophylaxie; d'une manière générale et théorique, un licenciement de 25 à 30 jours; pratiquement, pour la plupart des cas, l'avancement ou le reculement des vacances ordinaires de Pâques ou de la Pentecôte et de manière que le début se trouve au plus 12 jours et la fin au moins 25 jours après le dernier cas constaté. L'isolement des malades peut sans inconvénient être réduit à 15 jours dans les cas ordinaires et moins encore dans les cas légers.

Dans les maladies chroniques, M. Guilleminot constate que l'albuminurie est très fréquente chez les cardiaques surtout, où on la trouve dans 1/3 des cas, quelquefois la moitié même. Puis dans l'anémie, la croissance exagérée, où on la rencontre dans 1/3 des cas environ. Dans les maladies de la nutrition où la proportion est de 1/4, ainsi que dans la tuberculose. Puis les dilatés gastriques et les dyspeptiques, le rapport étant de 1/5 chez les premiers, 1/7 chez les autres; les artério-scléreux où il est de 1/6. Chez les malades atteints de néphrite chronique, l'absence d'albumurie est une exception, presque une curiosité. M. Guilleminot a entrepris à ce propos d'intéressantes recherches sur la pression artérielle des vieillards, des albuminuriques, et il cherche à établir que, au même titre que le galop cardiaque, la connaissance de la pression artérielle pourra être pour nous d'un précieux secours en clinique quand, chez un albuminurique, nous hésiterons à poser le diagnostic de néphrite chronique.

L'expérimentation clinique et les faits n'ont pas donné des résultats absolument probants sur la durée de la période d'incubation de la varicelle. Mais M. de Lannoïse montre qu'il y a nettement une période prodromique se manifestant par des symptômes locaux et généraux analogues à ceux des autres fièvres éruptives; les symptômes, généralement peu intenses, sont parfois extrêmement marqués, au point de dérouter le diagnostic. La température de cette période prodromique dans les cas de *moyenne intensité* (pourvu qu'il n'y ait pas de complications qui changent la courbe thermique), subit soit une défervescence, soit une rémission au moment de la sortie cutanée des vésicules. L'auteur publie deux cas nouveaux de rash précédant la varicelle, et un de purpura ayant également précédé l'éruption cutanée.

Dans ces trois cas, les symptômes généraux ont été très marqués.

Dans la majorité des faits rapportés, l'éruption sur les muqueuses précède l'éruption cutanée. L'auteur a en outre observé des ulcérations varicelleuses sur la muqueuse pituitaire, une de ces ulcérations a causé une épistaxis. La varicelle du larynx, dont M. Marfan a publié un cas récemment, a provoqué chez un enfant sinon une laryngite franchement suffocante, tout au moins un spasme passager de la glotte avec dyspnée continue.

D'après M. Guérin, la coqueluche ne reste apyrétique pendant toute la durée de son évolution que dans les formes légères. La période catarrhale dans les formes moyennes et même la période d'état dans les formes excessives s'accompagnent de bronchite et sont généralement marquées par une fièvre plus ou moins vive, mais irrégulière et rémittente. Les complications inflammatoires graves, la broncho-pneumonie particulièrement, comptent parmi leurs signes révélateurs les plus importants une élévation notable et persistante de la température. En outre, on observe parfois des poussées fébriles éphémères qui peuvent se renouveler à quelques jours d'intervalle et dont la cause réelle échappe, ne paraissant avoir aucune influence sur la maladie et n'assombrissant par suite en rien le pronostic. Leur diagnostic présente de sérieuses difficultés, car le plus souvent, ni les signes physiques, ni les symptômes fonctionnels ne permettent de les différencier du début d'une complication pulmonaire véritable. Donc en présence d'une hyperthermie considérable survenant au cours de la coqueluche, le médecin peut s'inquiéter à juste titre; il est de son devoir de tout mettre en œuvre aussitôt pour conjurer une complication qu'il soupçonne; mais avant de porter un pronostic alarmant, il doit attendre que la confirmation de son pronostic lui ait été donnée par les signes stéthoscopiques propres à cette complication et surtout par la persistance de la fièvre et de la dyspnée.

Les porteurs de kystes hydatiques peuvent être des tuberculisables, et le diagnostic de cette complication, nous dit M. Bouyer, est délicat, car certains symptômes sont communs à la tuberculose pulmonaire et aux kystes hydatiques, l'hémoptysie en particulier. C'est par l'étude approfondie des conditions dans lesquelles elle s'est montrée qu'on arrive à la rapporter à sa véritable cause. Quant aux troubles généraux apportés dans la santé, ils doivent être rattachés à l'une ou à l'autre maladie suivant les renseignements fournis par l'examen minutieux des poumons, en particulier des sommets. Ces deux affections commandent à la fois la marche et le pronostic. Si le kyste appelle de suite l'attention et les soins, il ne faut pas oublier que la tuberculose pulmonaire est un point noir pour l'avenir.

Si, dans le choix de l'intervention, la tuberculose pulmonaire réclame celle où le traumatisme sera moindre, elle ne récuse pas les plus graves opérations. On doit se conduire vis-à-vis du kyste comme si la tuberculose était absente, plus tard il faudra s'occuper d'elle et la soigner par les moyens connus.

M. Helle étudie les tumeurs dont le calcanéum peut être le siège. Ces tumeurs peuvent être primitives, bénignes et malignes : ostéomes, fibromes, chondromes, sarcomes. Les épithéliomes en apparence primitifs de cet os sont dus les uns à une sorte de malformation, les autres à un état pathologique antérieur du calcanéum. Ceux dont la nature secondaire est évidente, proviennent de la propagation au calcanéum d'un épithéliome de la peau du talon. Les néoplasmes les plus fréquemment observés sont des tumeurs malignes; les plus nombreux sont les sarcomes. Sur trois cas de chondromes, deux ont affecté l'allure d'une tumeur maligne. Les néoplasmes calcanéens, et plus spécialement les sarcomes et les chondromes, peuvent être confondus avec la tuberculose de cette région. Dans le cas de tumeur maligne, de sarcome embryonnaire même, l'extirpation totale du calcanéum est à recommander lorsque l'affection est nettement limitée à l'os. Cette opération donne un résultat très satisfaisant au point de vue de la marche; la récidive n'a pas été observée après deux ans. Le sacrifice d'un segment du membre atteint s'imposera toutes les fois que le mal aura envahi les tissus voisins du calcanéum.

En dehors des abcès froids thoraciques symptomatiques d'une lésion osseuse costale, il y a lieu de faire définitivement une place aux abcès d'origine primitivement pleurale. Ils sont sans doute beaucoup plus communs qu'on ne le pense et c'est, dans bien des cas, par suite d'une erreur d'interprétation, qu'on considère l'altération du squelette comme la première en date. Ces abcès se développent consécutivement à une lésion pleurale plus ou moins profonde, ainsi que l'a démontré M. Leplat, et par le mécanisme de l'adénite ou de la lymphangite tuberculeuse, ainsi qu'il ressort des recherches de M. Souligoux et de son élève M. Marmarian. Au point de vue symptomatique, il y a lieu d'insister sur l'indolence de ces abcès, qui acquièrent presque toujours un notable volume sans causer au malade une gêne appréciable. Au point de vue thérapeutique, la résection costale n'est ici qu'une opération préliminaire, donnant un accès facile dans la poche endothoracique, qu'il faut traiter avec grands soins, si l'on veut être assuré d'une guérison définitive.

L'ostéomalacie est une affection caractérisée par un ramollissement généralisé du squelette, enrtaînant une prédisposition toute particulière aux fractures spontanées et aux déformations mécaniques les plus variées.

Deux conditions dominent l'étiologie : la prédilection pour le sexe féminin; l'influence de la grossesse. Mais on peut rencontrer cette maladie en dehors de ces deux causes.

Cliniquement M. Meslay attire l'attention sur les symptômes nerveux, myasthénie, susceptibilité nerveuse spéciale, contractures, qui se joignent aux douleurs et aux troubles fonctionnels dûs aux déformations. — Les fractures spontanées sont fréquentes et suivies de pseudarthroses le plus souvent; mais, à côté de la pseudarthrose vraie, M. Meslay montre qu'il peut persister une mobilité anormale due au ramollissement des extrémités de l'os par disparition progressive des éléments osseux.

Le marasme, la cachexie, la mort par infection secondaire, congestion pulmonaire hypostatique ou urémie, telle est la terminaison presque fatale en l'absence de traitement. Mais d'après les statistiques étrangères, les récentes opérations conseillées auraient diminué la mortalité.

Anatomiquement on constate un travail de décalcification des lamelles osseuses autour du système médullaire et des canaux de Havers, et une apposition vicieuse acalcaire. Mais à côté de ces lésions, M. Meslay a vu des processus irritatifs rapprochant l'affection des ostéites raréfiantes chroniques.

Si l'on a décrit bien des cas d'ostéoporose sénile sous le nom d'ostéomalacie sénile, cette dernière n'en existe pas moins certainement.

La pathogénie reste le point le plus obscur ; il semble bien certain toutefois qu'il s'agit là d'une affection générale, qui ne porte pas uniquement sur le système osseux. Pour les cas qui concernent la femme on peut admettre l'hypothèse nouvelle d'une névrose trophique d'origine ovarienne.

Chez les gens âgés et dans tous les cas non urgents, il faut recourir d'abord au traitement hygiénique et médical; mais en présence de déformations accentuées que le traitement n'a nullement améliorées, il faut recourir au chirurgien.

Au même titre que les autres viscères, l'utérus peut être atteint de sclérose ; cette sclérose est due à des altérations locales ou à une influence pathogénique générale.

M. Brioude divise ainsi les causes locales : 1° inflammations d'origine infectieuse; 2° traumatismes utérins d'origine chirurgicale ou obstétricale; 3° influence de la diathèse fibreuse, de la syphilis, de la tuberculose, venant parfois s'ajouter aux deux causes précédentes, modifiant les processus locaux dans le sens de l'hyperplasie fibreuse.

Les causes générales sont la diathèse fibreuse, la syphilis.

L'auteur montre par plusieurs planches intéressantes que les scléroses locales appartiennent presque exclusivement au col utérin et que secondairement des travées fibreuses poussent vers l'hysture et envahissent les gaines des vaisseaux du parametrium.

La sclérose utérine générale affecte l'organe dans son entier; c'est le gigantisme utérin qui diffère de la myomatose diffuse par l'hyperplasie de l'élément fibreux comparé à celle de l'élément musculaire.

La marche de l'affection comprend deux phases successives : hypertrophie, atrophie.

Le traitement est local et général ; local, il vise l'abrasion des zones indurées douloureuses, le rétablissement du calibre de la cavité utérine, l'assouplissement de ses parois, etc.

Le traitement général, variable suivant les cas, comprend l'iodure de potassium, l'hydrothérapie ou le traitement antisyphilitique.

Thèses de la Faculté de Lyon.

M. Latour (Auguste). *De la métrite hémorrhagique fongueuse chez la vierge.* N° 1221.

M. Thévenon (L). *Contribution à l'étude du nystagmus des mineurs.* N° 1218.

M. Servas (L). *Contribution à l'étude des côtes cervicales chez l'homme.* N° 1199.

Sous la direction de son maître Laroyenne, M. Latour a observé chez quelques vierges une métrite hémorrhagique fongueuse due à des causes secondaires (masturbation, traumatismes, exercices physiques violents) ou à des infections microbiennes et ne différant guère, au point de vue clinique, de la métrite hémorrhagique fongueuse des femmes en pleine activité sexuelle. Il recommande comme traitement le curetage suivi d'un écouvillonnage au chlorure de zinc.

Dans le bassin de la Loire, les cas de nystagmus sont peu fréquents eu égard aux chiffres donnés dans les statistiques d'autres pays houillers tels que la Belgique l'Angleterre ou le bassin houiller du nord de la France. M. Thévenon montre que les cas bien nettement essentiels sont plus rares qu'on l'a soutenu jusqu'ici, car, dans la plupart des cas, il a trouvé le nystagmus associé à des lésions du fond de l'œil, à des troubles de la réfraction, ou à des maladies nerveuses. Il est d'avis qu'il faut faire à ces causes une plus grande part dans la pathogénie des nystagmus.

La côte cervicale est une anomalie assez rare ; le signe qui la fera reconnaître c'est l'immobilité, puis l'indépendance complète vis-à-vis des mouvements imprimés au membre supérieur. Des faits réunies par M. Servas, il résulte qu'elle peut provoquer, dans la circulation, la nutrition et l'innervation du membre supérieur, des troubles assez accentués pour nécessiter une intervention.

L'extirpation ou la résection partielle font rapidement disparaître les phénomènes douloureux.

L'électrothérapie, le massage et la gymnastique feront cesser l'atrophie et rétabliront les fonctions du muscle.

Thèse de la Faculté de Lille.

M. Léonidoff. *Effets de l'absinthe sur l'estomac.*

Les expériences de M. Léonidoff sur le chien montrent que la liqueur d'absinthe agit sur l'estomac et que cette action se traduit par un trouble très notoire dans ses fonctions. Tantôt ce trouble va jusqu'à une véritable indigestion accompagnée de vomissements, qui rejettent au dehors tout le contenu de l'estomac. Tantôt il est moins accentué et se traduit seulement par un retard plus ou moins considérable dans l'évolution du processus digestif. Donc la liqueur prise comme ont l'habitude de le faire les consommateurs n'a pas le moins du monde l'action apéritive qu'on lui prête, mais bien une action inverse.

Prise habituellement, l'absinthe finit par aboutir à la ruine à peu près complète des fonctions chimiques de l'estomac. En même temps, l'organe se vide de moins en moins rapidement. Ces phénomènes sont parfois précédés par une excitation passagère anormale de l'organe ; mais dans les 2 cas la terminaison est la même.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

La castration élevée (Zur hohen Castration nach v. Bungner), par Lauenstein (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII, p. 588). — La castration élevée avec évulsion du canal déférent a été préconisée par Bungner dans le but d'enlever le plus possible de cordon spermatique dans les cas où l'ablation du testicule est faite pour suppuration ou néoplasme malin. L'opération se fait de telle façon, qu'après la mise à nu du testicule, on isole le canal déférent et on l'enroule sur le doigt, de façon à en attirer, hors du canal inguinal, le plus possible, et, la traction continuant toujours, le canal déférent cède à un moment donné et se rompt. On peut ainsi arracher les quatre cinquièmes du canal, qui mesure de 16 à 20 centimètres non déroulé et le double quand il est déroulé.

L'auteur a fait cette opération 13 fois, soit pour tuberculose, soit pour cancer, soit pour suppuration du testicule. Les résultats qu'il a obtenus ont été les suivants.

Dans un seul cas, le canal déférent cassa à son insertion au niveau du testicule; dans 2 autres la rupture du canal eut lieu un peu plus haut, à 9 et 10 centimètres de l'insertion testiculaire. Dans ces 3 cas, il y avait friabilité du canal déférent par l'ancienneté du processus inflammatoire ou néoplasique dont étaient le siège le testicule et ses annexes. Dans les autres cas, la longueur des portions arrachées du canal déférent a varié entre 20 et 35 centimètres. Dans plusieurs, les parties extra-scrotales arrachées du canal déférent renfermaient des noyaux purulents ou néoplasiques. Toutefois, l'examen microscopique de ces parties n'a pas été fait.

Un point sur lequel l'auteur insiste d'une façon particulière, c'est l'hémorrhagie par le canal déférent arraché, qu'il a observée chez trois opérés. Dans ces cas, il s'est formé un hématome dont une partie se trouvait dans le scrotum et l'autre dans le canal inguinal et entre la vessie et le rectum. Dans un cas, il y a eu de la dysurie, du ténesme rectal, de la douleur, etc. La formation de cet hématome constitue, d'après l'auteur, un inconvénient grave de l'opération, d'autant plus que sa situation, entre le rectum et la vessie, peut certainement amener la suppuration des caillots dont la résorption est longue à se faire. D'un autre côté, comme le sang vient de l'artère déférentielle arrachée, on peut même se trouver fort embarrassé pour arrêter cette hémorrhagie, si elle prenait des proportions considérables.

MÉDECINE

Pathologie et traitement de l'hydrocéphalie (Beitrag zur Pathologie und Therapie des Hydrocephalus), par Henle (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, fasc. 2, p. 264). — La partie intéressante du travail est un cas d'hydrocéphalie chez un enfant de 6 mois 1/2 que l'auteur a observé à la clinique de Mikulicz.

Chez cet enfant l'hydrocéphalie s'était déclarée après une périostite suppurée du fémur, et comme elle augmentait rapidement de volume on a essayé d'établir une communication permanente entre les ventricules et le tissu conjonctif lâche qui se trouve sous le cuir chevelu afin que le liquide fût directement résorbé par le tissu conjonctif. A cet effet on introduisit, après trépanation, une canule en or dans le ventricule latéral gauche et après écoulement de 50 centim. cubes de liquide, on vissa sur la canule une plaque par dessus laquelle on sutura le cuir chevelu. Le liquide qui s'était écoulé par la canule était trouble, séro-purulent et renfermait des staphylocoques.

L'intervention n'eut aucun résultat bien appréciable, la tête garda ses dimensions; de plus, comme la suture n'avait pas tenu et qu'il y avait du pus autour de la canule, la canule fut retirée. 12 jours après, la tête ayant de nouveau augmentée, la canule fut placée comme précédemment dans le ventricule latéral droit; cette fois il s'écoula un liquide clair.

L'enfant ayant succombé 6 jours après la seconde intervention, l'autopsie montra la présence de plusieurs abcès cérébraux dont deux très volumineux. Les ventricules étaient dilatés.

D'après l'auteur il s'agissait dans ce cas d'une infection générale à staphylocoques avec deux manifestations locales; la périostite du fémur et l'encéphalite suppurée. Cette dernière a à son tour produit l'hydrocéphalie, soit en augmentant la pression intra-crânienne, soit en provoquant une obstruction de l'aqueduc du Sylvius. Le développement ultérieur des abcès a amené une obstruction du trou de Monro du côté gauche, suivie de pénétration de staphylocoques dans le ventricule latéral gauche, ce qui expliquait la purulence du liquide trouvé à la première ponction.

Influence du lait sur l'élimination des corps alloxuriques (Ueber die Beeinflüssung der Alloxurkörper-Ausscheidung durch Milchdiät), par Laquer (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 36, p. 807). — 1° Chez l'homme bien portant l'apport de liquides augmente l'élimination des corps alloxuriques (acide urique plus les bases xantiniques).

2° L'administration abondante de lait augmente l'élimination des bases xanthiniques et diminue celle de l'acide urique.

3° Le lait gras (de Gartner) rend des services dans la diathèse urique.

Nouveau procédé de coloration des bactéries, et principalement du gonocoque, sur des préparations sèches (Eine neue Methode zur Farbung der Bacterien, u.s.w.), par L. Pick et J. Jacobsohn (*Berlin. klin. Wochenschr*,, 1896, n° 36, p. 811). — Les auteurs conseillent de procéder de la façon suivante :

1° Etendre le pus ou le liquide pathologique sur la plaque de verre.

2° Passer la plaque 3 fois à travers une flamme.

3° La colorer en la plongeant pour 8 à 10 secondes dans une solution contenant : eau distillée 20 grammes, fuchsine phéniquée XV gouttes, solution alcoolisée concentrée de bleu de méthyle VIII gouttes.

4° Laver à l'eau.

5° Sécher en passant au besoin à travers une flamme.

6° Monter dans du baume de Canada.

Pathogénie du spasme de la glotte (Zur Theorien über die Entstehung der Stimmritzenkrampfes, u. s. w.) par H. Rehn (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 33, p. 737). L'auteur publie cinq observations de spasme de la glotte chez des nourrissons rachitiques, avec crâniotabes, âgés de 2 à 9 mois, tous nourris au biberon, chez lesquels le laryngospasme a définitivement disparu 2 à 3 jours après qu'ils ont été mis au sein.

De ce fait l'auteur conclut que, d'une façon générale, le laryngospasme est dû à une alimentation vicieuse, et est provoqué par les toxines qui se forment dans le tube digestif et vont irriter, dans l'estomac, les terminaisons du pneumogastrique en provoquant ainsi une contraction réflexe de la glotte.

Bien que les cinq malades fussent manifestement rachitiques, l'auteur ne croit pas que le rachitisme puisse être considéré comme la cause directe du spasme de la glotte, d'abord parce que le laryngospasme s'observe en dehors du rachitisme et que chez ses cinq malades le laryngospasme ne s'est pas reproduit après la mise au sein, bien que les manifestations rachitiques n'aient pas été influencées par le nouveau mode d'alimentation.

Présence d'iode dans l'urine dans un cas de traitement thyroïdien (Jod im Harn nach Einnahme von Thyreodin-Tabletten) par S. Frenkel et M. Frenkel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 37, p. 827). — Chez une femme traitée par des tablettes thyroïdiennes anglaises pour une tétanie, le traitement a provoqué l'apparition d'iode en nature dans l'urine. La malade ne prenait à cette époque aucun médicament ni eau minérale contenant de l'iode ou des iodures.

Diabète conjugal (Ueber das Vorkommen von Diabetus mellitus bei Eheleuten, u. s. w.), par Senator (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n° 30, p. 665). — Sur 770 cas de diabète observés par l'auteur, il s'agissait 9 fois, c'est-à-dire dans 1,19 p. 100 des cas de diabète conjugal.

Sur ces 9 cas, on en trouve tout d'abord 3 où le diabète du

second époux s'expliquait parfaitement par l'hérédité et les autres conditions étiologiques ordinaires. Dans 3 autres cas le diabète s'est déclaré 5 à 16 ans après la mort d'un des époux; cet intervalle est trop considérable pour justifier l'idée d'une contagion directe ou indirecte. Restent donc trois cas où aucune des causes habituelles du diabète ne pouvait être invoquée et où à la rigueur on pouvait admettre une contagion par l'époux diabétique. Or le nombre de cas analogues est si minime que, d'après l'auteur, il est plus naturel d'admettre une simple coïncidence qu'une contagion.

Tuberculine et actinomycose (Tuberculin und Aktinomycose) par Friedrich (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XIIII, p. 579). — L'étude d'un cas d'actinomycose de la paroi abdominale traité par des injections de tuberculine et qui a pu être suivi pendant plusieurs mois, aboutit aux conclusions suivantes.

1° Il n'est nullement démontré que la tuberculine soit le remède de l'actinomycose. Les guérisons attribuées à l'emploi de la tuberculine s'expliquent peut-être plus simplement par la tendance naturelle de l'actinomycose à la guérison spontanée. L'administration prolongée de tuberculine ne détruit pas le microorganisme spécifique, n'affaiblit même par sa virulence ni n'augmente la résistance de l'organisme envers le processus actinomycosique.

2° Chez l'homme, la tuberculine administrée pendant longtemps, même à dose élevée, provoque une accoutumance qui fait que la réaction générale ne s'observe plus.

3° Chez la malade en question, la réaction fébrile consécutive à l'injection de tuberculine ne peut être attribuée à l'actinomycose, l'autopsie ayant montré chez elle l'existence de foyers tuberculeux. On n'a pas observé, à la suite des injections, de réaction locale au niveau du foyer d'actinomycose.

Contribution à l'étude de la saccharomycose humaine, par F. Curtis (*Annales de l'Institut Pasteur*, août 1896, p. 449). — Étude d'un parasite trouvé dans un néoplasme sous-cutané d'apparence myxomateuse et nommé par l'auteur *Saccharomyces subcutaneus tumefaciens*. Cet organisme est pathogène pour le rat, la souris, le lapin, le chien. Il détermine chez le rat et le souris des tuméfactions sous-cutanées analogues à celles observées chez l'homme et peut tuer l'animal par l'infection chronique.

Contribution à l'étude des associations bactériennes dans la diphthérie, par L. de Blasi et G. Russo-Travali (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1896, p. 387). — Ayant plusieurs fois constaté dans les fausses membranes de la gorge le coli-bacille associé au bacille de Löffler, les auteurs ont étudié expérimentalement cette association. Ils concluent que le coli-bacille aggrave l'infection diphthérique.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Eucaïne.

Définition. — L'eucaïne est un produit synthétique dont la formule se rapproche de celle de la cocaïne.

Solubilité. — La base eucaïne est insoluble dans l'eau, mais son *chlorhydrate* y est très soluble.

Les solutions se conservent et peuvent être stérilisées à l'autoclave sans avoir à craindre d'altérations.

Propriétés thérapeutiques. — L'eucaïne possède les mêmes propriétés analgésiques que la cocaïne, sans en présenter les inconvénients. Elle est en effet moins toxique que l'alcaloïde retiré des feuilles de coca et n'exerce qu'une faible action sur le cœur (Reichert). Au lieu d'amener, comme la cocaïne, une ischémie générale, avec accélération du pouls et tendance à la syncope, elle provoque plutôt une hyperémie avec ralentissement du pouls. C'est donc un excellent succédané de la cocaïne, auquel il doit même être préféré dans bon nombre de cas.

Dose usuelle. — Les doses sont les mêmes que celles de la cocaïne : c'est-à-dire de 1 à 20 centigrammes en solution à 1 p. 100.

Ces chiffres pourraient, sans danger, être de beaucoup dépassés, puisque Kiesel a démontré qu'une dose de 2 grammes d'eucaïne en solution à 10 et 15 p. 100 restait sans action sur le cœur. Mais, en pratique, 5 à 10 centigrammes suffisent à obtenir l'insensibilisation nécessaire.

Pour le manuel opératoire de l'analgésie locale par l'eucaïne, suivre la technique indiquée par M. Reclus pour la cocaïne.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats*. — L'injection d'eucaïne s'accompagne d'un sentiment de brûlure assez vif qui dure seulement quelques secondes. L'analgésie apparaît en moins de cinq minutes et se maintient de 15 à 18 minutes.

b) *Eloignés*. — L'eucaïne amène une assez vive hyperémie des tissus dans lesquels on l'injecte. Aussi est-elle contre-indiquée dans tous les cas ou il y a tendance aux hémorrhagies.

FORMULE

Chlorhydrate de cocaïne . . 0 gr. 50 à 1 gr.
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 100 cent. cubes

1 à 20 centimètres cubes

(Reichert, Görl, Legueu, Berger.)

G. Maurange.

Action du sérum antidiphthérique sur l'organisme,

Par M. G. Poix.

Le sérum antidiphthéritique a des actions multiples, et il présente à étudier, à côté de son action sur la maladie qu'il combat, son action sur différentes fonctions de l'organisme.

De toutes les manifestations consécutives aux injections de sérum, les plus fréquentes sont constituées par des exanthèmes, à date d'apparition variable, et de durée éphémère. On peut en distinguer quatre formes : urticarienne, rubéoliforme, scarlatiniforme et polymorphe; ils s'accompagnent le plus souvent de manifestations articulaires caractérisées par des douleurs plus ou moins intenses, mais n'aboutissant jamais à la suppuration; ces exanthèmes, apyrétiques ou non, pourraient être d'un diagnostic difficile, si on n'était éclairé par le commémoratif de l'injection de sérum. Ces exanthèmes, se manifestant chez les sujets injectés préventivement et chez ceux qui reçoivent du sérum de cheval non immunisé, sont produits non par l'antitoxine, mais par les substances toxiques contenues dans le sérum lui-même; quant à la pathogénie des éruptions tardives, elle n'est point encore définitivement élucidée, mais il nous semble qu'elle est plutôt justifiable du sérum que du streptocoque.

L'influence du sérum antidiphthérique sur le sang se manifeste d'abord par une diminution du nombre des globules blancs, suivie au bout, de quelque temps, de leur augmentation, sans que toutefois cette hyperleucocytose secondaire arrive à atteindre l'hyperleucocytose d'avant l'injection et qui est due à la diphthérie.

Les modifications de la température, du pouls et du rythme cardiaque.

La principale modification urinaire consécutive aux injections de sérum antidiphthérique est constituée par une hyperazoturie constante qui dure plusieurs jours, dont l'existence est établie par la clinique et l'expérimentation; mais on ne doit point considérer cette modification comme ayant pour facteur l'antitoxine, car le sérum de cheval non immunisé produit une augmentation d'urée analogue; les chlorures et les phosphates sont soumis à des variations légères et inconstantes, enfin on constate chez les animaux injectés un certain degré de polyurie. Chez les animaux sains, le sérum ne détermine sur le rein aucune lésion appréciable; la façon dont se comporte le rein chez les diphthériques soumis au traitement sérothérapique, est encore à l'étude, mais si le sérum détermine des albuminuries, elles sont

extrêmement rares, et ne sont graves qu'exceptionnellement; les albuminuries diphthériques préexistantes ne sont pas modifiées par le sérum.

Le sérum injecté, à des doses assez considérables, chez des animaux adultes, ne détermine pas de troubles de la nutrition se manifestant par de l'amaigrissement, mais il n'en est plus de même si le sérum est injecté à doses répétées chez des animaux jeunes en voie d'accroissement.

La fréquence des paralysies diphthériques ne semble pas avoir diminué de beaucoup, mais nous croyons que cette complication serait beaucoup plus rare si les injections de sérum étaient faites d'une façon précoce. En tout cas, le sérum ne modifie ni la marche ni la forme des paralysies, comme l'avaient prétendu certains auteurs.

L'emploi du sérum n'empêche pas la gravité de la diphthérie évoluant chez les tuberculeux, et même elle provoque dans certains cas des poussées congestives, avec hyperthermie, qui ne sont pas sans danger, et justifient dans ces cas une administration prudente du sérum.

Les injections préventives confèrent uue immunité variable suivant les individus mais on peut admettre qu'une injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux produit une immunité d'une durée variant de 3 à 4 semaines; en tout cas, si la diphthérie se produit pendant ce laps de temps, elle revêt dans son évolution une allure bénigne. De même que les injections préventives ne confèrent pas une immunité absolue, de mêmes les injections curatives ne mettent à l'abri des récidives, mais ces dernières ne surviennent qu'exceptionnellement, avant la troisième ou la quatrième semaine qui suit la guérision de la première atteinte de la maladie (1).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les eaux allemandes et les eaux françaises. — Le timbre des certificats. — Mort du docteur Hanot.

Lorsque, comme je viens de le faire, un médecin français emploie ses vacances à parcourir les stations hydrominérales de l'étranger, il rentre à Paris désolé d'avoir à reconnaître ce qui nous manque pour être à la hauteur de nos voisins. Les villes d'eaux de l'Allemagne sont en prospérité croissante, celles de France voient chaque jour leur clientèle diminuer. C'est en vain que, désireux de suivre les conseils et l'exemple de Gubler, les médecins français s'efforcent de diriger leurs malades vers les stations pyrénéennes ou même vers les stations du centre de la France. Après une ou deux expériences ils se voient répondre : « Les établissements sont trop mal organisés, les hôtels sont trop mal tenus, la vie y est trop chère. Nous aimons mieux aller en Allemagne, en Autriche ou en Suisse. » Que répondre à ces clients récalcitrants sinon qu'ils ont raison? Et, de fait, si dans la plupart de nos établissements thermaux les médecins sont plus instruits, les eaux plus efficaces et les douches mieux administrées, il faut avouer que rien n'est tenté en vue de rendre le séjour du baigneur et surtout celui de sa famille agréable et utile. On se dit, en France, qu'il suffit d'un casino avec salle de jeux et d'un établissement thermal pour faire une station. Les travaux incessants que l'on fait en Autriche et en Allemagne pour améliorer et embellir les villes d'eaux ne sont pas imités. Chez nous point de ces colonnades en fer ou en pierre où l'on peut se promener à l'abri pendant toute uue matinée; point de ces établissements luxueux où l'on trouve tout à la fois des douches, des bains, des étuves à vapeur, des appareils de gymnastique, etc. On ignore l'art d'aménager les parcs et les jardins de façon à y offrir des galeries couvertes pour les jours de pluie, des parterres ou des bosquets, des lacs et des rivières artificiels et naturels pour les beaux jours. On y peut trouver des restaurants très chers où l'on est très mal et très lentement servi. On n'y organise pas ces *Trink-Halls*, ces *Restaurations* où l'on peut, à des prix abordables, tant ils sont variés, dîner en plein air en entendant la musique du Kursaal. Je n'insisterai pas davantage et je n'aurais pas abordé ce sujet si ma récente absence ne m'avait montré combien certains établissements d'Allemagne ont progressé depuis quelques années et si je n'avais la naïveté d'espérer qu'il est encore possible de réagir contre la décadence qui frappe nos stations françaises.

Quand on pense que Carlsbad ne recevait il y a 20 ans que 10 000 à 15 000 baigneurs et qu'elle en reçoit aujourd'hui près de 50 000, que, depuis 10 ans, à Ischl, la clientèle s'est augmentée de 94 p. 100, à Baden de 70 p. 100, à Marienbad de 49 p. 100, à Nauheim de 173 p. 100, à Wiesbaden de 40 p. 100, à Kissmgen de 21 p. 100, on rougirait de comparer à ces chiffres ceux que fourniraient nos statistiques françaises. C'est ce que constate M. le Dr Caulet qui ajoute : « De tous ces documents un fait se dégage bien net, incontestable, évident. Tandis que chez nous l'industrie thermale envisagée dans l'ensemble des stations subit un temps d'arrêt ou rétrograde, les villes d'eaux de l'Europe centrale, consolidant les brillants succès qui ont suivi la guerre de 1870, voient s'ouvrir pour la plupart depuis une dizaine d'années une ère plus brillante encore d'expansion, de richesse et de prospérité. »

Pourquoi ne ferait-on pas, en France, ce qui est nécessaire pour assurer le bien-être du baigneur et en même temps la richesse de la station?

Deux réformes nous sembleraient à cet égard aussi utiles que faciles à faire accepter : l'établissement d'une taxe de séjour pour tous les étrangers, une réglementation nouvelle protégeant le baigneur et assurant sa liberté.

Les taxes de séjour (cure-taxe) dont on frappe toute personne passant plus de 5 à 6 jours dans un établissement hydrominéral de l'étranger assurent à la station une redevance considérable. Elles permettraient très rapidement l'extension et un aménagement plus confortable de plusieurs de nos stations. On installerait partout des salles de bains, des appareils à douches, des étuves, etc. et l'on pourrait permettre à une famille de trouver en France comme à l'étranger les diverses installations qui sont nécessaires au point de vue hygiénique aussi bien qu'au point de vue thérapeutique.

Il conviendrait aussi d'affirmer, par des ordonnances de police suffisamment impératives, le droit du baigneur à quitter sans indemnité les appartements où il aura reconnu des inconvénients qu'on ne pouvait prévoir au moment de la location, à prendre « son café, ses repas et son bain où bon lui semble et à faire laver son linge où il le désire ». Ces ordonnances existent partout en Allemagne et M. le Dr Caulet qui les reproduit les commente en ajoutant : « Tout d'abord on comprend qu'en aucun cas le baigneur ne peut devenir le prisonnier de son maître d'hôtel et qu'il échappe à la servitude de la table d'hôte. Prenant ses repas où il veut, à l'heure qu'il veut et comme il veut, il ne tient qu'à lui d'observer le régime nécessaire; d'un autre côté l'habitude de vivre à la carte entraîne facilement celle de changer de restaurant et comme à cet égard on est sollicité de toutes parts, à la station, aux alentours et aux environs, on en arrive bientôt

1. Ces conclusions sont développées dans la thèse de M. Poix (Paris, 1896-97).

à passer la plus grande partie de la journée à la campagne, en plein air.

« De la sorte il est permis d'échapper aux tyrannies mondaines... En fait, la majeure partie des étrangers mène aux eaux allemandes une vie de campagne et de villégiature, toute de promenades et d'excursions, conservant sans qu'on trouve à y redire, la liberté du voyageur et le sans-façon du touriste. »

Nous avons tenu à citer des constatations analogues à celles que nous avons faites nous-même et dues à un médecin qui a été inspecteur d'une de nos stations françaises. Aujourd'hui même M. le Dr A. Robin le citait dans son Rapport sur les eaux minérales (1) en rendant un juste hommage aux travaux scientifiques de nos médecins français. Je suis des premiers à leur rendre justice. Mais je ne puis m'empêcher de constater que si, dans nos assemblées législatives, les plus grands obstacles à la réforme de l'impôt et à la guerre contre l'alcoolisme proviennent de l'omnipotence des débitants de vin dont le comptoir est un centre électoral, il en advient souvent de même en ce qui concerne les réformes à apporter à la réglementation de nos stations hydrominérales. Il appartiendrait au syndicat nouveau qui s'est constitué en vue de défendre les intérêts de nos stations françaises de signaler le mal et d'en chercher le remède. Si j'en crois ce que j'entends dire un peu partout, il n'est que temps d'intervenir.

Le timbre des certificats.

Très souvent déjà soulevée par l'administration des finances, la question du timbre des certificats médicaux vient de ranimer une polémique assez vive au sujet de la condamnation à l'amende signifiée à M. le professeur Panas pour avoir délivré un certificat à un malade de son service et l'avoir délivré sur un papier à en-tête de l'hôpital et non sur papier timbré. Sans avoir eu l'idée de consulter le Ministre des finances, sans avoir réfléchi que c'est à son administration que s'adressait la réclamation au moins inopportune des agents du fisc, M. le Directeur de l'Assistance publique s'empressa de « lâcher son subordonné » — puisque les chirurgiens des hôpitaux sont, paraît-il, les subordonnés de M. le Directeur général — et d'enjoindre à tous médecins ou chirurgiens d'avoir à rédiger leurs certificats sur papier timbré. M. le Ministre des finances a été plus libéral. Prévenu par la voix publique de ce qui se passait, il s'est souvenu que ses prédécesseurs consultés dans des cas de ce genre avaient toujours reconnu que les indigents pouvaient obtenir des certificats sur papier libre et il a décidé qu'il en serait désormais ainsi. Nous espérons même qu'il aura déchargé M. le professeur Panas de l'amende qui lui avait été indûment infligée.

Il ressort clairement, en effet, de toutes les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet que les indigents doivent être dispensés de payer une feuille de papier timbré pour obtenir un certificat, de même qu'ils obtiennent l'assistance judiciaire lorsqu'ils sont appelés à plaider en justice. Il y a près de 20 ans que, dans la *Gazette hebdomadaire* (1877, p. 22 et 79) Dechambre a traité cette question et énuméré les certificats exempts du timbre. Ils ne sont pas nombreux : certificats de vaccine ; certificats de naissance et de décès ; certificats ou rapports requis par les agents de l'autorité judiciaire ou de la force armée ; certificats délivrés à des indigents pour obtenir une indemnité dans une société de secours mutuels ou dans une administration publique, pour être admis dans un hôpital ou hospice de vieillards, pour obtenir des secours du département ou de la commune en cas d'indigence.

Tous les autres certificats doivent être rédigés sur papier timbré car, aux termes de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII, tout acte produit par un particulier *dans un intérêt privé* doit être soumis au timbre.

On ne saurait trop, dès lors, engager tous les médecins à refuser des certificats qui les exposeraient à des amendes ou à des ennuis analogues à ceux qui ont été imposés à notre très honoré confrère le professeur Panas. Le meilleur moyen de les éviter est, si l'on éprouve quelque doute, de rédiger son certificat sous forme de consultation : « M... a été atteint de... je l'engage donc à... » etc., sans jamais dire : « Je certifie que... ». On peut encore, si le client réclame un certificat en bonne forme, le terminer par la formule suivante : « En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat qui devra être reproduit sur papier timbré s'il doit être produit en justice ». J'ai plusieurs fois déjà employé cette formule et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Le docteur Hanot.

Notre confrère Letulle l'a bien dit : « Au lendemain d'une fin si cruelle, sur le côté tragique de laquelle on aurait dû avoir la pudeur de faire le silence... il est difficile de juger l'œuvre médicale de Hanot », mais il doit être permis à tous ceux qui ont connu, à tous ceux qui ont aimé ce savant si modeste, ce maître si bienveillant, ce médecin si consciencieux et si éclairé de dire combien il sera regretté. Par un labeur incessant, par un dévouement absolu à tous ses devoirs de professeur et de médecin d'hôpital, par la valeur de ses travaux personnels qui honoraient l'Ecole clinique française, Hanot avait bien mérité la chaire officielle où un vote unanime de la Faculté allait l'appeler. Il aurait groupé autour de lui, par la solidité et l'originalité de son enseignement, une élite de jeunes médecins prêts à suivre ses conseils, à collaborer à ses travaux. Il serait resté à l'Ecole ce qu'il a toujours été à l'hôpital : *un maître*, dans la bonne, dans la vraie acception du mot.

Elève de Lasègue et de Charcot il avait su, comme eux, ne se spécialiser qu'après avoir acquis, sur tous les chapitres de la pathologie médicale, des connaissances étendues. Clinicien et anatomo-pathologiste, il avait tout à la fois l'art de bien comprendre et de bien interpréter les faits d'observation médicale et la science nécessaire pour en tirer des déductions capables de faire progresser la médecine.

Est-il nécessaire de rappeler ici ses travaux sur la pathologie du foie depuis sa thèse sur *la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* jusqu'au beau livre, qu'il a publié en collaboration avec son élève et ami M. Gilbert et aux nombreux mémoires à la publication desquels il a toujours associé ses élèves ? Faut-il redire l'estime qu'avaient pour lui les maîtres qui, comme MM. Hérard et Cornil, l'avaient associé à leurs travaux et lui gardaient la plus grande affection ? Nous espérons que celui qui aura l'honneur d'être élu à la place qu'aurait si dignement occupé Hanot saura, en faisant ressortir la valeur de son œuvre médicale, rendre justice à ce travailleur dont la vie si cruellement troublée a eu pour but la recherche de la vérité et le culte de la science.

1. Remarques sur le développement et les traditions de quelques stations thermales allemandes, par le Dr Caulet. Paris, G. Carré, 1896.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures,

Par M. le Dr Beauxis-Lagrave (de Fontainebleau).

J'ai eu l'occasion, depuis moins de 4 mois, de donner mes soins à 4 blessés pour brûlures, dont 3 atteints très gravement. L'emploi systématique de l'acide picrique dans mes pansements m'a donné des résultats des plus favorables et tout à fait en désaccord avec ceux que publie M. Arloing dans votre numéro du 1er novembre. C'est ce qui me décide à vous les faire connaître.

Voici d'ailleurs l'observation sommaire de chaque blessé.

Observation I. — Le 1er juillet, un restaurateur âgé de 35 ans descend d'une échelle sans regarder les échelons et croyant arriver sur le sol met le pied, par mégarde, dans une lessiveuse d'eau bouillante additionnée d'une forte proportion de carbonate de soude, et que l'on venait de retirer du feu. La jambe droite plonge entièrement dans le récipient, jusqu'à 6 centimètres au-dessus du genou. La douleur paralysant ses mouvements, le blessé reste près d'une minute dans la lessiveuse jusqu'à ce que des secours lui arrivent de ses employés.

Souffrant atrocement, il recouvre tout son membre de serviettes trempées dans de l'huile d'olive (liquide peu antiseptique) en attendant mon arrivée. Je constate les lésions suivantes : tout le pied et la partie inférieure de la jambe ont doublé de volume. La partie dorsale du pied, la région tibio-tarsienne et talonière sont absolument à vif. L'épiderme et le derme sont détruits ; sur toute la jambe et le genou, brûlures du 2e degré avec phlyctènes noirâtres volumineuses, dont plusieurs des dimensions d'une grosse mandarine. La partie supérieure du genou présente des brûlures du 1er degré.

Application immédiate (et pour la première fois dans ma pratique) d'un pansement picriqué aseptique, tel qu'il a été antérieurement décrit dans la *Gazette hebdomadaire*, sans désinfection préalable avec une solution antiseptique. Cessation immédiate des douleurs. Administration de 0gr80 de quinine. Pas de réaction fébrile, pas de symptômes généraux. Le blessé passe une bonne nuit et repose calmement.

Renouvellement du pansement tous les 3 jours. Au 4e pansement, le genou et la jambe sont complètement cicatrisés. Au 7e pansement, le pied est totalement guéri et, le 24 juillet, le blessé reprend ses occupations.

Jamais, dans les pansements, la moindre trace de suppuration. Devant l'étendue de la brûlure, il m'eût été de toute impossibilité d'employer un pansement à l'iodoforme, par crainte d'intoxication.

Obs. II. — Mme C... a une brûlure du bras droit occasionnée par un bec de gaz qui enflamme la manche de son corsage. N'ayant pas d'eau sous la main, elle court jusqu'à la pompe pour éteindre le corsage qui flambe. Ancienne infirmière des hôpitaux de Paris, Mme C... se soigne elle-même en appliquant sur la plaie des compresses de sublimé à 1/1000 et de la ouate hydrophile. Le 22e jour après la brûlure, malgré les pansements antiseptiques appliqués par la blessée, la cicatrisation n'a fait aucun progrès et c'est à ce moment que je suis appelé. Je constate une brûlure de la région antéro-externe du bras, intéressant le coude, mesurant une hauteur de 18 centimètres sur une largeur de 5 à 6 centimètres. Pas de suppuration.

Application d'un pansement picriqué, renouvelé tous les 3 jours; guérison après le 4e pansement, soit en 15 jours de traitement.

Obs. III. — Un marmiton âgé de 16 ans plonge sa main dans une bassine de graisse bouillante servant à la friture. Brûlure du 2e degré de tout le dos de la main et du tiers inférieur de la région antibrachiale. Phlyctènes volumineuses et étendues. Quatre pansements suffisent à la guérison totale. Durée du traitement, 15 jours.

Obs. IV. — Brûlure au 2e degré du genou et de la cuisse par la projection de jet de vapeur sortant d'une chaudière. La brûlure mesure environ 10 centim. carrés. Application du pansement picrique. Au 7e jour guérison.

J'oppose à ces résultats les deux suivants qui se rapportent à l'année 1894, à l'époque où le traitement à l'acide picrique n'existait pas encore.

Obs. V et VI. — Un jeune manœuvre, employé dans un four à briques, recevant sur tout le bras droit un jet de vapeur sous pression à 3 atmosphères, a son bras complètement brûlé depuis l'épaule jusqu'au poignet (face antérieure seulement). Je le soigne avec des applications de vaseline iodoformée (dont M. Reclus a donné la formule dans son *Traité de chirurgie*) et des compresses de gaze iodoformée. Le traitement complet exigea plus de 2 mois de pansements et ce n'est qu'après de grandes difficultés que je pus lutter contre la rétractilité des cicatrices, qui, au niveau de l'articulation du coude, étaient particulièrement résistantes.

A la même époque, un enfant de 3 ans, en tombant dans le feu, eut le bras gauche brûlé par la cendre. Bien que la brûlure ne mesurât guère plus de 8 centim. carrés, je n'obtins une guérison définitive qu'après 1 mois 1/2 environ, après un pansement comme ci-dessus. Et, dans l'un et l'autre cas, je ne pus empêcher au début la suppuration de se produire.

Tel est donc mon bilan. Quant à mon *modus faciendi*, il diffère sensiblement de celui de M. Arloing. La solution que j'emploie est la suivante :

Acide picrique	5 gr.
Alcool à 65°.	50 gr.
Eau distillée	950 gr.

Je suis tout étonné de voir que l'on ait pu obtenir une solution saturée à 5 p. 100 alors que le coefficient de solubilité de l'acide picrique est de 1 gramme pour 86 grammes d'eau (Dorvault, Soubeyran, Dujardin-

Beaumetz et Yvon) et que même avec une solution à 8 p. 1000, on a déjà un précipité dans le fond de la bouteille.

Ce n'est qu'avec des solutions faibles que l'on obtient la sédation des douleurs, ou immédiatement ou tout au moins en l'espace d'une heure au maximum après l'application du pansement. Les douleurs intolérables signalées résultent de l'emploi de solutions picriquées plus concentrées, qui sont alors caustiques.

Après avoir stérilisé ma gaze, je la trempe et l'exprime complètement et en applique plusieurs doubles sur toute la brûlure, et par-dessus, je mets une épaisse couche de coton hydrophile, sans interposition de taffetas gommé et je fixe avec une bande. Le pansement reste en place pendant 3 jours; mais le lendemain si c'est nécessaire, dans le cas cas où la bande est tachée par l'acide picrique que le coton hydrophile a absorbé, je remets une deuxième bande, en comprimant légèrement, de façon à éviter l'infection du pansement et à favoriser plus complètement l'absorption de l'acide picrique par le coton hydrophile. Quand je refais mes pansements, j'ai soin de ne jamais laver la plaie avec quoi que ce soit, si ce n'est dans le cas d'adhérence du pansement à la plaie, où je me sers, pour décoller, d'eau stérilisée.

Quant à la coloration du linge, je ne l'ai jamais vue persister après lessivage. Les bandes, serviettes, tabliers dont je me suis servi, quoique très tachés, ont été toujours bien nettoyés et le linge ne présentait pas ultérieurement de traces de brûlures.

Le seul inconvénient que présente l'emploi du pansepicriqué réside dans la coloration des mains de l'opérateur; mais quand on a soin d'incorporer de l'alcool à la solution, la coloration des mains disparaît après savonnage à l'eau chaude avec du savon de blanchisseuse; seule la coloration des ongles persiste quelques jours, mais l'inconvénient est facile à éviter en se servant de vieux gants de peau.

Conclusions. — 1° La cicatrisation des brûlures est plus rapide avec le pansement picriqué à 5 p. 1000 qu'avec tout autre mode de pansement.

La rapidité de la cicatrisation ne tient pas à la désinfection préalable (obs. I et II), le médicament est suffisamment antiseptique par lui-même.

2° L'acide picrique calme presque instantanément les douleurs.

3° La coloration légère que le médicament laisse aux mains de l'opérateur après son emploi ne doit pas être pour cette raison un motif de non-utilisation.

4° L'acide picrique est un médicament précieux, en raison de la modicité de son prix, comparé à celui très élevé de la gaze iodoformée; avantage très considérable si l'on songe que presque toujours les victimes de ces accidents sont des ouvriers et non des personnes de la classe aisée. Un demi-litre d'acide picrique m'a suffi pour panser le blessé de l'observation I qui avait tout son membre enveloppé depuis les orteils jusqu'à 10 centimètres au-dessus du genou.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Séance du 23 Octobre 1896 (Matin) (*fin*).

De la néphrotomie dans l'hydronéphrose compliquée d'oligurie avec accidents urémiques.

M. Pousson (de Bordeaux). — Communication intéressante à 2 points de vue : 1° elle s'ajoute à quelques observations publiées antérieurement et démontrant que la suspension de la sécrétion rénale d'un côté peut retentir sur le rein du côté opposé pour en diminuer et supprimer complètement la fonction ; 2° elle vient à l'appui de l'opinion que nous avons émise, M. le professeur Demons et moi, il y quelques années, sur la valeur de la néphrotomie systématique dans l'anurie calculeuse et par extension dans tous les anuries obstructives.

Observation. — M. D..., 51 ans, d'une bonne santé habituelle, eut, il y a 13 ans, des coliques néphrétiques à gauche sans émission de graviers. Un an après, deuxième colique et, 6 mois plus tard, expulsion d'un gravier brunâtre de la grosseur d'un pois irrégulier à sa surface ; 8 jours après, second gravier qui s'arrête dans l'urèthre, d'où il est extrait avec des pinces. Depuis, pas de coliques, mais, à diverses reprises, décharges de sables rougeâtres. Plusieurs fois, sang dans les urines. Mais le malade continue à éprouver une douleur sourde, presque constante dans la région rénale gauche et des douleurs du côté du col de la vessie avec fréquence des besoins d'uriner.

C'est pour ces symptômes qu'il vint me consulter en 1890. L'examen de la vessie montre qu'elle ne contient pas de calculs. La lithine, une série d'instillations de nitrate d'argent au niveau du col, de 1890-1894, procurent au malade un soulagement réel. Pendant 2 ans, M. D..., assez bien, cessa de venir me voir. Le 28 juillet 1896, je suis appelé près de lui par son médecin habituel. M. D..., très pâle, très affaibli, peut encore se tenir debout; mais il marche péniblement courbé sur le côté droit et se plaignant d'un gonflement du côté gauche; il lui semble, dit-il, « qu'il a une poche d'eau dans ce côté ». Il urine en très petite quantité, et depuis 4 jours il a vu apparaître, sur la paroi abdominale et les cuisses, des taches de purpura.

Le malade s'étant mis au lit, je constate à la vue que l'hypochondre gauche et le flanc sont soulevés par une tuméfaction énorme que je limite aisément par la palpation et la percussion. La consistance est nettement fluctuante. Rien à droite. De jour en jour, les urines diminuent et dans les 24 heures le malade a rendu moins de 200 grammes d'une urine foncée, épaisse, non purulente. Les envies d'uriner sont fréquentes ; la vessie se vide complètement. M. D... accuse une grande faiblesse, de la céphalée, quelques troubles de la vision, pouls petit, fréquent, mais régulier, pas de température, langue blanche épaisse, soif vive; ni nausées, ni vomissements, diarrhée légère. Ces phénomènes généraux d'intoxication urémique s'accentuent rapidement (purpura, tressaillements musculaires) et je propose l'incision de la région lombaire par la poche hydronéphritique.

Opération (30 *juillet*). — L'anesthésie obtenue, les téguments soigneusement désinfectés, le malade est couché sur le flanc droit. Je pratique une incision qui commence en haut au-dessous de la douzième côte et se recourbe suivant la crête iliaque. Malgré un abondant écoulement de sang noir, j'arrive rapidement sur l'atmosphère graisseuse du rein et au-dessous je suis avec le doigt la résistance élastique du rein distendu. Je ponctionne et j'incise d'un seul coup sur une longueur de 3 à 4 centimètres : un flot de liquide séreux s'en échappe. Aussitôt la tumeur s'affaisse; des pressions exercées dans ses régions la vident entièrement de son contenu. La totalité du liquide = deux litres.

Avec 2 doigts introduits dans le sac rénal ; j'explore soigneusement sa cavité : je suis nettement les éperons formés par les colonnes de Bertin et je m'assure que tous les calices communiquent avec le bassin et qu'ils ne renferment aucune concrétion ;

j'explore de même le bassinet qui ne renferme aucun calcul au point où il s'abouche à l'uretère. J'essaye le cathétérisme de ce conduit sans succès, ne voulant pas prolonger l'anesthésie de crainte de mettre la vie du malade en danger. Après avoir largement lavé le rein à la solution boriquée chaude, je tamponne sa cavité à la gaze iodoformée et je réunis les lèvres de la paroi lombaire au-dessus et au-dessous.

Suites de l'opération. — Nuit calme, pas d'élévation de température ; les besoins fréquents d'uriner ont disparu.

3 *août.* — L'amélioration continue ; plus de tressaillements musculaires, les taches de purpura pâlissent. Le malade a rendu par l'urèthre 750 grammes d'urine un peu louche.

4 *août.* — 800 grammes d'urine Bon état général. Apyrexie. Pas de calculs dans les urines plusieurs fois examinées. La plaie se ferme assez vite.

22 *août.* — Le malade reprend ses occupations. Il rendu 140 à 10500 grammes d'urines, limpides sans dépôt purulent. Le rein a repris son volume normal. Il n'est nullement douloureux à la palpation.

A la date du 15 *septembre*, M. D... demeurait guéri.

Quelle que soit la pathogénie de cette hydronéphrose, le premier point intéressant que je désire faire ressortir, c'est que la distension rénale préparée de longue main et devenue subitement aiguë, a retenti sur la sécrétion de l'autre rein au point d'abaisser le taux de l'urine à 150 grammes en 24 heures et de déterminer des accidents urémiques, parmi lesquels le purpura mérite d'être signalé tout particulièrement. En second lieu, je signalerai l'heureux effet de l'incision du rein sur le retour de la fonction urinaire dans son parenchyme et dans celui de son congénère. La thérapeutique possède donc dans la néphrotomie une ressource précieuse pour combattre les accidents de l'anurie obstructive, de quelque nature qu'elle soit.

Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture transvésicale.

M. Pousson (de Bordeaux), au VIII° Congrès de l'Association tenu à Lyon en 1894, avait déjà fait ressortir les avantages que peut offrir la cure de certaines fistules vésico-vaginales, innaccessibles par le vagin, au moyen de l'ouverture préalable de la vessie, permettant l'avivement et la suture transvésicale. Il est une variété de fistules s'ouvrant dans la vessie et pour le traitement desquelles la cystotomie préliminaire offre de précieuses ressources : ce sont les fistules vésico-intestinales. Pour celles-ci, l'auteur a adopté un *modus operandi* qui a été préconisé jadis par le professeur Le Dentu, la cystotomie préliminaire. Les hasards de la clinique ont permis à M. Pousson de traiter un cas d'une affection de ce genre.

Un malade lui était adressé avec le diagnostic de fistule vésico-intestinale ; ce malade rendait, depuis plus de 2 ans, des gaz par l'urèthre et expulsait quelquefois des matières fécales. A la suite d'un repas copieux, il avait été tout à coup pris de douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche et considéré par son médecin comme atteint de cystite. A ce moment, le malade s'aperçut du trouble et de la purulence de ses urines. Depuis 4 mois seulement, l'émission des matières fécales par les urines se manifestait, au moment où M. Pousson examina son malade. Ce dernier, très impressionable, ne put tolérer l'examen direct; l'emploi du chloroforme fut nécessaire. Combinant le toucher rectal avec la palpation abdominale, l'auteur provoqua des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche ; ce qui fit penser à l'ouverture de la fistule dans l'S iliaque; puis la cystoscopie lui fit voir, sur la paroi supérieure gauche de la vessie, une plaque violacée de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50. L'opération, proposée au malade, fut acceptée.

Le malade, chloroformé, est placé dans la position de Morand-Treudelenburg; la vessie est ouverte sur la ligne médiane, après ballonnement du rectum pour étaler le bas-fond.

La plaque violacée indiquée par l'exploration cystoscopique n'est pas l'ouverture de la fistule. Un examen minutieux de la muqueuse le fait voir à environ 2 centimètres du méat uréthral; son diamètre est très petit. L'opérateur procède de suite à l'avivement des bords de l'orifice, au moyen d'un petit bistouri de Sims, à lame courte et courbée sur le plat ; les lèvres avivées, il les suture au moyen de points de catgut n° 0, passés à l'aide de l'aiguille à pédale. Dans le but de mettre la vessie au repos et d'empêcher que ses contractions expulsives ne tiraillent sur les fils de la suture, il laisse le réservoir ouvert et établit le drainage hypogastrique de Guyon-Périer. Après l'opération, le malade eut, pendant 2 jours, de violentes douleurs au col de la vessie et dans la verge ; les matières fécales continuèrent à passer par les tubes pendant 17 jours. Quant aux gaz, ils continuèrent à sortir irrégulièrement pendant 2 mois environ ; puis le malade ne rendit plus rien.

Il est donc de toute évidence que la réunion par *primam intentionem* n'a pas eu lieu ; mais il n'est pas admis que la fermeture par seconde intention a été obtenue. Le mérite de la guérison, d'après M. Pousson, ne saurait donc être refusé au bourgeonnement des lèvres de la solution de continuité.

Séance du 3 Novembre 1896.

Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien.

M. Delagénière (du Mans). — En présence des résultats médiocres obtenus par la résection de la hanche dans la coxalgie, et en me fondant sur ce fait que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur, je me suis demandé si l'évidement de cette épiphyse et le drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter ne donneraient pas des résultats aussi bons que ceux de la résection, au point de vue de la vie de l'individu, et meilleurs au point de vue orthopédique.

J'ai adopté la technique suivante : je fais une incision analogue à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse environ à 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. Cette incision doit mesurer 15 centimètres environ. Je dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens ; j'écarte le pyramidal et le moyen fessier, puis pratique une incision du périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter, y compris les faces interne et externe de cette saillie osseuse ; la capsule articulaire est largement fendue en T pour permettre l'exploration de l'articulation. Je décolle ensuite le périoste de chaque côté de l'incision, afin de faire une opération *sous-périostée*. J'excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col ; avec la pince gouge, j'évide le col jusqu'à la tête ; j'évide ensuite la tête dont j'enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement. Je termine enfin par l'évidement du grand trochanter que je poursuis jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, afin de créer une gouttière d'évidement régulièrement déclive et suivant la direction de l'éperon de Merkel.

L'opération est terminée en réunissant les parties molles au-dessus de la gouttière creusée, après avoir mis au fond de celle-ci un tube métallique, dont l'extrémité interne est dans l'articulation et dont l'extrémité externe est fixée à la peau. Ce drain métallique sera laissé jusqu'à la guérison du malade.

J'ai pratiqué deux fois cette opération pour des coxalgies suppurées très graves ; les 2 malades ont vu rapidement cesser leurs accidents et se sont rétablies rapidement.

Les conclusions qu'il me semble pouvoir tirer de ces faits sont les suivantes : 1° l'opération est simple et facile ; 2° elle paraît exemple de gravité ; 3° le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse est obtenu définitivement ; 4° la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

Tuberculose de la rotule.

M. V. Ménard (Berck-sur-Mer). — Nous avons observé 5 cas de tuberculose de la rotule chez 4 malades, l'un d'eux étant affecté des deux côtés.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'un examen nécroscopique ; les 3 autres malades ont guéri facilement à la suite d'une intervention opératoire.

Le foyer tuberculeux s'est présenté trois fois sous la forme d'une ostéite raréfiante avec ou sans séquestre ; une fois sous la

forme d'une caverne remplie de fongosités; une fois sous la forme d'une infiltration tuberculeuse compacte.

L'ostéite raréfiante offrait la disposition d'un trajet assez étroit, serpentant au travers du tissu osseux de la rotule, transversalement deux fois, d'avant en arrière une fois.

Dans le cas où nous avons rencontré une caverne, la moitié externe de l'os était détruite. L'infiltration grise du 5e cas comprenait les deux tiers supérieurs de la rotule.

Une seule fois sur cinq, le foyer tuberculeux communiquait exclusivement avec l'extérieur par une fistule sans aucun rapport avec la cavité du genou. A cette exception près, le foyer était ouvert dans l'articulation.

Le diagnostic clinique a pu être établi trois fois avant l'examen direct, opératoire : un abcès, une fistule ou une cicatrice indiquait assez nettement l'origine rotulienne. Les autres fois, on avait sous les yeux le tableau habituel de l'arthrite fongueuse du genou.

Le traitement opératoire, appliqué à 3 malades, a consisté dans l'ablation de la rotule par la méthode sous-périostée. De plus, le genou, ouvert par une incision en fer de cheval, divisant le tendon rotulien, a été débarrassé par la curette des fongosités synoviales.

Chez les 3 malades, la guérison a été obtenue par première intention sans aucun incident.

Le genou n'est pas ankylosé. Des mouvements passifs assez étendus sont déjà possibles chez 2 opérés. Il est permis d'espérer que la marche sera possible dans la suite avec des mouvements aciifs.

Sur un cas de fracture simple et sans déplacement de la première phalange du gros orteil par cause indirecte.

M. Inglessis. — Les fractures simples du gros orteil étant rares, surtout celles par cause indirecte et ne s'accompagnant, en général, pas de déplacement, peuvent, à cause de cette rareté et par l'absence de difformité, passer inaperçues à un examen superficiel.

Méconnues ou négligées, ces fractures pourraient avoir des suites fâcheuses, comme le gonflement énorme et menaçant, accompagné de fortes ecchymoses, et de phlyctènes, dans un cas personnel ou comme dans celui de Gascogne où le sujet traînait depuis 3 mois avec une fracture non consolidée et non réduite, l'on a été obligé de pratiquer la ténotomie du long extenseur propre du gros orteil et d'immobiliser le pied pour maintenir la réduction et obtenir la consolidation de la fracture.

Enfin, on comprend facilement qu'une consolidation vicieuse par défaut de traitement convenable pourrait gêner la marche ou nécessiter le port de chaussures spécials.

Le traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Les injections périarticulaires dans le traitement des arthrites sont forcément insuffisantes et pour qui réfléchit à l'évolution des lésions anatomiques des tumeurs blanches, les injections intra-articulaires paraîtront seules logiques.

Je traite la cavité articulaire par les mêmes moyens que la cavité de l'abcès froid péri-articulaire.

Les liquides que j'emploie sont le naphtol camphré et l'éther iodoformé associés avec une technique un peu spéciale.

Neuf fois sur dix peut-être, lorsque ces injections sont bien faites l'on arrive à la guérison de la tumeur blanche et l'on peut éviter aussi à peu près toujours les résections osseuses qui laissent presque fatalement des infirmités graves.

La coxalgie doit guérir sans laisser de boiterie.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Je ne parle pas, bien entendu, des coxalgiques qui se présentent au chirurgien avec des destructions osseuses déjà avancées, mais des coxalgiques que l'on a suivis dès la première période.

Sur 100 coxalgiques que l'on reçoit au début de la maladie, l'on peut dire que 98 au moins guériront sans boiter.

La boiterie consécutive est causée par :

1° Le raccourcissement.

2° La faiblesse du membre.

3° L'ankylose absolue ou la mobilité extrême.

a) Le raccourcissement est dû à 3 facteurs principaux : l'attitude vicieuse, l'ascension du fémur dans la fosse iliaque et l'atrophie du membre.

Contre les deux premiers facteurs, l'on peut tout, si l'on reçoit les coxalgique à la première période.

L'atrophie en longueur ne peut pas être toujours évitée, mais c'est le facteur le moins important, et il ne donne pas de raccourcissements assez considérables pour entraîner à elle seule la boiterie.

b) La faiblesse musculaire du membre.

En supprimant aussi vite que possible l'immobilisation absolue et en faisant un traitement consécutif par la gymnastique, les massages, les électrisations, on doit arriver à rendre à la jambe autrefois malade, une vigueur suffisantes pour que le sujet ne boite pas.

c) L'ankylose ou la mobilité folle.

Celle-ci est le fait de chirurgien.

Quant à l'ankylose, il est infiniment rare qu'elle soit absolue, Au surplus, j'ai des enfants qui avec une ankylose de la hanche mais sans raccourcissement du membre et avec des muscles suffisants sont arrivés avec un apprentissage spécial à marcher sans boiter.

En résumé, lorsqu'on reçoit un coxalgique au début, on peut promettre qu'il ne boitera pas puisqu'il y a 98 chances sur 100 de guérir sans boiter pourvu que le traitement soit bien conduit et de durée suffisante.

Du myélome des gaines tendineuses.

M. Malherbe (de Nantes). — Il y a quelques années, M. Heurtaux (de Nantes) publia 3 cas de myélomes des gaines tendineuses qu'il avait enlevés et qui avaient été déterminés à notre laboratoire. Se ralliant à notre manière de voir, M. Heurtaux les sépara du genre sarcome et les appela avec nous des myélomes. Il convient en effet de démembrer le genre sarcome tel qu'il est compris par la plupart des auteurs et notamment d'en séparer le myélome. Nous avons examiné ceux qui ont eu une marche absolument bénigne. Nous connaissons plusieurs des opérés qui restent guéris depuis plus de 10 ans. Deux au moins de nos tumeurs présentaient des parties assez fortement pigmentées et j'insiste sur ce point parce qu'il est en contradiction avec l'opinion de bon nombre de pathologistes qui croient que mélanose est synonyme de malignité, ce qui pour nous est absolument inexact. Il y a des mélanoses simples et sans aucun pouvoir infectant.

Un autre problème qui, malgré la haute autorité de M. Malassez, ne nous paraît pas encore résolu, c'est celui de la fonction angioplastique des myéloplaxes. Nous avons vainement cherché à suivre la transformation de ces cellules en vaisseaux; nous avons bien saisi quelques rapports de voisinage, mais jamais de continuité convaincante. Nous restons donc dans le doute sur ce cas particulier.

En faisant la synthèse des descriptions particulières, on voit que le myélome contient trois espèces de cellules : 1° des cellules fusiformes, plus rarement étoilées, rappelant beaucoup celles du sarcome fuso-cellulaire; 2° des cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes qui sont l'élément caractéristique de la tumeur; 3° des cellules ne contenant que deux ou même qu'un seul noyau, mais dont les caractères optiques, l'aspect du protoplasme surtout, rappellent ceux des myéloplaxes, de telle sorte que pour nous il n'y a aucun doute sur l'identité de nature entre ces éléments. Outre les éléments que nous venons de signaler, on peut aussi observer des cellules rondes embryonnaires; mais on doit sans doute les considérer comme résultant d'un processus irritatif et ne faisant pas essentiellement partie de la tumeur. La clinique nous montre que les sarcomes, une fois développés, ont la plus grande tendance à s'étendre; que leur croissance est généralement rapide; qu'enfin certaines espèces récidivent et se généralisent toujours. Nous connaissons bien certaines espèces

de sarcome à grandes cellules qui succèdent aux fibromes de la mamelle ou de la paroi abdominale; mais s'il est vrai qu'ils constituent des tumeurs bénignes au début, on peut dire qu'une fois l'état sarcomateux bien établi, ils marchent comme les autres vers le dénouement fatal.

Rien de pareil dans le myélome qui, comme Virchow l'avait déjà constaté, ne possède qu'une malignité locale et peut être laissé en place pendant des années sans infecter l'économie. Il faut donc revenir aux idées d'Eugène Nélaton qui différenciait avec soin le nouveau genre de tumeurs qu'il venait de décrire des tumeurs fibro-plastiques, nom que l'on donnait alors à notre sarcome fuso-cellulaire.

Il y a donc lieu d'admettre auprès du sarcome un genre voisin mais différent, le myélome, qui a pour type normal le tissu de la moelle des os. Le myélome, très commun dans les os « Epulies » etc., peut s'observer, quoique beaucoup plus rarement, dans des parties molles telles que la gaine des tendons.

Arrachement du tendon et du tubercule rotuliens et de la partie correspondante de l'épiphyse du tibia luxée dans l'articulation du genou. Déchirure des cartilages semi-lunaires. Arthrotomie, réduction, suture. Guérison parfaite.

M. Reboul. — Un jeune homme de 15 ans, en sautant, éprouve une vive douleur à la partie antérieure du genou droit, tombe à la renverse et ne peut plus se relever; à la suite, gonflement considérable de la région, impossibilité d'élever le talon au-dessus du plan du lit. On pense soit à une fracture de la partie inférieure de la rotule, soit à un arrachement ou à une rupture du tendon rotulien. Sept jours après l'accident, opération sous chloroforme.

Arthrotomie externe : pas de fracture de la rotule, pas de ruptures du tendon, du triceps et du tendon rotulien. Il y a arrachement de l'extrémité tibiale du tendon rotulien qui a entraîné le tubercule rotulien et la partie correspondante de l'apophyse tibiale, formant un carré osseux qui a basculé et s'est luxé dans l'articulation du genou. Epanchement intra-articulaire abondant. Déchirure des cartilages semi-lunaires. Réduction, non sans difficultés du fragment osseux luxé, fixation en position normale, suture osseuse et suture du tendon rotulien et de son expansion fibreuse à la soie. Suture en deux plans des parties molles, drain dans l'articulation.

Un mois après, pansement, réunion parfaite. Appareil plâtré.

En mai, quelques mouvements du genou, le malade, peut enlever son membre au-dessus du plan du lit, il marche avec des béquilles.

En juillet, marche facile, sans claudication, mouvements de l'articulation à peu près normaux; il existe encore un peu de raideur dans la flexion.

J'insisterai sur la rareté de ce fait, sur sa pathogénie et l'utilité de l'intervention dans des cas semblables.

Nouvelle contribution à l'étude du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (méthode de Lorenz).

M. Coudray (de Paris). — Il résulte de l'analyse des faits que la méthode de traitement non sanglant conseillée par Lorenz pour les luxations congénitales de la hanche (réduction, immobilisation en abduction et marche immédiate) est dans l'état actuel de la science le traitement de choix.

Il faut appliquer la méthode dès le très jeune âge (15 à 18 mois), quand on le peut. En procédant ainsi, la réduction vraie sera obtenue dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire la guérison complète ou à peu près.

Alors même qu'il n'existe que des cavités cotyloïdes rudimentaires, la réduction de la tête fémorale dans ces cavités est durable par le fait de la position du membre en abduction.

En acceptant cette règle de conduite, on arrivera à restreindre considérablement, sinon à supprimer les opérations sanglantes dont la vogue a été trop grande.

La méthode est logiquement supérieure à l'immobilisation avec extension laquelle nécessite le séjour très prolongé au lit, ce qui, au point de vue de l'état général, est à considérer, surtout chez les jeunes enfants.

Au point de vue pratique, les appareils sont bien tolérés, même chez des enfants très jeunes ainsi que le montrent mes observations.

La méthode sclérogène pourrait être utilisée comme complément du traitement, ainsi que je l'ai indiqué ailleurs.

M. Chénieux (de Limoges) rapporte une observation de réduction, suivie de succès, pour une luxation de l'épaule datant de treize mois, chez un sujet de vingt ans, et une deuxième observation relative à un fait d'ostéotomie trochantérienne pour une ankylose de la hanche en mauvaise position.

Séance du 24 Octobre 1896 (Soir).

De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.

M. Terrier (de Paris). — Dans ces derniers mois, j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale ou partielle dans 12 cas de fibromes utérins, simples ou compliqués, dans 1 cas d'épithélioma du corps et enfin dans 1 grossesse extra-utérine; ces 14 opérations m'ont donné 14 succès.

Dans 7 cas de fibrome, me rapprochant plus ou moins de l'opération décrite par M. Delagénière, j'ai fait l'ablation totale de l'utérus. Dans les 5 autres cas, et pour des raisons spéciales, en particulier l'impossibilité d'une désinfection vaginale parfaite, je me suis borné à pratiquer l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Dans l'hystérectomie abdominale totale, l'abdomen étant ouvert largement, j'ai soin d'attirer l'utérus fibromateux en haut et en avant à l'aide d'un véritable tire-bouchon utilisé par M. Delagénière.

Le premier temps opératoire consiste alors à lier les annexes des deux côtés avec un double fil de forte soie ; une des anses reste sur l'utérus qu'on enlève, l'autre sur le pédicule utéro-ovarien. Ces anses ne sont donc pas entrecroisées et la section du pédicule a lieu entre ces anses. Souvent on est obligé de refaire le pédicule utéro-ovarien en ce sens que l'anse simple du fil de soie tend à glisser. Cette ligature est suivie de la section et de l'excision des annexes.

Dans le deuxième temps, je taille d'abord en avant, puis en arrière de l'utérus, un lambeau péritonéal, convexe en haut et se terminant à droite et à gauche au niveau des pédicules utéro-ovariens liés. Autant ce lambeau est facile à isoler en avant de l'utérus, en évitant d'entamer la vessie, autant il est souvent difficile de le tailler sur la face postérieure de l'organe, où le péritoine est plus mince et plus adhérent. On poursuit le décollement de ces deux lambeaux péritonéaux aussi loin que possible jusqu'au niveau probable des insertions vaginales autour du col.

Dans le troisième temps, j'ai l'habitude de placer à droite et à gauche de l'utérus, au niveau du col, une ou deux fortes pinces à pression de façon à interrompre le cours du sang des deux artères utérines et à être maître de toute hémorrhagie au moment où, pour me donner du jour, j'enlève la tumeur jusqu'au-dessus du col utérin. Cet enlèvement est fait soit à coups de ciseaux, soit au bistouri. J'ai trouvé que cette manière de procéder facilitait le reste de l'opération, c'est-à-dire l'ouverture des culs-de-sac vaginaux en avant et en arrière du col. De plus, elle permet de terminer l'opération, totalement débarrassé de la plus grande partie de la masse utérine qui, par son volume, gêne dans l'exploration et la manœuvre au fond du bassin.

Le quatrième temps a pour objet l'ouverture des culs-de-sac du vagin ; dans ce but on place une pince courbe dans le vagin, jusque dans le cul-de-sac antérieur d'abord, puis dans le cul-de-sac postérieur.

Le moignon utérin formé par le col étant saisi avec une forte pince de Richelot et attiré en haut, la pince placée dans le cul-de-sac antérieur étant reconnue, on incise les parties en rasant le col et on ouvre ainsi le cul-de-sac antérieur. On répète la même manœuvre, souvent avec plus de difficultés, sur le cul-de-sac postérieur.

C'est alors qu'aux pinces à pression placées sur les artères utérines, on substitue deux ligatures en chaîne. Le col, libéré du vagin en avant puis en arrière, est alors isolé sur les parties latérales et enlevé.

Ceci fait, une première série de sutures unit la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure. Puis on fait l'occlusion de la cavité sous-péritonéale, en réunissant par un long surjet les deux lambeaux péritonéaux taillés dans le deuxième temps de l'opération.

Comme on le voit, je divise en quelque sorte l'opération en deux périodes : dans la première je fais une ablation incomplète de la tumeur utérine, laissant le col en place ; puis, dans la deuxième, je pratique l'ablation du col, après avoir ouvert les deux culs-de-sac vaginaux et lié les deux artères utérines.

Cette manière de procéder a le grand avantage de permettre de bien voir ce que l'on fait à tous les moments de l'opération et de n'être pas gêné trop longtemps par le volume de la tumeur.

M. Pierre Delbet. — Depuis quelque temps on a tendance à substituer l'hystérectomie abdominale totale à l'hystérectomie partielle, et j'ai, comme beaucoup de mes collègues, adopté l'hystérectomie totale. Je ne pense pas cependant que les inconvénients du pédicule utérin qu'on laisse dans l'hystérectomie partielle soient aussi considérables qu'on l'a dit, et je ne vois pas grand mal à ce qu'on laisse dans certains cas une portion du col de l'utérus ; aussi, à mon sens, l'immense progrès qui a été réalisé récemment consiste non pas dans la substitution de l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle, mais surtout dans les perfectionnements de la technique opératoire. Parmi ces perfectionnements, deux me paraissent avoir une importance capitale, ce sont : 1° la suppression des ligatures en masse ; 2° la suppression de la plaie péritonéale par une bonne suture.

Mais qu'on fasse l'hystérectomie totale ou partielle, il faut toujours pousser la dissection très bas sur le col, car la première condition pour que le moignon utérin ne soit ni gênant ni dangereux, c'est qu'il reste petit. Or, quand on doit disséquer le col, la première question qui se pose est celle de l'uretère.

Dans des recherches déjà anciennes, j'ai étudié ce que deviennent les rapports de l'uretère lorsqu'on place artificiellement l'utérus dans des situations anormales.

Quand l'utérus est fortement abaissé, comme pour l'hystérectomie vaginale, ses rapports avec les uretères deviennent plus étendus et plus intimes. Ces deux conduits croisent l'utérus très obliquement, non plus au niveau du col, mais au niveau de l'isthme et même du corps. Quand on voit sur les pièces préparées l'étendue et l'intimité de ces rapports, on reste étonné que les uretères ne soient pas plus souvent blessés au cours de l'hystérectomie vaginale.

Au contraire, lorsque l'utérus est fortement attiré en haut comme il doit l'être dans l'hystérectomie abdominale, ses rapports avec l'uretère sont presque supprimés. L'uretère glisse du haut en bas de l'utérus sur le dôme vaginal, et quand l'élévation de l'utérus est très considérable, les deux uretères situés de chaque côté du vagin n'ont plus aucun rapport direct avec la matrice. Ainsi donc, quand on a vigoureusement attiré l'utérus en haut, comme on doit le faire pour bien pratiquer l'hystérectomie abdominale, hormis les cas exceptionnels où il existe des fibromes développés dans la portion vaginale ou sous-vaginale du col, on n'est nullement exposé à blesser l'uretère, si on dissèque bien au ras du col ; ce premier point est important.

Voici comment je pratique l'opération : l'abdomen ouvert, l'utérus sorti du ventre et fortement soulevé par un aide, il faut d'abord chercher les annexes. Celles-ci sont fréquemment malades ; on les libère, on les mobilise et on les attire au dehors. Je passe alors avec une aiguille mousse un fil tout près du bord externe du ligament large ; le fil est noué de manière à enserrer le pédicule utéro-ovarien. Puis je place une pince en travers sur la corne utérine de manière à saisir l'anastomose de l'utérine et de l'utéro-ovarienne, et je sectionne le ligament large de dehors en dedans et de haut en bas, de manière que la ligne de section arrive vers la partie inférieure du corps utérin. La même manœuvre étant exécutée du côté opposé, j'incise le péritoine sur l'utérus en avant et en arrière, en continuant en quelque sorte les incisions des ligaments larges. Je dissèque alors en avant et en arrière une collerette péritonéale, et je poursuis la dissection jusqu'à l'ouverture des culs-de-sac vaginaux. Je n'attache pas une grande importance à ce qu'on ouvre d'abord l'un plutôt que l'autre, l'antérieur plutôt que le postérieur. Le mieux est d'ouvrir celui qui est le plus accessible, et cela est variable suivant les cas. Mais lorsque l'un des culs-de-sac est ouvert, je cherche toujours à inciser la muqueuse vaginale de l'autre par le vagin. Il n'est même pas indispensable d'ouvrir les deux culs-de-sac avant de sectionner les pédicules latéraux comprenant l'artère utérine ou ses branches. Je sectionne ces pédicules au bistouri en rasant le col et sans faire de ligatures préalables. Ces vaisseaux sont pincés à mesure qu'on les sectionne. Il suffit, en général, de deux ou trois pinces de chaque côté.

L'utérus enlevé d'une seule pièce, il faut faire l'hémostase. Les vaisseaux pincés sont liés isolément. Mais il reste le cul-de-sac postérieur dont la tranche saigne toujours. Ayant eu dans 1 cas une hémorrhagie notable par cette tranche, j'ai pris le parti d'en assurer toujours l'hémostase et je le fais simplement et rapidement au moyen d'un surjet en points de matelas.

L'hémostase terminée, il reste une vaste plaie péritonéale qui va d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre. Je ferme le tout par un grand surjet dont chaque point est passé à la manière de Lembert de façon à bien assurer l'affrontement séro-séreux. Tous les fils à ligature se trouvent ainsi enfouis, et quand l'opération est terminée il ne reste aucune plaie péritonéale. La réparation est si complète et si parfaite qu'en regardant le bassin on croirait avoir affaire à une disposition normale.

Depuis que j'ai adopté cette technique, j'ai opéré 8 malades : toutes les 8 ont parfaitement guéri. L'une d'elles est particulièrement intéressante. C'était une femme enceinte à terme et en travail, qui avait un fibrome s'opposant absolument à l'accouchement. Malheureusement, lorsque M. Varnier m'a demandé de l'opérer, l'enfant était mort. J'ai enlevé d'un seul coup l'utérus gravide et le fibrome. La malade a parfaitement guéri.

Ce qui me frappe surtout, c'est l'extraordinaire bénignité des suites de cette opération : non seulement les opérées guérissent, mais elles ne sont plus malades. Ces résultats sont si pleinement satisfaisants qu'ils doivent conduire, il me semble, à élargir les indications de l'hystérectomie abdominale. En effet, par cette voie on n'a rien à craindre de la vessie, rien à craindre de l'uretère ; on ne laisse pas de pinces qui soient exposées à déraper ; les opérées ne souffrent pas. Ce sont là des avantages sérieux. Aussi pour ma part, je ne ferai plus intervenir la question de volume dans les indications de la voie opératoire. Sauf les cas où il serait possible d'enlever par la voie vaginale le fibrome en respectant l'utérus, je préfère l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale.

M. Routier. — Je crois avoir réalisé une manière de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale qui est plus simple et plus facile que celle qui vient d'être décrite par M. Terrier.

Dans un premier temps j'ouvre les deux culs-de sac vaginaux comme pour une hystérectomie vaginale ; si cela n'est pas possible, je désinsère au moins le vagin du col.

La malade étant ensuite placée en position de Treudelenburg, je fais une laparotomie assez grande pour énucléer le fibrome au dehors.

Après ligature à la soie et section des deux pédicules utéro-ovariens, lorsque, par sa forme, le fibrome rend le petit bassin inaccessible, je fais une incision longitudinale sur la face antérieure de la tumeur à partir de l'insertion de la vessie, et je procède à l'énucléation rapide du ou des fibromes.

Le petit bassin devenu accessible, et les deux culs-de-sac ouverts, je passe un caoutchouc sur ce qui reste du ligament large droit, en serrant avec une soie ce lien élastique, et je sectionne. La tumeur tombe vers la gauche, ne tenant plus que par le ligament large gauche. Je place ensuite une ligature élastique semblable sur ce ligament large gauche et je sectionne également.

Après avoir fait sortir par le vagin les chefs de ces ligatures élastiques, avec une mèche de gaze, il ne reste plus qu'à suturer le ventre.

Depuis 1894, j'ai employé ce procédé pour tous les fibromes trop gros pour être extirpés par le vagin ; j'en ai eu beaucoup

avec des salpingites suppurées ; j'ai même employé ce procédé d'hystérectomie dans des opérations de salpingites suppurées graves, alors que l'utérus saignait et qu'il était urgent de drainer.

Les excellents résultats que j'ai obtenus sont tout à fait de nature à m'encourager à poursuivre la cure de ces lésions en employant mon procédé.

M. Poirier. — Depuis le mois de juillet dernier, j'ai eu recours à un procédé d'hystérectomie abdominale totale des plus simples, et j'ai complètement abandonné le cul-de-sac postérieur qui est profond, parfois inaccessible.

L'abdomen ouvert, je fais sortir le fibrome, si cela est possible, puis, après avoir pincé et lié les vaisseaux utéro-ovariens, j'incise transversalement le péritoine, d'un ligament large à l'autre, sur la face antérieure de l'utérus, puis je décolle le péritoine et la vessie, jusqu'à ce que je sente, à travers la paroi vaginale, une pince placée au préalable sur le museau de tanche. Ceci fait, et la vessie étant rabattue vers le pubis, je lie les ornes utérines. Défonçant alors la paroi antérieure du vagin sur la pince, je saisis le col, et, le soulevant, je débride aux ciseaux tout le pourtour du vagin.

J'ai exécuté 4 fois cette opération et n'ai eu qu'un seul insuccès, chez une femme qui portait, avec un gros fibrome, des annexes suppurées dont l'énucléation fut très difficile.

M. Pozzi. — Le procédé employé par M. Terrier a l'inconvénient de ne pas mettre suffisamment en garde contre l'hémorrhagie et la blessure des uretères. Je crois qu'à ce point de vue un grand perfectionnement a été réalisé par l'attaque de l'utérus de bas en haut, après ouverture du cul-de-sac postérieur et préhension du col par l'abdomen. En effet, on peut alors faire la circoncision des culs-de-sac vaginaux autour du col, et détacher celui-ci de la vessie en décollant les tissus de bas en haut, comme dans l'hystérectomie vaginale. Cette séparation faite, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges, qu'il faut sectionner le plus près possible de l'organe après les avoir saisis dans de longues pinces. On opère ainsi rapidement et sans hémorrhagie, car il faut bien savoir que les vaisseaux qui se rendent à l'utérus ne saignent sérieusement que si on les coupe assez en dehors de l'organe ; ils n'y pénètrent qu'après s'être divisés, si bien que si l'on rase l'utérus, on ne sectionne presque que des ramuscules, exception faite pour quelques gros rameaux qu'on pince facilement.

Le nouveau procédé de M. Doyen, que j'ai récemment employé dans des cas de gros fibromes, m'a donné d'excellents résultats. Je recommande seulement comme temps préliminaire, pour peu que le segment inférieur de l'utérus soit peu accessible, d'énucléer rapidement, grâce à une incision sagittale, les gros fibromes qui encombrent le petit bassin. On pourra ensuite inciser sans peine le cul-de-sac postérieur sur une grande pince courbe introduite dans le vagin et aller saisir le col pour le faire basculer dans l'abdomen.

Il ne faut pas craindre d'exercer une forte traction sur le col, de bas en haut, ni de s'aider des doigts et de ciseaux mousses pour séparer la vessie de bas en haut.

Ce que ce procédé a de véritablement original, c'est l'absence d'hémostase préalable. Quant à la préhension du col par l'abdomen et à la bascule de l'utérus, elle nous vient d'Amérique, où je l'ai vue exécuter il y a 3 ans.

M. Doyen ferme complètement le vagin et ne draine pas. Je préfère drainer avec une mèche de gaze, après avoir fermé par un surjet au catgut toutes les surfaces cruentées, en ourlant le bord du vagin avec la séreuse. J'attire ensuite dans le vagin les fils qui ont lié les ligaments larges et la traction exercée sur eux suffit à plisser le péritoine en entonnoir, et à permettre l'adossement en bourse de la séreuse dès que le drainage est retiré.

M. Goullioud. — Partisan de l'hystérectomie abdominale totale, je viens vous soumettre un procédé qui ne diffère de celui de Delagénière que par des détails secondaires et une modification que je crois susceptible de diminuer les dangers d'infection péritonéale à la suite de cette opération.

L'énucléation sous-péritonéale du segment cervical de l'utérus est achevée ; les pédicules des artères utéro-ovariennes, utérines et même vaginales sont pincés et sectionnés. L'utérus ne tient plus que par le vagin, dénudé sur 2 centimètres environ.

A travers ses parois étirées, les doigts reconnaissent le col. Au-dessous de lui, je place alors transversalement sur le vagin, par l'abdomen, deux pinces longuettes coudées parallèles, dont les mors sont assez longs pour pincer toute la largeur du vagin aplati.

Je sectionne celui-ci entre les pinces avec le couteau coudé du thermocautère, lentement et aseptiquement.

L'utérus entier est enlevé, portant appendue au-dessous du col une des pinces coudées, qui empêche d'une façon absolue qu'aucun liquide ne s'écoule sur le champ opératoire. La seconde pince reste sur le vagin, dont elle ferme la lumière jusqu'à ce qu'on ait achevé l'hémostase par la ligature de chaque pédicule vasculaire. Cette pince n'a pu elle-même s'infecter, n'ayant eu de contact qu'avec la surface cruentée du canal vaginal et non avec sa cavité.

Ceci fait, ou je ferme le péritoine pelvien par un surjet rapide, laissant au-dessous de lui un espace cruenté qui sera drainé par le vagin quand l'opération abdominale sera terminée, ou bien je ne fais pas de surjet et je draine par un Mikulicz vaginal, en évitant encore tout contact des instruments avec la cavité vaginale. Dans l'un et l'autre cas je ferme complètement l'abdomen.

Cette manière de procéder a l'avantage d'éviter toute manœuvre vagino-abdominale exécutée par l'abdomen. Elle a l'avantage de supprimer toute communication entre le vagin et le péritoine d'une part, et toute communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale d'autre part, tant que celle-ci n'est pas fermée par un surjet ou protégée par un Mikulicz. Aucune sécrétion provenant de l'une ou de l'autre de ces cavités ne peut donc infecter le péritoine. Or, si la technique de la désinfection a fait un immense progrès, cependant le danger de l'hystérectomie abdominale totale est toujours là. Aussi, même sans parler des cas d'infection grave de l'utérus par un myome sphacélé ou dégénéré, la précaution simple que nous conseillons et que nous venons d'employer dans 4 cas heureux n'est-elle pas inutile. Cette méthode diffère de celle de Carle (de Turin) en ce que celui-ci, ne plaçant qu'une pince sur le vagin et sectionnant celui-ci entre cette pince et le col, puis en suturant le vagin par ses bords cruentés et renversés en dedans, se prémunit surtout contre l'infection de provenance vaginale.

M. Ricard. — Je suis heureux de constater le chemin parcouru par l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes depuis que j'ai pris, il y a 2 ans, la parole à la Société de chirurgie pour la défendre. Cette opération, qui a conquis dès aujourd'hui son droit de cité, est, pour les fibromes, l'opération que l'avenir rendra classique.

Je ne veux discuter aucune manière de faire ni rechercher à qui appartient la priorité des procédés. Celui que j'emploie et qui est fait d'emprunts aux uns et aux autres m'a servi 40 fois déjà en le modifiant suivant les besoins. Malgré des cas très graves de toutes sortes je n'ai eu à enregistrer que 3 décès, ce qui donne une mortalité n'atteignant que 7,5 p. 100. C'est grâce à cette expérience déjà importante de l'opération, aux résultats heureux que j'ai obtenus, que je me permets de prendre la parole pour faire connaître ma technique.

Le premier temps, une fois la laparotomie pratiquée, consiste dans l'*énucléation* forcée des fibromes hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament large, etc.

Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et pour cela on extirpera les lésions salpingiennes, on évidera et on enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, j'ai recours à l'hémostase préventive ; tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal, et j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine que l'on voit nettement entourée de ses veines. On place une pince et l'on coupe ; si l'artère échappe, une pince hémostatique ordinaire suffit pour la saisir et l'hémorrhagie de ce vaisseau n'est jamais bien considérable.

On pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, je rejoins mes 2 incisions péritonéales latérales, je décolle le péritoine et je repousse facilement la vessie sur le pubis.

Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer. Pour cela, directement ou sur une pince introduite par la cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant j'attaque volontiers le cul-de-sac antérieur si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale, et, saisissant le col, je désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin; l'utérus vient alors rapidement. Deux ligatures à la soie placées de chaque côté sont substituées aux pinces; je tamponne le vagin, préalablement aseptisé, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée et je referme le ventre.

Autrefois, je fermais avec soin et suturais le péritoine par-dessus le vagin béant; mais j'ai complètement délaissé cette manière de procéder qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et je n'ai enregistré depuis lors aucun accident.

Jamais je n'ai blessé la vessie ni l'uretère. Quant aux hémorrhagies que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opératian, je les crois rares et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres procédés. On peut, en effet, enlever de volumineux fibromes sans perdre plus de 2 cuillerées de sang.

M. Témoin (de Bourges). — J'ai fait 45 hystérectomies abdominales avec 42 succès et 3 morts.

Lorsque la masse fibromateuse est sortie de la cavité abdominale, j'assure immédiatement l'hémostase au moyen de 2 pinces à longs mors, placées de chaque côté sur les ligaments larges. Je pratique alors sur la tumeur une longue incision commençant le plus près possible du col et aboutissant au fond de l'utérus. Cette incision est profonde et me permet de procéder à la décortication de la tumeur, comme nous l'ont enseigné MM. Richelot et Doyen. Lorsque la tumeur est enlevée, il reste une sorte de cuvette utérine, que je résèque avec de forts ciseaux, aussi près du col que possible. Il n'y a plus qu'à fermer le moignon avec 2 plans de sutures.

M. Pantaloni (de Marseille). — Dans le courant de l'année 1896, j'ai fait 14 hystérectomies abdominales totales pour fibromyomes remontant ou dépassant l'ombilic, 2 pour cancer cer du corps, 1 pour fibromyome avec collections annexielles remplissant le petit bassin et deux Porro. J'ai employé le procédé de Delagénière avec quelques modifications de détail suivant les cas, et je n'ai eu que des succès, sauf pour le fibrome suppuré avec annexite, qui a succombé au 25e jour. Dans ce cas, tout le péritoine du petit bassin ayant été enlevé, je dus prendre l'épiploon et en faire une voûte pelvienne, en le suturant au détroit supérieur et la face postérieure de la vessie. La cavité inférieure ou pelvienne fut bourrée par le vagin avec de la gaze stérilisée servant de drain.

Bien que cette méthode ne m'ait donné que des succès, j'ai changé d'avis depuis que j'ai vu opérer M. Doyen, et je crois qu'à l'avenir la technique de l'hystérectomie abdominale totale doit être réglée de la façon suivante : méthode de Doyen pour l'ablation de la tumeur; méthode de Delagénière pour l'hémostase définitive et la fermeture pelvienne. Drainage ou non suivant les cas. Par là, on aura sécurité et rapidité. Sécurité, parce que les dangers d'infection secondaire et d'hémorrhagie n'existeront plus ; rapidité qui a son importance dans le cas de femmes cachectisées par la suppuration ou les hémorrhagies.

M. Monprofit (d'Angers). — Je suis, comme le précédent orateur, un partisan déterminé de l'hystérectomie abdominale totale; depuis plus d'un an, je n'ai pas pratiqué d'autre procédé pour enlever l'utérus fibromateux par la voie abdominale, abandonnant tout pédicule intérieur ou extérieur; j'emploie, pour ma part, un procédé qui dérive des méthodes employées par mes excellents camarades, Delagénière et Doyen.

Comme Delagénière, je fais une collerette péritonéale en avant et en arrière; comme Doyen, j'ouvre le vagin en arrière; comme lui, et selon son procédé, je vais prendre le col dans une forte pince, et je l'attire en haut, faisant en quelque sorte une *hystérectomie vaginale par l'abdomen*. Je termine comme Delagénière, au point de vue de la fermeture du petit bassin.

Je suis frappé, comme MM. Ricard et Delbet de la facilité, de la sécurité que donnent ces nouveaux procédés, mais je considère comme absolument important de ne jeter l'utérus de côté, de n'en terminer l'ablation que lorsque l'hémostase est absolument assurée, et cela est d'une admirable facilité, en employant le plan incliné et l'extraction du col à la Doyen. Rien de plus facile que de pincer l'utérine : on l'a sous les yeux. Ne la voit-on pas? un coup de ciseaux, et son jet vous indique immédiatement la place de la pince; on peut la lier avec autant de facilité qu'une radiale. Alors, alors seulement l'hémostase bien assurée, je détache complètement l'utérus et le jette de côté; mais c'est un auxiliaire trop précieux pour que je le sacrifie trop tôt.

Un point qui me paraît aussi, comme à Ricard, d'une très grande importance, c'est le procédé d'élévation et de traction qui a été pour la première fois enseigné par Auguste Reverdin (de Genève).

Je place, pour mon compte, une forte pince sur le fond de la matrice, et fais tirer la matrice en avant de façon à tendre le plus possible ses attaches; le vagin est allongé, et vient, ainsi que l'a si bien remarqué Reverdin, au-devant de l'opérateur, presque jusqu'au niveau de la plaie abdominale; de là il n'est rien de plus facile que de l'ouvrir et de traiter ensuite les utérines. Selon les remarques de Delbet et de Ricard, cette manœuvre a encore l'immense avantage de rendre beaucoup moindres les dangers de blessure de l'uretère.

Avec toutes les modifications, les améliorations que chaque chirurgien a apportées à la technique de l'hystérectomie abdominale totale, cette opération est devenue d'une facilité et d'une sécurité presque comparables à l'ovariotomie; il est surprenant de voir des malades âgées, fatiguées par des douleurs prolongées, des hémorrhagies répétées, avec des tumeurs volumineuses supporter l'hystérectomie aussi facilement qu'une opération de minime importance, se guérir avec une rapidité merveilleuse.

M. A. Reverdin (de Genève) est heureux de voir que l'on insiste aujourd'hui sur la nécessité de la traction sur la tumeur utérine; il y a 8 ans qu'il préconise cette manœuvre, qui facilite singulièrement l'opération.

Ablation abdominale des annexes.

M. Pierre Delbet. — Un inconvénient commun à tous les traitements chirurgicaux de la salpingo-ovarite consiste dans la persistance des douleurs après l'opération; cette persistance est rare, elle est même exceptionnelle, mais il n'y en a pas moins des opérées qui continuent à souffrir. Je crois que les douleurs qui persistent après la laparotomie, peuvent être attribuées à la striction et au tiraillement des pédicules dans les ligatures en masse, ou à une infection légère des fils, pas assez virulente pour amener des accidents graves, mais suffisante pour déterminer la formation d'exsudats, ou encore à la persistance de la portion interne de la trompe, à des adhérences des pédicules à l'intestin ou à la vessie, ou à des vices de position de l'utérus.

Je pense qu'on peut éviter toutes ces causes de douleur en employant la technique suivante :

Les annexes étant libérées de leurs adhérences et attirées hors du ventre comme d'habitude, je procède de deux façons différentes suivant les cas.

Lorsqu'il n'existe aucune surface septique qui ait pu souiller le champ opératoire, je passe un fil simple avec une aiguille mousse au travers du ligament large près de son bord externe de manière à lier d'un seul coup le pédicule utéro-ovarien, puis je sectionne le reste du ligament large sans faire de ligature préalable.

Quand, au contraire, j'ai dû crever des kystes séreux compris entre des adhérences péritonéales, quand les trompes se sont rompues, quand j'ai eu les mains souillées par leur contenu, je ne fais aucune ligature préalable, et je sectionne d'emblée le ligament large avec des ciseaux. Je commence par le côté externe, et mon aide place des pinces sur les vaisseaux à mesure qu'ils sont sectionnés. L'artère utéro-ovarienne ne donne presque jamais du côté du pédicule; le jet de sang se produit au contraire sur la tranche de la partie à enlever, ce qui prouve que la circulation se fait de l'artère utérine vers l'artère utéro-ovarienne. Ce fait constant montre que l'artère utérine est la véritable artère des annexes et de l'utérus à l'état de vacuité.

Je termine en sectionnant la trompe, ou plutôt la corne utérine ; quelquefois même, j'ai dû évider cette corne en coin parce que la portion intra-utérine de la trompe était dilatée et contenait un magna caséeux. Les annexes extirpées et tous les vaisseaux pincés, je nettoie soigneusement toutes les parties qui ont pu être souillées, je cautérise l'orifice interne de la trompe et je fais les ligatures.

Il reste alors une plaie longitudinale qui va de la corne utérine au détroit supérieur, et je la ferme par un surjet. En dedans, le ligament rond, que j'ai eu le soin de ménager, est très précieux pour recouvrir la partie utérine de la plaie. Chaque point du surjet est passé à la manière de Lembert pour obtenir un bon affrontement séro-séreux, de façon qu'il ne reste aucune surface cruentée et que toutes les ligatures soient enfouies sous le péritoine.

J'ai été quelquefois conduit à compléter l'ablation des annexes par celle de l'utérus. Je fais alors l'hystérectomie abdominale totale comme dans les cas de fibromes. J'ai même eu deux fois recours à un artifice susceptible de rendre des services dans des cas exceptionnelles. L'utérus enlevé, toute la partie postérieure du bassin étant couverte de débris d'adhérences saignantes et souillées par le pus des trompes, j'ai imaginé, pour séparer toutes ces surfaces dangereuses de la grande cavité péritonéale, de cloisonner le bassin au niveau du détroit supérieur. Pour cela j'ai pris le lambeau péritonéal antérieur, formé par la face antérieure des deux ligaments larges et par le péritoine qui recouvrait le col, et au lieu de le suturer au lambeau postérieur correspondant, je l'ai attiré fortement en arrière et suturé au péritoine en suivant le contour du détroit supérieur. Cette ligne de sutures rencontre naturellement l'origine du rectum ; en ce point le lambeau péritonéal est suturé à ce viscère lui-même. Grâce à cet artifice, on forme une sorte de dôme qui sépare complètement le petit bassin du péritoine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 Novembre 1896.

Ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Duplay fait un rapport sur une observation de M. Crivelli (de Melbourne) relative à un cas de péri-arthrite de la hanche, simulant une coxalgie, chez un garçon de 10 ans, dont l'affection a débuté en juillet 1892, à la suite d'une contusion assez violente de la hanche, après trois jours de repos ; le malade avait repris sa vie habituelle, mais avec une légère souffrance, et au bout de 4 mois, à la suite d'une course à pied excessive, le mal s'aggrava.

Deux mois plus tard, on constatait les signes classiques de la coxalgie en flexion, abduction et rotation en dehors, mais les mouvements de la jointure n'étaient pas absolument abolis et un peu de flexion était encore possible. En arrière et en dehors, empâtement profond, très douloureux à la pression, avec rougeur à la peau ; mais il n'y avait aucune douleur à la pression sur la tête ou la cavité cotyloïde. La température oscillait de 36° 1/2 à 39° le matin, de 39° à 39° 1/2 le soir. Malgré l'avis de plusieurs médecins admettant une coxalgie, M. Crivelli admit une péri-arthrite de la hanche provoquée par la contusion et le surmenage et ordonna le repos, le sulfate de quinine, la révulsion locale. L'amélioration se fit graduellement, et lorsque M. Duplay vit le malade, quatre mois plus tard, il n'hésita pas à le déclarer guéri. Mais, 5 à 6 semaines plus tard, à la suite de massages violents et de marches excessives se déclara une récidive. Deux chirurgiens de Lille conclurent à une coxalgie et l'un d'eux conseilla l'immobilisation absolue dans une gouttière de Bonnet ; les parents, confiants dans le diagnostic formel de M. Duplay, refusèrent de s'y soumettre, et en effet, en 6 semaines, obtinrent au bord de la mer une amélioration considérable. Le malade revint alors en Australie et là, il guérit peu à peu. M. Crivelli l'a revu dix mois après qu'il avait repris sa vie habituelle de collégien et a constaté que la guérison se maintenait, sauf un peu d'atrophie de la cuisse et une légère diminution de la flexion.

M. Duplay signale à ce propos une leçon qu'il vient de publier sur les péri-arthrites de la hanche, liées à des lésions soit des bourses séreuses, soit plus souvent du grand trochanter. C'est en se basant surtout sur le siège du gonflement et sur la localisation de la douleur à la pression que l'on pourra, comme M. Crivelli, éviter les erreurs de diagnostic et déclarer que la jointure est indemne.

Et M. Crivelli a adressé récemment à M. Duplay un renseignement complémentaire capital : plus d'un an après, à la suite d'un exercice exagéré survint une douleur vive de l'*autre* hanche, avec un point douloureux très circonscrit sur l'épiphyse supérieur du fémur. L'immobilisation et la révulsion en vinrent immédiatement à bout.

On doit donc, avec M. Crivelli, admettre ici l'existence d'un foyer d'ostéite épiphysaire.

Analgène.

M. Moncorvo adresse une note sur l'emploi de l'*analgènie* en thérapeutique infantile. Il a essayé ce corps d'abord sur 33 cas de malaria, à dose de 0gr25 à 3 grammes en 24 heures, en julep ou en cachet ; les accès ont été coupés vite et sans accident fâcheux. D'après 26 autres maladies diverses, M. Moncorvo conclut que c'est un bon antithermique et antinervin, sans danger.

Ferment du sang.

M. Hanriot fait une communication sur un nouveau ferment du sang, capable de dédoubler en acide gras et glycérine les corps gras émulsionnés. Ce ferment, analogue à celui du pancréas, explique le mécanisme de la nutrition intime des tissus par les corps gras.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 Novembre 1896.

Influence du milieu sur l'action de la « thrombase ».

M. Dastre désigne sous le nom de thrombase le ferment soluble, le ferment-fibrine qui produit la coagulation du sang.

En opérant avec le sérum du sang défibriné et centrifugé, il a constaté que ce sérum provoque la coagulation de la sérosité péritonéale, mais que l'action coagulante peut être rendue plus énergique en neutralisant le milieu alcalin par l'addition d'un acide. Les choses se passent de même quand on opère avec le sérum du sang oxalaté ou peptoné.

Ces expériences montrent que sous le rapport de l'influence du milieu, les ferments solubles du sang se rapprochent de certains ferments digestifs.

Nouveau milieu coloré pouvant servir à différencier le bacille d'Eberth du bacterium coli.

M. Ramond, se fondant sur ce que la *rubine acide* est décolorée par les alcalins, prépare le milieu de la façon suivante : un tube de gélose (ou gélatine), *lactosée* à 4 p. 100, est colorée par quelques grains de rubine acide ; on décolore ensuite *à chaud*, en ajoutant deux gouttes de la solution saturée de carbonate de soude. On filtre et l'on stérilise. Le bacille d'Eberth ensemencé sur ce milieu n'amène aucun changement ; le bactérium coli par contre le fait virer au rouge grenat, en quelques heures seulement.

Ce milieu, coulé en boîte de Petri, remplace avantageusement le gélatine d'Elsner. En effet les colonies typhiques apparaissent blanches ; celles du bacterium coli rouges. De plus, grâce à son haut degré d'alcalinisation, cette gélose est peu favorable au développement des divers microbes de l'intestin, le bactérium coli et le bacille d'Eberth exceptés.

Recherche de la réaction agglutinante chez le fœtus.

MM. Charrier et **Apert**. — Nous avons eu l'occasion de pratiquer dans 5 nouveaux cas le séro-diagnostic d'après la méthode de Widal, avec résultat positif, et, dans les cinq cas, l'évolution ultérieure de la maladie confirma le diagnostic. Inversement, dans un sixième cas, l'absence de réaction agglutinante empêcha de porter le diagnostic de fièvre typhoïde, et la malade était en effet guérie quelques jours après.

Un des cinq cas positifs est particulièrement intéressant. Il s'agissait d'une femme enceinte de trois mois, qui avorta au 20e jour de la maladie. L'embryon expulsé n'offrait à l'autopsie aucune lésion et le foie et la rate étaient stériles. Les humeurs du fœtus (sang du cœur, sérosités péricardique et péritonéale, liquide céphalorachidien) n'avaient aucune trace de propriété agglutinante.

En revanche, un liquide obtenu par la macération d'un fragment de placenta dans quelques cent. cubes d'eau stérilisée produisit dans les cultures des agglutinats typhiques.

Il semble donc que le placenta serve de filtre pour retenir dans l'organisme maternel les substances agglutinantes, et vraisemblablement aussi les toxines. Ce n'est sans doute qu'en cas de lésions placentaires que bacilles et toxines peuvent traverser le placenta et provoquer l'apparition de la propriété agglutinante dans les humeurs du fœtus.

Les toxines et le cœur.

M. Charrin. — Parmi les recherches contenues dans le livre que je présente, il en est que je signale spécialement : ce sont celles qui ont trait à certaines modifications de l'appareil circulatoire réalisées par l'action des sécrétions microbiennes.

A diverses reprises, depuis 1888, j'ai montré à la Société une série de pièces établissant la possibilité de faire naître des hypertrophies cardiaques, des myocardites aiguës ou chroniques, des dégénérescences d'ordres variés, comprenant l'apparition de la substance amyloïde, dans les fibres musculaires, lésions que l'expérimentation n'avait pas jusqu'alors réussi à reproduire.

Plus d'une fois, j'ai pu observer des abcès, des altérations de l'endocarde, du péricarde, etc., mais les changements que je désire plus particulièrement indiquer, concernent surtout des oscillations enregistrées dans le volume des cavités des oreillettes, plus encore des ventricules.

Une collection d'organes permet de reconnaître que le cœur, à côté des diminutions de ces cavités, diminutions attribuables avant tout à des épaississements des parois, offre dans quelques cas, d'ailleurs rares, des augmentations, des dilatations.

En injectant des toxines pyocyaniques dans le but d'étudier leurs effets sur les vaso-moteurs, j'ai pu voir quelquefois, avec Gley, le myocarde fléchir, laisser s'accroître son diamètre transversal, au point de compromettre la fonction.

Ces résultats expliquent, en partie, ces accidents décrits par des pathologistes sous le nom de paralysie, de collapsus cardiaque.

Ces mêmes résultats, rapprochés des expériences qui nous ont conduit à établir les modifications enregistrées du côté des capillaires, de la contractilité musculaire, de la vitesse, de la pression, de la composition du sang, au point de vue des gaz, du sucre, de l'oxygène, des globules, permettent peut-être de comprendre ces phénomènes d'auscultation décrits de plus en plus fréquemment depuis quelque temps, en dehors de toute influence rénale appréciable, sous les dénominations de dédoublement, de bruits de galop, etc.

M. Bloch présente un instrument qu'il désigne sous le nom de pneumoscope et qu'il destine à l'étude de la respiration normale et pathologique. Le procédé consiste à faire respirer par un tube dont l'orifice peut être diminué peu à peu, jusqu'à ce que la respiration devienne impossible.

M. Féré rapporte l'observation de trois enfants atteints de maladie des tics et présentant tous les trois une malformation du maxillaire inférieur. Le père avait eu les fièvres paludéennes avant de se marier. La mère est bien portante.

M. Thiry envoie une note sur une bactérie polychrome isolée d'eaux de puits par le prof. Macé.

M. Lemoine montre des photographies, aux rayons X, des ossements des fossiles.

M. Bertrand fait une communication sur le ferment oxydant de l'arbre à laque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 Novembre 1896.

Résection du rectum pour cancer.

M. Quénu rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un cancer haut situé du rectum, qu'il a opérée par le procédé de Gaudier-Chalot. Il n'a exécuté que le temps abdominal, et se propose dans quelques jours d'ici de terminer l'opération, extirpant le bout inférieur par la voie ano-périnéale.

L'opération a donc été conduite de la façon suivante.

Le ventre ayant été ouvert sur la ligne médiane, on souleva l'anse oméga, et on fit une incision sur le mésocôlon à un endroit où il n'y avait pas de vaisseaux. On agrandit ensuite cette incision après avoir libéré l'anse oméga, on passa une mèche dans la brèche mésentérique, et on appliqua une ligature élastique double. On incisa alors au thermocautère l'intestin, et après avoir détruit la muqueuse des deux bouts au thermocautère, on fit de l'extrémité supérieure de l'intestin un anus artificiel en le fixant à la peau. Quant au bout inférieur de l'intestin, on invagina ce bout vers le rectum, après avoir coupé entre des pinces le mésocôlon, jusque vers le fond de l'utérus. On sutura alors l'intestin invaginé à ce niveau, et on termina ce temps de l'opération par la fermeture de l'abdomen.

L'opération a été faite il y a 5 jours et la malade se porte aussi bien que possible. Dans le deuxième temps, M. Quénu se propose de faire une incision périnéale et libérera la paroi prérectale. Cela fait, il enlèvera le rectum comme un kyste fermé, sans l'ouvrir.

Traitement des otites moyennes.

M. Brun est intervenu pour les complications encéphalique des otites dans 4 cas graves. Sur ces 4 cas, 3 ont succombé Comme M. Broca, il assure que l'intervention doit commencer par une large ouverture de la caisse et de la mastoïde, mais que cette méthode d'incision large de la mastoïde et de la caisse, sans ouverture du crâne n'est bonne que quand le diagnostic est hésitant entre les accidents méningitiques et la suppuration intracérébrale. Quand on est en présence d'un abcès cérébral constitué, il faut de plus faire sauter la voûte de l'additus, inciser la dure-mère et inciser l'abcès du cerveau.

Ainsi chez une fillette qui a succombé après la simple ouverture de la caisse on trouve un abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Dans un autre cas où on avait diagnostiqué un abcès du cerveau, on trouva en effet un abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Mais la malade mourut, et à l'autopsie on trouva de plus un abcès du cervelet.

Quant au manuel opératoire, M. Brun suit la pratique de M. Broca. Pour arriver au sinus latéral dans les cas de thrombose, il passe par la caisse, en faisant sauter l'os en arrière de la caisse. Pour arriver sur les abcès du cerveau, il fait sauter le plafond de l'additus et entre dans le cerveau de bas en haut, en se servant ainsi de la brèche de la mastoïde et de la caisse.

Quant aux abcès du cervelet, M. Brun pense qu'il vaut mieux dans ces cas trépaner entre l'apophyse mastoïdienne et la protubérance.

M. Broca. — Quand il existe des complications qui font hésiter le diagnostic entre la thrombose, l'abcès du cerveau, la méningite, on commence par ouvrir la mastoïde et la caisse et on s'en tient là. On peut de la sorte avoir des résultats inespérés.

Si, au contraire, le diagnostic est ferme ou même seulement soupçonné, j'ai toujours dit que, quand on sait avoir affaire à une thrombose du sinus ou à un abcès du cerveau, il faut du même coup trépaner la mastoïde et la caisse et entrer dans le crâne.

Je remercie donc M. Brun de l'appui qu'il vient de donner à mes opinions, et je constate qu'il n'existe entre nous qu'un

léger désaccord relatif aux abcès cérébelleux. Or, ils siègent presque toujours dans la partie antérieure du cervelet; mieux vaut donc attaquer les abcès en passant par la face postérieure du rocher. Je n'en ai pas opéré, mais en dépouillant les faits publiés on voit que cette méthode est celle qui donne les meilleurs résultats; et c'est ainsi que Mac Even en est arrivé à préférer cette voie à la trépanation de l'écaille de l'occipital.

Nouveau procédé opératoire pour le prolapsus du rectum.

M. Nélaton rapporte l'observation d'un homme atteint d'un prolapsus du rectum de 15 centimètres.

Comme les opérations ordinaires sont toujours suivies de récidive, M. Nélaton procéda de cette façon suivante : il réséqua le rectum et l'anse oméga, et fixa la portion restante aux bords de l'anus. Il a réséqué ainsi 25 centimètres d'intestin. Dans un premier temps, il a fait par la laparotomie la section du méso-côlon de l'anse oméga, après ligature des vaisseaux. Puis, dans un deuxième temps, par une taille périnéale, il a fait l'ablation du rectum et d'une grande partie de l'anse oméga.

M. Félizet a fait un certain nombre de fois l'ablation du prolapsus en réséquant toute la partie du rectum prolabé. Il fait cette opérations dans les cas où la muqueuse prolabée est très hypertrophiée.

M. Kirmisson présente une petite fillette atteinte de double luxation congénitale de la hanche et de double pied bot varus équin. Cette enfant marche cependant assez convenablement,

On a pratiqué chez cette malade, et sans succès, 5 ténotomies du tendon d'Achille et une tarsoclasie.

M. Kirmisson a fait l'opération de Phelps-Kirmisson avec succès et le résultat est très satisfaisant, mais le traitement post-opératoire doit être très soigneux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 30 Octobre et 6 Novembre 1896.

Péritonite par perforation de la vésicule biliaire.

M. Siredey et **Faure** communiquent l'observation d'une jeune femme de 26 ans, enceinte de 2 mois et entrée à l'hôpital avec les signes classiques d'une appendicite compliquée de péritonite. La laparotomie montra que le cæcum et l'appendice étaient sains; une exploration méthodique de la cavité abdominale montra alors que la péritonite était produite par une perforation de la vésicule biliaire qui ne contenait pas de calculs. Le foyer fut nettoyé et drainé.

La malade guérit rapidement et la grossesse évolua normalement bien qu'il y eût, au moment de la laparotomie, des menaces d'avortement. C'est là une des particularités les plus intéressantes de cette observation.

Gastro-entérostomie et dilatation de l'estomac.

M. Hayem communique l'observation d'un malade âgé de de 55 ans qui, depuis une quinzaine d'années, était atteint d'une dilatation de l'estomac probablement consécutive à un ulcère de la région pylorique. Devant l'échec de la médication interne, M. Hayem conseilla une gastro-entérostomie qui fut faite par M. Tuffier. L'opération amena une véritable transformation dans l'état du malade.

Il a un bon appétit et il a gagné 12 kilog., mais il souffre toujours un peu à l'occasion de ses digestions et le clapotage gastrique, chose assez curieuse, n'a pas diminué.

L'estomac éprouve encore une difficulté mécanique à évacuer son contenu. Peut-être cela tient-il à une coudure de l'anse intestinale fixée à l'estomac.

M. Mathieu a également constaté chez un malade, auquel on a fait une gastro-entérostomie il y a 6 mois, que la stase stomacale est à peu près ce qu'elle était avant l'intervention. Ce malade est atteint d'acanthosis nigricans qu'on n'a encore observée que dans le cancer de l'estomac. Il semble qu'il y a, chez lui, un cancer épithélial greffé sur un ulcère ancien du pylore, avec dilatation et stase consécutive.

A propos de l'épistaxis.

M. Lermoyez tient à rappeler que, dans l'immense majorité des cas d'épistaxis à répétition, la cause de l'hémorrhagie réside dans une petite ulcération de la partie inférieure de la cloison, ulcération qui porte ordinairement sur une petite branche de l'artère sphéno-palatine. Une cautérisation, au crayon de nitrate d'argent, de cette ulcération, suffit pour guérir définitivement l'épistaxis.

Hystéro-traumatisme.

M. Catrin (Val-de-Grâce) présente un homme de 22 ans qui, en perforant une pièce de métal avec une mèche, laissa échapper cet instrument qui pénétra dans la bouche et produisit une plaie de la joue droite. Perte de connaissance durant 2 heures, suivie de vomissements alimentaires et bilieux. Le lendemain matin hémiplégie droite survenue brusquement dans la rue, amélioration dans la nuit, puis rechute plus grave le lendemain. Deux jours après, aggravation considérable de tous les accidents : perte de la parole, trismus, opisthotonos, rejet des aliments, céphalée intense.

Dilatation pupillaire droite avec insensibilité à la lumière et à l'accommodation. Exagération des réflexes à droite.

Comme il existait sur la voûte une ecchymose, on se dedemanda un moment s'il n'y avait pas eu perforation du voile et trauma de la base ayant produit une hémorrhagie, etc.

Un amendement assez rapide de tous les symptômes s'est produit depuis, mais on a vu survenir une atrophie en masse des membres supérieur et inférieur droits.

Le diagnostic d'hystérie paraît seul plausible; mais il a cependant contre lui l'absence de tout antécédent nerveux héréditaire ou personnel, l'absence de tout stigmate, la paralysie du facial inférieur et l'atrophie — symptômes tout au moins rares dans l'hystérie, l'exagération des réflexes, les troubles pupillaires.

Le pronostic de cette atrophie doit rester réservé.

Dangers du vésicatoire chez l'enfant.

MM. Comby et **Fränkel** rapportent l'observation d'un petit garçon de 4 ans envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de méningite, justifiée du moins en apparence par l'existence d'une raideur de la nuque, de l'agitation du délire, de l'anurie.

L'examen du malade montra tout d'abord, sur le devant de la poitrine et dans le dos, deux plaies récentes de larges vésicatoires appliqués pendant 4 heures. L'auscultation ne révélait que quelques râles insignifiants. Par contre, il existait une anurie presque complète et l'urine qu'on a pu avoir dans la vessie contenait de l'albumine. L'anurie persista pendant plusieurs jours et ne céda qu'après des bains tièdes prolongés et des boissons abondantes (lait et tisanes). Les accidents méningitiques disparurent et l'enfant entra en convalescence, non sans garder de la fièvre pendant plus de 10 jours.

Ce cas met donc encore une fois en lumière les inconvénients au vésicatoire, agent énergique, dangereux, qui doit être manié avec une extrême prudence chez les enfants comme chez les adultes. Il montre aussi que l'intoxication cantharidienne peut donner le tableau de la méningite tuberculeuse.

M. Sevestre. — Je demande si le petit malade n'avait pas fait simplement de la grippe, avec des accidents pseudo-méningitiques qui se rencontrent parfois dans cette maladie.

Opalescence et lactescence du sérum chez certains albuminuriques.

MM. F. Widal et **A. Sicard.** — Ayant eu l'occasion d'examiner, en ces derniers mois, le sérum d'un grand nombre d'individus sains ou atteints d'affections les plus diverses, nous avons été frappés de voir que le sérum de certains albuminu-

riques présentait, immédiatement après sa formation, un aspect lactescent.

Chez un grand nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie ou de rhumatisme, maladies souvent compliquées d'une albuminurie légère, le sérum s'est montré avec sa transparence habituelle. Nous avons, d'autre part, examiné systématiquement le sérum de 13 sujets atteints soit d'albuminurie abondante, soit de formes variées de mal de Bright. Chez 8 il avait un aspect plus ou moins opalin, rarement franchement lactescent; chez les 5 autres une transparence parfaite. Dans tous les cas, le sang a été puisé aseptiquement dans la veine et recueilli dans un tube à essai stérilisé.

Les albuminuriques de la première série, dont le sérum était opalescent ou lactescent, étaient atteints indistinctement de néphrite aiguë, subaiguë ou chronique. Dans tous ces cas, le taux de l'albumine contenue dans les urines était relativement élevé.

Parmi les malades dont le sérum était limpide, 3 souffraient de néphrite interstitielle chronique, et leur urine ne contenait que quelques centigrammes d'albumine; par contre, les deux autres avaient l'un 2 grammes, l'autre 7 grammes d'albumine par litre.

La teinte opaline peut être légère et demande, dans certains cas, à être cherchée. D'autre part, la lactescence est parfois telle que le sérum peut présenter l'aspect d'une masse laiteuse. Nous avons vu, chez un même malade, l'opalescence du sérum diminuer lorsque, sous l'influence du régime lacté, l'albumine diminuait dans les urines.

Nous avons pratiqué dans 5 cas l'examen microscopique à un fort grossissement des sérums lactescents ou opalescents. Dans 3 cas, nous avons trouvé de petits corpuscules ronds, réfringents, immobiles, de volume et de nombre variables suivant les cas, formant parfois de véritables constellations sous le champ du microscope, ayant à peu près comme diamètre la longueur d'un quart ou d'un cinquième de globule rouge; quelques-uns ressemblaient à des hématoblastes. Ces corpuscules ne se colorent ni par l'éosine, ni par le bleu de méthylène, ni par la fuchsine, ni par l'acide osmique. Ni l'hématoxine, ni le carmin ne permettent de déceler la présence de noyaux dans ces corpuscules. Ils ne sont pas solubles dans l'éther. L'action du centrifuge ne fait pas perdre au sérum sa teinte opalescente; elle ne permet pas de séparer les corpuscules de la partie liquide.

L'examen microscopique de 2 sérums faiblement opalescents ne nous a pas montré ces granulations transparentes.

Dans aucun de ces cas nous n'avons pu retrouver les corpuscules graisseux décrits par certains auteurs.

L'état lactescent du sérum peut se montrer passagèrement chez l'homme bien portant, pendant la période digestive, mais seulement après absorption d'aliments en excès.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 13 Octobre 1896.

Sarcome choroïdien.

M. Vignes. — Un cultivateur, âgé de 60 ans s'est présenté à ma clinique, paraissant robuste, sans antécédents pathologiques. Emmétrope de l'œil droit avec acuité visuelle normale, son œil gauche présentait des déformations, des bosselures de la sclérotique entre l'équateur de l'œil et la cornée; cette dernière, déformée, est absolument trouble, de couleur grisâtre; la conjonctive est vivement injectée, rouge brunâtre; la tension intraoculaire est accrue.

Il y a environ 11 ans, cet homme a commencé à éprouver de la métamorphopsie et la vision a été en diminuant; il y a environ 3 ans, poussées glaucomateuses, puis petit à petit l'œil prend l'aspect qu'il présente aujourd'hui. Après énucléation, on constate des bosselures postérieures, mais la sclérotique n'est pas franchie. Le tissu de l'orbite, le tronc optique ne sont point envahis; la conjonctive bulbaire et celle des culs-de-sac doivent être largement réséqués.

1° Les symptômes de métamorphopsie indiquent le moment du début.

2° Les coupes histologiques faites au laboratoire du Collège de France, montrent qu'il s'agit d'un mélano-sarcome, à cellules pigmentées rares; par contre les cellules arrondies sont plus nombreuses que les cellules fusiformes; elles constituent la majeure partie de la tumeur. Il faut considérer comme une variété intermédiaire au mélano- et lympho-sarcome la tumeur de cet œil.

M. Gorecki dit que l'évolution du sarcome se fait en général en 3 périodes : avec 1re période où l'on croit à un glaucome avec poussées aiguës; avec 2e période où survient le décollement rétinien et une 3e période enfin qui est celle du sarcome confirmé.

M. Antonelli. — J'ai souvenance d'un cas dans lequel le malade perdit la vue subitement. A l'ophthalmoscope on constata la transparence des milieux et un décollement de la rétine sans glaucome. L'œil malade n'était point myope et n'avait pas de diminution du tonus, ce qui, en raison du décollement, avait fait diagnostiquer une tumeur.

Plus tard les bosselures de la sclérotique confirmèrent le diagnostic au point de faire procéder à l'amputation du globe.

M. Rochon-Duvigneaud constate que, chez le malade de M. Vignes, on n'a point constaté le début certain du néoplasme, de sorte qu'on peut se demander si la durée de l'évolution a été réellement de 11 ans, car la métamorphopsie peut tenir au simple décollement, la propagation du sarcome au nerf optique est rare, celle du gliome est fréquente.

M. Vignes. — J'ai fait faire l'examen microscopique de la tumeur par mon assistant, parce que je tenais à savoir si l'on y trouverait des cellules sarcomateuses ou des parties pigmentaires.

Dans la pluralité des cas, le décollement de la rétine précède la période glaucomateuse.

Tuberculose osseuse suppurée de la voûte orbitaire avec phénomènes d'excitation cérébrale chez un adolescent. Curettage de la voûte orbitaire. Guérison.

M. Sauvineau. — Le malade est un jeune homme de seize ans sans antécédents dignes d'être notés. Au mois d'avril 1893, sans douleur ni fièvre, apparut dans la région orbito-palpébrale droite, une tumeur qui progressant peu à peu atteignit la grosseur d'une noix. Une incision amena une grande qualité de pus; il y eut une fistule avec persistante suppuration, ce qui décida le malade à venir à Paris.

A ce moment il y eut un retentissement sur la santé générale, avec des phénomènes d'excitation cérébrale. En introduisant par l'orifice cutané un stylet mousse, on sentait que toute la portion du frontal située entre la fente sphénoïdale et l'ethmoïde était dénudée. La région orbito-frontale fut largement mise à nu, le pus fut évacué, l'os malade curetté; une cautérisation des parois de la cavité au chlorure de zinc termina l'opération; pas de suture, gaze iodoformée dans la plaie.

Cette observation présente un certain intérêt à une époque où l'on tend à admettre que les ostéo-périostites orbitaires dépendent souvent de foyers infectieux limitrophes, tels que ceux des fosses nasales, des sinus; il s'agit ici d'un abcès symptomatique d'une lésion de la voûte orbitaire et cette lésion est de nature bacillaire, puisqu'on a trouvé le bacille de Koch; or, la tuberculose de la voûte orbitaire est rarement signalée, son siège d'élection étant habituellement l'os malaire.

Cyclopie.

M. Terson lit un rapport sur un travail de M. Gabrielidès (de Constantinople) sur l'*examen* d'un œil cyclope observé sur un embryon de Suidé.

D'après la majorité des auteurs la cyclopie résulte de la fusion plus ou moins intime des deux yeux en un seul; dans un embryon de porc, porteur d'un œil unique, le cristallin était double et la séparation des deux cristallins était la seule trace de l'existence primitive des deux yeux. Les autres parties étaient entièrement fusionnées.

Wuillomenet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Les troubles consécutifs à la castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne,

Par M. M. Lissac.

I

Les chirurgiens, dans les statistiques qu'ils ont publiées, au sujet de la castration chez la femme, se sont surtout occupés de la mortalité opératoire et des modifications apportées par cette opération aux symptômes pour lesquels ils s'étaient décidés à intervenir.

Sans oublier complètement les troubles, qui, surtout chez les femmes jeunes, apparaissent à la suite de l'ablation des ovaires, ils ne leur ont pas accordé jusqu'à ce jour une importance suffisante, si l'on considère la place qu'ils prennent dans la vie de certaines femmes et leur fréquence.

Ceci tient à plusieurs raisons.

Bien souvent, en effet, les malades, heureuses de se voir débarrassées de douleurs intolérables ou de pertes susceptibles d'aller jusqu'à mettre leur vie en danger, négligent de parler à leur chirurgien de ces troubles peu graves en eux-mêmes et qu'elles ont souvent le secret espoir de voir disparaître très vite.

Il faut rechercher soi-même ces phénomènes, insister au besoin pour les connaître. On arrive ainsi à constater qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le pensait.

Albert Martin affirme que « dans presque tous les cas d'ablation bilatérale des annexes utérines, quelles que soient leurs lésions, on constate des troubles généraux, bouffées de chaleur, phénomènes congestifs, dyspepsie, et des troubles psychiques, bizarrerie de caractère, hypocondrie, perte de mémoire ».

Baudron, qui a peur que son ami Martin ait trop assombri le tableau, dit : « 17 malades ont eu des troubles très gênants, sur 137 ».

Dans notre étude, nous nous placerons à un point de vue général, sans nous attacher à la nature des lésions qui ont décidé les chirurgiens à intervenir, ni même au mode d'intervention, nous souvenant que la gravité des troubles après la castration provient surtout de l'âge et de la constitution de la femme. Une femme jeune et névropathe aura, si elle est castrée, des troubles assurément plus intenses qu'une femme normale et près de la ménopause. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'âge a une influence très nette, car tous signalent leur plus grande fréquence chez les femmes jeunes.

Nous allons procéder à la description des troubles qu'on trouve chez les femmes castrées, dans l'ordre suivant :

1° Bouffées de chaleur.
2° Etat neurasthéniforme avec ses symptômes organiques et psychiques.
3° Phénomènes congestifs et hémorrhagiques.
4° Troubles de la nutrition.
5° Modifications du sens génital.

1° *Bouffées de chaleur.* — Le symptôme le plus commun est assurément l'apparition de bouffées de chaleur, survenant presque à chaque instant chez certaines opérées, moins souvent chez d'autres. Quelquefois elles n'apparaissent qu'au moment présumé des règles, une fois tous les mois. D'autres fois, elles viennent toutes les heures, toutes les demi-heures, exclusivement pendant le jour ou pendant la nuit; elles sont, comme la plupart des autres symptômes consécutifs à la castration, rares quand l'opérée a conservé sa menstruation ou tout au moins très atténuées.

Leur intensité et leur durée, comme leur fréquence, présentent tous les degrés.

Chez certaines femmes, c'est une rougeur à peine sensible qui monte au visage et ne fait que passer. Chez d'autres, le corps entier semble congestionné et sécrète une sueur abondante pendant un temps qui peut excéder 10 minutes.

Chez le plus grand nombre, la crise dure 2 ou 3 minutes. La femme est prise subitement d'un sentiment de vertige, le visage se congestionne, les mains deviennent brûlantes et la sueur perle sur toute la surface du corps. La malade est obligée d'interrompre son travail, elle se sent comme menacée d'une syncope, elle dénoue sa chevelure et dégrafe ses vêtements, car il lui semble qu'elle étouffe.

La crise terminée, elle reprend son travail pendant 1 heure, une demi-journée, 2 jours, une semaine, etc. sans être incommodée de nouveau.

Chez certaines malades, ces bouffées de chaleur viennent la nuit, pendant le sommeil. La malade, en proie à un cauchemar terrible, se réveille couverte de sueurs.

Ces bouffées de chaleur semblent s'atténuer avec le temps mais très lentement. Certaines opérées en sont incommodées jusqu'à 10 ou 15 ans.

Les bouffées de chaleur constituent un symptôme qui paraît être très lié avec la suppression des fonctions menstruelles de la femme. On le retrouve assez souvent après la ménopause naturelle et chez les femmes atteintes d'aménorrhée ou de lésions ovariennes.

2° *Etat neurasthéniforme.* — Après la castration, chez

la majorité des femmes, on trouve des stigmates de neurasthénie. Les affections utéro-ovariennes sont depuis longtemps classées dans le cadre étiologique de cette névrose. On peut donc admettre que chez certaines opérées la castration n'est pas la cause de la neurasthénie.

Cependant, il est un grand nombre de femmes qui ont des affections utéro-ovariennes, sans être neurasthéniques. Chez presque toutes les opérées que nous avons eu l'occasion d'interroger, nous avons trouvé un de ces états neurasthéniformes, avec symptômes organiques et psychiques, signalés par MM. Levillain et Veuillot.

La *céphalée* n'est pas très violente mais elle est continuelle. Certaines opérées se plaignent plutôt d'une lourdeur de tête que d'une véritable douleur. A d'autres il semble que la tête, surtout l'occiput, est enserrée dans un étau. Cette céphalée est moindre quand la malade est couchée; elle diminue quelquefois après le repas, plus rarement augmente. Elle est quelquefois accompagnée de bourdonnements d'oreille, de vertiges.

L'*insomnie* est très fréquente chez les femmes castrées. Elles dorment peu et dorment mal, car leur sommeil est troublé par des cauchemars ou des bouffées de chaleur.

Des *névralgies* faciales très rebelles ont été signalées, et nous avons observé plusieurs fois de la lombalgie.

Les *troubles dyspeptiques* ne sont pas rares.

Une malade de Baudron présenta aussi des *crises de strangulation spasmodique*.

L'appareil circulatoire n'est pas épargné non plus; les *palpitations* cardiaques en sont la manifestation la plus fréquente. Deux fois Pinesse a relevé des *cardiopathies*, sans savoir si elles avaient un lien étiologique avec la castration.

Fréquemment les malades souffrent d'une *asthénie neuro-musculaire* continuelle. Elles sont comme anéanties. Leurs jambes les supportent mal et elles y ressentent souvent des fourmillements avec sensations successives de froid ou de chaleur, des douleurs quelquefois violentes dans les membres supérieurs et inférieurs.

Nous ne pouvons fournir de chiffre exact sur la fréquence de ces troubles neurasthéniques, car ils ont rarement été recherchés d'une façon complète par ceux qui ont étudié les résultats éloignés de la castration, mais, d'après les malades que nous avons interrogées, nous croyons pouvoir affirmer que la céphalée, l'insomnie et l'asthénie neuro-musculaire sont de beaucoup les plus fréquents.

Ce n'est pas tout, on trouve chez un grand nombre de femmes castrées les symptômes psychiques de la neurasthénie.

Le *caractère* est souvent modifié. Les malades sont irritables, méchantes, impatientes. Elles reconnaissent elles-mêmes que les personnes qui vivent autour d'elles ont beaucoup à supporter de leur mauvaise humeur. Elles sont généralement d'une tristesse et d'une mélancolie qui va quelquefois jusqu'aux idées de suicide.

Ces modifications de caractère ne paraissent pas en rapport avec la persistance de quelques douleurs. Voici les résultats d'une statistique que j'emprunte à M. Jayle : 1° sur 31 femmes castrées par la laparotomie, 11 sont restées au point de vue du caractère telles qu'elles étaient auparavant, 19 ont présenté différents troubles, 1 a été améliorée; 2° sur 18 femmes hystérectomisées, 9 n'ont éprouvé aucun changement, 7 ont subi quelques modifications et 2 sont améliorées.

La *mémoire* est diminuée. Les malades oublient les choses récentes, le mot qu'elles voulaient dire, le but de leur voyage quand elles sont arrivées, l'idée qu'elles voulaient émettre, etc. En général, elles se rappellent très bien les choses passées depuis un temps plus long. Sur 45 cas, où M. Jayle a recherché la perte de la mémoire, il l'a trouvée, plus ou moins marquée, 29 fois : sur 28 laparotomies, 20 fois; sur 16 hystérectomies, 9 fois.

Elle est plus accentuée dans les premiers temps après l'opération. Cependant elle peut persister jusqu'à 10 ans et plus.

Glævecke (1) aurait observé dans 1/3 des cas une *dépression mentale*, tantôt légère tantôt forte, et qui, mais rarement, avec le concours de circonstances déterminantes, aboutit à de véritables psychoses. La *folie* a été signalée après la castration; cependant, elle est due le plus souvent au traumatisme opératoire, plutôt qu'à la castration elle-même (2).

Tels sont les stigmates de la neurasthénie qu'on rencontre chez un grand nombre de femmes après la castration. Ils ne sont pas toujours au complet, mais presque toujours en nombre suffisant pour en permettre le diagnostic.

3° *Phénomènes congestifs et hémorrhagiques.* — Les phénomènes congestifs succédant à la castration sont signalés par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. C'est dire qu'ils sont très fréquents et très intenses. Les organes du système respiratoire en sont très souvent atteints. Une de nos observations signale l'apparition mensuelle chez une opérée d'une bronchite caractérisée par des râles sibilants très nombreux et très forts. On a rapporté des laryngites, des trachéites de même origine. Des poussées congestives ont été signalées du côté du foie et surtout du côté des seins. Une malade opérée en 1889 présentait en 1893 une mammite; un peu de sang s'écoulait du mamelon.

La plupart du temps ces phénomènes se manifestent surtout à l'époque des règles; en cela on peut les rapprocher des phénomènes hémorrhagiques, bien connus aussi sous le nom d'hémorrhagies supplémentaires. Les épistaxis, les hématémèses, les hémoptysies, les hémorroïdes ont été signalés dans maintes observations. En général ces hémorrhagies sont périodiques; quelquefois elles n'apparaissent qu'une seule fois et sont peut-être des accidents indépendants de la castration. Une malade observée par Pinesse eut des crachements de sang tous les matins pendant un certain temps, une autre eut une évacuation de sang par le rectum. Une malade présenta deux ou trois hématémèses et nous donnons l'observation d'une malade qui, au moment des règles, avait sur les bras et sur les jambes des plaques de purpura et même des ecchymoses aux membres inférieurs.

Un cas analogue d'éruption périodique de purpura sur les jambes et les bras est signalé par Baudron.

4° *Troubles de la nutrition.* — Certains troubles de nutrition générale paraissent se rattacher à la castration. « Ces phénomènes, dit Grammatikati, sont les résultats d'une modification profonde de la nutrition, telle qu'elle se produit dans la vieillesse, troubles vaso-moteurs, obésité par défaut d'oxydation. Pas plus que dans l'âge avancé cette obésité n'est un signe de santé florissante, comme on a eu tendance à le dire.

Les études de S. V. Reprew sur les échanges gazeux chez les femmes, ont contribué à bien établir ce point (3). »

L'*adipose* est le phénomène de cet ordre qui a le plus

1. Glævecke, *Arch. für Gyn.*, 1887, Bd. 45, p. 1.
2. E. Musin, Th. de Lille, 1895. De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme.
3. Grammatikati, *Vratch*, 1891, n° 1.

attiré l'attention à cause de sa fréquence, et peut-être parce qu'en art vétérinaire on castre depuis longtemps certains animaux pour leur faire acquérir un notable degré de surcharge graisseuse.

« D'une façon générale, dit Martin, nos malades ont pris un embonpoint quelquefois considérable et qui, pour beaucoup, n'est pas le moindre de leurs soucis. Quelques-unes ont maigri. La plupart, après une phase de croissance, sont restées stationnaires. » Pour Pinesse, l'embonpoint est loin d'être la règle; cependant plusieurs de ses malades ont affirmé avoir engraissé.

M. Jayle a communiqué la statistique suivante : sur 27 laparotomies, 8 malades opérées ont pris de l'embonpoint, 5 d'une façon notable, une pèse 100 kil., une autre a doublé de poids. Sur 16 hystérectomies, 3 ont un embonpoint léger et 1 assez notable. Une hystérectomie abdominale avec pédicule externe a pris beaucoup d'adipose. En revanche, 4 opérées de laparotomie et 1 d'hystérectomie ont maigri; 1 laparotomie a maigri pendant un an, puis a repris son embonpoint normal. Toutes les laparotomies qui ont présenté de l'adipose n'avaient plus leurs règles.

Des éruptions diverses sur la figure ou sur les diverses parties du corps ont été signalées. Pinesse a observé de l'*eczéma* chez deux de ses malades.

5° *Modifications du sens génital.* — Les modifications du sens génital sont très intéressantes à rechercher chez les femmes castrées.

D'après la plupart des auteurs, elles sont peu fréquentes. Sur 27 malades interrogées à ce point de vue, en insistant sur les désirs et les plaisirs de l'acte, M. Jayle a trouvé les *désirs* non modifiés chez 12 opérées; ils sont abolis chez 5; ils sont diminués chez 4; ils sont plus vifs chez 6. Le *plaisir* est resté le même chez 14 opérées, a disparu chez 3, a diminué chez 1, est devenu plus vif chez 5. Chez 2 autres, les rapports sont un peu douloureux et chez 2 autres, ils n'ont pas été repris.

De l'étude de ces troubles, nous ne voulons tirer aucune conclusion contre les opérations dont la castration est le résultat. Nous serons le premier à affirmer qu'elles sont une belle conquête de la chirurgie, et qu'elles rendent de grands services dans bien des cas. Mais nous ne saurions trop répéter après bien d'autres que la castration est un pis-aller. — « Il ne faut jamais songer à l'ablation des annexes sans être certain qu'il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice. »

On a oublié quelquefois ce sage précepte. En Allemagne et même en France, il y a quelques années, on extirpait sans hésitation les ovaires sains d'une femme, sous prétexte qu'elle était trop nerveuse. Charcot n'avait cessé de protester contre cette déplorable manière de faire (1). L'expérience d'ailleurs démontra bien vite que la plupart du temps le nervosisme des femmes augmentait au lieu de diminuer à la suite de la castration.

« Un chirurgien de grand renom en Amérique, William Gowdell, a exprimé cette opinion, qu'on devrait extirper les ovaires à toutes les femmes atteintes de folie pour arriver à supprimer avec certitude la folie héréditaire. » « Il n'y a qu'un pas, ajoute Nordau, de cette proposition au système barbare des anciens Spartiates qui faisaient périr tous les enfants faibles ou difformes pour ne laisser vivre que ceux qui étaient bien constitués. »

Enfin, nous ne saurions trop louer la chirurgie conservatrice de l'ovaire. En France, depuis 1891, notre maître, M. Pozzi, préconise et pratique avec succès la résection partielle et l'ignipuncture de l'ovaire.

En Allemagne, la méthode est tellement courante que le Dr Richard Mond, assistant du professeur Werth à la clinique gynécologique de l'université de Kiel, a pu écrire : « Les difficultés pour observer les effets de la matière donnée (ovarine) étaient considérables en ce sens que nous n'avions à soigner que des femmes chez qui la castration complète avait été faite depuis plusieurs années, puisque dans toutes les opérations pratiquées sur les annexes, depuis quelque temps, nous nous efforçons de laisser des parcelles d'ovaire (1) ».

II

Les troubles consécutifs à la castration n'ont été jusqu'à ce jour l'objet d'aucun traitement méthodique. Leur intensité et leur persistance chez certaines opérées ont réclamé une thérapeutique sérieuse.

M. Segond a préconisé les saignées. En se basant sur les hémorrhagies supplémentaires qui, en somme, débarrassent l'organisme d'une quantité de sang paraissant nuisible, on peut songer à utiliser ce moyen que la nature elle-même nous enseigne.

Certains troubles observés après la castration sont de nature purement congestive, et semblent dus uniquement à la pléthore, survenue par suite de la suppression des règles. Il était donc légitime de songer à diminuer cette pléthore par une saignée.

A notre avis, la saignée est surtout indiquée pour combattre les troubles qui surviennent périodiquement au moment présumé des règles. Et c'est dans ces cas que le succès ne se fera pas attendre. Les troubles disparaîtront comme par enchantement. Une de nos observations est très nette sous le rapport des résultats de la saignée, contre certains troubles périodiques.

Nous citons en outre trois observations où la saignée, d'après Baudron, a produit d'excellents effets, une autre où on a appliqué des sangsues avec un égal succès.

Nous indiquerons simplement et sans insister les divers moyens palliatifs ou dérivatifs qu'on a employés surtout contre les troubles nerveux ou vaso-moteurs. Les bromures, les douches, les bains, les bains de vapeur, enfin les purgatifs paraissent avoir chacun leur part des succès à enregistrer. Tous ces moyens n'étaient pas assez sûrs et ne donnaient pas des résultats assez constants pour satisfaire les praticiens et soulager efficacement les malades. M. Jayle, s'inspirant des succès de l'opothérapie dans la médication thyroïdienne, s'appuyant en outre sur l'idée

L'ovarine que nous avons employée paraît plus active que celle de Werth, car nos doses ont été bien inférieures aux siennes.

Résultats de l'opothérapie ovarienne. — Nous allons étudier en même temps l'action des diverses préparations ovariennes parce que, comme on le verra d'après nos observations, les résultats sont les mêmes, quelle que soit la préparation employée. Mais nous voudrions d'abord dire un mot sur quelques effets physiologiques des préparations ovariennes.

Des expériences faites par Brown-Séquard et D'Arsonval ont montré que les liquides organiques à dose très élevées déterminent presque toujours la mort. Deux organes seulement avaient fait exception, les testicules et les ovaires, car des injections énormes de ces extraits liquides

1. Nordau, Thèse Paris, 1882.

1. Richard Mond, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 7 avril 1896.

n'ont pas été mortelles, bien que le nombre des expériences n'ait jamais été considérable.

Nous avons pris et donné à l'un de nos amis de l'ovaire cru et haché. Notre ami a eu la nuit suivante un cauchemar. Il n'en a pas habituellement. Sur nous, il s'est produit un agacement nerveux qui a troublé notre sommeil pendant la nuit suivante. Peut-être ces effets n'étaient-ils qu'une simple coïncidence?

M. Jayle nous a communiqué l'histoire de 3 malades auxquelles il faisait des injections de liquide ovarique pour calmer des douleurs causées par de l'ovarite. Pendant la nuit qui suivait l'injection, les malades avaient régulièrement de l'agitation, des cauchemars et de l'insomnie.

Sans insister davantage sur les effets physiologiques causés par la médication ovarienne, nous passerons à l'étude de ses résultats.

Effets sur les bouffées de chaleur. — Les bouffées de chaleur sont pour nous le symptôme le plus important, car c'est en somme le seul des troubles consécutifs à la castration qui soit objectif. Tous les autres sont subjectifs. Aussi nous considérons sa disparition comme très probante. Sur 16 malades traitées par l'opothérapie ovarienne nous pouvons dire que toutes ont eu au moins de l'amélioration pour leurs bouffées de chaleur. Les 4 malades traitées par l'ovaire cru ont eu, 2, leurs bouffées de chaleur très améliorées, 1, légèrement améliorées, 1, supprimées. Sur 5 malades présentant des bouffées de chaleur, traitées par les injections de liquide ovarique, 5 fois les bouffées de chaleur ont disparu à peu près complètement, 3 fois elles sont revenues après la cessation du traitement.

Sur 7 malades traitées par l'ovarine et ayant des bouffées de chaleur, 6 fois il y a eu amélioration très nette; celle qui n'a pas été soulagée ne pouvait pas tolérer l'ovarine.

En résumé, dans tous les cas il y a suppression ou amélioration des bouffées de chaleur, mais dans presque tous les cas, parmi ceux où l'on a pu avoir un résultat éloigné, les bouffées de chaleur sont revenues.

État neurasthéniforme des femmes castrées. — Certains « que les phénomènes morbides post-opératoires sont dus, en totalité ou en partie, à l'absence d'une sécrétion ovarienne, encore inconnue », eut la pensée, en mai 1895, de faire l'opothérapie de l'ovaire et de suppléer ainsi à la fonction ovarienne absente.

Après de nombreuses difficultés pour obtenir une préparation commode, M. Jayle put enfin pratiquer des injections de liquide ovarique.

Les préparations ovariennes employées jusqu'à ce jour pour l'opothérapie ovarienne sont : 1° l'ovaire cru en ingestion, 2° le liquide ovarique en injections sous-cutanées, 3° l'ovarine en ingestion.

Ovaire cru. — Des différentes méthodes d'opothérapie ovarienne, celle-ci est la plus simple. Elle a des avantages comme des inconvénients. Voici le mode de préparation que nous avons employé.

Nous nous procurions des ovaires frais de génisses ou de vaches. Nous hachions ces ovaires comme on le fait de la viande crue et nous faisions des bols de substance ovarienne de 10 grammes, que nous donnions fraîchement enveloppés dans un pain azyme. Une fois nous avons fait absorber l'ovaire haché dans du bouillon, comme on le fait pour la viande crue.

Cette méthode a pour elle l'avantage de faire prendre l'ovaire plus naturel, c'est-à-dire n'ayant subi aucune modification chimique, susceptible de détruire tout ou une partie de la matière active, ce qui peut arriver dans les divers modes de préparation. Cependant nous n'avons pas observé d'effets supérieurs à ceux des autres préparations.

Elle a un grand inconvénient, c'est la difficulté avec laquelle les malades l'acceptent. Une fois nous avons eu des vomissements qui nous ont forcé à suspendre le traitement et à le remplacer par un autre. Enfin il n'est pas commode de se procurer des ovaires frais. La matière ovarienne hachée ne se conserve pas plus de 3 jours, même dans la glace. Il est donc nécessaire d'avoir des ovaires frais tous les 2 ou 3 jours.

D'autre part et indépendamment, M. Mainzer (1) essayait à la clinique gynécologique du professeur Landau, à Berlin, le même traitement chez une femme présentant des troubles consécutifs à la castration. Il a employé aussi l'ovaire haché et il a obtenu un beau succès; cependant il dit qu'il continuera ses expériences, mais qu'il va tâcher tout d'abord de se procurer une préparation commode, analogue aux tablettes de thyroïdine.

Liquide ovarique. — Le liquide ovarique est la préparation la plus ancienne. Avant d'être employé pour la première fois par M. Jayle contre les troubles provoqués par la castration, le liquide ovarique était déjà connu. Brown-Séquard et D'Arsonval, ainsi que beaucoup d'autres, l'avaient employé pour répondre aux mêmes indications que le liquide orchitique (2). Les effets du liquide ovarique n'ont d'ailleurs pas été très bien définis dans cette thérapeutique. « Le liquide ovarique, dit Brown-Séquard, agit sur les deux sexes, mais avec moins de puissance que le liquide testiculaire (3). » Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale à Marseille, a pratiqué en 1892 des injections avec du suc d'ovaire broyé. Comme dynamogène, le suc ovarien n'a produit aucun effet sur l'homme. Sur 4 injections de suc ovarien de cobaye, 2 n'ont eu aucun effet, deux autres ont donné un très bon résultat, paraissant agir en modifiant la nutrition.

M. Jayle s'est servi de liquide ovarique, préparé d'après la méthode de D'Arsonval, avec des ovaires de vaches ou de génisses.

Les injections ont été pratiquées avec 3 centim. cubes de liquide ovarique. On choisit en général les deux côtés de l'abdomen alternativement. Il est absolument indispensable d'observer rigoureusement les règles de l'antisepsie, car le liquide ovarique est irritant. Il faut donc procéder au nettoyage local de la peau, ne se servir que d'instruments bien propres et ayant séjourné assez longtemps dans l'eau bouillante, enfin d'un liquide ovarique bien aseptique. Dans ce but M. Jayle emploie un liquide, enfermé dans des ampoules en verre de 3 cent. cubes qu'il brise au moment de l'injection. De cette façon, il ne s'est produit absolument aucune complication, à peine quelques petits nodus ne persistant d'ailleurs pas longtemps.

Les injections ont des avantages. Par elles, on est plus sûr que le médicament est absorbé, on n'a pas à craindre les mauvais effets de la digestion sur la médication, ni ceux de la médication sur l'estomac. Brown-Séquard pensait que le liquide orchitique ne peut pas agir par la voie buccale parce que la digestion détruisait le principe actif.

Elles ont aussi quelques inconvénients : 1° les dangers de l'infection et la formation d'abcès, que d'ailleurs nous n'avons jamis observés; 2° la douleur qui est assez vive

1. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19 mars 1896.
2. Ch. Eloy, La méthode de Brown-Séquard, 1893.
3. Egasse, *Bull. de thérapeutique*, t. CXIII, 1892.

dure toute la journée, surtout à la suite des premières injections. Elle semble s'atténuer ensuite, comme si l'organisme s'habituait au liquide ovarique.

L'*ovarine* ou *poudre d'ovaire* a été administrée sous deux parures différentes : à l'état simple par M. Jayle et nous-même, ou en tablettes par R. Mond (1). Ce dernier a fait faire trois sortes de préparations sèches : 1° avec de la substance de l'ovaire complet; 2° avec la substance corticale; 3° avec les follicules de De Græf.

L'ovarine a de grands avantages au point de vue de la commodité. Une malade, avec cette préparation, se traite seule, aussi souvent et aussi longtemps qu'il le faut. Après l'étude des effets de la médication nous apprécierons mieux cet avantage.

Elle a aussi quelques inconvénients, elle a assez souvent une mauvaise influence sur la digestion. Plusieurs malades ont eu de la peine à la tolérer à cause de cela.

Nous avons administré l'ovarine en paquets de 0gr125. Nous la donnions à prendre en suspension dans un peu d'eau. La dose est de un ou deux paquets chaque jour jusqu'à ce que les effets soient obtenus.

symptômes de la neurasthénie des femmes castrées ont été généralement améliorés. C'est d'abord l'insomnie. Presque toutes nos malades avaient de l'insomnie, et l'un des avantages les plus appréciés de notre médication était précisément d'arrêter vite l'insomnie et de procurer aux malades un sommeil paisible. L'abolition des cauchemars et des bouffées de chaleur était d'ailleurs pour beaucoup dans ce résultat.

Les 4 malades traitées par l'ovaire cru ont eu très vite un bon sommeil. 2 ont vu leurs cauchemars presque supprimés.

Toutes les malades traitées par le liquide ovarique ont vu leurs cauchemars disparaître, mais cette disparition n'a été que temporaire plusieurs fois.

Une malade à laquelle M. Jayle avait administré quelques paquets d'ovarine pour des cauchemars en a été guérie définitivement.

Certaines céphalées ont été rebelles; la plupart ont été améliorées, quelquefois elles ont disparu.

L'asthénie neuro-musculaire était soulagée aussi, Presque toutes nos malades nous affirmaient qu'elles étaient plus fortes. Les symptômes psychiques ont été améliorés, surtout le caractère qui la plupart du temps est moins triste.

Etat génital. — L'état génital a été modifié par notre traitement d'une façon bien évidente dans un cas d'hyperesthésie génitale.

Phénomènes congestifs. — Nutrition. — État général. — L'influence de l'opothérapie ovarienne sur les phénomènes congestifs ne peut être facilement déterminée car ces phénomènes sont passagers et nous n'avons pas eu l'occasion de leur appliquer ce traitement. Nous donnons 4 observations où les saignées les ont combattus avec succès.

La nutrition semble influencée en bien par l'opothérapie ovarienne. Plusieurs malades qui ne pouvaient ni manger, ni digérer facilement avant, étaient ensuite dans un état excellent.

Naturellement leur état général s'est dans tous les cas très amélioré. Toutes nos malades se sont dites satisfaites du traitement et ont ressenti une amélioration marquée. Seulement la plupart de celles dont nous avons pu observer les suites éloignées du traitement nous disaient « qu'il faudrait leur faire des injections continuellement ».

1. R. Mond, *Ovarine*.

On pourra d'ailleurs mieux juger de l'efficacité par la lecture des observations. Les 4 premières se rapportent au traitement par l'ovaire cru haché; les 6 qui suivent, concernent le traitement par le liquide ovarique et sont dues à M. Jayle. De la 11e à la 18e les observations touchent au traitement par l'ovarine. Enfin j'ai cru devoir ajouter 5 observations où les troubles ont été combattus par les saignées, les sangsues, purgatifs (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Anévrysme siégeant à la partie inférieure de l'artère poplitée. Compression digitale à distance pour favoriser le développement des anastomoses. Extirpation du sac. Guérison.

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. le Dr Tuffier.

Les anévrysmes occupant la moitié inférieure de l'artère poplitée et se développant dans le mollet sont les plus graves parce qu'ils se compliquent fréquemment de gangrène du membre inférieur. L'anatomie explique ces faits, que la clinique a dès longtemps constatés. Quel que soit le mode opératoire appliqué, ligature à distance ou extirpation du sac, les résultats actuels sont sensiblement égaux devant cette redoutable complication. J'ai pensé que la compression *digitale intermittente* de la fémorale, pratiquée pendant quelques jours avant l'opération, favoriserait le développement de la circulation collatérale et diminuerait d'autant les chances de gangrène. Comme cette manœuvre n'est passible d'aucun reproche puisque, contrairement à la compression instrumentale, elle est inoffensive pour l'artère toujours friable dans les anévrysmes, je crois bon de la recommander.

Quant à la méthode employée dans ce cas, je crois que l'extirpation du sac a été particulièrement indiquée parce que : 1° les branches du nerf sciatique étaient intimement accolées et incrustées dans ses parois, que des accidents cliniques de névrite étaient manifestes; 2° les branches qui se rendaient dans le sac étaient nombreuses et perméables — nous savons que la coagulation se fait alors plus difficilement. La dissection du sac a été faite directement, sans application de la bande d'Esmarch et sans compression de la fémorale.

W..., 49 ans, entre le 8 octobre 1896, n° 3, au service de M. Tuffier à la maison Dubois. C'est un homme fort, bien musclé, très vigoureux, et qui n'a d'autre passé pathologique qu'une syphilis contractée il y a 15 ans; il fut traité.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté, il y a deux mois, par une douleur progressivement croissante dans le genou droit. Cette douleur s'accentuait par la marche et s'accompagnait de fourmillements, et d'engourdissements dans la jambe et le bord externe du pied correspondant. Il s'aperçut en même temps qu'il portait dans le jarret une tumeur qu'il vit s'accroître dans les semaines suivantes.

A son entrée, le genou était normal, le mollet *droit* paraissait plus volumineux que celui du côté gauche; dans le creux poplité on voyait une tuméfaction occupant sa partie inférieure et se perdant à la partie supérieure de la jambe. A la palpation on

1. Les observations *in extenso* ont paru dans la thèse de M. Lissac, Paris, 1895-96, n° 320.

limite facilement une tumeur qui, en haut, ne dépasse pas la partie moyenne du losange poplité pour se perdre diffuse, en bas, dans le mollet. Cette tumeur est tendue, réductible, lisse et bien limitée en haut. Elle présente les pulsations et l'expansion caractéristiques. On n'entend pas de bruit de soufflet bien net à son intérieur. Les battements cessent par la compression de la fémorale.

Les mouvements de l'articulation sont normaux, le malade marche sans boiterie, mais la jambe est lourde et se fatigue vite. La fémorale est indurée dans toute sa hauteur. Depuis plusieurs semaines, le malade est soumis au traitement spécifique, iodure et mercure, sans amélioration.

Le siège inférieur de l'anévrysme et l'adhérence fémorale me font prescrire la compression digitale intermittente de l'artère fémorale au pli de l'aine. 6 séances sont faites par tous les élèves du service pendant 10 minutes, et sous la direction de mes internes MM. Dujarrier et Marchais.

Opération le 10 octobre sous l'éthérisation. Incision longitudinale poplitée de 18 à 20 centimètres, débordant la tumeur en haut et en bas; section de l'aponévrose et mise à nu de la tumeur au niveau de la partie inférieure du creux poplité et entre les jumeaux qui sont isolés et séparés. Le nerf sciatique poplité interne et ses branches sont tendus sur le sac qui bat sous nos yeux. Isolement de chaque branche du sciatique qui s'étale dans l'épaisseur du sac. Le nerf est rejeté en dehors et le sac est plus complètement disséqué. En haut, après avoir lié la veine poplitée, j'arrive au fond du creux poplité où j'aborde la partie supérieure du sac et de l'artère, à 2 centimètres au-dessus du sac; je lie le vaisseau au catgut et la tumeur ne bat plus; j'isole et je lie successivement 4 grosses collatérales qui venaient se jeter dans le sac. Ce dernier est difficile à disséquer à sa partie inférieure où il se prolonge presque à l'anneau du soléaire; ligature au catgut, isolement de la face profonde du sac et ablation. Le nerf a été respecté et le malade n'a pas perdu de sang. Réunion de l'aponévrose, puis de la peau. La tumeur enlevée a le volume d'une orange, sa paroi est mince en arrière, elle contient des caillots mous, noirâtres, et peu de dépôts fibrineux, la paroi du sac a 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Les suites opératoires immédiates et tardives sont nulles; le pied n'a même pas été œdématiée; le 16, les fils sont enlevés; la réunion est parfaite; le malade est remis au traitement spécifique. Le 25 il commence à se lever et le 28 il quitte le service en marchant parfaitement, sans douleur et sans la moindre boiterie.

CLINIQUE MÉDICALE

Formes septiques du cancer de l'estomac,

Par M. Hérard de Bessé.

Dans une thèse récente (Paris, 1896-1897, n° 290), M. Hérard de Bessé étudie les infections secondaires auxquelles le cancer de l'estomac doit parfois une évolution particulièrement rapide.

L'infection peut rester localisée au cancer ou à son voisinage comme dans la gastrite phlegmoneuse, l'abcès péri-gastrique, la péritonite circonscrite, etc., ou se propager à distance par la voie lymphatique comme cela se produit dans l'infection de la plèvre, du péricarde, des ganglions, etc.; mais les infections à distance par la voie sanguine présentent plus d'intérêt encore.

En effet, lorsque les microbes, dont la nature d'ailleurs est très variable, ont pu pénétrer dans le système circulatoire, ils peuvent infecter seulement une des premières et principales voies qui s'offre à eux, la veine porte, déterminant ainsi des phlébites de cette veine et des accidents hépatiques; ils peuvent au contraire envahir la masse du sang, pénétrer dans la circulation générale et donner lieu à des symptômes excessivement graves, rappelant la septicémie, l'infection purulente, la pyohémie, d'où les noms de forme septicémique de M. Hanot, de forme pyohémique de M. Achard, etc. Tous ces accidents peuvent être réunis sous l'épithète de formes septiques.

La veine porte est une des principales voies que suivent les microbes d'origine stomacale, ce qui s'explique facilement puisqu'elle est l'aboutissant de presque toutes les veines de l'estomac.

On pourra observer alors tantôt la forme adhésive de la pyléphlébite, tantôt la forme suppurée; ces deux formes seront souvent plus ou moins mélangées.

Dans le premier cas, on trouve alors les signes de la stase dans les racines de la veine porte : œdème du ventre et des jambes, épanchement abdominal peu abondant et séro-purulent, hémorrhoïdes; urines rares, etc.

Dans la pylé-phlébite suppurative, les accidents sont plus bruyants et caractéristiques de la virulence de l'infection : douleur, fièvre, vomissements, diarrhée et mort très rapide.

Les abcès du foie peuvent se produire aussi par la même voie, consécutivement au cancer de l'estomac.

Quand les micro-organismes ont pénétré dans la circulation générale soit en franchissant les capillaires portes, soit par une autre voie, ils peuvent occasionner des accidents comparables en tous points à ceux de l'infection puerpérale. Ces localisations microbiennes peuvent se faire partout et sont innombrables.

Signalons seulement ici, d'après M. Hérard, l'endocardite, la pneumonie, la broncho-pneumonie, les abcès pulmonaires et la gangrène pulmonaire. Quant aux phlébites des cancéreux, elles sont bien connues, mais elles sont assurément plus fréquentes qu'on ne le croit, parce que, comme l'a montré M. Vaquez, on attend pour faire le diagnostic que l'oblitération soit complète. Cet auteur distingue deux périodes dans la phlébite : la période *préoblitérante* et la période *oblitérante*. Lorsque chez un cancéreux on voit se produire de la fièvre que rien n'explique et lorsqu'en même temps le malade se plaint de douleurs plus ou moins localisées dans les membres inférieurs; lorsqu'enfin il apparaît un œdème unilatéral, quelquefois fugace, qui envahit lentement le membre de bas en haut, on a le droit de supposer, et le plus souvent à juste titre, qu'il s'agit d'accidents de phlébite. Souvent quand l'oblitération est faite, la fièvre est tombée et c'est pendant la période préoblitérante qu'il eût fallu la surprendre.

M. Hérard examine, en terminant, le rôle que l'infection peut jouer dans la cachexie.

On sait, en effet, que certains cancers ne s'accompagnent que d'une cachexie tardive et que quelquefois un cancer latent peut évoluer sans que cet état spécial de déchéance organique puisse faire supposer la présence d'un néoplasme. C'est à l'autopsie qu'on le découvre sans l'avoir soupçonné du vivant du malade.

D'autre part, certains malades, qui ne sont nullement cancéreux, présentent une apparence véritablement cachectique. On peut donc supposer que l'infection est un facteur important de la cachexie cancéreuse et, par suite, que par ce mécanisme, elle peut hâter singulièrement la terminaison fatale. De là découle l'importance que peut avoir le traitement de ces accidents.

La première chose à laquelle le médecin doit songer quand il voit que les accidents infectieux sont d'origine gastrique, c'est faire de l'asepsie ou de l'antisepsie de l'estomac.

Le *lavage de l'estomac* répond à la première de ces indications, mais il présente certains inconvénients, l'hémorrhagie, la fatigue du malade et l'amaigrissement. Enfin il faut toujours songer à la possibilité d'une fausse route.

L'*antisepsie de l'estomac* serait un idéal malheureusement difficile à atteindre. On pourra l'essayer en donnant au malade des antiseptiques tels que l'acide chlorhydrique, le naphtol, le salol, etc., et aussi en cherchant par l'alimentation lactée à diminuer le plus possible le nombre des microbes qui pénètrent dans l'estomac.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Chazalon (Joseph). *Des ictus laryngés.* N° 1202.

M. Papillon (André). *Des sillons des ongles chez les aliénés.* N° 1141.

M. Joannovich (Jean). *Du pouls paradoxal.* N° 1227.

M. Chabot (Alphonse). *Contribution à l'étude de l'acroparesthésie.* N° 1213.

M. Daireaux (Pierre). *De l'intervention sacrée dans le traitement des collections purulentes du petit bassin.* N° 1121.

M. Mouly (Georges). *La hernie du corps vitré.* N° 1120.

M. Jacqueau (Arthur). *Des troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs du chiasma.* N° 1222.

M. Hussenstein (J.-B.). *De la Douglassite essentielle.* N° 1116.

M. Berthaud (Auguste). *De la ponction équatoriale dans le traitement du glaucome.* N° 1197.

M. Jamin (Victor). *De la position génu-pectorale en obstétrique.* N° 1203.

M. Pillard (E.). *Des amputations dans les condyles du fémur.* N° 429.

M. Boccard (François). *Étude sur les hernies du plancher du bassin.* N° 1128.

M. Brunon (Pierre). *Le chancre syphilitique des fosses nasales.* N° 1115.

M. Giraud (Paul). *Des injections sous-cutanées d'eau salée dans les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde.* N° 1210.

M. Burroughs (Hastings). *Le chanvre indien (Cannabis indica).* N° 1223.

M. Pernet (Jules). *De la balnéation tiède dans quelques maladies aiguës de l'enfance.* N° 1207.

M. Johnston-Lavis. *Du rôle des mollusques alimentaires dans la propagation des infections gastro-intestinales (fièvre typhoïde, choléra, etc.), mesures prophylactiques.* N° 1144.

M. Lépine. *De la respiration faible unilatérale liée au décubitus.* N° 1211,

M. J.-J. Roux. *Contribution à l'étude des sutures de la paroi abdominale après la laparotomie.* N° 1146.

M. Portal (Georges). *De la ventilation, du chauffage et de l'éclairage dans les hôpitaux.* N° 1118.

M. Jeannin (P.). *Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale.* N° 1138.

Il y a plusieurs sortes d'ictus laryngés. M. Chazalon les classe de la façon suivante : 1° l'ictus laryngé dit *essentiel*, étudié ici dans une revue générale (*Gazette* du 26 janvier 1896); 2° l'ictus laryngé *tabétique* ; 3° l'ictus laryngé *épileptique* ; 4° l'ictus laryngé (mort subite) des *maladies organiques du larynx*.

La pathogénie de ces divers ictus est elle-même variable suivant les cas, mais elle parait relever le plus souvent d'une excitation du nerf laryngé supérieur, qui peut entraîner secondairement des troubles de la circulation bulbaire.

Le traitement doit viser à la fois l'excitabilité anormale des centres nerveux et les lésions de l'appareil circulatoire qui sont souvent la cause immédiate de l'ictus.

Les sillons des ongles, d'après M. Papillon, sont toujours consécutifs à un trouble organique, quelquefois assez léger pour qu'on ne puisse en retrouver trace.

La profondeur du sillon est généralement en rapport avec l'intensité de la maladie et la longueur en rapport avec sa durée. La distance du sillon à la base de l'ongle permet de calculer, mais d'une façon approximative, l'époque de la maladie antérieure.

Chez les aliénés on rencontre 2 sortes de sillons des ongles :

1° Les uns sont consécutifs à des troubles graves et aigus sous la dépendance soit d'une maladie intercurrente, soit d'un épisode aigu de l'affection mentale. Ils sont généralement uniques, quelquefois doubles, mais toujours nettement marqués. On les observe rarement.

2° Les autres s'observent dans une affection mentale chronique : paralysie générale à toutes les périodes, épilepsie, lypémanie avec stupeur et lypémanie subaiguë avec symptômes digestifs, où leur présence est presque constante.

Dans le délire de persécution chronique, en l'absence de tout trouble somatique, ces sillons multiples ont une grande fréquence.

Chez certains hémiplégiques, on voit aussi des sillons du côté paralysé.

La fréquence des sillons paraît être en raison directe de l'intensité des troubles psychiques ; et leur disparition a lieu d'une part quand la guérison s'effectue et d'autre part quand la démence apparaît.

Le pouls paradoxal, étudié par M. Joannovich, se rencontre assez souvent dans le croup, quand il y a spasme phréno-glottique (tirage, dépression chondro-costale). On peut le rencontrer aussi dans la laryngite aiguë accompagnée de spasme phréno-glottique.

Il disparaît instantanément lorsqu'on fait le tubage ou la trachéotomie, ce qui montre qu'il s'agit là d'un trouble mécanique de la respiration (diminution de la pression intra-aortique par suite de l'augmentation du vide thoracique).

Sans présenter un pronostic grave par lui-même, le pouls paradoxal indique un trouble profond de la mécanique respiratoire et des phénomènes de stase veineuse l'accompagnent souvent. Enfin, l'enfant est très abattu par suite des efforts respiratoires.

Au point de vue pratique la constatation du pouls paradoxal est capitale : elle indique une intervention prochaine.

L'acroparesthésie idiopathique étudiée par M. Chabot, et voisine de l'asphyxie locale et de la cyanose symétrique des extrémités décrites par M. Maurice Raynaud, est une affection rare,

Son diagnostic ne présente pas de très grandes difficultés et il est probable que l'affection deviendra plus commune lorsqu'elle sera mieux connue dans ses manifestations cliniques.

Sa nature n'est pas encore bien déterminée, cependant elle semble se rapporter soit à des lésions irritatives ou destructives des extrémités nerveuses sensitives des doigts, soit à des néoplasies ayant pris naissance dans le névrilemme des plexus, soit enfin à des troubles circulatoires de la moelle survenant sous l'influence du décubitus dorsal pendant la nuit.

Parmi les différents traitements, il semble que le courant galvanique constant aurait donné les plus nombreux et les meilleurs résultats.

Pour aborder, vider, drainer complètement les foyers de suppuration chronique du petit bassin, on doit employer un procédé qui, donnant beaucoup de jour, nous permette d'arriver directement sur eux et de placer le drain au point le plus déclive. La méthode sacrée présente seule aux yeux de M. Daireaux tous ces avantages réunis et le procédé de Morestin en raison de sa facilité, de son innocuité, est le procédé de choix. Il sera spécialement indiqué chez la femme : *a*) dans les suppurations aiguës de la gaine hypogastrique et quand il existe un prolongement plongeant profondément dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, le cul-de-sac recto-vaginal n'étant pas libre *b*) ; dans les suppurations chroniques fistuleuses. C'est là l'indication principale.

Chez l'homme, c'est le meilleur procédé pour aborder et drainer toutes les collections situées au-dessus du releveur anal. C'est à lui, surtout, qu'on devra avoir recours pour drainer d'une façon efficace le cul-de-sac recto-vésical.

L'analyse des symptômes et l'exploration par le toucher et le palper nous permettront le plus souvent de reconnaître les cas justifiables de l'intervention sacrée. C'est ainsi que les ténesmes et épreintes rectales et vésicales semblent avoir une réelle valeur diagnostique dans les suppurations du cul-de-sac anté-rectal.

La hernie du corps vitré, dont M. Mouly nous donne la description est une tumeur formée par la saillie plus ou moins grande du vitré à travers une solution de continuité des parois du globe oculaire. Elle exige, pour se produire, 2 conditions : une plaie du globe et une augmentation de la pression intra-oculaire ; ces conditions se trouvent réalisées dans 3 principales catégories de faits : 1° les ulcères perforants de la cornée ; 2° les traumatismes du globe de l'œil ; 3° l'opération de la cataracte.

C'est une tumeur arrondie ou cylindrique, d'un volume variant entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une noisette ; elle a un aspect transparent et une consistance gélatineuse ; elle est constituée par le vitré accompagné ou non de l'iris et parfois du cristallin.

Il n'y a pas le plus souvent de phénomènes réactionnels, la tumeur est inerte, indolore; mais la vision peut disparaître brusquement.

Cette tumeur disparaît par usure, régresse par cicatrisation, suppure ou se vascularise. La suppuration est fatale dans les ulcères perforants cornéens et dans tous les cas d'infection de la plaie. L'issue trop abondante du vitré est une complication fâcheuse.

Le pronostic est généralement bénin tant au point de vue de la tumeur qu'au point de vue de l'acuité visuelle; mais il faut redouter encore les conséquences éloignées comme le décollement rétinien, les adhérences fâcheuses et même l'astigmatisme.

Le traitement sera préventif, surtout dans l'opération de la cataracte; on évitera toutes les manœuvres augmentant la pression intra-oculaire et l'on pratiquera la kérato-kystitomie supérieure sans iridectomie qui donne une grande sécurité; palliatif (antiphlogistiques, antiseptiques, compression); curatif (ponction hyaloïdienne, cautérisation, excision, suture scléroticale). caractérisée cliniquement par des accès douloureux s'accompagnant parfois, tantôt de gonflement, tantôt d'une pâleur de la peau des extrémités avec un abaissement de la température pouvant varier de 1° à 2°. La marche de la maladie est toujours lente et sa durée toujours longue est indéterminée. Elle offre des périodes de rémission et d'exacerbation des symptômes suivant les saisons, l'hiver augmentant les troubles, l'été les diminuant d'une façon très notable.

Les tumeurs du chiasma, d'après M. JACQUEAU, sont très rares. Ce sont des tumeurs développées aux dépens des sinus sphénoïdaux, des hypertrophies du corps pituitaire (tumeurs ou acromégalie) des anévrysmes, et surtout des tumeurs cérébrales de voisinage.

Au point de vue symptomatologique les signes capitaux sont: 1° l'hémianopsie latérale hétéronyme, surtout et presque uniquement la variété temporale; 2° les amblyopies et les amauroses généralement très accentuées et sans corrélation avec les signes ophthalmoscopiques qui révèlent des altérations peu intenses du fond de l'œil, au moins au début; 3° la paresse ou la suppression complète du réflexe pupillaire.

Les signes secondaires, beaucoup moins importants, sont: 1° ceux tirés de l'état de la statique oculaire; 2° ceux relevant des compressions de voisinage; 3° enfin ceux communs aux tumeurs encéphaliques limitées à la base. Au début, s'il se produit de l'hémianopsie latérale hétéronyme, le seul diagnostic à faire est celui de la nature de la lésion, si possible. Plus tard, il faudra éliminer les lésions qui, en dehors de celles localisées au chiasma, peuvent donner: 1° une hémianopsie d'un côté avec amblyopie de l'autre; 2° des amblyopies doubles.

Avec son maître Condamin, M. HUSSENSTEIN admet l'existence d'une Douglassite essentielle, caractérisée surtout par la rétraction post-inflammatoire des ligaments utéro-sacrés, et par des brides plus ou moins nombreuses sillonnant le plancher du cul-de-sac rétro-utérin; dans ce cas, les annexes sont absolument saines, ce que l'on a pu vérifier après la laparotomie. Cette lésion offre plusieurs points de contact avec la paramétrite postérieure de Schultze.

Ses signes physiques sont: la réplétion du Douglas par des adhérences plus ou moins résistantes; la rétraction des ligaments utéro-sacrés avec rétroposition de l'isthme et du col, et consécutivement l'antéflexion utérine ou la rétroflexion, suivant que le corps de l'utérus est libre ou attiré dans le Douglas par les adhérences.

Les symptômes fonctionnels se manifestent par des douleurs très vives dans la région lombaire, l'hypogastre, les cuisses, douleurs exaspérées par la station debout, la marche, les fatigues; par des troubles de la miction et de la défécation (ténesme vésical et rectal, mictions fréquentes et douloureuses), par de la dysménorrhée et de la dyspareunie.

Le traitement peut être médical (injections vaginales chaudes, laxatifs, grands lavements d'huile), puis columnisation et massage, cette dernière méthode amenant parfois la guérison et toujours une amélioration. Si ce traitement est insuffisant, on aura recours à la laparotomie suivie de l'hystéropexie abdominale antérieure.

La ponction équatoriale, la plus ancienne opération du glaucome, abandonnée avant d'être expérimentée, ne mérite pas le mépris dans lequel elle est tombée. Avec son maître Gayet, M. BERTHAUD la considère comme une opération simple, bénigne, à la portée de tous les médecins, dont l'efficacité durable en certains cas répond victorieusement à la principale objection qui lui a été faite: de donner une cicatrice s'obturant presque aussitôt et incapable de filtrer, par suite, ne permettant pas d'amélioration continue. La facilité avec laquelle on peut recommencer, en quelque sorte, indéfiniment l'intervention, lui donne un avantage sur les autres opérations du glaucome. Elle mérite d'être placée à côté de l'iridectomie et de la sclérotomie, comme une des meilleures opérations anti-glaucomateuses. Ses indications sont nombreuses: elle emprunte beaucoup de celles attribuées jusqu'ici à la sclérotomie. Probablement inférieure à cette dernière dans les cas ordinaires de glaucome chronique simple, elle ne peut être comparée à l'iridectomie dans les formes franches de glaucome aigu. Elle trouve sa véritable indication dans le glaucome absolu avec crises douloureuses. Elle doit être considérée comme une excellente opération préliminaire, et sera préférée à la sclérotomie dans le glaucome hémorrhagique, enfin dans la buphthalmie.

Si nous ne trouvons pas d'explication suffisante à l'action que l'on constate en ces divers cas, il faut se rappeler que l'iridectomie et la sclérotomie ne sont pas mieux expliquées. Nous ne devons pas d'ailleurs nous étonner en présence de l'impuissance actuelle à fixer la pathogénie du glaucome.

Elève de Fochier, M. V. JAMIN admet que la position génu-pectorale peut faciliter la réduction du cordon procident; elle peut encore rendre possibles les manœuvres dans certains cas de versions difficiles. Elle réveille d'une façon très nette les douleurs et les contractions utérines, probablement en excitant les centres automoteurs qui sont en avant. Elle fait désengrener l'occiput qui bute contre la symphyse et permet à la descente de se compléter plus rapidement. Elle contribue à protéger le périnée en évitant la déflexion qui se produit lorsque l'occiput est arrêté et qui fait passer une circonférence occipito-frontale au lieu d'une circonférence sous-occipito-bregmatique. Elle soulage notablement les malades, en faisant cesser pour un instant la compression des troncs et des plexus nerveux, écrasés en arrière par l'utérus, celui-ci faisant au moment des contractions surtout, l'office d'un corps dur, contusionnant pour ainsi dire les tissus sous-jacents. Enfin, et c'est une conséquence des avantages précédemment énumérés, la position génu-pectorale peut dispenser, dans un grand nombre de cas, d'appliquer le forceps au bas de l'excavation et, partant, fait éviter à la malade des souffrances et des chances d'infection inutiles.

Pour M. PILLARD les complications introduites dans les amputations condyliennes sont inutiles. Il suffit de désarticuler et d'abattre les condyles, plus ou moins haut, par un trait de scie. L'amputation condylienne est supérieure à l'amputation de cuisse; les opérés marchent sur leur moignon, comme les désarticulés. Cette opération est indiquée de préférence à l'amputation de cuisse chaque fois que, en présence d'une désarticulation à faire, on manque de tissu, le lambeau est traumatisé ou enflammé, et par conséquent exposé à la mortification; l'articulation est malade; on a des raisons de craindre pour l'asepsie.

La hernie ischiatique est la plus rare des hernies du plancher du bassin. M. BOCCARD dans son travail n'en a guère pu réunir qu'une vingtaine de cas. Elle est plus fréquente chez la femme et siège plus souvent à droite. Elle peut passer inaperçue ou être prise pour un lipome; toute tumeur peut lui donner naissance en attirant le péritoine hors de la cavité abdominale. On devra donc songer à la possibilité de cette hernie dans les cas de tumeur de la fesse. Son volume est parfois considérable et elle est sujette, dans ces cas, à s'étrangler; il faut alors intervenir chirurgicalement. La hernie périnéale est rare chez l'homme. Elle se montre surtout chez les sujets maigres ou cachectiques, à la suite d'un effort, d'une chute. On voit, en consultant les cas publiés par Ebner, qu'elle est plus fréquente entre 40 et 60 ans. Cette hernie, qui reconnaît pour cause prédisposante un prolapsus du cul-de-sac recto-vésical, se fait à travers des

fissures du releveur de l'anus et de l'ischio-coccygien. Chez la femme, elle se produit dans les parois vaginales antérieure ou postérieure, cystocèle ou rectocèle, ou dans la partie inférieure de la grande lèvre, hernie périnéale moyenne, ou enfin derrière l'utérus, hernie recto-utérine. Cette dernière est due au prolapsus du cul-de-sac de Douglas, prolapsus déterminé par une maladie générale. Sa cause déterminante est le plus souvent un traumatisme, un accouchement.

Le chancre des fosses nasales est un des plus rares des chancres extra-génitaux. Cependant, les observations qui se multiplient semblent, dit M. Brunon, prouver qu'il a été auparavant méconnu bien des fois. Les symptômes du chancre de la pituitaire sont un peu particuliers à la région. Son évolution est simple, mais il occasionne parfois de légers accidents dus à la facilité d'infection par des agents pathogènes étrangers et qui se trouvent habituellement dans les fosses nasales. Il ne faudra plus oublier la recherche de l'engorgement des ganglions réellement tributaires de la muqueuse nasale. L'étiologie du chancre intra-nasal ne semble admettre que l'infection indirecte (doigts, linges souillés); cependant il ne faut pas rejeter la contagion directe. Le diagnostic sera en général facile : toutefois, il ne faudra affirmer la nature de la lésion qu'après un examen approfondi : l'accident tertiaire de la vérole peut parfaitement simuler un chancre primitif dans les fosses nasales. Le traitement sera le traitement général de la syphilis avec quelques soins particuliers relevant de sa localisation.

Après avoir rapporté 2 observations étrangères de Thayer et de Weiss et 2 observations inédites de Devic et Weill, M. Giraud conclut que : 1° les injections sous-cutanées de solution saline peuvent rendre, dans les hémorrhagies graves consécutives à la fièvre typhoïde, de très grands services.

2° Leur action évidente sur le poids, la température, la sécrétion urinaire, etc., permet d'en recommander l'application réitérée et fait espérer qu'elles pourront, dans certains cas, épargner la vie du patient en le soustrayant au danger de l'anémie aiguë.

3° La manière très simple dont on peut faire ces injections, avec un entonnoir ou un bock réunis par un tube de caoutchouc à un fin trocart ou l'aiguille d'un aspirateur, le tout facile à stériliser, rend leur emploi accessible à tous les praticiens.

Le chanvre indien est, d'après M. H. Burroughs, un analgésique de grande valeur. Il est indiqué dans la plupart des affections nerveuses des enfants et des adultes.

A doses élevées, il est capable de provoquer tous les symptômes de l'empoisonnement. A doses thérapeutiques, il est sans danger et mérite d'être employé plus souvent.

Les bains tièdes, entre 34° et 38° sont un moyen thérapeutique très puissant dans les maladies infectieuses et graves de l'enfance. M. Pernet les a employés avec succès dans l'entérite fébrile, la broncho-pneumonie, dans la grippe infectieuse à forme convulsive et typhoïde, dans la diphthérie associée où le sérum agit moins bien que dans la diphthérie simple.

Ces bains sont ordonnés de 3 en 3 heures et sont d'une durée de 10 minutes chacun.

Au début de la balnéation tiède, se produit parfois une élévation thermique qui peut atteindre un degré et plus. L'abaissement de la température ne se manifeste que plus tard ; il est surtout sensible vers le déclin de la maladie. A ce moment il peut dépasser un degré. Ces bains seront continués jusqu'à ce que la température rectale ne dépasse pas 38°6. Cette médication est très facilement acceptée des petits malades et des familles.

En raison de l'élévation thermique qui suit fréquemment les premiers bains, il est prudent de ne pas baigner un enfant à la période agonique.

Les mollusques alimentaires, et en particulier l'huître peuvent communiquer à l'homme des maladies contagieuses, quand ils ont été pollués par un produit d'égout. Les microbes de la fièvre typhoïde, du choléra, etc., peuvent arriver à l'huître dans la mer par les eaux souillées mêlées à l'eau de mer ou par des masses flottantes de matières fécales. Les microbes pathogènes peuvent vivre sur la coquille de l'huître, dans sa cavité palléale ou dans son rectum pendant des jours et même des semaines. Cette propagation de l'infection est aujourd'hui bien prouvée. La fièvre typhoïde transportée par l'huître est généralement d'un type très virulent; sa période d'incubation varie entre 7 et 16 jours. Les seules mesures prophylactiques temporaires seraient l'abstention totale de l'huître mangée crue, la plus grande publicité possible de ces faits. Les mesures permanentes doivent être la suppression ou purification des bancs, parcs, réserves, dépôts, magasins douteux et l'inspection constante et active de toute l'industrie se rapportant à l'huître.

M. Lépine établit dans sa thèse qu'il existe une respiration anormale non pathologique, caractérisée par une faiblesse du murmure vésiculaire, sans aucune altération de la tonalité, du rythme du timbre. On la trouve presque exclusivement à droite, dans toute la hauteur du poumon, mais le plus souvent elle est surtout marquée en avant dans la région sous-claviculaire. Elle reconnaît pour cause l'habitude systématique de dormir sur le seul côté droit. Elle est plus rare chez l'homme que chez la femme ; elle n'existe pas chez l'enfant ; elle est fréquente chez les chlorotiques et névropathes. Cette respiration faible s'accompagne quelquefois d'une légère diminution du son de percussion ; siégeant à droite elle coïncide toujours avec l'exagération physiologique des vibrations. Cette respiration faible disparaît si d'une part on la traite par la gymnastique thoracique, et si d'autre part la personne qui la présente consent à en supprimer la cause productive.

M. Roux termine son travail en le résumant ainsi : après la laparotomie, la cavité abdominale sera fermée par la suture des différents plans qui composent la paroi abdominale, c'est-à-dire par la « suture à trois étages », ou mieux encore encore : si l'on incise la gaine des droits, ou suturera séparément les deux feuillets de cette gaine.

Si la ligne d'incision remonte au-dessus de l'ombilic, on peut pratiquer l'omphalectomie. Pour la peau, on fera soit la suture à points séparés simples, ou avec des fils profonds, si la paroi est chargée de graisse, soit un surjet ordinaire.

La ventilation naturelle paraît être sinon la plus active, au moins la plus pratique pour les hôpitaux. Elle assure, dit M. Portal, un renouvellement d'air suffisant et ne demande pas la même surveillance étroite et intelligente que la ventilation artificielle : toutefois l'avenir est peut-être à la ventilation artificielle perfectionnée au double point de vue du coût, de l'installation et de la simplicité du fonctionnement. Le chauffage par la vapeur à basse pression réalise aujourd'hui le meilleur des chauffages. L'éclairage électrique obtenu soit au moyen de l'arc voltaïque direct, soit avec les lampes à incandescence doit être le seul employé dans les hôpitaux. Si on était obligé dans certains hôpitaux d'employer le gaz, on devra veiller à ce que les becs soient surmontés de conduits évacuateurs pour porter au dehors les produits de la combustion.

L'hystéropexie abdominale antérieure est, pour M. Jeannin, l'opération de choix dans le traitement des antéflexions douloureuses. La fixation sera faite toujours solidement par plusieurs fils lentement résorbables, pour éviter les tractions ultérieures sur les adhérences, et leur allongement. Chez les femmes non arrivées à la ménopause, quelle que soit l'indication de l'hystéropexie, la nécessité de ne pas placer le fil supérieur au-dessus du plan des orifices tubaires reste une règle absolue. Si l'on est obligé de pratiquer une hystérectomie vaginale, après une hystéropexie abdominale antérieure, il faudra tenir compte des adhérences établies. Dans certains cas on complètera l'opération par la laparotomie, l'excision des brides et la péritonisation des surfaces cruentées.

Thèses de la Faculté de Nancy.

M. Hanus (Octave). *Contribution à l'étude du cysticerque sous-conjonctival.* N° 23.

M. Sterne (Adrien-Alexandre). *Contribution à l'étude de la lithiase biliaire chez le vieillard.* N° 24.

Outre les deux modes d'infestation admis jusqu'ici, M. Hanus admet qu'on pourrait penser à une contamination directe, par pénétration de l'embryon hexacanthe à travers les tissus de la conjonctive.

Les tumeurs sous-conjonctivales à cysticerques occupant les angles de l'œil ne donnent naissance qu'à fort peu de troubles fonctionnels; tandis que, lorsqu'elles se trouvent situées dans les culs-de-sac conjonctivaux, elles donnent lieu à du ptosis et à de la gêne dans les mouvements de l'œil. Le ptosis semble dû à la compression par le kyste du rameau nerveux qui actionne le releveur de la paupière. Lorsque les cysticerques sous-conjonctivaux occupent les culs-de-sac, on observe aussi une diminution de l'acuité visuelle, due sans doute à un état glaucomateux de l'œil. Le diagnostic différentiel entre le sarcome de la sclérotique et le cysticerque sous-conjonctival est souvent impossible; la ponction exploratrice, ou même l'acte opératoire assurent souvent seuls le diagnostic.

Le traitement de choix est l'extirpation de la tumeur. Lorsqu'entre la tumeur et la sclérotique existent des adhérences trop considérables, il est prudent de laisser en place une partie de la capsule, diminuée d'épaisseur, si possible, par un grattage préalable.

M. Sterne confirme cette donnée, d'ailleurs classique, que chez le vieillard, la lithiase biliaire peut rester latente cliniquement et n'être révélée que par l'autopsie. La symptomatologie peut être celle que l'on décrit habituellement chez l'adulte; ou bien offrir des formes particulières avec manifestations thoraciques, abdominales, nerveuses, capables de faire méconnaître le véritable diagnostic. Dans les canaux biliaires du vieillard, l'examen histologique révèle la présence de fibres musculaires lisses. Ces cellules musculaires sont moins nombreuses que chez l'adulte, mais n'offrent pas de dégénérescence particulière.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Appendicite (Die Appendicitis und ihre Komplikationen), par Siegel (*Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir.*, 1896, vol. I, fasc. 2, p. 179). — L'auteur divise l'appendicite en appendicite non-suppurée, appendicite suppurée et appendicite gangréneuse, l'appendicite non suppurée comprenant à son tour deux formes, la forme non adhésive et la forme adhésive. Dans la forme non adhésive les modifications anatomiques sont souvent minimes, néanmoins les symptômes cliniques peuvent être graves et ne disparaissent qu'après ablation de l'appendice.

L'appendicite gangréneuse, dont l'auteur rapporte un exemple, a été observée par lui assez souvent. Il croit qu'elle peut être le résultat d'une inflammation intense de l'appendice ou des troubles circulatoires au niveau du mésentère. La gangrène de l'appendice peut alors se compliquer de celle de l'intestin.

Dans un cas d'appendicite adhésive, les adhérences avaient amené l'imperméabilité de l'intestin avec des phénomènes d'ileus, due à ce qu'une anse de l'intestin grêle était coudée et fixée au foyer appendiculaire. Dans un autre cas que l'auteur rapporte, le foyer entourait les vaisseaux iliaques, et à un moment donné l'ablation des membranes fut suivie de l'ouverture de l'artère iliaque sur laquelle il a fallu jeter une double ligature.

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-périostales de chlorure de zinc, par Ziematzkij (de Saint-Pétersbourg) (*Rev. de chir.*, 1896, n° 8, p. 599). — De 1892 à 1895, l'auteur a traité par les injections sous-périostées de chlorure de zinc (méthode sclérogène de Lannelongue) une quarantaine de cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses, parmi lesquelles se trouvaient un grand nombre de cas graves. Dans tous les cas avancés, mais non suppurés, l'auteur a obtenu des améliorations considérables. Sur 17 cas où les injections ont été faites au début de la tuberculose, 12 ont complètement guéri; les 5 autres ont été perdus de vue.

D'après l'auteur, la méthode de Lannelongue donnerait des résultats excellents dans la tuberculose osseuse au début.

De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et aux autres os du tarse, par le professeur Ollier (*Rev. de chir.*, 1896, n° 8, p. 573). — Ce travail, basé sur l'étude de 2 cas d'ostéomyélite où l'ablation de la presque totalité du tibia et de tout l'astragale a été suivie de la reconstitution d'une articulation tibio-tarsienne solide et mobile, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La régénération du tibia, la solidité et l'aptitude fonctionnelle de la néarthrose ne peuvent s'obtenir que chez les sujets qui sont dans l'âge et les conditions générales dans lesquels la régénération osseuse peut être obtenue.

2° C'est chez les enfants et les adolescents, c'est-à-dire pendant la période de croissance du squelette, qu'on trouvera les conditions les plus favorables pour le succès de cette opération conservatrice. A partir de l'âge adulte, les indications n'en peuvent être qu'exceptionnelles.

3° Bien que la règle doive être d'enlever tous les tissus malades, il ne faut faire qu'exceptionnellement des extirpations absolument totales de l'épaisseur de l'os. Dans les ostéomyélites les plus graves il reste le plus souvent à la périphérie de l'os, au niveau des renflements articulaires, des parties relativement saines, encore adhérentes au périoste quoique considérablement vascularisées et infiltrées de pus dans une partie de leur épaisseur. Or, il est important de conserver ces parties encore vivantes et susceptibles de revenir à l'état sain. Elles aideront puissamment à la reconstitution des renflements terminaux et à celle d'une saillie malléolaire que le périoste à lui seul pourrait ne pas redonner suffisamment solide pour fournir au pied la force nécessaire et lui assurer sa fixité.

5° L'indication est encore plus formelle de conserver les couches périostiques de nouvelles formations. Si elles sont encore adhérentes à l'os malade, on les sépare avec le détache-tendon; si elles sont déjà isolées de la diaphyse nécrosée, on s'abstient d'y toucher et on les désinfecte par des irrigations seulement. On bourre la cavité de gaze et on en soutient ainsi les parois tant que la réossification n'est pas assez solide pour maintenir la forme du nouvel os.

6° En pratiquant ces opérations chez les enfants, on doit se préoccuper des déviations consécutives qui pourront s'opérer par le fait de l'accroissement inégal des deux os de la jambe; le péroné ayant conservé son cartilage de conjugaison normal et le tibia n'ayant pu recouvrer le sien. On préviendra ces déviations par l'excision de la malléole externe ou par la chondrectomie orthopédique au moment de l'opération, en se réservant de revenir ultérieurement à ces légères opérations ou même à une résection de la partie inférieure de la diaphyse du péroné si la déviation du pied en varus s'accentue dans la suite à mesure que l'enfant grandira.

Stérilisation du catgut (Ueber Catgut-Sterilisation), par Schaeffer (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1896, n°s 30-34). — L'auteur préconise, comme procédé de stérilisation du catgut, l'ébullition dans une solution aqueuse alcoolique de sublimé à 0,3 p. 100. La stérilisation doit se faire dans un appareil spécial dont l'auteur donne la description. Les avantages du procédé sont de fournir un catgut stérile et solide et de ne demander pour la stérilisation que 20 à 30 minutes.

Un nouveau procédé de traitement chirurgical des luxations des tendons, par Perimoff (*Revue de chir.*, 1896, n° 9, p. 679). — Dans un cas de luxation invétérée habituelle des tendons des péroniers derrière la malléole externe chez un homme de 22 ans, l'auteur procéda de la façon suivante :

Une incision semilunaire fut pratiquée jusqu'à l'os derrière la malléole externe, et au-dessous d'elle on tailla un morceau de périoste en forme de trapèze dont la base se trouvait au bord externe de la malléole; avec un ciseau on réséqua ensuite un lambeau osseux qu'on plaça perpendiculairement à la malléole. Pour éviter un déplacement des tendons pendant la cicatrisation du lambeau osseux implanté, deux pointes en nickel furent enfoncées au-dessus et au-dessous du lambeau, de façon à fixer ce dernier et à maintenir les tendons à leur place. Suture de la plaie et appareil plâtré. Guérison sans complications.

MÉDECINE

Sur le mécanisme de l'immunité contre la septicémie vibrionienne, par F. Mesnil (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1896, p. 370). — Ce travail est destiné à montrer le rôle des leucocytes dans l'immunité. L'auteur étudie l'infection cholérique provoquée par le vibrion de Massaoua.

D'un premier groupe d'expériences, il conclut que, pour expliquer l'immunité conférée par le sérum actif aux jeunes cobayes inoculés sous la peau, il semble difficile de faire intervenir une action directe du sérum sur les microbes. On est amené à expliquer leur immunité par une action plus énergique des leucocytes. Dans l'immunité passive, quelle que soit la manière dont cette immunité est conférée, les animaux traités résistent par le processus phagocytaire; c'est là leur mode de résistance essentiel, tout à fait prépondérant. L'analyse des phénomènes empêche d'accorder un rôle dans l'immunité à l'immobilisation, l'amoncellement et à la transformation en boule des microbes.

Dans les cas d'immunité active, on est encore obligé de reconnaître que le principal rôle est dévolu aux phagocytes qui exercent leur double pouvoir d'englober et de détruire les microbes plus rapidement que dans les cas d'immunité passive.

Chez les animaux qui possèdent une immunité naturelle à l'égard du vibrion, la réaction de l'organisme est étroitement liée au pouvoir phagocytaire.

En présence du résultat obtenu par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil, l'auteur se croit encore plus autorisé à affirmer que l'action des humeurs sur les microbes ne joue pas un rôle essentiel dans la résistance de l'organisme.

Comment concevoir le rôle du sérum chez les vaccinés? Ne pouvant admettre l'influence directe des humeurs sur les microbes, M. Mesnil adopte la théorie de l'excitation cellulaire défendue par Metchnikoff et par Roux.

Sur la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde, par L. Vaillard et G. H. Lemoine (*Annales de l'Institut Pasteur*, septembre 1896, p. 481). — L'aldéhyde formique est un désinfectant supérieur au sublimé employé en pulvérisations. Mais il n'agit que sur les souillures des surfaces et ne saurait remplacer l'étuvage pour la purification des linges, effets et literies.

NEUROPATHOLOGIE

Sur la division du noyau principal de l'oculomoteur commun en noyaux secondaires et leur topographie (Ueber die Gliederung des Oculomotoriushauptkerns und die Lage der den einzelnen Muskeln entsprechenden Gebiete in demselben), par Schwabe (*Neurologisches Centralblatt*, 1er septembre 1896, n° 17, p. 792). — L'auteur a utilisé pour ses recherches la méthode de Nissl. Après avoir enlevé certains muscles séparément, comme le droit supérieur, le droit inférieur, le droit interne et le petit oblique, ou bien après avoir énucléé le bulbe avec ces muscles, il a examiné la région pédonculaire et constaté les faits suivants. En ce qui concerne les muscles internes de l'œil, il n'était pas arrivé à des résultats positifs. Il n'a pu confirmer l'opinion de Mendel, d'après laquelle le releveur de la paupière est innervé par le facial. Après l'énucléation du globe oculaire et de ses muscles, il existe une dégénérescence complète de toutes les cellules appartenant au noyau principal du moteur oculaire commun. Il a vu aussi que les cellules qui sont situées sur les parties latérales du faisceau longitudinal postérieur dégénèrent; elles appartiennent par conséquent au moteur oculaire commun. Parmi les muscles qui tirent leur innervation du moteur oculaire commun, il n'y a que le droit supérieur qui présente des fibres croisées.

Sur l'hémianopsie et l'ophthalmoplégie unilatérale d'origine vasculaire (Ueber Hemianopsie und einseitige Ophthalmoplegie vasculären Ursprungs), par Rossolimo (*Neurologisches Centralblatt*, 15 juillet 1896, n° 14, p. 626). — Voici les conclusions de l'auteur : 1° l'artère cérébrale postérieure sert à la nutrition des centres nerveux optiques et oculomoteurs. Ses branches terminales irriguent l'écorce et la substance blanche de la région occipitale (le sommet du cuneus et du gyrus lingualis). Par contre, les quatre branches qui se dégagent tout près de la division de la basilaire irriguent le centre visuel du pulvinar et les noyaux et les racines du moteur oculaire commun. 2° La nutrition se fait de la même manière pour la partie externe des noyaux du moteur oculaire commun et pour le faisceau latéral des racines de ces noyaux. 3° L'artère pédonculaire interne, l'artère du noyau du moteur oculaire commun et l'artère optique interne sont des artères terminales; l'artère pédonculo-jumelle s'anastomose avec les autres systèmes.

4° L'artère pédonculaire interne et ses ramifications suivent le même trajet que les faisceaux radiculaires du moteur oculaire commun.

5° La topographie des noyaux du moteur oculaire commun ne diffère pas de celle admise par Kohler et Pick, sauf cette différence que le noyau du releveur de la paupière se trouve à la partie interne du noyau du droit supérieur.

6° La même disposition topographique existe pour les fibres radiculaires. Les faisceaux latéraux sont destinés aux muscles droit supérieur et petit oblique, les fibres médianes aux droit interne, droit inférieur et releveur de la paupière.

7° Les fibres qui relient le noyau du droit interne d'un côté avec le noyau du droit externe du côté opposé siègent, selon toute probabilité, dans la partie antéro-latérale du faisceau longitudinal postérieur.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Eugénol.

Synonyme. — Acide eugénique.

Solubilité. — Insoluble dans l'eau; soluble dans les huiles grasses et fixes.

Propriétés thérapeutiques. — L'eugénol administré sous la peau serait un bon antiseptique général. A ce titre il aurait sa place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à la période des cavernes, surtout lorsqu'il y a de l'expectoration abondante et fétide, et dans celui de la gangrène pulmonaire. Il aurait en outre une action élective sur les tissus envahis par le bacille de Koch et conviendrait par conséquent à la cure du lupus.

Enfin l'eugénol est un analgésique local comme le gaïacol, et a pu être employé comme tel dans un certain nombre de petites opérations de chirurgie dentaire.

Son usage serait exempt d'inconvénients.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte* : de 0 gr. 25 à 1 gramme par injection.

Il suffit de 0 gr. 40 pour obtenir l'effet analgésique.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — L'injection est peu douloureuse surtout lorsqu'elle est poussée avec lenteur.

b) *Eloignés.* — Au bout d'un temps plus ou moins éloigné — 4 à 20 minutes suivant les sujets — apparaît autour de la piqûre une zone d'anesthésie qui est d'assez courte durée, suffi-

sante néanmoins pour pratiquer une avulsion dentaire ou un débridement de peu d'importance.

FORMULES

Eugénol	3 gr.
Huile lourde de pétrole	100 gr.

1 centim. cube.

(Aldin, Meunier.)

Eugénol	10 gr.
Huile d'amandes douces	100 gr.

1/4 à 3/4 de centim. cube dans le traitement du lupus.

(Moty.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un officier de santé peut-il prendre le titre de docteur?

Un « vieil abonné de province » m'écrit une lettre fort gracieuse dans laquelle il me pose la question suivante : « Un officier de santé, bachelier ès lettres et ès sciences, exerçant la médecine depuis plus de 25 ans, peut-il, sans crainte d'être inquiété par ses confrères, faire précéder son nom du titre de docteur? »

Il y a quelques mois, la réponse eût été des plus simples. J'aurais déclaré qu'au point de vue légal aussi bien qu'au point de vue déontologique, l'usurpation du titre de docteur est condamnable. Ce titre ne s'acquiert, en effet, qu'après une série d'épreuves qui, très légitimement, confèrent un privilège à celui qui les a subies. Un bachelier ès lettres et ès sciences pourrait donc aisément faire convertir ses inscriptions d'officiat et passer les examens exigés de celui qui veut être reçu docteur. Pourquoi, s'il ne consent pas à obéir à la loi, voudrait-il, « sans crainte d'être inquiété par ses confrères », se parer d'un titre qu'il n'a pas le droit de porter? Et, il y a quelques mois, j'aurais ajouté : La loi est formelle à cet égard. Mais voici que, la question ayant été portée devant les tribunaux, il est advenu que ceux-ci, interprétant littéralement la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont affirmé le droit pour un officier de santé de prendre le titre de docteur, de même qu'ils ont reconnu à tous ceux qui croient à la valeur professionnelle de ce titre le droit de s'intituler professeurs. Ce qui reste condamnable au point de vue moral ne l'est donc plus au point de vue juridique. Dans l'affaire Corvietti, le tribunal correctionnel de Chateaudun et la cour de Paris l'ont affirmé. Rappelons les termes de ce jugement.

L'art. 20 de la loi de 1892 dit explicitement : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque se livrant à l'exercice de la médecine fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. »

Or, dit l'arrêt de la Cour de Paris :

« Considérant que pour interpréter sciemment le texte précité, il faut le rapprocher des articles qui le précèdent; que l'officiat de santé a été supprimé à l'avenir et que le droit d'exercer l'art de guérir n'est plus accordé qu'aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français;

« Que, d'après l'économie de cette nouvelle législation, *l'usurpation du titre de docteur en médecine ne peut plus se concevoir sans l'exercice illégal de l'art de guérir* et ne peut être qu'une circonstance aggravante de ce délit;

« Que l'article 20 doit donc viser seulement ceux qui ont le droit d'exercer une branche restreinte de la médecine sans être docteurs, c'est-à-dire les personnes ayant obtenu le diplôme spécial à l'art dentaire ou à l'art obstétrical;

« Que sans doute la loi récente, ayant permis aux officiers de santé reçus antérieurement de continuer l'exercice de leur profession, en les exonérant même des restrictions qui y étaient apportées, aurait pu, par une disposition transitoire, réprimer l'abus que commettraient ces officiers de santé en se qualifiant de docteurs mais que la loi est restée muette sur ce point;

« Que ce silence est d'autant plus à remarquer que, sous l'empire de l'ancienne loi du 19 ventôse an XI, la jurisprudence avait admis que l'officier de santé qui prenait sans droit le titre de docteur commettait un acte qui, tout en étant très repréhensible n'était passible d'aucune peine... »

Donc, de par cet arrêt, tous les officiers de santé peuvent impunément s'intituler docteurs.

Avais-je raison, quand elle a été annoncée et louée d'avance comme un bienfait, de soutenir que la loi sur l'exercice de la médecine imposait plus de charges nouvelles qu'elle ne procurait d'avantages. J'ai été *attrapé* de divers côtés. Je me suis tu. Et voilà que chaque jour une nouvelle lacune de cette loi merveilleuse en montre les inconvénients. Ce qui n'empêche pas que je conclurai en disant à mon *vieil abonné :* « Vous pouvez sans crainte des gendarmes usurper le titre de docteur en médecine. Vous ne serez même pas inquiété par vos confrères qui craindront sans doute de perdre leurs procès en appel et en cassation. Mais, que gagnerez-vous, je vous le demande, à vous faire mésestimer de tous ceux qui sauront — et on ne se fera pas défaut de les en avertir — que vous vous parez d'un titre qui ne vous appartient pas légitimement? Croyez-moi ; restez *médecin* puisque cette dénomination est celle qui désigne les officiers de santé, et ne faites pas précéder votre nom du titre de docteur. A tous les points de vue cela vaudra infiniment mieux, même et surtout pour votre considération personnelle ». Et, s'il vous arrivait un jour ou l'autre d'avoir besoin du secours matériel ou de l'appui moral d'une de nos associations confraternelles, vous n'auriez pas à regretter d'avoir toujours su mériter l'estime et l'affection de tous les docteurs en médecine. »

P.-S. — J'avais écrit, au sujet de l'affaire Druaux, qui préoccupe à si juste titre l'opinion publique, un article résumant les idées souvent défendues par ce journal et affirmant la nécessité de n'appeler comme experts devant les tribunaux que les médecins reconnus aptes à bien remplir ces fonctions si délicates. La lettre que M. le Dr Ladreit de la Charrière vient de communiquer à la *Gazette des hôpitaux* m'oblige à développer les conclusions que j'avais cru pouvoir déduire du fait lamentable qui vient de mettre en relief le danger des expertises insuffisantes ou incomplètes. C'est un commentaire de l'important rapport présenté, il y a deux ans, à la *Société de médecine légale* par M. le professeur Brouardel qui doit être opposé à M. Ladreit de la Charrière. J'essaierai de le faire la semaine prochaine.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un ostéome du maxillaire inférieur.

Communication à la *Société de chirurgie*

Par M. Félix Lejars.

Le 12 février dernier, M. le professeur Berger vous communiquait une observation fort intéressante d'ostéome du maxillaire inférieur : la tumeur occupait la branche horizontale du maxillaire, et l'examen histologique avait démontré qu'il s'agissait bien d'un ostéome vrai, constitué par du tissu osseux jeune, sans aucun mélange de sarcome. M. Berger insistait sur la rareté des néoplasmes de ce genre, dont il n'avait retrouvé, dans la littérature française et étrangère, que trois ou quatre faits authentiques, pourvus de la sanction histologique.

J'ai enlevé, au mois d'août dernier, une tumeur de cette nature, et, ici encore, l'examen précis et détaillé de la pièce ne laisse aucun doute sur l'authenticité de l'ostéome. Voici l'histoire de ma malade et les résultats de cet examen.

C'était une Bretonne de 42 ans, bien bâtie et vigoureuse, qui ne présentait sur le reste du corps aucun stigmate morbide. Elle ignorait totalement le français, et ce fut par l'intermédiaire d'une de ses parentes qu'il nous fut possible de recueillir les renseignements suivants :

La tumeur avait paru, il y a environ dix ans, sous la forme d'une petite masse dure, qui faisait relief dans le sillon gingivo-génien, à la hauteur des deux petites molaires : on ne savait absolument à quelle cause en rapporter le développement, la malade ne souffrait pas des dents et ne se souvenait d'aucune espèce de traumatisme ayant porté sur la région. Aussi cessa-t-elle bientôt de s'inquiéter de cette « grosseur » étrange, qui la gênait peu et à laquelle elle ne tarda pas à s'accoutumer.

Peu à peu cependant, la tumeur prenait du volume et commençait à s'accuser, sous la peau, au niveau du bord inférieur de la mâchoire, où elle dessinait un relief arrondi. Depuis un an, depuis six mois surtout, elle s'est accrue assez vite, et ses dimensions ont, paraît-il, doublé : c'est surtout en dehors que, dans ces derniers temps, l'accroissement se prononce, et la déformation est devenue très marquée. Des douleurs assez vives, revenant par crises, et s'irradiant le long dans les dents inférieures et dans l'oreille ont signalé cette augmentation de volume, et la malade, qui jusqu'alors n'avait pas souffert, qui n'avait jamais eu d'abcès, jamais d'accidents locaux autres que la présence même de la tumeur, finit par s'inquiéter.

Sur la partie moyenne de la branche horizontale gauche du maxillaire, un relief ovoïde soulève la peau, du reste entièrement normale et mobile, et se prolonge par en dessous, en encadrant à demi l'arc osseux sur lequel il est implanté. Au palper, ce relief correspond à une tumeur, de surface finement bosselée, d'une dureté extrême en tous ses points, et qui fait corps avec la mâchoire. On la retrouve, par la bouche, remplissant le sillon gingivo-génien, de la canine à la première grosse molaire; de ce côté encore, elle présente une surface arrondie, en dos d'âne, elle est d'une dureté uniforme, éburnée, et absolument fixe. On ne constate rien sur la face interne du maxillaire, on ne remarque non plus aucune anomalie dentaire : toutes les dents sont à leur place, quelques-unes, spécialement les petites molaires, sont cariées, mais la carie paraît limitée à la couronne, et il n'existe au niveau de l'alvéole et de la gencive aucun indice pathologique. Ajoutons encore que l'exploration et la palpation de la tumeur ne révèlent qu'une sensibilité très obtuse, qu'il n'y a pas de ganglions perceptibles à la région sus-hyoïdienne, enfin que cette dureté, dont nous venons de parler est une dureté osseuse, celle du tissu compact. Aussi le diagnostic d'ostéome nous paraît-il réellement être le seul qui puisse convenir.

En août, nous procédons à l'ablation de la tumeur. Une incision est menée sur le bord inférieur du maxillaire, le périoste sectionné est relevé, et nous découvrons une masse osseuse blanche, compacte, étalée sur la face externe et le bord inférieur de la branche horizontale qu'elle double et incruste. L'extirpation nous semble donc réalisable, et, après avoir décollé et retroussé aussi haut que possible le périoste et la muqueuse, nous attaquons la tumeur avec le ciseau et le maillet, au niveau de sa surface d'applique sur la mâchoire, qu'on prend soin, d'autre part, de soutenir solidement : de fait, l'excision est laborieuse, et une réelle force doit être déployée. Dès que la masse principale est tombée, nous achevons d'extirper ce qui en reste et de modeler à la gouge la face externe de la branche horizontale, qui saigne assez abondamment. Puis le périoste et la muqueuse sont rabattus, et un tamponnement à la gaze iodoformée laissé dans la plaie, qui est partiellement réunie; au cours du modelage du maxillaire, la muqueuse a été, en effet, intéressée sur une certaine étendue.

Des lavages de la bouche à la solution de chloral furent répétés plusieurs fois par jour. Il n'y eut pas d'élévation thermique, et tout se passa très simplement. Au 4e jour,

le tamponnement iodoformé fut retiré. La plaie avait très bon aspect et acheva très rapidement de se fermer. A la fin du mois, la cicatrisation était complète, la région indolente, et l'opérée quittait l'hôpital Beaujon.

La tumeur avait le volume d'un châtaigne, elle était recouverte d'une croûte compacte sur sa face externe convexe; sur la coupe elle avait toute l'apparence du tissu osseux, spongieux, à aréoles très fines, on ne trouvait trace d'aucun autre tissu, ni d'aucun espèce de formation dentaire. La coloration était rougeâtre, et les aréoles contenaient une substance molle, plus colorée, qui ressemblait tout à fait à la moelle osseuse. Les couches osseuses dont elle était formée avaient une disposition générale concentrique et emboîtée dans les couches périphériques ; au centre, sinueuses, enchevêtrées, elles figuraient des systèmes irréguliers. Sur une tranche séchée et polie à la pierre ponce, ces lamelles contournées et emmêlées dessinent des arabesques fort élégantes.

M. le Dr Papillon, chef de laboratoire à l'hôpital Beaujon, a bien voulu se charger de l'examen histologique de la pièce, et voici la note qu'il nous a remise et qui résume ses recherches :

« A un faible grossissement et même à l'œil nu, on voit que la tumeur est formée de lamelles osseuses concentriques, épaisses d'environ 1/4 de millimètre, et séparées les unes des autres par des intervalles d'épaisseur égale à la leur. Ces lamelles sont enchevêtrées les unes dans les autres, forment des tourbillons qui, cependant, ne détruisent pas l'aspect concentrique général.

« A un plus fort grossissement, on constate que les lamelles osseuses sont constituées par du tissu osseux vrai : substance fondamentale calcaire, corpuscules osseux étoilés, allongés paralèllement à la surface de la lamelle et contenant chacun un corpuscule osseux. Entre les lamelles sont de véritables canaux médullaires contenant des calculs plus ou moins nombreux plongés dans une substance granuleuse amorphe qui empêche d'en voir nettement les contours. En certains endroits les calculs sont peu abondants, la substance fondamentale devient fibrillaire et la moelle semble subir la transformation fibreuse. Il n'y a pas de vaisseaux nettement caractérisés.

« Près de la surface des lamelles, les calculs se tassent en une série linéaire, parallèle à cette surface; leur noyau est plus volumineux, leurs contours plus apparents, et quelques-uns sont à moitié plongés dans la substance osseuse qu'ils renforcent en épaisseur. Les lamelles sont de loin en loin pénétrées par un fin bourgeon médullaire, qui parfois les traverse de part en part.

« De la surface des lamelles se détache par places une sorte de pointe d'accroissement, où la prolifération osseuse et calcaire est très active et qui semble le point de départ d'une nouvelle couche osseuse. Peut-être est-ce ainsi que s'accroît le nombre des lamelles osseuses et la tumeur elle-même.

« Il n'y a pas trace de cartilage. Il s'agit, en somme, d'une ossification normale, mais simplifiée, et rien, dans les éléments de la tumeur, ne peut faire penser à une origine dentaire. »

J'ajoute que, le périoste ayant été décollé et relevé au cours de l'opération, il était évident que la tumeur n'avait avec lui aucune connexion ni aucun lien d'origine ; c'était aux dépens du maxillaire lui-même qu'elle s'était développée, et spécialement aux dépens de la face externe de l'os; grâce à cette localisation, nous avons pu pratiquer l'ablation totale de l'ostéome, sans intéresser la tranche de la mâchoire.

Signalons encore l'évolution assez étrange de la tumeur, d'abord et pendant de longues années, très lente et à peine sensible, et qui était devenue rapidement croissante dans les derniers mois. De fait, elle était constituée par du tissu osseux jeune en pleine activité, et il n'est pas douteux qu'il eût grossi encore. Enfin, conformément à une loi très générale, l'apparition des douleurs, ici très atténuées, il est vrai, et intermittentes, avait signalé l'augmentation de volume de néoplasme.

REVUE DES CONGRÈS

Xe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Séance du 24 Octobre 1896 (Soir).

Fistules vésico-vaginales.

M. Ricard. — La multiplicité des opérations qui se pratiquent par la voie vaginale a rendu plus fréquentes les blessures de la vessie et les fistules qui en sont si souvent la conséquence.

Il importe donc pour le chirurgien d'être en possession d'une bonne technique opératoire : voici aujourd'hui quelle est exactement la mienne.

Après avoir préalablement désinfecté le vagin et la vessie par des lavages répétés au permanganate de potasse et au nitrate d'argent, la malade étant anesthésiée et placée dans le décubitus dorsal, le bassin en général très relevé et presque vertical, une valve courte et de moyenne largeur abaissant le plancher pelvien, mon premier soin est de fixer les bords mêmes de la fistule par deux pinces érignes, que je place aux deux extrémités opposées du grand diamètre de la fistule. Grâce à elles, j'abaisse la fistule autant qu'il est possible et, dans la plupart des cas, l'abaissement peut se faire jusqu'à la vulve. On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, quelle facilité va résulter de cet abaissement pour l'acte opératoire. C'est au point que jamais je n'ai eu recours à l'arsenal si compliqué et indispensable pour pratiquer l'opération, d'après les anciennes méthodes : des pinces, un bistouri, des ciseaux, une aiguille de Reverdin courbe, voilà tout l'arsenal instrumental nécessaire. Je me suis trouvé fort bien des pinces hémostatiques de Kocher qui fixent solidement les tissus là où ils les saisissent.

La fistule abaissée, je pratique une incision sur le tissu de cicatrice à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, puis prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, je prolonge latéralement, des deux côtés, mon incision en pleine muqueuse vaginale et facilement, je dissèque cette muqueuse. Je la sépare de la vessie, et je creuse ainsi, dédoublant la paroi, dans l'étendue de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres suivant les cas. Je répète la même manœuvre sur la lèvre opposée, et jalonnant de pinces les bords vaginaux ainsi libérés, j'ai sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux vaginaux.

Ce temps accompli il ne reste plus qu'à suturer. A l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, ou d'une aiguille courbe ordinaire montée qu'on peut souvent tenir à la main, ou montée sur une simple pince hémostatique, je traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement, sans toucher à l'orifice vésical, dont je néglige complètement l'occlusion. Mes fils placés, tordus, il se forme un bourrelet vaginal, semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin.

Par ce procédé, les fils n'exercent aucune traction sur des lambeaux suffisamment libérés et mobilisés, et lorsqu'on les enlève, vers le 10e jour, la ligne de suture est aussi sèche que s'il s'agissait d'une réunion cutanée.

Je ne veux pas prétendre que ce procédé soit applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, mais il l'est certainement à la plupart d'entre eux. Il l'emporte sur les anciens par sa simplicité, sa facilité et son efficacité. Grâce à lui j'ai pu réparer, à la première tentative, des fistules qui avaient résisté 6, 7 et 8 fois aux chirurgiens les plus habiles.

Je l'ai mis en pratique 10 fois, 1 fois avec un insuccès complet, mais il s'agissait d'une vessie déjà infiltrée d'épithélioma, et ouverte au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.

Deux fois j'ai subi un échec : une fois parce qu'un aide, un peu avide d'antisepsie, s'avisa, pendant mon absence, de détamponner la malade, d'irriguer son vagin et d'enlever la moitié des fils le 4e jour. Cette malade avait déjà été opérée 7 fois par d'autres chirurgiens. Une nouvelle opération réussit 6 semaines après.

Tout récemment, j'eus un échec dû également, non au procédé, mais à la négligence d'une maison de santé où la malade resta, toute la nuit qui suivit le 2e jour de l'opération, avec une sonde intra-vésicale ne fonctionnant pas. Le matin, après 12 heures de douleurs et d'insomnie, la suture éclata, et ma réunion échoua ; je repris cette malade et l'opération cette fois réussit : c'était la 14e qu'elle subissait de la part des chirurgiens les plus habiles de France et de l'étranger.

En résumé, si l'on met de côté le cas où la paroi vésicale était cancéreuse, par conséquent non suturable, dans 9 autres cas, 7 fois le succès fut immédiat ; 2 fois il fallut recourir à une intervention nouvelle, et encore, dans ces 2 cas, la faute ne doit pas incomber au procédé, mais aux soins défectueux qui ont suivi l'opération.

Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort.

M. Edmond Vignard (de Nantes). — Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose; or, cette ablation est sans conteste tantôt facile, tantôt difficile et dangereuse, en tous cas incertaine dans ses résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après marsupialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lavages réitérés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement : ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. Or, j'ai eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-utérines avec fœtus à terme et mort depuis trois et quatre mois. Dans les deux cas, parfaitement comparables, la conduite que j'ai suivie a été identique : je n'ai point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et je n'ai observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. Est-ce là un effet du hasard, je ne le crois pas? Mais je serais tenté d'attribuer l'heureuse issue de l'opération technique que j'ai suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptiques; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accollement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer, par irritation ou même par infection légère, la mortification du tissu placentaire et son élimination. Aussi la conduite que j'ai tenue a-t-elle été toute différente : après extraction du fœtus et marsupialisation du sac, abandon du placenta et drainage lâche avec deux ou trois mèches de gaze. Ces mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Après quoi, on panse à plat le plus rarement possible, sans jamais recourir à des manœuvres quelconques dans l'intérieur de la poche, telles que réintroduction de mèches, de drains, ou lavages. Cette technique très simple ayant donné des suites opératoires très bénignes et une guérison définitive et rapide, je me permets de la recommander dans les cas semblables aux miens.

Des collections séreuses pelviennes.

M. Vautrin (de Nancy). — Peu étudiées par Pozzi, dans son traité de gynécologie, les collections séreuses pelviennes ont fait l'objet de mémoires de Laroyenne, de Condamin, de Bonnet. Leur histoire est intéressante à tracer, c'est ce qui m'a décidé à l'entreprendre, me basant sur 12 observations que j'ai rencontrées dans ces dernières années.

Je distingue deux catégories de collections séreuses. La première comprend des collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades. Elles occupent une cavité d'étendue variable, comprise au milieu d'exsudats inflammatoires. Leur marche est silencieuse et chronique. Elles ne se font remarquer par aucun symptôme saillant ou spécial.

La deuxième catégorie de collections séreuses, que l'on peut désigner du nom de *pelvipéritonites* séreuses, se rencontre plus rarement et se présente sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, avec un cortège de symptômes graves qui attirent l'attention. Ces collections peuvent atteindre un volume considérable en peu de temps, ainsi que je l'ai observé dans deux faits récents.

Les épanchements séreux de la première catégorie se produisent au milieu d'exsudats de périmétro-salpingite, à la faveur de poussées congestives ou inflammatoires successives. L'irritation propagée à la séreuse adjacente aux organes malades, provoque la sécrétion d'une certaine quantité de liquide ressemblant à l'ascite, qui se collecte en une cavité de dimensions généralement restreintes. L'épanchement séreux environne presque toujours la lésion causale, l'enveloppe souvent et occupe, comme celle-ci, une situation variable dans le pelvis. Toutefois, son siège le plus commun est le cul-de-sac de Douglas un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Les collections séreuses de la deuxième catégorie succèdent à un état inflammatoire aigu, et principalement à une génitalite gonococcienne. Elles surviennent rapidement au milieu de symptômes de péritonite localisée au bassin : ballonnement du ventre, frissons, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. La sérosité épanchée remplit le bassin et refoule parfois l'intestin jusqu'aux environs de l'ombilic. J'ai évacué deux pelvipéritonites séreuses de ce genre, dont l'une contenait 2 litres et demi l'autre 3 litres d'un liquide limpide et peu coloré. Si l'on retarde l'évacuation de ces énormes collections, elles passent rapidement à la purulence, ainsi que le démontrent les observations de Reclus au Congrès de chirurgie de 1891. On rencontre également ces pelipéritonites pendant la puerpéralité.

Le *traitement* des collections séreuses pelviennes me paraît se rattacher à celui des lésions pelviennes qui leur donnent naissance. Pour les lésions élevées et unilatérales, enveloppées d'épanchements séreux, on pourra préférer la *laparotomie*. Pour les affections bilatérales anciennes, l'*hystérectomie* s'imposera; cependant, après de nombreux succès, je conseille *l'incision vaginale postérieure* qui permet d'évacuer les collections séreuses, d'extirper ou d'ouvrir les lésions annexielles et de drainer par le point le plus déclive. Si l'épanchement séreux est haut situé, l'*élytrotomie antérieure*, seule ou combinée à l'élytrotomie postérieure, permet de l'atteindre. J'ai réussi, dans deux cas, à guérir des collections séreuses et à extirper des annexes par la voie vaginale antérieure.

Contre les pelvipéritonites séreuses, il faut intervenir rapidement par l'incision vaginale, qu'il faut préférer au drainage abdomino-vaginal, aussi longtemps que l'épanchement n'est pas suppuré.

Restauration de l'urèthre chez la femme.

M. Legueu. — La destruction totale de l'urèthre féminin est une infirmité assez sérieuse pour autoriser les tentatives les plus laborieuses. Les moyens qui consistent à obstruer le vagin ou à détourner le cours des urines sont trop insuffisants. La reconstitution peut être obtenue dans des conditions qui rapprochent assez de l'état normal au point de vue de la forme et de la fonction.

J'ai eu à traiter un cas de ce genre : l'urèthre chez une femme jeune avait été détruit totalement par une ulcération phagédénique, et il n'en persistait aucun vestige. Le col de la vessie

avait été en même temps intéressé et au fond de la vessie on voyait un orifice correspondant à l'orifice vésical, limité par un bourrelet circulaire irrégulier. En avant, la paroi supérieure du vagin persistait seule, sans aucun vestige membraneux de l'urèthre détruit. L'incontinence d'urine était absolue.

Je cherchai à reconstituer l'urèthre aux dépens d'un double plan de lambeaux muqueux pris à la fois sur le vagin et sur la vulve aux dépens des petites lèvres. Je cherchai surtout à donner au nouvel urèthre une longueur et une épaisseur suffisantes.

Pour cela, je traçai dans un premier temps deux lambeaux muqueux depuis le col de la vessie jusqu'au-dessous du clitoris. Ces lambeaux rectangulaires furent rabattus et suturés autour d'une sonde figurant le calibre du nouveau canal. La face muqueuse était tournée du côté du canal, la face cruentée du côté du vagin. Pour couvrir cette surface cruentée, je passai des fils d'argent de gauche à droite au delà de l'avivement créé par la dissection des premiers lambeaux et je rapprochai au-dessous de la sonde jusqu'à affrontement ce second plan.

Plus tard, la fistule uréthro-vaginale fut oblitérée par avivement.

Après plusieurs opérations successives, la [réunion complète fut obtenue.

Au point de vue de la forme, le nouvel urèthre s'étend jusqu'au-dessous du clitoris, décrivant une courbe au-dessous de la symphyse. La vulve et le vagin sont rétrécis, quoique suffisants.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est suffisant. La continence des urines se fait d'une façon intermittente : la nuit, la malade perd encore ses urines qu'elle conserve le jour. Il est probable qu'avec le temps ce résultat s'améliorera encore.

M. Gross a été élu président pour la session de 1897, et **M. Le Dentu**, vice-président.

Les questions à l'ordre du jour sont :
Contusions de l'abdomen, **M. Demons**, rapporteur.
Rétrécissements du rectum, **M. Quénu**, rapporteur.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première session : 23 octobre 1896.

Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine.

M. Legueu. — Dans les cas très rares où, en présence d'une rétention aiguë d'urine, le cathétérisme est impossible, la ponction hypogastrique et l'incision sus-pubienne constituent deux ressources précieuses, auxquelles j'ai dû avoir recours 9 fois seulement dans ces dernières années.

En ce qui concerne la ponction, je n'ai jamais observé aucun des accidents qu'on lui a reprochés, en particulier l'infiltration d'urine. On reproche à la ponction d'être une méthode purement palliative : c'est justement un de ses principaux avantages, elle permet d'attendre, et, deux fois, j'ai vu le cathétérisme, jusqu'alors infructueux, devenir possible une fois la vessie évacuée par la ponction et décongestionnée.

L'incision sus-pubienne n'a ni cette simplicité, ni cette bénignité dans ses suites : l'avenir des cystostomisés n'est pas toujours brillant, et il faut restreindre la cystotomie aux seuls cas dans lesquels il est absolument impossible de procéder autrement.

Chez les prostatiques, en rétention aiguë, la ponction m'a paru très utile pour parer aux accidents immédiats. L'incision sus-pubienne me semble indiquée seulement dans trois circonstances : quand il y a fausse route, quand il y a infection, ou enfin lorsque, malgré les ponctions, le canal reste imperméable.

Dans les rétentions par obstacle uréthral, rétrécissement ou rupture, le traitement direct par l'uréthrotomie externe, la résection du rétrécissement ou la suture de la rupture, constitue la méthode de choix, toutes les fois que le cathétérisme est impossible et que la nature des accidents ne permet pas de différer l'intervention. La ponction hypogastrique ne peut alors arriver qu'à différer de quelques heures cette opération.

L'incision sus-pubienne, au contraire, constitue une ressource précieuse, un expédient auquel on peut avoir recours secondairement pour les obstacles siégeant sur l'urèthre antérieur, et principalement pour ceux qui siègent sur l'urèthre postérieur. Dans le premier cas, l'opération, portant sur le périnée, permet presque toujours, si elle est bien conduite, de trouver le bout postérieur : mais, si les recherches sont infructueuses, on incise la vessie pour terminer rapidement, par le cathétérisme rétrograde, une intervention qui menaçait d'être trop longue. J'ai pratiqué une fois cette cystostomie secondaire, et j'ai pu terminer rapidement et dans de bonnes conditions l'opération. Par contre, j'ai eu recours une fois à l'incision sus-pubienne primitivement pour traiter une fausse route de l'urèthre antérieur; malgré le succès que j'ai obtenu, je ne suis pas convaincu que je n'aurais pas réussi autrement, et le cystostomie primitive pour les obstacles siégeant sur l'urèthre antérieur ne me paraît jamais indiquée.

Pour les obstacles de l'urèthre postérieur, il en va autrement. De ce côté, les recherches par le périnée, lorsqu'elles ne sont pas dirigées par un conducteur, menacent de s'éterniser, qu'il s'agisse de traumatisme récent par fracture du bassin ou de rétrécissement traumatique, le cathétérisme rétrograde à travers la vessie me paraît un expédient utile, auquel on peut avoir recours de prime abord dans tous les cas. J'ai pratiqué 2 fois cette incision sus-pubienne primitive pour traiter des rétrécissements infranchissables de l'urèthre postérieur, et je considère cette conduite comme la méthode de choix.

Enfin, quelle que soit la nature de l'obstacle, lorsque la gravité des accidents généraux contre-indique absolument une opération longue et délicate comme l'uréthrotomie externe, la cystostomie primitive s'impose comme le premier temps d'une opération qui ne sera complétée que plus tard, alors que l'état général devenu meilleur le permettra.

En résumé, je considère la ponction hypogastrique, appliquée aux rétentions aiguës, comme un procédé d'expectation effective. Elle peut être utile dans tous les cas; elle n'est absolument contre-indiquée que chez les prostatiques infectés ou atteints de fausse route.

L'incision sus-pubienne, au contraire, est, suivant les cas, un modèle réel de traitement ou un expédient, auquel il pourra être utile d'avoir recours pour parfaire le traitement direct de la cause de la rétention. Elle s'impose de prime abord chez les prostatiques infectés, pour toutes les rétentions qui sont la conséquence d'une lésion de l'uretère postérieur, et pour celles qui, quelle qu'en soit la cause, s'accompagnent d'une infection assez grave pour contremander toute tentative de traitement direct sur la lésion uréthrale.

Elle est utile et souvent nécessaire comme expédient, toutes les fois qu'au cours d'une uréthrotomie externe pratiquée sur l'urèthre antérieur, la recherche du bout postérieur est restée infructueuse.

M. Vigneron s'associe absolument aux conclusions de M. Legueu.

M. Guiard (de Paris) n'est partisan de la ponction que si l'urine est aseptique. Dans les cas de vessie infectée, il en est l'adversaire, ayant observé un cas de mort par péritonite, en quelques heures, chez un malade ponctionné, puis cathétérisé.

M. Albarran (de Paris) est de l'avis de M. Legueu; la ponction a des indications très rares; mais il faut la pratiquer d'abord pour cystostomiser au besoin après. La ponction est anodine et les accidents qu'elle peut amener sont des abcès sus-pubiens, qu'il a pu rencontrer en ville et qui n'ont présenté aucune gravité.

M. Assaky (de Paris) considère la ponction comme bénigne, mais la repousse dans tous les cas de rupture.

M. Tédenat (de Montpellier), depuis 15 ans, n'a jamais pratiqué la ponction hypogastrique, ayant toujours pu introduire une sonde dans la vessie.

Il a fait jadis de nombreuses ponctions capillaires à l'hypogastre. Parfois, il a eu des accidents graves.

M. Jeannel (de Toulouse) a, depuis 25 ans, fait un certain nombre de ponctions sans danger, sans accident, quand les urines sont aseptiques. Dans un cas le malade est mort.

M. Albarran (de Paris). — La ponction peut amener la blessure d'une veine de la paroi sus-pubienne; en cas de rétention, les veines sont d'ailleurs dilatées. La mort du malade de M. Jeannel est attribuable à ses lésions rénales, à sa chute, au repassage des sondes, mais nullement à l'hématome de la ponction.

M. Potherat (de Paris) se range à l'opinion de M. Legueu, et pense que l'incision sus-pubienne n'est jamais une intervention d'urgence. Il a fait plusieurs ponctions sans avoir jamais eu d'accidents.

M. Loumeau (de Bordeaux) a dernièrement proposé la fistulisation sus-pubienne à une vieille dame de 75 ans, atteinte d'épithélioma primitif et oblitérant de l'urèthre avec énorme rétention d'urine et état général très précaire. Devant le refus de la malade à subir la cystostomie, il dut se contenter, pour ne pas être obligé de répéter indéfiniment la ponction capillaire, de faire le cysto-drainage hypogastrique, l'opération de Méry rajeunie par M. Lejars. La malade, étant fort affaiblie, a succombé, au bout de 12 jours, à une bronchopneumonie double.

M. Duret (de Lille) n'a observé qu'un accident après la ponction vésicale en cas de fracture du bassin avec déchirure de l'urèthre : ce fut une légère infiltration. Quand la déchirure est importante, on peut encore essayer très doucement le cathétérisme, mais sans insister, et, si la sonde ne passe pas facilement, il faut alors immédiatement inciser la vessie, pratiquer le cathétérisme rétrograde et refaire ensuite un urèthre avec les tissus péri-uréthraux. C'est ce à quoi il a fallu arriver dans une forte déchirure où la sonde arrivait dans un énorme foyer et où quelques gouttes d'urine étaient émises. Le malade guérit sans fistule.

M. Carlier (de Lille) croit que, dans les phlegmons gangréneux de la verge, on doit, d'emblée, arriver à la cystostomie. Dans les cas où la vessie est infectée et où le malade refuse la cystostomie, on peut se contenter de la ponction, en pratiquant par le trocart des lavages au nitrate.

C'est ce qu'il fit une fois, répétant ses ponctions 4 fois par jour. Le 5e jour, on put sonder, et le malade se trouva avec une vessie désinfectée.

M. Pousson (de Bordeaux). — Il faut distinguer les rétentions d'ordre dynamique, celles des prostatiques et des rétrécis, où la ponction est indiquée, de celles d'ordre mécanique, où il faut l'incision sus-pubienne quand on ne peut attaquer l'obstacle. Pour moi, la septicité n'est pas une indication formelle d'incision vésicale.

Deux cas d'anurie traités par la néphrotomie.

M. E. Chevalier (de Paris). — Il s'agit de 2 malades opérés par la néphrotomie pour anurie, à l'hôpital Necker.

Le premier malade, âgé de 17 ans, en anurie depuis 6 jours, tuberculeux avéré, avec phénomènes douloureux sur le rein droit, est opéré en état très alarmant, le 14 janvier. Rein gauche énorme. Il est impossible d'en faire le tour, de pincer le pédicule vasculaire. Incision de 4 centimètres sur le bord convexe, exploration du bassinet. Drainage avec un gros tube de caoutchouc, opération de durée courte. Rétablissement des fonctions. La vessie rend de l'urine 3 jours après.

Le malade se rétablissait lorsqu'il survient de la granulie pulmonaire; mort le 30 janvier; autopsie. Rein droit détruit, uretère droit imperméable. Rein gauche très gros, plaie de la néphrotomie normale; uretère gauche perméable. Vessie et urèthre postérieur tuberculeux, granulie et tuberculose pulmonaire au 3e degré.

La 2e malade est une femme de 63 ans, opérée le 7 avril 1896; au 14e jour d'anurie calculeuse, en état de semi-coma et hypothermie, 35°7. Néphrotomie droite.

Devant l'état général grave et l'impossibilité de prendre le pédicule vasculaire, incision simple de 4 centimètres sur le bord convexe, lavage du rein, ramenant des graviers : l'exploration du rein ne donne pas sensation de calcul net. Drainage du rein avec deux gros tubes. Guérison.

M. Duret a opéré un malade qui se trouvait au 6e jour d'une anurie calculeuse absolue, dans un état extrêmement grave, avec phénomènes nerveux, convulsions, etc. L'opération fut, dès l'abord, extrêmement difficile, étant donnée l'obésité du malade. Puis on ne trouva finalement le rein qu'au voisinage de la colonne vertébrale (il s'agissait probablement d'un rein unique). On dut forcément se contenter d'inciser, un peu à l'aveugle, ce rein, et d'y placer des drains. On ne trouva pas de calculs, et le malade n'en rendit pas ultérieurement. Le malade guérit parfaitement.

M. Pousson fait observer qu'il ressort des différentes communications qui ont été faites, que leurs auteurs se rallient à la conduite que, dans son travail fait en collaboration avec M. Demons, il a tracée, à savoir, l'indication absolue de pratiquer la néphrotomie systématique dans l'anurie.

Volumineuse pyonéphrose très ancienne, fibro-cartilagineuse, chez un homme de 47 ans. Guérison.

M. Duret (de Lille) communique une observation de volumineuse pyonéphrose à parois fibro-cartilagineuses, à contenu puriforme, d'origine probablement congénitale.

Ce malade, âgé de 47 ans, n'accusait, quand on le vit pour la 1re fois, aucun trouble urinaire, ni au moment de l'observation ni plus tard. Les urines étaient limpides. Une tumeur dure, volumineuse, occupait la moitié latérale gauche de l'abdomen et remontait, par son pôle supérieur, derrière les fausses côtes. La hauteur totale de la tumeur était de 35 centimètres.

Elle fut découverte dans l'exploration de l'abdomen, à propos d'un état gastrique. Le malade avait, en outre, des sueurs et une légère fièvre le soir. On porta le diagnostic de pyonéphrose, à cause du léger état fébrile et du siège de la tumeur; de plus, le patient maigrissait peu à peu, et ne s'était jamais bien porté depuis une attaque grave d'influenza remontant à 5 ans.

On pratiqua l'incision de la région lombaire, puis l'incision des parois de la poche. Il s'en écoula 2 litres d'une matière épaisse, grisâtre, puriforme, *ayant l'aspect et la consistance d'une purée de marrons*. Le doigt introduit dans la plaie démontra qu'il y avait 3 ou 4 poches de grand volume, à parois de plusieurs millimètres d'épaisseur et de consistance fibro-cartilagineuse; on ne put découvrir le rein.

Ces énormes poches, très adhérentes aux parties voisines furent extraites par morcellement. Le pédicule fut lié après qu'on eût formé 5 paquets distincts. Après l'extirpation, on ne trouva nulle part de traces du parenchyme rénal.

Il s'agit évidemment, dans ce cas rare, d'une poche très ancienne d'une hydronéphrose transformée, et, vu l'absence de passé urinaire, comme remontant sans doute au premier âge. Il est possible qu'une infection secondaire ait déterminé la transformation puriforme.

Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose.

M. Legueu ne veut envisager que ce qui a trait au mécanisme de l'hydronéphrose par coudure uretérale.

On admet, sans conteste, depuis Landau, que l'hydronéphrose du rein mobile est produite par une coudure ou une valvule uretérale. Des observations que M. Legueu a pu faire, il a conclu que tout rein mobile s'accompagne d'une mobilité de la portion supérieure de l'uretère. L'uretère déplacé se plisse et se coude, et ces coudures sont intermittentes comme la mobilité du rein qui les entraîne. Ces coudures ne sont pas oblitérantes; pour qu'elles le deviennent, il faut une condition indispensable, la fixité de cette coudure. Cette fixité peut résulter de plusieurs causes : disposition particulière des vaisseaux, adhérences. Cette condition de la fixité de la coudure n'est que rarement réalisée : de là vient la rareté relative de l'hydronéphrose dans le rein mobile.

L'hydronéphrose ainsi constituée est une hydronéphrose ouverte; elle peut se transformer peu à peu en hydronéphrose fermée, ainsi que M. Legueu en a observé un exemple.

La néphrorraphie est le traitement de choix de cette variété d'hydronéphrose au début; plus tard, lorsque le rein est détruit, la néphrectomie s'impose. Elle est d'autant moins grave que, la lésion étant purement locale, il n'y a pas à craindre un retentissement sur l'autre rein qui, depuis longtemps d'ailleurs, s'est habitué à ce fonctionnement compensateur.

M. Albarran pense que, pour l'hydronéphrose de gros volume, la néphrectomie n'est pas toujours le traitement à appliquer; on peut espérer, avec une simple néphrotomie, conserver un rein fonctionnant encore. Chez une malade opérée dans le service de M. Bar, pour une uretéro-pyonéphrose, il persista après la néphrotomie une fistule; or, ce rein fournit actuellement de l'urine contenant le tiers de l'urée et la moitié des chlorures contenus dans la totalité des urines. Enfin, au point de vue de la fonction éliminatrice, le rein fonctionne aussi rapidement que l'autre. Cet examen a pu être fait, grâce à une sonde introduite dans l'uretère, à l'aide de la cystoscopie; cette sonde urétérale permit aussi de guérir la fistule lombaire, qui, depuis quelques jours, ne suinte plus. La néphrotomie a donc eu ici un avantage sur une extirpation du rein.

M. Carlier (de Lille) a observé 2 cas d'hydronéphrose calculeuse dont l'un particulièrement intéressant par le fait qu'il s'agissait d'une hydronéphrose énorme occupant les 4/5 de la cavité abdominale, qu'il a traitée par la néphrotomie. La coque rénale était réduite àune épaisseur de 6 à 7 millimètres au plus. Le malade guérit parfaitement, après avoir conservé pendant quelques semaines une petite fistule. Il rendit spontanément peu après un petit calcul.

M. Monprofit (d'Angers) a eu l'occasion d'intervenir dans 3 cas d'hydronéphroses très volumineuses. Il s'agissait d'erreurs de diagnostic, on avait cru avoir affaire à des kystes de l'ovaire, et l'erreur ne fut reconnue qu'au cours de la laparotomie. Les énormes poches hydronéphrotiques furent enlevées avec la plus grande facilité, et les malades guérirent sans aucun incident. Il se demande s'il est possible qu'une coque aussi mince que celle qu'il a vue dans ces 3 cas puisse jamais reprendre ses fonctions physiologiques. Ces hydronéphroses très volumineuses sont d'ailleurs faciles à enlever.

De la désinsertion des muscles droits dans la taille hypogastrique.

M. Desnos. — L'incision longitudinale sus-pubienne, suffisante pour un certain nombre d'opérations simples, ne laisse pas un espace assez large pour mener à bien des manœuvres compliquées. C'est pour remédier à cette étroitesse qu'on a proposé la section transversale des muscles droits ; mais la suture consécutive de ces muscles échoue le plus souvent, et il en résulte une faiblesse de la paroi abdominale dont j'ai eu plusieurs exemples.

Dans le but d'éviter cet inconvénient, j'ai recours à un procédé différent que je ne suis pas le premier à avoir employé et qui consiste dans la désinsertion des muscles droits de leurs attaches pubiennes. L'incision longitudinale est faite comme d'habitude, puis prolongée au-devant du pubis, jusqu'à 1 centimètre de la racine de la verge. Les parties molles sont incisées jusqu'à la symphyse, puis les bords des muscles écartés avec le doigt qui passe derrière eux. En me guidant sur ce doigt, je limite alors l'étendue que je veux donner au décollement, et à l'aide d'un fort bistouri, je sectionne l'entrecroisement des fibres tendineuses jusqu'à la symphyse, puis sur le bord supérieur du pubis je prolonge latéralement l'incision du périoste à 2 centimètres de la ligne médiane. A l'aide d'une rugine plate ou un peu coudée sur le plat, je décolle le périoste et les insertions tendineuses sur les 2/3 supérieurs de la face antérieure du pubis. L'écartement ainsi produit est considérable : toute la face antérieure de la vessie est découverte ; l'incision de celle-ci en montre toute la surface interne, y compris la région cervicale, surtout si on s'est aidé du ballon de Pétersen, et, dans l'immense majorité des cas, on peut se dispenser de recourir à la symphyséotomie.

La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Assaky (de Paris) rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale de dimensions moyennes, qu'il a opérée en suivant un procédé particulier. Ce procédé comprend 6 temps : 1° avivement asymétrique du vagin avec perte de substance ; 2° excision de l'anneau et du court trajet muco-muqueux ; 3° grattage de la muqueuse vésicale ; 4° suture de la muqueuse ; 5° suture du reste de la paroi vésicale (points de Lembert-Lauenstein); 6° colporrhaphie. M. Assaky croit cette manière de faire applicable à tous les cas de fistule vésico-vaginale, dans lesquels les conditions locales permettront une suture soignée, à 2 étages, de la vessie, suivie d'une colporrhaphie.

M. Clado a employé depuis 4 ans le procédé décrit par M. Assaky, sans le publier. Il l'a appliqué à plusieurs reprises avec le plus grand succès. Mais ce procédé n'est applicable que quand la muqueuse vaginale est souple, facile à mobiliser, quand la fistule n'est pas trop grande.

Castration pour hypertrophie de la prostate.

M. Guiard a observé un malade âgé de 77 ans, atteint de rétention complète, chez lequel la prostate offrait un volume et une consistance tels que l'on a pu croire, au bout de 3 semaines, que la rétention était définitive. Cependant, 3 mois plus tard, le malade revient en disant qu'il urinait fort bien, et même qu'il vidait complètement sa vessie ; sa prostate avait subi une diminution de volume considérable. Il n'est pas douteux que s'il avait été castré on pourrait le compter comme un beau succès à l'actif de la castration.

M. Vigneron a fait il y a 18 jours une castration pour hypertrophie de la prostate,

Il a vu le prostatique en question, un homme de 60 ans, il y a 2 ans environ, vidant mal sa vessie, avec une prostate moyennement hypertrophiée. Avec quelques lavages au nitrate et l'évacuation, le résidu vésical était tombé à quelques grammes. Un an après il lui revient avec une rétention aiguë : il avait alors 4 litres d'urine aseptique par 24 heures. Sonde à demeure, 8 jours ; la quantité d'urine tombe le lendemain à 2 litres et y reste quelque temps après l'ablation de la sonde. Mais celle-ci enlevée, le malade vide toujours très mal sa vessie, doit se sonder 3 ou 4 fois par jour; ça passait d'ailleurs bien. Depuis, l'état s'aggrave ; la quantité d'urine augmente pour arriver à 5 litres par 24 heures ; il n'urine depuis 3 mois que quelques gouttes par le canal, avec très violents efforts et douleur vive ; il doit se sonder toutes les 2 heures, et, le 6 octobre 1896, il vient réclamer la castration dont on lui avait parlé. Elle est faite le 8. Sonde à demeure. Suites très satisfaisantes; dès le lendemain, 2 litres à 2 litres 1/4 d'urine par 24 heures. Sonde enlevée au bout de 8 jours : le malade urine sans effort et vide ainsi, depuis cette époque jusqu'à ces jours-ci, juste la moitié de ce qu'il a d'urine dans les 24 heures. On continue jusqu'ici 2 évacuations par jour.

M. Vigneron n'attribue pas la diminution de la quantité d'urine à la castration. Il l'avait aussi bien obtenue il y a 10 mois. Mais, après ce repos de la vessie, il n'avait pas pu uriner plus qu'avant la sonde. Or, actuellement, au bout de 8 jours, il urine la moitié de ce qu'il fabrique.

M. E. Chevalier. — J'ai eu à pratiquer la castration d'un homme de 59 ans, demeurant en province, atteint depuis 10 ans de phénomènes de prostatisme, ayant eu, il y a 3 ans, une première rétention (cathétérisme), il y a 2 ans, une deuxième rétention (cathétérisme), puis des phénomènes de cystite, pollakiurie, etc.

L'intérêt de cette observation est dans ce fait que le sujet a subi sans amélioration presque tous les procédés (sauf peut-être la sonde à demeure et le cathéterisme régulier), sans grand bénéfice.

La cystostomie lui a rendu des services au moment de la troisième rétention, que les ponctions, faites pendant 13 jours, n'avaient pas amélioré, mais elle n'avait pas tardé à devenir une infirmité pour le patient.

La vasectomie ne lui avait rien donné, encore que certaines observations lui semblent favorables.

La castration double, au contraire, a permis le retour des fonctions urinaires à peu près normales, et a rendu possible la suppression de l'infirmité créée par la cystostomie. C'est donc là un nouvel exemple du grand bénéfice de cette intervention.

M. Loumeau a eu 2 fois à pratiquer la castration chez des malades atteints de rétention chronique complète. Chez tous deux, le résultat a été excellent, quoique inégal dans les 2 cas. L'un des opérés a vu disparaître, au bout de 36 heures, sa ré-

tention complète qui n'a plus reparu depuis plus de 4 mois. Le second a pu uriner au bout de 16 jours, sans sonde, et l'a toujours fait depuis 7 mois; mais chez eux, la rétention complète a fait place à une rétention partielle, dont la quantité, progressivement décroissante, mesure aujourd'hui 30 centimètres cubes.

M. Carlier. — La castration, d'après les communications que l'on vient de faire, donne de bons résultats, mais il serait intéressant de savoir aussi ce que devient l'état mental des opérés. Chez un de mes malades, ayant eu une résection des canaux déférents, il se produisit 15 jours après un état de démence, inquiétant par sa persistance.

M. Chevalier. — Chez le malade dont j'ai communiqué l'observation, il ne s'est produit aucun trouble intellectuel; chez 3 opérés soignés à Necker, il ne se passa non plus rien d'anormal, malgré cependant l'absence de prothèse testiculaire.

M. Clado. — J'ai à citer un cas de castration double sans amélioration. Il s'agit d'un prostatique, âgé de 62 ans, pouvant se sonder facilement, mais qui, à cause quelques douleurs, avait réclamé une intervention. L'opération, pratiquée il y a 2 ans, n'a pas changé l'état du malade.

Prothèse testiculaire après castration.

M. Carlier (de Lille) propose, pour remplacer le testicule supprimé, d'employer un testicule artificiel en argent. Il fit une fois cette prothèse testiculaire, il y a un an, chez un homme entré dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, pour une vieille hématocèle. M. Carlier dut sacrifier le testicule et le remplacer par un testicule artificiel.

M. Carlier recommande de faire, en pareil cas, la résection de la tunique vaginale et de loger le testicule artificiel dans une loge spéciale, qui sera formée par un plan de sutures au catgut de la tunique fibreuse des bourses; la peau est ensuite suturée au crin de Florence. Le mieux est de ne pas mettre en regard l'une de l'autre les deux lignes de sutures, pour éviter la contamination de la suture de la tunique fibreuse au cas de désunion de la suture de la peau.

Le malade opéré en juin 1895 a été revu ces derniers temps; le testicule, très mobile dans les bourses, est très bien supporté, et le malade ne se serait peut-être pas douté de la substitution opérée, sans l'indiscrétion de l'infirmier qui avait assisté à l'opération.

Détail intéressant, il y a une atrophie presque complète du lobe droit de la prostate.

M. Loumeau (de Bordeaux) a eu 2 fois à appliquer la prothèse testiculaire chez des prostatiques. Comme organes prothétiques, il a employé de petits ovules en soie tressée d'une manière très lâche, de façon à donner l'illusion de la souplesse testiculaire. Ces appareils postiches ont été inclus trois dans la cavité vaginale où ils ont été très bien tolérés.

Pendant les premiers temps, les ovules de soie ainsi préparés présentaient absolument les caractères morphologiques des testicules réels. Mais, par la suite, ils durcissent considérablement. Aussi, à l'avenir M. Loumeau a-t-il l'intention de renoncer à ce mode de prothèse pour essayer des testicules en caoutchouc creux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 Novembre 1896.

Tuberculose animale et tuberculose humaine.

M. Cadiot. — Les tuberculoses du chien, du chat et des psittacés sont, dans la grande majorité des cas, d'origine humaine. Celle du chien, bien plus fréquente qu'on ne le croit volontiers, celle du chat peuvent donner naissance à des lésions externes, cervicales surtout, dont le pus contient parfois de nombreux bacilles.

Sous ses diverses formes, la tuberculose des psittacés est identique à celle des mammifères; elle cause des lésions cutanéo-muqueuses dont le produit de sécrétion est très virulent.

Il est important au point de vue de la prophylaxie de signaler ces faits, quoique la contamination de l'homme par les animaux soit rare.

Anesthésie chirurgicale.

M. Reynier, partisan du chloroforme plus que de l'éther, croit que les accidents seraient très exceptionnels si — l'anesthésique étant bien administré — on pratiquait avec soin l'examen préanesthésique du malade. Il insiste sur les inconvénients de l'alcoolisme, sur ceux de l'hystérie, de l'épilepsie. Les accidents provoqués par le chloroforme sont alors souvent identiques à ceux qu'on observe à l'état de veille. Pour les morphinomanes l'effet du chloroforme est très variable, car chez ces sujets les cellules cérébrales sont tantôt excitées, tantôt déprimées. Chez les ataxiques, l'anesthésie est souvent grave.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 Novembre 1896.

Arrachement de l'épaule comprenant l'omoplate.

M. Pochon présente un membre supérieur droit, arraché, par un treuil d'ascenseur. L'avant-bras s'est trouvé pris entre le câble métallique et le treuil qui, continuant à tourner, a entraîné le bras. Le thorax du patient venant à butter dans le socle en ciment qui supportait le tambour, il s'est produit un arrachement progressif de l'épaule qui a été entraînée. L'hémorrhagie a été relativement peu abondante.

Les articulations du coude et scapulo-humérale sont intactes; l'omoplate est resté fixée au bras, recouverte de tous ses muscles. Les muscles prenant attache sur le thorax, etc., ont été sectionnés au ras de la peau, et la section nette rappelle l'incision du lambeau dans la désarticulation inter-scapulo-thoracique.

Le malade a pu être traité à temps; il va bien aujourd'hui.

Empoisonnement par le sublimé.

M. Faitout communique l'observation d'une femme de 25 ans qui s'empoisonna avec une solution à 1/10 de sublimé. Les phénomènes cliniques furent surtout des vomissements bilieux et de la diarrhée avec hémorrhagies intestinales. La mort survint au bout de 8 jours. L'estomac présentait des ulcérations multiples. L'intestin grêle était presque sain; le gros intestin, au contraire, présentait des ulcérations multiples et très volumineuses.

Hypertrophie des parois de l'intestin.

M. Pilliet présente une portion d'intestin enlevée par résection dans un cas d'anus contre nature. On voit, par places, des plaques où les parois sont énormément hypertrophiées. L'examen microscopique montre que c'est la tunique musculaire qui est hyperplasiée et légèrement enflammée. C'est un fait analogue à la linite plastique de l'estomac.

Péricardite hémorrhagique.

MM. Deguy et **Résibois** ont trouvé à l'autopsie d'un tuberculeux une péricardite hémorrhagique, du liquide hémorrhagique dans la plèvre droite, quelques tubercules anciens et crétacés au sommet du poumon droit.

Au point de vue clinique il est à noter que cette péricardite latente a pu simuler absolument une dilatation du cœur droit

avec foie cardiaque. Les bruits du cœur étaient nettement perceptibles; il y avait de l'arythmie et un retentissement diastolique assez marqué à la base du cœur. Pas de souffles.

Invagination intestinale agonique.

M. Milian présente une invagination intestinale agonique, survenue chez une tuberculeuse morte au milieu de symptômes asphyxiques et dyspnéiques.

L'absence de symptômes d'occlusion pendant la vie, l'absence d'adhérences péritonéales dans le boudin invaginé, démontrent qu'il s'agit d'une production récente. Le long de l'intestin grêle, on trouve des dispositions toute particulières : portions successivement dilatées, comme parésiées et, ailleurs, rétractées, semblant toutes prêtes pour l'intussusception.

Le mécanisme de l'invagination s'aperçoit dès lors facilement dans ce cas; cause prédisposante; les différences de calibre de l'intestin; cause déterminante : les accidents dyspnéiques ayant progressivement poussé l'anse supérieure dans l'inférieure.

Obstruction, par embolie de l'aorte abdominale, des iliaques primitive, externe et interne des deux côtés, et de la fémorale profonde gauche.

MM. Apert et Charrier présentent des pièces provenant d'une femme atteinte de rétrécissement mitral, morte hémiplégique droite et aphasique, avec une gangrène sèche du membre inférieur gauche remontant jusqu'à mi-jambe.

A l'autopsie, outre la lésion cardiaque et un ramollissement cérébral par embolie de la sylvienne gauche, on trouva l'aorte obstruée par un caillot commençant au niveau des artères rénales, se continuant dans les artères iliaques primitive, externe et interne des deux côtés, s'arrêtant à droite à l'origine de l'épigastrique restée perméable, et descendant, à gauche, au delà de la naissance de la fémorale profonde.

Une ramification du prolongement supérieur filiforme de ce caillot pénétrait dans l'artère rénale gauche. Le rein gauche présentait de très nombreux infarctus; il y en avait aussi plusieurs dans le rein droit.

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine.

M. Vanverts rapporte l'observation d'une femme de 18 ans, opérée pour fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus accompagné d'une hématocèle rétro-utérine. L'intervention consista d'abord à ouvrir le cul-de-sac vaginal postérieur et à vider la collection sanguine rétro-utérine; puis à extirper le fibrome par la voie abdominale. L'incertitude du diagnostic avait nécessité cet ordre dans les manœuvres opératoires.

L'hématocèle était ici nettement due à la rupture d'une grossesse tubaire. D'autre part, la présence du fibrome implanté sur la corne utérine correspondante à la trompe rompue explique le développement de cette grossesse ectopique. En effet, la compression exercée sur la portion interne de la trompe par le fibrome a probablement diminué suffisamment le calibre de cette trompe pour empêcher le passage de l'ovule fécondé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 Novembre 1896.

Les injections salines dans les intoxications.

M. Roger a trouvé que des animaux auxquels on injecte 3 à 70 cent. cubes de sérum artificiel par kilogramme d'animal ne résistent pas mieux que les animaux témoins à l'intoxication par la strychnine introduite sous la peau ; ils résistent par contre plus longtemps à l'intoxication quand la quantité de sérum artificiel injectée est de 150 à 300 cent. cubes par kilogramme d'animal.

Si dans les mêmes conditions la strychnine est injectée dans les veines, les animaux ayant préalablement reçu une injection d'eau salée résistent moins bien à l'intoxication que les animaux témoins.

Sur les nerfs chromoconstricteurs et chromodilatateurs de la grenouille.

M. Paul Carnot a étudié d'abord le mécanisme des changements de forme des chromoblastes : on assiste à une segmentation des prolongements, puis au transport de granules pigmentaires d'un segment à l'autre : le prolongement protaplasmique, non visible, non colorable persiste donc néanmoins : il y a à son intérieur transport des granules pigmentés, comme dans les cellules rétiniennes des animaux supérieurs.

L'auteur étudie ensuite deux types de réactifs physiologiques du chromoblaste : les chromoconstricteurs (chlorhydrate d'aniline, ergotine, santonine, iodure de potassium) qui éclaricissent la grenouille, les chromodilatateurs qui la foncent (nitrite d'amyle, éther, chloral, etc.).

Les voies de conduction nerveuse sont généralement multiples et se suppléent : l'action persiste après section soit du sciatique, soit du réseau périvasculaire; de même après section soit de la moelle, soit du sympathique.

Sur une grenouille aveugle, les réflexes cutanés s'éduquent et peuvent suppléer les réflexes oculaires à la lumière.

De la véritable nature du chloroma.

MM. Paviot et Gallois concluent de leurs recherches que : 1° Le cancer vert d'Aran n'est autre qu'un ensemble de symptômes tangibles, devenus apparents à cause de leur siège orbitaire, temporal et occipital.

2° L'allure chronique, les résultats d'autopsie autorisent à la rattacher fermement à la leucocythémie qui, dans son évolutiou, précède comme en témoignent la pâleur et l'état général grave, l'apparition de ces lymphomes orbitaires et autre, mais de teinte verte.

Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux, après la section des nerfs périphériques.

M. G. Marinesco. — L'expérience a démontré que, après la section d'un nerf, il se produit une réaction à distance dans son centre, mais on ignore presque complètement la marche ultérieure de ces modifications des cellules nerveuses, c'est-à-dire la phase de *restitutio ad integrun*. Pour étudier cette question, j'ai coupé l'hypoglosse, chez plusieurs lapins, et laissé les animaux vivre de 24 à 90 jours. Si la réunion des deux bouts périphériques n'est pas entravée d'une façon quelconque, les phénomènes de réparation des cellules nerveuses sont très nets, au *bout de 24 jours*.

Le noyau de l'hypoglosse coupé se distingue facilement à un faible objectif du noyau correspondant de l'hypoglosse intact; on remarque dans le premier deux modifications intéressantes des cellules nerveuses, d'une part l'*augmentation de volume*, d'autre la *coloration plus intense* par suite de l'hypertrophie des éléments chromatophiles. La noyau est plus ou moins excentrique et les prolongements protoplasmiques commencent à se garnir d'éléments chromatophiles. Ceux-ci, se présentant assez souvent sous la forme de filaments remplissant quelques cellules, sont le protoplasma; dans d'autres elles sont disposées autour du noyau et alors la cellule périnucléaire est très colorée, quelquefois il existe une zone claire entre la couche périphérique et périnucléaire constituées par les éléments chromatophiles. Au bout de 90 jours, l'hypertrophie des cellules se maintient encore et la cellule nerveuse se trouve dans un état de pycmomorphie évidente. A toutes les périodes de réparation on trouve que le nombre des cellules dans le noyau normal est *plus considérable* que dans le noyau en voie de réparation, ce qui revient à dire que les cellules de celui-ci gagnent en volume.

M. Boucheron fait une communication sur la sérothérapie antistreptococcique dans la dacryocystite purulente à streptocoques (voir *Gazette*, p. 1116).

M. Féré rapporte un cas de dysgraphie émotionnelle qui se présentait avec les caractères de la crampe des écrivains. Le

malade écrivait fort bien quand il était seul et tranquille et présentait tous les signes de la crampe des écrivains, quand il était émotionné.

M. P. Bonnier fait une communication sur le sens latéral des poissons.

M. Mathieu (de Nancy) envoie une note sur l'état des tubes séminifères dans les testicules tuberculeux.

M. Hanriot fait une communication sur la lipose (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 91, p. 1089).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 Novembre 1896.

Sur le traitement du cancer du rectum.

M. Quénu a exécuté le deuxième temps de l'opération chez la malade dont il a rapporté l'histoire à la séance précédente. On se rappelle qu'il s'agissait d'un cancer haut situé du rectum, où, dans une première séance, M. Quénu a établi un anus iliaque, après avoir libéré l'anse oméga et le rectum et fermé ce dernier par quelques points de suture.

Il restait donc à extirper, par le périnée, le rectum et la cloison recto-vaginale envahie par le cancer. Pour cela, il a désinséré le vagin de la branche ischio-pubienne. Il a ensuite enlevé le rectum à l'aide de l'incision de Heinecke, après avoir fermé l'anus. Un petit abcès qui s'était collecté dans la partie supérieure du rectum suturée dans l'abdomen s'est vidé pendant l'extirpation du rectum et il a fallu désinfecter la plaie opératoire.

Toute la brèche a été bourrée de gaze stérilisée. Le pansement a été renouvelé au bout de 4 jours. Il y avait quelques petites plaques de sphacèle qui s'éliminèrent bien.

La malade n'a pas eu de fièvre. La plaie est en train de granuler. La malade est donc en bonne voie de guérison.

Traitement du prolapsus rectal.

M. Bazy rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, entrée à l'hôpital pour un énorme prolapsus rectal qui mesurait 18 centimètres de longueur sur 14 centimètres de largeur. La muqueuse était rouge et tomenteuse. La réduction était assez facile.

M. Bazy a pratiqué à cette malade la rectopexie suivie de sphinctérorrhaphie, suivant le procédé de M. G. Marchant. Après avoir fait une incision occupant les 2/5 postérieurs de l'anus et 1 centimètre de la muqueuse anale, M. Bazy fit remonter l'incision vers le coccyx, et fit une série de sutures destinées à rétrécir transversalement le rectum et le fixant au sacrum. L'opération a été terminée par une sphinctérorrhapie postérieure.

La malade a bien guéri; elle fit au bout de quelque temps un accouchement prématuré de 7 mois, et son sphincter a bien résisté.

M. Gérard-Marchant a pratiqué 3 fois la rectopexie et toujours les résultats ont été bons. Cette opération laisse après elle un prolapsus de la muqueuse, qu'on traite par des raies de feu sur la muqueuse prolabée.

Hernie inguinale du cæcum à gauche.

M. Reynier fait un rapport sur une observation de **M. Courtin** (de Bordeaux) relative à un cas de hernie du cæcum à gauche.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, entré à l'hôpital pour une hernie inguinale gauche datant de 20 ans et devenue dernièrement irréductible. M. Courtin fit la kélotomie et trouva le sac confondu avec les organes y contenus. En essayant de l'isoler, il fit deux perforations dans l'intestin. Mais, vers l'anneau inguinal externe, le sac était isolable; il l'ouvrit là et réséqua alors tout ce qui dépassait l'anneau, sac et contenu. Il l'opéra alors après avoir réséqué l'anse iléo-côlique.

Dans ces conditions M. Courtin se décida à faire l'implantation latérale, après réfection du cæcum. Il réduisit le tout dans l'abdomen et le malade est bien guéri.

M. Reynier fait observer que les hernies du cæcum à gauche sont rares et se rencontrent principalement chez les enfants.

La présence du cæcum dans les hernies gauches tient à ce que l'intestin grêle se relâche d'abord et tire sur le cæcum. Le cæcum entraîne avec lui, dans la hernie, le péritoine pariétal décollé. Quelquefois l'intestin grêle descendu tout d'abord dans le sac herniaire peut se réduire; il n'y reste alors que le cæcum. Dans la hernie cæcale on peut voir un sac, tantôt le sac est incomplet. Quand avec le cæcum le côlon ascendant descend, le côlon entraîne avec lui le mésocôlon : alors sur un point on trouve une adhérence charnue formée par ce mésocôlon. Cette adhérence rend la réduction très difficile ou impossible. Parfois alors il faut sectionner cette adhérence pour réduire. Sinon il faut réduire en masse intestin et sac.

Dans le cas de M. Courtin il y avait symphyse inflammatoire de l'intestin avec le sac, ce qui lui a compliqué l'opération. Il a perforé l'intestin, pendant la libération du sac, et il a dû réséquer l'anse iléo-côlique et faire l'implantation latérale.

Cette implantation latérale semble à M. Reynier préférable à l'entérorrhaphie circulaire.

Un cas d'ostéome vrai du maxillaire inférieur.

M. Lejars. — Voir p. 1106.

Un cas de sarcome de l'encéphale.

M. Barrette communique l'observation d'un homme de 27 ans, dans les antécédents duquel on relevait un traumatisme du crâne à l'âge de 10 ans. Il entra à l'hôpital avec un ensemble de symptômes indiquant l'existence d'une tumeur cérébrale (maux de tête, amaurose presque complète, nystagmus symétrique, dilatation pupillaire, dilatation des veines de la papille). Il existait une contraction permanente de la nuque, datant de quelque temps seulement. Les sphincters fonctionnaient bien.

Au niveau du crâne, il existait une perte de substance à 4 centimètres en arrière du plan horizontal bi-auriculaire et à droite. A ce niveau, on constatait des mouvements d'expansion; il y avait une tuméfaction molle, très vascularisée, douloureuse au palper.

M. Barrette opéra le malade, mais, après une incision cutanée cruciale, il se produisit une formidable hémorrhagie et on cessa l'opération après tamponnement de la plaie. Le malade mourut au bout de 24 heures.

A l'autopsie, on trouva deux perforations du crâne par où sortaient de gros canaux veineux provenant de l'espace sous-dure-mérien. Au niveau du cerveau on trouva un vaste néoplasme occupant la plus grande partie de l'hémisphère droit. Il y avait en outre compression des sinus veineux avec thrombose du sinus latéral droit, et des sinus au niveau du pressoir d'Hérophile.

Au point de vue histologique, il s'agissait d'un sarcome névroglique siégeant au niveau du cuneus, du lobe occipital et du corps calleux à droite.

M. Reynier présente une pièce d'hématocèle opérée par la laparotomie.

M. Monod présente un utérus gravide portant deux énormes fibromes.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 Novembre 1896.

Gangrène de la verge.

M. du Castel présente un malade qui, n'ayant jamais eu la syphilis, a été pris de balanite. Un chirurgien pratiqua une incision au mois de décembre suivant. Néanmoins, les lésions continuèrent à évoluer et aboutirent à une destruction anfractueuse de l'extrémité du gland. Il est difficile de se prononcer

sur la nature de ces altérations. Ce n'est ni un épithélioma, ni une gomme, ni une de ces lésions anthracoïdes décrites par M. Mauriac. On se trouve là en présence d'une gangrène intéressante par son évolution lente, mais de nature indéterminée.

MM. Darier et **Chailloux** présentent un malade un peu différent de celui de M. du Castel, et qui est entré dans le service avec des lésions ulcéreuses de la verge et du gland, se présentant sous deux formes : lésions vraies, ulcérations entamant le gland; simples érosions entamant à peine l'épiderme.

La façon dont ont évolué ces lésions chez le malade, qui n'est pas syphilitique, et leur aspect un peu particulier, montrent qu'il ne s'agit là ni d'un chancre syphylitique ni d'une syphilide ulcéreuse. On n'y retrouve pas non plus les éléments de l'herpès. Enfin, l'inoculation au bras, répétée à plusieurs reprises, a toujours été négative. Il faut donc éliminer toutes les lésions ordinaires de la verge, et, par exclusion, considérer ceci comme du simple ecthyma.

M. A. Fournier. — Je vous présente le cas fort intéressant d'un homme qui, dans la nuit du 25 au 26 octobre dernier, fut pris subitement d'un gonflement énorme de la verge. Dès le lendemain l'organe devenait violacé, puis noir et bientôt présentait cette ulcération que l'on voit aujourd'huiet qui a tout à fait l'aspect d'une gomme ou d'un chancre phagédénique.

Mais le malade affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis 4 mois. Donc, ce n'est pas un chancre simple. Il ne s'agit pas davantage de syphilis, car on n'en découvre aucun signe, aucun stigmate. Tout ce qu'on peut donc dire, c'est qu'il s'agit d'une gangrène foudroyante, spontanée de la verge.

Au point de vue du diagnostic, on trouve l'aspect de lésions gommeuses, une plaie taillée à l'emporte-pièce, jaunâtre. C'est aussi tout à fait le type du chancre phagédénique, mais l'inoculation est restée négative. A point de vue étiologique, on ne peut invoquer ici des rapports génitaux. Mais, en examinant attentivement le malade, on découvre sur ses cuisses des lésions de folliculites, et on peut se demander si ce ne serait pas là le point de départ des altérations de la verge.

Acanthosis nigricans.

MM. Tenneson et **Leredde** montrent un malade dont l'affection a débuté il y a 6 mois par une coloration noire particulière du cou. Aujourd'hui on trouve chez cet homme : 1° une pigmentation universelle; 2° une papillomatose généralisée qui s'étend même à la muqueuse buccale; 3° un prurit généralisé, symptôme non signalé dans les rares cas décrits antérieurement, et très évidemment lié à la dermatose; 4° un amaigrissement énorme, lié à des troubles dyspeptiques accusés, avec induration du lobe gauche du foie.

M. Darier fait observer que d'après M. Couillaud cette maladie relèverait de la carcinomatose. Quant au prurit, chez le malade de M. Tenneson, il est peut-être lié à l'insuffisance hépatique.

M. Jacquet a observé un cas cas typique d'acanthosis nigricans où il n'existait aucun trouble digestif. Les troubles dyspeptiques ne sont donc pas constants dans cette affection.

M. Brocq a observé une jeune femme qui vint le trouver pour une pigmentation avec papillomatose peu accusée. Elle ne présentait absolument rien autre chose. Tout ce que l'on a relevé c'est qu'elle avait eu antérieurement un eczéma séborrhéique guéri depuis. D'ailleurs la pigmentation et la papillomatose disparurent complètement dans la suite.

M. du Castel montre un malade chez lequel l'affection a débuté par un prurit intense. Actuellement il présente une pigmentation diffuse avec maxima au cou, aux aines, aux bourses, aux parties supérieure et interne des cuisses. En même temps on peut constater une hypertrophie papillaire dans ces régions et à la face palmaire des doigts, la chute des cheveux, des poils du pubis et des aisselles, des plaques de lichénisation et de pigmentation à la face interne des joues.

Est-ce une maladie d'Addison ou de l'acanthosis? Le malade a eu des bronchites à répétition avec quelques crachats sanguins, mais pas de signe de tuberculose nette à l'auscultation. Du côté de l'estomac, il y a bien quelques vomissements éloignés, mais pas de néoplasme perceptible. Du côté de l'intestin, une diarrhée incoercible depuis plus d'un an.

M. Jacquet n'hésite pas à se prononcer pour le diagnostic de maladie d'Addison dont ce malade présente tous les caractères, sauf la lichénisation qui serait ici le seul symptôme anormal.

M. Darier trouve qu'au premier abord le malade semble bien atteint de maladie d'Addison, mais qu'en y regardant de plus près, on trouve chez lui l'hypertrophie papillaire et la distribution de la pigmentation spéciales à l'acanthosis. Il semblerait donc y avoir une certaine parenté entre ces deux maladies. D'autre part, au point de vue des rapports avec la carcinose abdominale, il faut reconnaître que les acanthosiques ne sont pas tous des carcinomateux gastriques ou intestinaux et que, si le carcinome gastrique est fréquent, les cas d'acanthosis sont singulièrement rares.

Un cas d'urticaire pigmentée.

MM. Dubrisay et **Thibierge** présentent un enfant de 20 mois atteint d'urticaire pigmentée. L'affection a débuté dans les premiers jours de la vie par des plaques rouges auxquelles ont succédé des macules pigmentaires accompagnées d'un léger degré d'infiltration du tégument. Depuis lors, l'affection est restée stationnaire et il ne s'est pas produit les poussées aiguës habituelles dans l'urticaire pigmentée.

Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques.

M. G. Thibierge présente une jeune femme de 20 ans atteinte de lésions limitées au côté gauche du corps et caractérisées par la présence de comédons agglomérés en plaques et en bandes. Une plaque occupant toute la région sus-claviculaire est constituée non seulement par des comédons, dont quelques-uns sont très volumineux, mais encore par des kystes à contenu sébacé; cette région a été le siège d'ulcérations rappelant l'aspect des gommes scrofulo-tuberculeuses, mais développées manifestement au niveau des glandes sébacées devenues kystiques. D'autres plaques occupent la partie supérieure du dos et la région sterno-mastoïdienne. De l'articulation sterno-claviculaire partent deux longues bandes, l'une horizontale atteignant l'extrémité externe de la clavicule, l'autre verticale atteignant la partie moyenne de l'espace intermammaire, mesurant 1 à 2 centimètres de large et constituées uniquement par l'agglomération de comédons peu volumineux.

L'affection remonte à la naissance. Le seul cas analogue jusqu'ici connu a été présenté au Congrès international de dermatologie (Londres, août 1896), par M. Selhorat (de La Haye).

Pemphigus et maladie de Dühring avec troubles nerveux et arthropathies.

MM. Gaucher et **Gastou** présentent 2 malades dont les téguments, surtout au niveau des membres, sont couverts de bulles.

La première a depuis 4 ans des poussées successives de bulles avec prurit modéré et conservation d'un parfait état général. La particularité intéressante chez elle est l'aspect des mains et des pieds qui rappelle celui du rhumatisme chronique déformant.

La seconde n'est malade que depuis 2 mois : son éruption bulleuse s'accompagne d'un prurit violent, d'un bon état général. La maladie actuelle a été précédée d'une hémiplégie il y a 3 ans.

L'une et l'autre ont eu de l'œdème des jambes, des troubles trophiques cutanés : chute des poils, des ongles, modifications de la sécrétion sudorale.

M. Gastou insiste sur l'intérêt qu'il y a à noter avec soin les manifestations nerveuses qui surviennent chez les malades atteints de pemphigus. Ces malades présentant souvent des antécédents nerveux et infectieux, il est difficile d'attribuer au pemphigus l'une ou l'autre origine.

Les observations démontrent cependant des troubles nerveux dans les pemphigus analogues à ceux que l'on a coutume de ranger parmi les troubles trophiques consécutifs aux altérations nerveuses et surtout aux lésions médullaires, tels : les œdèmes passagers et fugaces, les modifications de la sueur, la chute des poils, l'état lisse de la peau, les sensations douloureuses cutanées, voire même le prurit et les bulles.

Examinant la coupe histologique d'une moelle de maladie de Dühring, M. Gastou a été surpris de trouver autour du canal de l'épendyme et des artérioles en arrière et autour de la commissure grise, près de la colonne de Clarke et du col de la corne postérieure, des lésions constituées par des amas embryonnaires et de petites dilatations anormales simulant des lacunes.

D'après ce fait, qui a besoin de recherches ultérieures, on peut établir un parallèle entre les signes de la syringomyélie et ceux de la maladie de Dühring et se demander si l'infection ne provoquerait pas une myélopathie dont le pemphigus ne serait qu'une expression objective clinique admise par M. Leredde et démontrée par la présence des éosinophiles dans le sang.

Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum.

MM. H. Hallopeau et **G. Bureau.** — L'inoculation intra-péritonéale d'un fragment étendu de peau atteinte de cette éruption a donné des résultats négatifs; il en a été de même de toutes les expériences analogues qui ont été faites jusqu'ici : il résulte de ces faits que cette dermatose dont la clinique a démontré la nature tuberculeuse, n'est pas engendrée directement par des bacilles émigrés dans les glandes pilo-sébacées, mais bien par des toxines émanées de foyers éloignés.

Deuxième note sur un mycosis fongoïde.

MM. H. Hallopeau et **G. Bureau.** — Il est survenu, chez une malade présentée antérieurement, des poussées locales érythémateuses ou œdémateuses, une gangrène massive d'une volumineuse tumeur, des éruptions bulleuses et suppuratives et une endo-péricardite : ces complications, sauf la gamgrène, reconnaissent, selon toute vraisemblance, pour cause prochaine, la présence dans le sang de toxines émanées des foyers mycosiques et surtout de celui qui s'est gangréné en masse; la transformation purulente du liquide des bulles doit être attribuée à l'intervention de microbes pyogènes banals.

Nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose.

MM. Hallopeau et **Bureau.** — Cette affection est caractérisée cliniquement par l'apparition dans la profondeur du derme de petits nodules qui deviennent bientôt saillants, sont surmontés d'une vésico-pustule, laquelle se rompt et fait place à une ombilication centrale; leur siège d'élection est la face dorsale des bras, particulièrement au niveau des articulations; ils laissent à leur suite des cicatrices d'abord brillantes, nettement arrondies ou ovalaires, d'abord pigmentées, puis décolorées.

Dans un cas il existait concurremment une tuberculose pulmonaire et ganglionnaire; l'un de nous a déjà vu cette éruption coexister avec un lupus érythémateux dont les lésions se confondaient avec les siennes. M. Tenneson a vu deux fois cette même maladie coïncider avec un lupus : il y a donc de réelles présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de cette dermatose qui constitue un type clinique nettement différencié.

Lichen plan limité à la muqueuse buccale.

MM. Hallopeau et **Schrœder.** — Les stries opalines radiées ou étoilées le caractérisent; elles en permettent le diagnostic en dehors de toute altération cutanée; elles sont identiques à celles des boutons de la peau : elles ne sont nullement prurigineuses; elles ne reconnaissent donc pas le même mode de production que les lichénifications secondaires, consécutives au grattage; l'absence de tout trouble de l'innervation rend peu vraisemblable l'origine trophonévrotique de cette éruption.

Collodion à l'huile de cade.

M. Gaucher, considérant que l'huile de cade est un des meilleurs médicaments que nous possédions en dermatologie, a pensé l'employer associée au collodion, à l'acétone.

Cette préparation fait disparaître la plupart des inconvénients de l'huile de cade; elle permet de n'appliquer ce médicament que sur les points malades et de l'y maintenir, elle ne tache pas le linge et l'odeur de l'acétone masque avantageusement en partie celle de l'huile de cade.

M. Gaucher l'a employé avec succès dans le psoriasis, l'eczéma lichénoïde, le lichen simplex chronique, l'eczéma nummulaire, l'eczéma séborrhéique, le lichen plan corné. Il lui paraît guérir les plaques de psoriasis dans le même temps que la traumaticine chrysophanique et ne présente pas les mêmes inconvénients.

Il faut employer l'huile de cade pure de genévrier et de l'acétone pure exempte d'eau pour avoir une bonne préparation. Si ces conditions ne sont pas remplies, le collodion est, suivant les cas, trop fluide ou trop épais : il forme alors une pellicule qui adhère mal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 Novembre 1896.

Lactescence du sérum.

M. Achard. — J'ai observé chez un phthisique ayant 10 grammes d'albumine par litre d'urine la lactescence du sérum, comme dans les faits cités récemment par MM. Widal et Picard. Avec M. Lannelongue, dans les recherches que nous avons faites sur les infections à *proteus*, nous avons pu observer aussi un cas analogue. Un lapin sacrifié 4 mois 1/2 après l'inoculation présentait des lésions rénales et une forte albuminurie. Mais ce fait n'est pas général et le sérum était limpide chez plusieurs animaux infectés de même et albuminuriques.

Je crois qu'on peut rapprocher de ces cas un fait d'ascite laiteuse non chyleuse que j'ai observé l'an dernier; ce liquide renfermait des albumines en abondance : globuline et nucléo-albumine. L'état lactescent paraissait dû à d'innombrables granulations très fines et albumineuses.

M. Widal a observé deux nouveaux cas de lactescence du sérum.

M. Variot a observé la lactescence du sérum chez des chiens injectés au sérum antidiphthérique, et alimentés avec du lait. Aussi s'était-il demandé si la lactescence tenait au sérum antidiphthérique ou au régime lacté.

M. Widal fait observer que chez les chiens le sérum sanguin est souvent lactescent, surtout pendant la digestion. Quant à l'influence du régime lacté, il semble que chez les malades la lactescence du sérum diminue sous son influence.

Kyste dermoïde évacué par la vessie.

M. Le Gendre communique l'observation d'une malade âgée de 48 ans qui arriva à l'hôpital avec un état général simulant la fièvre typhoïde, et des phénomènes de cystite et de péri-cystite : les urines fétides laissaient déposer une forte couche d'aspect purulent, et renfermaient un peu d'albumine et des globules de pus.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, la malade fut prise un jour d'une envie impérieuse d'uriner, et après de grands efforts, expulsa une sorte de membrane constituée par un putrilage extrêmement fétide, qui fut reconnu au microscope comme constitué par de la matière sébacée et par un feutrage de cheveux. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde ouvert dans la vessie. L'opération montra que ce kyste était situé en arrière de la vessie, et adhérait aussi à l'intestin.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 3 Novembre 1896.

Conjonctivite d'origine animale.

M. Despagnet présente un petit malade atteint de conjonctivite d'origine animale, et ayant tous les symptômes que M. Parinaud a décrits, à savoir : des granulations avec de véritables végétations dans les culs-de-sac ou sur la conjonctive du

bulbe et des points jaunâtres donnant issue à du pus; pas de douleurs, ni de lésions de la cornée.

Cette affection a une origine animale, elle s'observe chez les personnes qui sont en contact avec des particules animales provenant de la viande de boucherie gâtée. L'enfant présenté habitait au-dessus d'une boucherie.

Le traitement employé consista en applications de vaseline iodoformée et en fomentations chaudes; on administra aussi, en raison de la fièvre, du sulfate de quinine. Les cautérisations au nitrate d'argent furent supprimées, en raison de l'aggravation qu'ils donnèrent à la conjonctivite.

M. Abadie. — M. Parinaud a eu le mérite d'appeler le premier l'attention sur cette forme de conjonctivite, mais depuis que j'ai vu pour la première fois cette maladie, le cadre s'est augmenté et il y a plusieurs variétés. J'ai observé des malades où l'affection siégeait sur les deux yeux et à l'asile de Vaucluse, où tous les enfants ont été malades, j'appris que l'Ecole où ils se réunissaient était adjacente à une porcherie, dans laquelle sévissait le rouget du porc qui avait décimé toute l'étable; par conséquent il y avait encore là une épidémie d'origine animale.

M. Parinaud. — Il se peut bien qu'il y ait des épidémies différentes de ces conjonctivites d'origine animale et même que des cas d'actinomycose simulent cette variété de conjonctivites; le cas particulier qui vient de nous être présenté est à noter à cause des ganglions qui n'ont pas suppuré. Quant au traitement, je crois qu'il ne faut pas irriter ces conjonctivites; il est toutefois indiqué de faire une antisepsie rigoureuse.

Retard de cicatrisation chez les opérés de cataracte.

M. Vignes. — Je viens de suivre 2 opérés de cataracte qui ont mis à cicatriser le premier 10 jours, le second 20 jours, et finalement ils ont guéri sans correction de l'astigmatisme opératoire, le premier présentant 15 jours après reformation de la chambre antérieure une vision égale à 0,3, et le deuxième, 4 jours après, une vision égale à 0,4.

Dans les 2 cas, j'ai procédé à la kératotomie, en taillant en pleine cornée un lambeau mesurant le 1/3 de la hauteur totale de la membrane. Les lambeaux étaient réguliers et se coaptaient exactement.

Mon premier malade était diabétique, amaigri, catarrheux, mais le second, venu de Pau, âgé de 59 ans, sans antécédent, ne souffrait de rien; le premier gardait difficilement le repos; le second était un modèle de patience; l'analyse d'urine de ce dernier ne décelait ni sucre ni albumine; seul le chiffre de l'urée était inférieur et ne représentait que le 1/3 seulement du taux moyen. Cet abaissement est-il une conséquence du changement de régime (séjour à la chambre) ou l'indice de troubles organiques et vitaux qui nous ont échappé?

Le premier malade avait, après guérison, la pupille normalement placée; chez le second, elle était un peu remontée, et cela tenait à l'accollement de l'iris aux lèvres de l'incision, qui s'est produit dans les 3 derniers jours. Ce dernier fait ne corrobore point l'opinion de Parinaud sur l'avantage du rétablissement tardif de la chambre antérieure, pour éviter le prolapsus de l'iris.

M. Valude. — Dans les cas de retard dans la cicatrisation et lorsque la chambre antérieure ne se rétablit pas, l'iridectomie donne rapidement le résultat désiré.

M. Parent se demande si l'iridectomie est vraiment indiquée, du moment qu'il ne se produit point d'accidents dans ces retards de la cicatrisation.

M. Abadie. — Lorsque la cornée reste transparente, il n'y a aucun danger, mais lorsqu'elle devient trouble au niveau de la plaie et que la chambre antérieure ne se reforme point, il faut souvent incriminer l'incision qui a été pratiquée trop en plein tissu cornéen. Quant à l'iridectomie, elle est difficile à pratiquer lorsqu'il n'y a pas de chambre.

M. Chevallereau. — Il ne faut point incriminer la direction de l'incision lorsque les adhérences iriennes existent loin de l'incision.

M. Despagnet a employé l'atropine sans aucun succès dans ces cas.

M. Kœnig. — J'ai opéré des diabétiques qui venaient de faire des cures alcalines et je n'ai presque jamais eu de retard dans la cicatrisation.

M. Terson. — Il faut faire intervenir surtout les conditions locales dans ce retard de la cicatrisation.

L'état général n'agit que comme cause éloignée. Dans 1 cas où la chambre antérieure resta ouverte pendant 1 mois 1/2, je fis, par la plaie restée ouverte, une iridectomie, et en 2 jours la plaie était fermée; il faut donc en arriver là lorsque la plaie ne se ferme point et que le malade s'impatiente, commet des imprudences et par conséquent est exposé aux dangers permanents d'infection et d'enclavement de l'iris.

M. Boucheron. — Un grand nombre de dacryocystites purulentes sont produites par des streptocoques, comme le démontrent les recherches bactériologiques.

La dacryocystite à streptocoques et purulente, paraît être fréquente et est caractérisée par la présence des streptocoques dans le pus, par les phlegmons du sac lacrymal, par la conjonctivite lacrymale fréquente et la rhinite. Le rétrécissement du canal nasal précède souvent et accompagne presque toujours la purulence du sac. La sérothérapie est indiquée pour les cas rebelles. Avec l'injection hypodermique du sérum de Marmorek, à la dose de 5 centim. cubes 3 ou 4 fois en quelques jours, on voit, sans autre traitement, disparaître la purulence du sac lacrymal, la conjonctivite lacrymale et la rhinite coexistantes en peu de jours.

Dans les streptococcies locales des organes oculaires, capables de produire des complications lors des opérations de cataracte ou autres, et lors des traumatismes oculaires, la sérothérapie antistreptococcique peut être employée préventivement. De même dans les complications purulentes des opérations de cataracte où la streptococcie est souvent en cause, la sérothérapie est applicable lorsque le microscope et des cultures ont révélé la présence d'un streptocoque. Ces conditions d'un traitement sérothérapique sont des plus favorables dans ces streptococcies locales.

M. Galezowski. — Il ne faut point délaisser les anciennes méthodes qui ont fait leurs preuves. Le cathétérisme par les sondes de gros calibre donne de bons résultats. Dans les suppurations du sac on trouve toujours des streptocoques; il faudrait donc toujours pratiquer la sérothérapie, tandis que les grosses sondes rétablissent le trajet du canal et permettent l'écoulement du pus par le canal élargi, et la guérison s'achève en 10 ou 15 jours.

M. Boucheron. — Comme M. Galezowski, je donne la préférence aux grosses sondes et j'admets parfaitement le traitement chirurgical, puisque la sérothérapie ne peut évidemment pas remédier aux rétrécissements ni aux oblitérations.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 Novembre 1896.

Traitement des cancroïdes par le bleu de méthylène.

M. Ducastel a modifié de la façon suivante le traitement des cancroïdes par le bleu de méthylène préconisé par Darier :

Il prépare la surface opératoire par un grattage qui remplace le cataplasme et ne fait qu'une application tous les 8 jours, avec des résultats aussi bons que ceux de M. Darier. Il recouvre ensuite l'onction d'une couche de collodion.

Quand le bleu de méthylène ne semble plus activer la guérison, il suffit d'une application de naphtol camphré pour redonner au bleu son activité première.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison ne met pas à l'abri des récidives qui sont traitées comme la lésion primitive.

L'emploi du bleu de méthylène donne lieu tantôt à de véritables guérisons, tantôt à de simples êts dans l'évolution de la lésion.

M. Landouzy a essayé sans succès le bleu de méthylène.

G. Masson, *Propriétaire Gérant*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Des causes de l'alcoolisme et des moyens de le combattre.

Leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 10 juin 1896

Par M. A. Joffroy.

La question des causes de l'alcoolisme et la recherche des moyens propres à l'enrayer est des plus complexes et cette complexité est la cause des résultats erronés et contradictoires auxquels sont arrivés ceux qui se sont occupés de cette question. C'est un point sur lequel j'ai insisté bien des fois dans mes leçons.

Dans les discussions récentes qui se sont produites soit aux tribunes de l'Académie ou du Parlement, soit même dans des publications scientifiques, on semble croire que la question se réduit à celle des impuretés de l'alcool. C'est là une grosse erreur.

Il est bien évident qu'un alcool pur est moins toxique qu'un alcool qui renferme des impuretés, mais dans les alcools livrés à la consommation, la différence n'est pas aussi grande qu'on le croit et cela pour deux motifs :

C'est que les impuretés sont toujours en petites proportions et que d'autre part l'alcool éthylique, qui représente toujours la plus grande partie de l'eau-de-vie est lui-même très toxique, et c'est cette toxicité de l'alcool éthylique le plus pur que semblent avoir perdu de vue ceux qui réduisent la question à l'étude des impuretés.

Déjà dans le travail que nous avons publié avec M. Serveaux sur le degré de toxicité du furfurol, nous faisions remarquer que si le furfurol avait un pouvoir toxique considérable puisqu'il suffit de $0^{gr}14$ pour tuer 1 kilogramme de lapin et de $0^{gr}20$ pour tuer 1 kilogramme de chien, son rôle nuisible se trouvait réduit à bien peu de chose dans les eaux-de-vie de table, à cause des proportions minimes dans lesquelles on l'y trouvait. En effet, X. Roques, dans son *Analyse des alcools et eaux-de-vie* publiée dans l'Encyclopédie Léauté, donne des chiffres qui peuvent se résumer approximativement comme il suit : dans un litre de rhum à 55°, il y aurait de $0^{gr}015$ à $0^{gr}040$ de furfurol environ; dans un litre de cognac ou d'armagnac à 55°, il y aurait de $0^{gr}005$ à $0^{gr}015$ de furfurol environ; dans un litre de kirsch, seulement $0^{gr}005$, moins encore dans le 3/6 de Montpellier et seulement des traces dans les eaux-de-vie de cidre, de poiré et la plupart des eaux-de-vie de marc. Or, quelque élevé que soit le coefficient de toxicité du furfurol que nous avons précédemment indiqué, si réellement le furfurol n'est pas plus abondant dans les eaux-de-vie de table, il n'augmente que de bien peu leur toxicité.

Du reste, pour montrer le bien fondé de cette assertion : que les impuretés ne jouent qu'un rôle moins important qu'on ne le croit habituellement dans la toxicité des alcools de table, il suffit d'étudier les tableaux suivants :

1° Si nous prenons un litre d'alcool éthylique chimiquement pur, autrement dit de l'alcool de cœur, tel qu'on peut l'obtenir avec les appareils à colonne les plus perfectionnés, nous trouvons que la toxicité de cet alcool éthylique est de $7^{gr}75$ environ; ce qui veut dire que pour tuer un animal d'un certain nombre de kilogs, il faudra lui injecter dans les muscles ou dans le sang autant de fois $7^{gr}75$ d'alcool éthylique qu'il y a de kilogs.

Un litre d'eau-de-vie à 50° fait avec cet alcool éthylique pur représente 500 centim. cubes d'alcool éthylique lesquels tueraient $\frac{500^{c3}}{7^{gr}57}$ c'est-à-dire 64^k500.

2° Si maintenant nous prenons un litre d'alcool renfermant des impuretés : cognac, armagnac, marc de Bourgogne, kirsch, rhum, eau-de-vie de cidre, nous pouvons pour chacun d'eux faire un calcul semblable.

Ainsi, par exemple, dans un litre de cognac 1893 M. X. Roques signale :

500^{c3}	alcool éthylique.
0,605	éthers.
0,039	adéhydes.
0,006	fulfurol.
0,994	alcools supérieurs.

Les recherches de Dujardin-Beaumetz et Audigé nous ont fait connaître les coefficients de toxicité de ces différents produits :

Alcool éthylique	$7^{gr}75$
Éther	4^{gr}
Aldéhyde	1^{gr}
Alcools supérieurs	$1^{gr}50$

et nous avons nous-même fixé le coefficient de toxicité du furfurol à $0^{gr}14$.

En tenant compte de la toxicité différente de chacun de ces différents produits on trouve que :

500^{c3}	d'alcool éthylique tueraient.	64^k500
0,635	éthers tueraient	0^k159
0,039	aldéhydes tueraient	0^k039
0,006	fulfurol tueraient	0^k043
0,994	alcools supérieurs tueraient.	0^k662
	Total	65^k403

De sorte qu'au total ce litre de cognac est capable de tuer 65^k403, chiffre bien peu supérieur à celui obtenu

pour le litre d'alcool éthylique rectifié et parfaitement pur qui est $64^{k}500$.

Si nous prenons de l'eau-de-vie de Montpellier dite 3/6 et que nous fassions le même travail nous obtenons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers.	0,356	—	$0^{k}089$
Aldéhydes . . .	0,055	—	$0^{k}055$
Furfurol. . . .	traces	—	—
Alcools supérieurs.	0,391	—	$0^{k}260$
Un litre d'eau-de-vie de Montpellier tuerait donc			$64^{k}904$

Pour l'armagnac de moins d'un an nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	0,368	—	$0^{k}092$
Aldéhydes. . .	0,115	—	$0^{k}115$
Furfurol . . .	0,0145	—	$0^{k}103$
Alcool supérieurs.	1,076	—	$0^{k}717$
Un litre d'armagnac tuerait donc. . .			$65^{k}527$

Pour le marc de Bourgogne (Beaune 1893) nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	2,186	—	$0^{k}546$
Aldéhydes. . .	2,594	—	$2^{k}594$
Furfurol	traces	—	»
Alcools supérieurs.	1,252	—	$0^{k}837$
Un litre de vin de Bourgogne tuerait donc			$68^{k}477$

Pour le kirsch (sans tenir compte de l'acide cyanhydrique) nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	0,369	—	$0^{k}092$
Aldéhydes. . .	0,06	—	$0^{k}060$
Furfurol . . .	0,005	—	$0^{k}035$
Alcools supérieurs.	0,472	—	$0^{k}314$
Un litre de kirsch tuerait donc. . . .			$65^{k}001$

Pour le rhum de la Martinique nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	0,763	—	$0^{k}191$
Aldéhydes. . .	0,153	—	$0^{k}153$
Furfurol . . .	0,34	—	$0^{k}243$
Alcools supérieurs.	0,387	—	$0^{k}258$
Un litre de rhum tuerait donc			$65^{k}345$

Pour l'eau-de-vie de cidre de Caen nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	1,23	—	$0^{k}307$
Aldéhydes. . .	0,138	—	$0^{k}138$
Furfurol . . .	0,005	—	$0^{k}035$
Alcools supérieurs.	0,802	—	$0^{k}533$
Un litre d'eau-de-vie de cidre de Caen tuerait donc			$65^{k}513$

Pour l'eau-de-vie de cidre de Gournay 1895 nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	1,228	—	$0^{k}307$
Aldéhydes. . .	0,085	—	$0^{k}085$
Furfurol . . .	0,01	—	$0^{k}071$
Alcools supérieurs.	0,228	—	$0^{k}152$
Un litre d'eau-de-vie de cidre de Gournay tuerait			$65^{k}115$

Chiffre inférieur à celui de la toxicité du cognac et de l'armagnac.

Pour l'eau-de-vie de prunes (Lorraine) nous trouvons :

Alcool éthylique	500^{c3}	qui tueraient.	$64^{k}500$
Ethers	10,492	—	$2^{k}623$
Aldéhydes. . .	1	—	1^{k} »
Furfurol . . .	0,010	—	$0^{k}071$
Alcools supérieurs.	0,605	—	$0^{k}403$
Un litre d'eau-de-vie de prunes tuerait donc			$68^{k}597$

En résumé voici ce que nous avons :

Un litre d'alcool éthylique pur supposé à 50°	tue	$64^{k}500$
— d'eau-de-vie de Montpellier	—	$64^{k}904$
— de kirsch	—	$65^{k}001$
— E.-de-V. de cidre (Gournay 1895)	—	$65^{k}115$
— rhum Martinique	—	$65^{k}345$
— cognac 1893	—	$65^{k}403$
— eau-de-vie de cidre (Caen)	—	$65^{k}513$
— armagnac (mois de mars)	—	$65^{k}527$
— marc de Bourgogne (Baune 1893)	—	$64^{k}477$
— eau-de-vie de prunes (Lorraine)	—	$68^{k}597$

On voit qu'entre le chiffre minimum de $64^{k}500$ et le chiffre maximum de $68^{k}597$, il n'y a qu'une différence bien faible et qu'en somme ce qui donne au produit la plus grande partie, ou pour mieux dire la presque totalité de sa toxicité, c'est l'alcool éthylique, qui, sans contredit est le moins toxique de tous ces produits, mais qui est tellement plus abondant que c'est lui qui joue le rôle principal comme poison.

Je sais bien qu'il ne faudrait pas considérer comme absolument exacts les calculs précédents, car d'une part les coefficients de toxicité des impuretés de l'alcool ne sont qu'approximatifs (et nous sommes en train de les reviser), d'autre part ils s'appliquent à l'intoxication aiguë et non à l'intoxication chronique. Or, différentes circonstances, et en particulier la lenteur et la difficulté de l'élimination rénale peuvent faire qu'une substance donnée dont le coefficient de toxicité est peu élevé donne lieu à des lésions rapidement très graves dans l'intoxication chronique, et qu'en réalité l'usage habituel de cette substance soit bien plus dangereux que n'aurait permis de le soupçonner l'étude de son pouvoir toxique dans l'intoxication aiguë. — Ces remarques, qui s'appliquent plus particulièrement à certaines impuretés nous montrent qu'il ne faut pas, par une réaction mal motivée, regarder la rectification des alcools comme n'étant d'aucune utilité.

Nous ajouterons que tout ce que nous venons de dire s'applique seulement aux alcools de bon goût. Or, chacun sait qu'ils ne sont pas les seuls à être livrés à la consommation et que des industriels peu scrupuleux n'hésitent pas à mettre en vente des alcools de mauvais goût et même des phlegmes de distillateurs, sous forme de liqueurs ou d'absinthe, afin de masquer par une substance aromatique le mauvais goût du produit alcoolique. La toxicité des produits fabriqués chez les liquoristes avec ces mauvais alcools peut être considérable, mais nous ne savons pas dans quelles proportions. C'est une question encore mal étudiée que celle du degré de toxicité des alcools de mauvais goût.

Quoiqu'il en soit, ce n'est s'attacher qu'à un des côtés de la question que de s'occuper uniquement des impuretés de l'alcool, et c'est commettre une erreur que de croire qu'en purifiant l'alcool on diminuera beaucoup les ravages de l'alcoolisme.

Un point de vue bien plus important que celui de la qualité, c'est celui de la quantité, et lorsqu'on dit que l'alcoolisme a fait des progrès considérables depuis que

l'on fabrique des alcools d'industrie, cela ne tient nullement à ce que ces produits sont plus toxiques que les autres; mais cela tient, et les statistiques le prouvent surabondamment, à ce que l'on consomme plus d'alcool.

Il reste donc bien établi que si l'alcool impur est un peu plus toxique que l'alcool pur, ce n'est pas là qu'il faut chercher la véritable cause des progrès de l'alcoolisme, mais dans l'augmentation considérable de la consommation.

Un troisième point de vue qui a une très grande importance et qui résulte des expériences très nombreuses que j'ai faites avec mon élève M. Serveaux, c'est que le degré de l'alcool au moment où il pénètre dans le torrent circulatoire modifie la puissance toxique de l'alcool.

Si on injecte à un animal de l'alcool à 25°, il faudra pour le tuer une dose d'alcool bien moindre que si on l'injecte à 15°. En d'autres termes l'alcool à un degré élevé a un pouvoir toxique plus grand que l'alcool à un faible degré. — C'est là une notion très importante qui doit attirer l'attention du législateur et qui est aussi bien démontrée par l'observation clinique que par l'expérimentation du laboratoire.

Les conclusions à tirer des faits précédents me paraissent être les suivantes, et j'ai déjà eu l'occasion de les signaler dans mes leçons cliniques faites à Sainte-Anne :

1° Il convient en tout cas de s'appliquer à ne produire que de l'alcool de bonne qualité en exigeant des fabricants l'emploi d'un outillage perfectionné et en particulier des appareils à colonne.

2° Il faut chercher à restreindre la consommation de l'alcool.

3° Que les obstacles que l'on doit mettre à la consommation de l'alcool doivent viser celui-ci d'autant plus qu'il a un degré plus élevé, ce qui revient à dire qu'il faut favoriser l'usage des boissons alcooliques faibles.

Pour arriver à ce résultat on pourrait par exemple exonérer de tout impôt les vins au-dessous de 10°; frapper d'un impôt léger les vins de 10° à 12°; frapper d'un impôt plus fort les vins de 12° à 15°; taxer beaucoup plus encore les vins de 15° à 20°; et pour les liqueurs et les eaux-de-vie, suivre la même gradation de manière que les eaux-de-vie fortes et surtout les liqueurs soient d'un prix extrêmement élevé.

En exonérant les vins au-dessous de 10° on s'opposerait fructueusement au vinage dont les conséquences au point de vue hygiénique sont des plus funestes.

Pour les bières on adopterait un système analogue en exonérant complètement les bières très faibles ou moyennes et en mettant un impôt sur les bières plus fortement alcoolisées.

En frappant d'un impôt très élevé les eaux-de-vie et surtout les eaux-de-vie fortes, on favoriserait la consommation des boissons alcooliques faibles, qui sont, comme nous l'avons dit, moins nuisibles que l'alcool à un fort degré de concentration.

L'ouvrier qui aurait le choix entre du vin à bon marché et de l'eau-de-vie à un prix très élevé choisirait de préférence ce qui lui coûte le moins cher et en même temps il prendrait ce qui lui est le moins nuisible.

En résumé il faut bien savoir que l'eau-de vie est surtout formée d'alcool éthylique, c'est ce que semblent avoir oublié la plupart de ceux qui se sont occupés de la question. A les entendre on croirait que l'alcool éthylique n'est pas toxique et on croirait que les impuretés contenues dans un litre d'alcool mal distillé ont un pouvoir nuisible bien plus grand qu'il ne l'est en réalité.

Or, l'alcool éthylique est toxique, c'est lui qui forme les 99/100 du total des alcools contenus dans un litre d'eau-de-vie de table, et c'est lui qui se trouve être la cause principale de la toxicité de l'eau-de-vie.

C'est donc la quantité d'alcool que l'on consomme, et surtout d'alcool que l'on consomme à un degré élevé, qui est la cause principale des progrès de l'alcoolisme; et c'est là qu'il faut frapper si l'on veut remédier à l'un des plus grands dangers qui menacent actuellement notre pays.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des injections intraveineuses de solutions physiologiques (*Lavage du sang*),

Par MM. Tuffier et Dujarier.

I

En 1887 et 1888, M. le professeur Dastre, à la Faculté des sciences, et son préparateur M. Loye ont établi les lois de l'innocuité du lavage du sang (1), et nous avons pu suivre leurs expériences.

On peut injecter dans le système circulatoire d'un animal des doses considérables de solution saline dite physiologique sans danger et sans douleur. Mais pour cela il faut réaliser deux conditions :

1° Le liquide injecté doit l'être à une température fixe, celle du sang de l'animal, et à une pression déterminant une vitesse de l'injection inférieure à un certain maximum (chez le lapin 3 c.c. par minute et par kilogramme de matière vivante, chez le chien 1 c.c. seulement). En somme *il n'y a pas de dose toxique mais une vitesse toxique.*

2° Les reins de l'animal doivent être sains.

Pendant cette injection la pression du sang reste normale, et si elle avait été abaissée antérieurement, elle remonte à la normale qu'elle ne dépasse plus. L'eau salée, qui est le liquide de choix, est éliminée par le rein et l'urine présente une composition variable suivant qu'on l'examine au début, pendant ou à la fin de l'injection. Au début c'est de l'urine normale. Puis l'urine perd son urée, elle devient aqueuse et salée, si bien qu'à ce moment l'animal représente un véritable tonneau des Danaïdes; le liquide injecté par les veines sort par la vessie. A la fin, lorsqu'on a cessé l'injection, le liquide, dont une partie s'était emmagasinée soit dans les séreuses, soit dans les parenchymes, s'élimine; mais l'urine devient de plus en plus riche en urée jusqu'à atteindre la composition normale. Il existe donc un mécanisme régulateur de la quantité d'eau de l'économie (2).

Dans une autre série d'expériences, MM. Dastre et Loye ont voulu essayer le lavage du sang chez des animaux à qui l'on injectait soit des toxines, soit des microbes (diphthérie, bacille pyocyanique, morve). Malheureusement les animaux en expérience sont toujours morts avant les animaux témoins; soit à cause de la diffusion des toxines par le lavage du sang, soit à cause de l'adhérence des toxines aux parenchymes. Aussi ces expérimentateurs essaient-ils de trouver un liquide ayant une affinité pour les toxines suffisante pour les entraîner.

1. Dastre et Loye, *Arch. physiol.*, 1888, p. 93, et 1889, p. 253; *C. R. Société de biologie*, 6 avril 1889, p. 261.

2. Ces expériences réussissent mal chez les animaux jeunes et chez ceux qu'on chloroformise, peut-être à cause de l'abaissement de la pression artérielle.

De ces recherches expérimentales sont nées des tentatives thérapeutiques chaque jour plus nombreuses et qui paraissent appelées à un brillant avenir dans toutes les branches de la médecine.

On a injecté des solutions salines dites physiologiques par 3 voies :

1° La voie sous-cutanée;

2° La voie péritonéale;

3° La voie vasculaire.

La voie *sous-cutanée* a été employée par Bernheim dans l'éclampsie; Chéron et De Fleury (1) dans la neurasthénie y eurent successivement recours. Mathieu montra leur action sur la tension artérielle (2). Une distinction s'impose ici entre les injections à faible dose, employées par la plupart des auteurs que nous venons de citer, et les injections sous-cutanées massives qui ont donné à plusieurs chirurgiens et notamment à Duret (3) de Lille d'excellents résultats.

La voie *péritonéale* est, en somme, celle qu'on emploie dans le lavage du péritoine avec la solution physiologique; mais dans ce cas on n'utilise l'absorption de sérum que d'une façon secondaire, puisqu'on cherche surtout à nettoyer mécaniquement le péritoine.

La voie *vasculaire* (4) est celle que nous avons le plus souvent employée, et que nous étudierons ici. On a fait aux *injections intra-veineuses* deux reproches : 1° elles seraient difficiles à pratiquer et dangereuses dans leurs effets; 2° la voie sous-cutanée remplirait le même but. Pour les *difficultés*, lorsqu'on possède une technique bien réglée et une expérience de quelques cas, il n'y en a guère. Quant aux *dangers*, il en est de bien chimériques. L'entrée de l'air dans les veines, facile à éviter d'ailleurs, n'a aucune importance, comme le montre l'expérimentation physiologique

Chez un malade au pouls faible et au cœur gras, Duret n'osa pas pratiquer l'injection intra-veineuse et eut recours à la voie sous-cutanée. Nous nous demandons quel danger il y aurait eu à faire pénétrer le liquide par les veines, à condition de rester dans les limites voulues de pression. On a parlé de la facilité de l'infection; mais avec les précautions antiseptiques que l'on doit toujours prendre actuellement, l'objection est de peu de valeur. Les injections sous-cutanées ne sont pas, d'ailleurs, absolument exemptes du même reproche.

Les avantages des injections intra-veineuses sont nombreux. L'effet produit est rapide, l'absorption est certaine. Enfin nous savons qu'à partir d'un certain degré d'hydratation du sang le liquide injecté dans le tissu cellulaire n'est plus absorbé, et c'est précisément à ce moment que l'absorption produirait une diurèse abondante. Delbet (5), dans un excellent article sur l'hématocalharsise ou lavage du sang fait, il est vrai, remarquer que la preuve expérimentale de ce fait n'a été fournie par lui que dans les cas de lavage du péritoine (6). Mais le tissu cellulaire absorbe par ses espaces lymphatiques, en sorte qu'on peut sans témérité lui attribuer les mêmes propriétés qu'au péritoine.

1. Congrès de la Société pour l'avancement des sciences, tenu à Besançon.
2. *Gazette des hôpitaux*, 1893.
3. *Semaine gynécologique*.
4. Nous ne parlerons pas des injections intra-artérielles qu'on a faites soit dans le bout cérébral soit dans le bout périphérique. Il faut une pression très considérable et on a noté un cas de gangrène de la main.
5. Delbet, *Presse médicale*, 1896.
6. Delbet, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1889.

On peut pratiquer ces injections intra-veineuses massives dans 3 séries de cas :

1° Dans les hémorrhagies;

2° Dans les maladies infectieuses médicales;

3° Dans les infections chirurgicales et obstétricales.

Le principe de l'utilité des injections intra-veineuses dans les hémorrhagies est admis par tout le monde. Nous les avons employées avec plein succès dans un cas d'hémorrhagie grave. Le mécanisme de leur action a été bien présenté dans un travail consciencieux et documenté de Gervais de Rouville (1). On meurt d'hémorrhagie non par insuffisance du nombre des hématies, mais par abaissemen trop considérable de la tension intra-vasculaire, comme l'a dit Goltz et comme Schwartz l'a démontré. Le cœur se contractant à vide accélère ses battements; l'injection intra-veineuse vient lui fournir un point d'appui et en le distendant provoque sa contraction. Certains cas signalés par Jayle (2), où des malades sans respiration ni battements cardiaques ont été rappelés à la vie pour quelques heures, ont toute la valeur d'expériences physiologiques pour montrer cette influence de la distension du cœur sur sa contraction.

Nous classerons dans le même ordre de faits les injections intra-veineuses dans les cas de choc traumatique, et nous sommes décidés à faire précéder d'une injection de sérum toutes les interventions pratiquées après les grands traumatismes et surtout après les écrasements de tout un segment de membre.

Dans les hémorrhagies et le choc traumatique, les injections intra-veineuses agissent uniquement en relevant la tension artérielle. Au contraire, dans les faits d'infection que nous allons maintenant passer en revue, il y a 2 temps : 1° élévation de la tension artérielle; 2° élimination des toxines par les divers émonctoires. D'ailleurs dans la première classe de faits l'injection empêche dans une certaine mesure l'infection, qui, on le sait, se produit avec la plus grande facilité chez les individus à faible tension artérielle.

Dans les *infections médicales* ou tout au moins ne succédant pas à une intervention chirurgicale, le rôle du sérum artificiel est bien net quoique moins vulgarisé.

On sait les bons résultats donnés par les injections intra-veineuses massives dans le choléra à Hayem, à Galliard, à Fernet et Mathieu. Ici d'ailleurs, ces injections agissaient surtout en rendant aux tissus l'eau perdue par les vomissements et la diarrhée.

L'un de nous vient de présenter à la *Société de biologie* (3) 2 cas de tétanos guéris par les injections de sérum. Mais ici on a eu recours à la saignée suivie d'injection; à la saignée transfusion, suivant l'expression de Mairet et Bosc qui ont, eux aussi, employé cette méthode pour d'autres cas d'ailleurs. Elle serait à expérimenter également dans les cas d'éclampsie et d'urémie d'origine extra-rénale. Quelques bons résultats ont déjà été publiés et l'on peut prévoir que la généralisation de cette méthode thérapeutique est près de se réaliser. Nous mettrons aussi dans cette catégorie les deux faits donnés par Delbet, l'un de lymphangite avec érysipèle, l'autre d'angine avec infection pulmonaire. Ces deux faits sont à bien séparer de ceux où l'on injecte la solution physiologique à des sujets au pouls misérable et au cœur défaillant. D'ailleurs tous les intermédiaires existent et, dans les cas que nous allons maintenant étudier, les injections agis-

1. G. de Rouville, *Nouveau Montpellier médical*, 1894.
2. Jayle, *Presse médicale*, 1896.
3. Tuffier, *Société de biologie*, mai 1896.

sent à la fois en tonifiant le cœur et en lavant le sang.

A la suite de grandes interventions chirurgicales, surtout après des hystérectomies, abdominales ou vaginales, il se produit des troubles graves dus quelquefois au choc opératoire, mais le plus souvent à la septicémie péritonéale. Le pouls est à 130°, 140° ou plus, petit, inégal, irrégulier; la température est normale ou abaissée; la respiration est fréquente et les malades se plaignent de dyspnée; les urines sont rares et foncées; le faciès est grippé, lèvres pincées, nez froid, violacé, yeux cerclés et excavés. Les sujets sont nerveux, inquiets, agités. Quelques vomissements surviennent, puis c'est la mort surprenant le malade en pleine connaissance. Ces opérés étaient jadis considérés comme perdus et le clinicien avait vite fait de reconnaître la gravité de ces infections au travers de l'apparente bénignité des symptômes. C'est précisément dans ces cas que les injections intra-veineuses massives font merveille et permettent de sauver nombre de malades jadis voués fatalement à la mort.

Aux cas déjà signalés, nous ajouterons les nôtres :

Sur 6 cas d'hystérectomie présentant des phénomènes graves d'infection et injectés nous notons 4 succès et 2 morts. Une laparotomie pour anus iliaque avec phénomènes pulmonaires. Mort.

Une appendicite avec hémorrhagie intra-péritonéale, puis infection. Mort, mais au bout de 4 à 5 jours et après avoir obtenu presque une résurrection par les injections.

Dans les infections puerpérales, les injections intraveineuses sont absolument indiquées, et les beaux succès donnés à Duret par des injections sous-cutanées font présager des succès plus rapides encore quand l'injection se fera directement dans les veines. Dans ces cas, bien entendu, le curettage et les soins locaux seront les premiers temps du traitement et suffiront.

Dans les infections du rein les injections intra-veineuses donnent des résultats plus problématiques. Sans doute la langue redevient souvent humide, sans doute on a cité quelques cas d'urémie améliorés par les injections (Delbet, Duret et Fourmeaux); mais lorsque c'est bien le rein qui est malade, lorsque le filtre ne fonctionne plus, le lavage du sang, ne donne rien.

Dans deux cas de notre pratique, l'un de pyélonéphrite double avec néphrectomie, l'autre d'urémie chez un vieillard opéré, la survie de quelques jours a été bien nette, mais la mort n'a pu être évitée. On sait que dans un cas de ce genre, Lejars obtint par les injections intra-veineuses une infiltration aqueuse de tous les tissus de l'organisme, véritable hydrotomie. Peut-être, en sachant distinguer les cas, arrivera-t-on à de bons résultats dans certaines lésions rénales.

II

La *technique* de l'injection est simple, cependant quelques questions se posent actuellement. Quelle solution employer? quels instruments faut-il avoir à sa disposition? où et comment faut-il faire l'injection? quelle quantité injecter? quels sont les effets de l'injection? tels sont les différents points sur lesquels nous allons insister.

Nous employons la solution d'Hayem modifiée :

Eau distillée. . . .	1 litre
Chlorure de sodium.	8 grammes.
Sulfate de soude . .	10 grammes.

Fernet et Mathieu se sont servis d'une formule analogue :

Eau distillée	1 litre
Chlorure de sodium .	6 grammes.
Hydrade de soude . .	0 gr. 05

Duret emploie 7gr30 de sel par litre; d'autres sont allés jusqu'à 10 grammes. Il ressort des dernières discussions à la *Société de biologie* (Dastre-Malassez) qu'il vaut mieux élever la quantité de sel et que les globules rouges résistent le mieux à une solution de 8 à 10 p. 1000. Quant aux globules blancs ils ne présentent quelques altérations légères que dans des cas d'injections très abondantes et très répétés. Cette solution dite physiologique cédera peut-être le pas à d'autres compositions capables d'attirer et d'entraîner les toxines, mais les recherches dans ce sens sont encore infructueuses et la glycose employée déjà par Biedl et Kraus (1) n'a pas paru donner grands résultats.

Pour pratiquer une injection intra-veineuse, il faut avoir à sa disposition la solution saline et un appareil à injections. Il faut 1 500 à 2 000 grammes de sérum, stérilisé à l'autoclave (2), etc., tout au moins bouilli. On le maintient au moment de l'injection à 40° environ, les manipulations suffisent à l'abaisser de quelques degrés. Puis un bock ou un entonnoir en verre avec un tube en caoutchouc à l'extrémité duquel on aura fixé un trocart assez fin pour entrer facilement dans une veine de 3 millimètres de diamètre. Le tout a été stérilisé ou bouilli (3).

Maintenant *où faire l'injection?* On peut choisir une veine superficielle quelconque du bras ou de la jambe. Nous conseillons la saphène interne au-devant de la malléole. Souvent visible, surtout après compression du tiers inférieur de la jambe, elle est toujours sensible au palper et on la fait facilement rouler sous le doigt. Mais il faut bien savoir que c'est tout à fait en avant de la malléole interne et non à sa face interne qu'il faut la chercher; on ne trouverait là que de petites veines, tributaires de la saphène, difficiles à utiliser.

Sans anesthésie préalable, les tissus fixés entre le pouce et l'index de la main gauche, on pratique une incision de 2 centimètres au niveau de la veine vue ou sentie; elle est assez profonde et, chez les sujets gras il ne faut pas se perdre dans la graisse sous-cutanée; elle est assez souvent recouverte d'un fascia un peu résistant, qu'il faut effondrer. La veine apparaît alors, quelquefois bleue, souvent grisâtre; elle est épaisse et a l'aspect d'une artère. On la dénude avec soin et on la charge sur une sonde cannelée. Puis on la saisit avec une pince à griffe, et avec le bistouri on fait à sa paroi une petite oreille dont la base adhérente est située du côté de la racine du membre. Le sang sort à ce moment. Sans lâcher de la main gauche la pince qui tient le lambeau veineux, on saisit de la main droite le trocart, on laisse s'écouler une certaine quantité de sérum pour chasser l'air et on l'introduit dans la plaie veineuse de 2 centimètres environ. On fait élever le bock à 1m50 au-dessus du plan du lit. Le liquide passe alors et on en est averti par une sensation de thrill très manifeste perçue par le doigt placé sur la veine à 1 centi-

1. *Presse médicale*, 11 mars 1896.

2. Il ne faut stériliser que 10 minutes à 115°, sans quoi il se forme avec les parois du verre des sels d'alumine très toxiques. La production de ces sels est variable suivant la qualité du verre.

3. Nous employons dans notre service un petit appareil imaginé par M. Voisin, interne en pharmacie. On conserve le sérum dans une série de ballons à deux tubulures. On n'a qu'à aboucher un caoutchouc au tube le plus court, à renverser le ballon qu'on pose sur un petit support approprié, fixé au mur; on évite ainsi les manipulations du sérum.

mètre en aval de la pointe du trocart. Il faut environ 25 à 35 minutes pour une injection de 1 500 grammes. Quand le liquide a presque totalement passé, on pince le tube, on enlève le trocart et on fait un pansement antiseptique et compressif. Pas n'est besoin de ligature ou de suture; car si l'on veut faire une 2e et une 3e injection, la même incision cutanée et la même plaie veineuse pourront servir. Il faudra seulement avoir soin de pousser le trocart de plus en plus dans la veine, dont un caillot obture l'extrémité. La sensation de thrill avertit toujours du passage du liquide. Cette petite manœuvre permet d'éviter au malade la douleur d'une nouvelle incision et ne provoque pas d'embolie.

Quelle *quantité* de sérum faut-il injecter? Nous savons qu'il n'y a pas de dose toxique, mais une vitesse toxique. Aussi n'hésitons-nous pas à faire 1 ou 2 injections par jour de 1 500 à 2 000 grammes. On sait que dans des cas d'hémorrhagie on a pu injecter des doses encore plus considérables, 3 ou 4 litre d'un seul coup; et, le cas échéant, il ne faut pas s'effrayer de pareilles quantités.

On peut leur adjoindre des injections sous-cutanées de 500 à 800 grammes, pour obtenir une diurèse plus abondante. Le tout sera répété pendant le nombre de jours nécessaires au relèvement définitif de la tension artérielle. Peut-être est-ce à la parcimonie des doses injectées que certains chirurgiens doivent l'échec de leur thérapeutique ou la lenteur de leurs résultats.

Quel effet produisent ces injections?

Certains incidents peuvent les suivre. Un frisson peut survenir quelque temps après l'injection; une douleur abdominale plus ou moins passagère; le malade sent parfois le liquide pénétrer et accuse une sensation de fraîcheur. Il n'y a rien là qui mérite de fixer l'attention. Les effets les plus nets ont trait aux modifications du pouls et de la température, des sécrétions, de l'état général et de l'état local. Le pouls, dans les infections, devient fort, moins fréquent, moins irrégulier. Si on applique le doigt sur l'artère radiale avant et pendant l'injection, on est frappé de ce changement.

Dans les cas d'hémorrhagie ou de choc traumatique le *pouls* s'accélère, redevient perceptible quand il ne l'était plus et acquiert rapidement une force et une amplitude très remarquables. Les effets sur la *température* varient avec les cas. Quand il y a de l'hypothermie soit dans les infections péritonéales, soit surtout dans les hémorrhagies, la température s'élève; on peut ainsi gagner 1 ou 2 degrés. Au contraire, dans les infections avec hyperthermie, la température s'abaisse dans les 2 heures qui suivent; le fait était très net chez un malade, traité ainsi au cours d'une pyélonéphrite grave. Le malade, qui présentait 40° au moment de l'injection, avait 40°6 quelques minutes après, pour tomber bientôt à 39° ou 38°. Il y a donc encore de ce côté des faits à élucider.

La *sécrétion urinaire* suit la tension artérielle, se régularise; on note souvent après l'injection une abondante émission d'urines, probablement très toxiques. Au reste, la poussée vers les émonctoires est générale; on note des sueurs, de la sécrétion salivaire, de la diarrhée. L'état général se modifie profondément. Le malade, qui était prostré, se réveille, parle, renaît à la vie; le faciès grippé disparaît parfois. Cette modification du facies était tout à fait remarquable chez le malade opéré d'appendicite dont nous avons parlé. Quant à l'état local, il se modifie aussi dans un bon sens. Dans les hystérectomies il se fait un abondant suintement toujours de bon augure; aussi insistons-nous sur l'importance du drainage dans toutes les septicémies péritonéales post-opératoires qui sont soumises à la méthode des lavages du sang.

Les *résultats définitifs* éloignés de ces injections paraissent satisfaisants, nous avons noté deux fois un léger œdème des deux jambes pendant la convalescence de nos malades, œdème qui a disparu après quelques semaines, et, quant à l'influence sur la santé générale ultérieure, on peut affirmer qu'elle est nulle, puisque nos malades revus 1 et 2 ans après leur guérison n'avaient aucun trouble.

Conclusions :

1° Les injections intraveineuses de solution physiologique à doses massives et répétées sont inoffensives et préférables dans certains cas aux injections sous-cutanées,

2° La solution la plus recommandable est celle qui altère le moins les éléments anatomiques et surtout les globules blancs dont le rôle dans les infections est capital (8 p. 1000 et au-dessus de chlorure de sodium). Elle est est presque isotonique pour les globules, et les altérations des globules blancs qu'elle peut provoquer n'ont lieu qu'à la longue. Peut-être devra-t-on modifier la composition du liquide injecté quand on aura trouvé une substance innocente pour les globules, douée d'une affinité spéciale pour les toxines. Cette solution doit être bouillie ou stérilisée à l'autoclave;

3° La saphène interne devant la malléole paraît être le lieu d'élection de l'injection. Il est à recommander de pratiquer une incision à oreille de la veine, d'introduire un petit trocart, de n'employer qu'une pression déterminée et surtout d'observer l'asepsie la plus parfaite. L'introduction de quelques bulles d'air n'offre aucun danger. Les ligatures et les sutures sont inutiles;

4° Ces injections sont applicables dans les hémorrhagies très abondantes, dans les cas de choc traumatique ou opératoire, dans les infections médicales, chirurgicales et obstétricales, mais surtout dans ces deux dernières. Dans les infections du rein les résultats sont problématiques.

5° Le drainage paraît indispensable dans les cas de septicémie péritonéale post-opératoire.

6° Les effets obtenus sont : la régularisation du pouls, de la température et de la respiration. La tension artérielle, abaissée dans toutes les infections, remonte à la normale. Il y a une poussée d'élimination par les reins (diurèse abondante), l'intestin (diarrhée), la peau (sueurs) et les glandes.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Tallet. *De l'application de la synovectomie ou de l'arthrectomie au traitement de l'arthrite traumatique suppurée du genou.*

M. Jaubert (André). *De la grossesse à la suite des interventions pour suppuration pelvienne.*

M. Petges (Gabriel). *Essai sur le traitement de l'iodisme par l'extrait de belladone.* N° 1122.

M. Roux (Joanny). *Des rapports de l'hémianopsie latérale droite et de la cécité verbale.* N° 1106.

M. Henriot (Joseph). *Du diagnostic et du pronostic de la dothiénentérie avec lésions prédominantes sur le gros intestin.* N° 1131.

M. Goinard (Ernest). *La fièvre et les troubles nerveux dans le typhus exanthématique.* N° 1097.

M. Boichon (Joseph). *Des angines prémonitoires du rhumatisme articulaire aigu.* N° 1099.

M. Auguin (Gabriel). *Signification clinique du méningisme dans la grippe.* N° 1119.

M. Gauthier (Aimé). *Des hémorrhagies gastro-intestinales dans les cirrhoses du foie. Entérorrhagies expérimentales.* N° 1140.

M. Aronsohn (Eduard). *Quelques considérations sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire et sur l'effet favorable des inhalation de menthol.* N° 1109.

M. Serre (Gilbert). *De l'origine embolique des thromboses de l'artère pulmonaire, particulièrement chez les tuberculeux.* N° 1145.

M. Triviot (André). *Du cancer primitif de la plèvre.* N° 1157.

M. Boitel (Maurice). *Quelques considérations sur l'absorption cutanée. Essai sur le mode d'action des badigeonnages antithermiques. Gaïacol et spartéine.* N° 1147.

L'arthrotomie ne paraît pas à M. Tallet devoir être conservée comme la méthode de choix dans certains cas d'arthrite suppurée du genou ; elle constituera plutôt le premier temps de l'intervention. Dans les cas où l'arthrotomie serait insuffisante, la persistance des accidents généraux et locaux paraissant due à la présence de la synoviale infectée en surface et en profondeur, il y aura lieu d'en pratiquer l'ablation, c'est-à-dire l'opération de la synovectomie. Les suites éloignées de cette intervention pourront permettre d'espérer le rétablissement des mouvements. En présence de l'insuffisance de l'arthrotomie dans certains cas où l'état de l'articulation, les conditions du malade ne permettent pas d'espérer le rétablissement des mouvements et conseillent, au contraire, la recherche de l'ankylose, on aura recours à l'arthrectomie qui pourra donner la guérison avec le résultat cherché sans raccourcissement du membre. La synovectomie sera, de préférence pratiquée chez les enfants et les adulte, l'arthrectomie étant réservée aux malades plus avancés en âge.

M. Jaubert tente de prouver : « que dans bien des cas de suppuration pelvienne, on peut détruire la lésion, guérir la femme, tout en ménageant sa fonction génératrice, en lui laissant la faculté de concevoir et de mener à bien une grossesse normale. » En effet, *la fécondation est possible à la suite des lésions inflammatoires des annexes* et les lésions sont fréquemment unilatérales, malgré l'opinion dogmatique de Bandl. Une deuxième proposition, savoir la possibilité pour les trompes de recouvrer leur perméabilité après une inflammation guérie est prouvée par des raisons anatomo-pathologiques et des faits cliniques. Par contre, *à part l'infécondité nécessaire, la castration totale entraîne des troubles* qui doivent entrer en ligne de compte dans la discussion des indications opératoires.

Les suppurations pelviennes ne détruisant pas forcément la fonction génitale, dont la suppression totale est à éviter, *quelles sont les interventions directes qui ne compromettent pas cette fonction?*

a) Par la voie vaginale, il faut citer : le cathétérisme de la trompe (Boursier)) moyen dangereux et peu employé ; la ponction simple (Simpson et Tenneson) qui expose fatalement aux récidives ; l'incision vaginale (Récamier, surtout Laroyenne, Tuffier), intervention heureuse entre les mains de ces auteurs, mais qui donne lieu encore à de nombreuses discussions (Pozzi, Segond, Doléris) ; l'incision en deux temps de Wiedow : la laparotomie vaginale, pratiquée par Laroyenne, Condamin et Goullioud, soit pour ablation directe (Chatolin, th. 1894), soit pour salpingo-ovariotripsie, a des indications plus générales et plus larges que toutes les autres interventions ; enfin l'attraction des annexes dans le vagin, de M. Jaboulay.

b) Par la voie abdominale, Terrillon, Martin, Pozzi, ont eu des succès avec des opérations conservatrices. D'autres (Delbet), malgré l'opinion de Munde et Tait, pratiquent l'ablation unilatérale quand le cas l'autorise.

Enfin, le quatrième chapitre contient des observations de grossesses consécutives à des suppurations pelviennes guéries. 13 grossesses consécutives à l'incision vaginale (Mangin, Bétrix et Goullioud), 5 à l'ablation unilatérale des annexes par voie vaginale (Doléris, Goullioud, Fochier, Condamin), 14 aux opérations conservatrices par voie abdominale (Pozzi) ou à l'ablation unilatérale (Tait, Goullioud, Guillemet) ou aux deux moyens combinés (Pozzi).

L'auteur conclut avec M. Goullioud : « Nous considérons l'apparition d'une grossesse, chez une malade atteinte de salpingo-ovarite, comme le plus heureux événement : c'est l'assurance d'une guérison parfaite. »

L'iodisme dans la majorité des cas constitue une gêne et une incommodité très grandes pour les malades, ce qui rend souvent difficile la continuation du traitement. Quelquefois on observe des symptômes d'une haute gravité, parmi lesquels l'œdème de la glotte, l'albuminurie, pouvant aboutir à une lésion du rein : dans ces circonstances l'iodisme devient un danger. Dans l'un et l'autre cas, il mérite d'être traité.

L'emploi de la belladone semble être, selon M. Petges, le meilleur traitement de ces accidents, soit sous la forme d'extrait aqueux (à la dose de 4 à 6 centigrammes), soit sous la forme d'atropine (à la dose de 1/2 à 1 milligramme).

Parmi les symptômes de l'iodisme, il en est qui relèvent de la vaso-dilatation (œdèmes, albuminurie passagère, éruptions cutanées), et dans ces cas, la belladone agit en élevant la pression artérielle, par son action sur le cœur et sur les capillaires qu'elle resserre. D'autres, tels que le larmoiement, la salivation, sont explicables par des phénomènes excito-sécrétoires réflexes, dus à l'irritation que les composés iodés ont produite en s'éliminant. La belladone et l'atropine agissent alors, soit en arrêtant ces phénomènes excito-sécrétoires, soit en diminuant l'excitabilité des terminaisons nerveuses périphériques.

M. Roux conclut de son étude que l'hémianopsie et la cécité verbale ne sont pas nécessairement associées ; on peut avoir de l'hémianopsie avec cécité verbale ou sans cécité verbale, de même que de la cécité verbale sans hémianopsie.

L'association fréquente de la cécité verbale avec l'hémianopsie s'explique par les rapports intimes qui existent entre le pli courbe et le faisceau des radiations optiques. Pour expliquer l'absence de cécité verbale dans l'hémianopsie latérale droite, il faut faire intervenir les fibres calleuses inter-hémisphériques ; celles-ci sont lésées dans l'alexie sous-corticale ou cécité verbale pure.

Pour qu'il y ait cécité verbale sans hémianopsie, il faut une lésion du pli courbe assez superficielle pour respecter les faisceaux blancs sous-jacents.

L'absence d'hémianopsie dans la cécité verbale, ou l'aphasie totale, améliore considérablement le pronostic.

Quand les lésions de la fièvre typhoïde prédominent sur le gros intestin, elles provoquent généralement un ensemble de symptômes, qui peut permettre de reconnaître cette localisation spéciale de la maladie. Mais ces cas sont rares et le plus souvent ce diagnostic est difficile. Selon M. Henriot, il pourra être fait d'après les symptômes suivants :

1° *La diarrhée.* — C'est le symptôme le plus constant : cette diarrhée est profuse (de 8 selles et plus par 24 heures), souvent inconsciente, très fétide, conservant le caractère physique ordinaire des selles typhiques, mais souvent plus aqueuse et moins colorée.

2° *Le météorisme.* — Ce symptôme a une moindre valeur, car il se rencontre dans nombre de cas de fièvre typhoïde à localisation sur l'intestin grêle.

3° *La douleur*, localisée soit sur un point, soit sur un autre et quelquefois sur tout le trajet du gros intestin. Ce symptôme manque rarement lorsque les ulcérations existent, mais le plus souvent il est nécessaire de le rechercher et l'on constate que la pression abdominale provoque de la douleur dans certains cas où le malade n'accuse aucune souffrance spontanée.

4° *L'état général* est très mauvais (adynamique ou ataxique). Le pronostic de ces cas est grave.

Ayant observé une épidémie de typhus exanthématique en Algérie, M. Goinard conclut que la courbe thermique dans cette maladie présente une ascension rapide, atteint bientôt son fastigium où elle se maintient jusqu'à la défervescence, ne présentant que quelques oscillations déterminées par les rémissions matinales. La défervescence, quelquefois brusque, est ordinairement progressive, quoique rapide ; elle aboutit en certains cas à l'hypothermie et celle-ci se termine quelquefois par la guérison, mais plus souvent par la mort, au milieu d'accidents ataxo-adynamiques.

Pendant toute la durée de la maladie, les troubles nerveux occupent le premier plan de la scène clinique. Les principaux de ces troubles sont : la céphalalgie, la surdité, l'hyperesthésie, le délire, l'ataxo-adynamie. Leur évolution, parallèle à celle de la fièvre, dans les formes ordinaires, peut en être indépendante, et l'on observe alors la disparition de ces troubles avec continuation de la fièvre, ou, ce qui est plus frappant, la persistance des accidents nerveux coïncidant avec des températures normales ou avec l'hypothermie. Ces divers troubles paraissent résulter d'une action dynamique produite sur les centres nerveux par une toxine du microorganisme encore indéterminé du typhus.

D'après M. Boichon, l'angine prémonitoire du rhumatisme articulaire aigu se trouve dans 50 p. 100 des cas. Elle devance ordinairement de 3 à 4 jours les manifestations articulaires, mais il n'y a rien de fixe. On peut constater entre l'apparition de ces deux maladies un laps de temps variant de 2 à 20 jours.

Cette angine est le plus souvent simple, érythémateuse, mais elle peut se présenter sous toutes les formes ; pultacée, herpétique, phlegmoneuse. Aussi, peut-on dire qu'il y a non pas une angine mais des angines prémonitoires.

Leur symptomatologie ne présente rien de caractéristique.

Les recherches bactériologiques n'ont fait découvrir aucun agent spécifique. Les microbes vulgaires de la suppuration seuls ont été trouvés.

Les médicaments spécifiques du rhumatisme articulaire aigu n'ont pas une action constante sur l'évolution de ces angines.

L'auteur conclut que ces angines prémonitoires ne sont pas de nature rhumatismale. Toutefois l'amygdalite est une des causes qui favorisent l'apparition du rhumatisme : l'agent encore inconnu de cette dernière affection pénètre dans l'organisme rar les éraillures des tonsilles.

Le méningisme, étudié dans la grippe par M. Auguin, peut être *anatomique*, c'est-à-dire dû à des lésions (méningite, encéphalite aiguë hémorrhagique) ou *fonctionnel*. Ces distinctions ont leur utilité en clinique, à cause du pronostic. Aussi devra-t-on rechercher chez le malade s'il n'existe pas du côté des oreilles, des yeux, des fosses nasales ou de leurs dépendances quelque suppuration susceptible de s'être propagée vers l'encéphale. On devra également rechercher les signes de l'endocardite aiguë. Si cet examen fournit un résultat négatif, le diagnostic devient très délicat, un méningisme fonctionnel pouvant se dessiner avec la même netteté alarmante qu'un méningisme anatomique. Parfois cependant le syndrome sera incomplet, ses traits essentiels seront si vaguement ébauchés et la mobilité des signes sera telle qn'on devra plutôt songer à des troubles fonctionnels.

Les hémorrhagies gastro-intestinales sont une complication relativement rare des cirrhoses hépatiques et surtout de la cirrhose atrophique. Elles peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie, mais les observations semblent établir que c'est à la période de début et principalement avant l'apparition de l'ascite qu'elles sont les plus fréquentes. D'après M. Gauthier, la condition essentielle de ces hémorrhagies est la surcharge du sang en produits toxiques, consécutive à la fois à l'arrêt moins parfait des poisons d'origine digestive et à des infections diverses. Ses recherches expérimentales lui ont fait voir, en effet, qu'une faible quantité de toxines microbiennes (pneumobacilline) introduites dans le sang est capable de déterminer en très peu de temps des hémorrhagies gastro-intestinales remarquables par leur abondance. Ces hémorrhagies se produisent par l'intervention de deux facteurs : lésions intestinales provoquées par l'élimination des toxines, vaso-dilatation du système porte par irritation directe au réflexe des centres nerveux.

M. Aronsohn préconise, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, les inhalations d'air comprimé, chauffé et chargé de menthol, combinées avec l'exhalation dans l'air raréfié. Ces inhalations doivent être exécutées avec prudence, en commençant avec une faible pression. Chaque séance ne dure qu'une demi-heure, on doit encore recommander au malade de n'inhaler que par intervalles, afin de ne pas se fatiguer. Les inhalations faites, le malade doit s'abstenir pendant une heure de parler.

M. Serre estime qu'il n'existe aucun caractère clinique ou anatomique qui permette de dire d'un thrombus de l'artère pulmonaire qu'il est né sur place. La formation d'une thrombose autochtone dans l'artère pulmonaire est d'une extrême difficulté, selon lui, en raison de la vitesse de la circulation dans ses branches et parce que les lésions tuberculeuses de ses parois provoquent non la thrombose, mais la formation d'anévrysmes ou une perforation. Il est donc permis de croire que les caillots fibrineuses de l'artère pulmonaire sont toujours d'origine embolique; d'ailleurs les concrétions de système veineux périphérique sont facilement méconnues.

Sous le nom de cancer primitif de la plèvre, M. Triviot comprend les tumeurs malignes, parmi lesquelles le sarcome est le plus fréquent. Le cancer endothélial ou endothéliome n'en diffère pas sensiblement sous le rapport de l'aspect macroscopique. L'histoire clinique de ces néoplasmes ne met en évidence aucun signe pathognomonique. Quelquefois le sarcome primitif se développe en dehors de la cavité thoracique, ce qui permet alors facilement de faire le diagnostic.

D'après M. Boitel, le pouvoir absorbant de la peau pour les liquides et les solutions médicamenteuses est nul. Mais la peau absorbe facilement le gaz et les vapeurs. Le gaïacol en badigeonnage est absorbé par la peau; cette absorption rapide et intense se fait à l'état de vapeur. L'acide salicylique, le salicylate de méthyle sont également absorbés par la peau à l'état de vapeur.

La véritable action des badigeonnages de gaïacol résulte de l'*absorption*. L'irritation des nerfs sensibles de la peau ne semble avoir qu'un rôle très secondaire.

La spartéine employée en badigeonnages n'a pas d'action évidente. La baisse thermique qn'elle semble déterminer dans certains cas de phthisie n'est pas attribuable au badigeonnage lui-même, mais aux oscillations spontanées qui s'observent dans les courbes thermiques des tuberculeux.

Thèse de la Faculté de Toulouse.

M. Gancé (J.-P.-F.). *Résultats éloignés du traitement de l'endométrite cervicale par l'opération de Schrœder*. N° 162.

M. Bossard (A.). *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. De l'ovariotomie comme traitement de choix*. N° 121.

M. Bordo (Joseph). *Du traitement des blessures graves des doigts*. N° 127.

M. Lafage (L.-A.). *Traitement précoce des diverses formes de pied bot congénital par le massage et le port d'une gouttière spéciale*. N° 141.

M. Maffre (H.). *Des pseudarthroses. Rôle de l'interposition musculaire*. N° 147.

M. Lavat. (J.-F.-A.). *La chirurgie du rein à la clinique, de M. le Professeur Jeannel*. N° 77.

Dans sa thèse, M. Gancé décrit le procédé de suture employé par M. Jeannel, et au point de vue des résultats il conclut que la guérison de l'endométrite cervicale avec déchirure, traitée par l'opération de Schrœder, peut se maintenir pendant de longues années. Ce traitement, au lieu de mettre obstacle à la conception, semble la favoriser. La grossesse est plus exposée à se terminer avant terme. L'accouchement et le travail semblent plus courts et plus faciles. Les suites de couches, généralement bonnes, peuvent cependant se compliquer d'endométrite. L'opération de Schrœder peut être pratiquée au début d'une grossesse ignorée sans provoquer l'avortement, dans le cas d'endométrite cervicale.

Quand l'opération ne guérit pas les vieilles endométrites cervicales, elle diminue les phénomènes douloureux et les sécrétions morbides, et se trouve accompagnée d'une amélioration générale de la santé. Compliquée d'autres lésions, l'endométrite cervicale traitée par l'opération de Schrœder semble les faire rétrocéder ou les laisse dans une période stationnaire. Si le périnée

est déchiré, la périnéorrhapie s'impose pour abriter le col utérin contre une infection plus facile.

Ce traitement ne saurait prévenir ultérieurement l'épithélioma du col utérin ni l'endométrite du corps.

L'hygiène de la femme opérée de l'opération de Schrœder pour une endométrite cervicale avec déchirure du col, doit être plus sévèrement pratiquée que celle d'une femme ayant un col utérin normal et sain ; le col, réduit ou presque absent, semble exposer davantage la cavité utérine, ouverte aux infections subséquentes du vagin et de l'extérieur.

Quand il y a, à la fois, grossesse et kyste de l'ovaire M. A. Bossard soutient, avec son maître Jeannel, qu'on doit pratiquer l'ovariotomie sans attendre les accidents et prévenir ainsi les risques d'un accouchement anormal. L'opération ne lui semble pas plus grave qu'en temps ordinaire lorsqu'on a affaire à un simple kyste de l'ovaire. Si l'on évite de toucher à l'utérus, il n'y aura pas, le plus souvent, avortement post-opératoire. Delagénière, Jeannel attachent une importance capitale aux soins vaginaux avant et après l'opération. C'est l'infection venant du vagin qui causera l'avortement, si avortement il y a. La question de l'anesthésique est sans grande importance : c'est toujours le chloroforme qui a été employé par M. Jeannel et M. Delagénière, et son emploi n'a jamais donné lieu, avec l'ovariotomie, à des accidens post-opératoires préjudiciables à la malade.

M. Bordo confirme cette donnée classique que dans tous les cas de blessures graves des doigts, le praticien doit être guidé dans sa thérapeutique par un principe absolu, celui de la conservation. Dans les plaies par instrument tranchant, cette conservation est presque toujours possible et complète. Elle s'obtient par l'hémostase, l'antisepsie et la suture. — La réunion immédiate est obtenue, généralement, sans complications. Dans les plaies contuses, au lieu d'intervenir, il faut laisser à la nature le soin et le temps d'éliminer ce qui ne peut plus reprendre sa vitalité, et de conserver tout le reste. Cela est réalisé par la désinfection et le pansement du Dr A. Guérin. Les opérations ne sont permises qu'à une date toujours éloignée. Dans les blessures par armes à feu, il en est tout à fait de même, sauf en ce qui concerne l'extraction des projectiles. En suivant ces principes, on pourra obtenir la réparation et la conservation de doigts qui, de prime abord, semblaient totalement perdus.

M. Lafage décrit une gouttière amovo-inamovible qui trouverait ses indications dans les pieds bots congénitaux de toute nature ; dans le pied bot congénital paralytique, en maintenant le membre dans la rectitude normale, elle favorise le développement régulier du membre et simplifie l'intervention chirurgicale ultérieure (arthrodèse). Dans le pied bot congénital avec absence de certains os, le maintien du membre dans une bonne direction permet aux os existants un développement capable de suppléer, jusqu'à un certain point, aux absences osseuses. Dans le pied bot congénital dû purement et simplement aux attitudes vicieuses, la difformité soumise de bonne heure au redressement progressif par la gouttière amovo-inamovible disparaît généralement sans laisser de traces après un traitement d'une durée variable de 3 mois à 18 mois.

Les causes générales jouent un grand rôle dans les retards de consolidation; mais M. Maffre pense qu'il faut les éliminer de l'étiologie des pseudarthroses; la cause la plus fréquente des pseudarthroses doit être rapportée à l'interposition de parties molles, surtout de masses musculaires, entre les fragments; des signes différentiels permettent de distinguer le simple retard de consolidation de la pseudarthrose vraie; le diagnostic de l'interposition peut être fait parfois dans une pseudarthrose confirmée, le plus souvent dans une fracture récente ; ce diagnostic détermine une intervention immédiate pour trois raisons capitales : *a)* l'interposition amène fatalement la pseudarthrose ; *b)* l'expectation laisse se produire des transformations profondes dans le foyer de fracture, des atrophies musculaires et des raideurs articulaires dans le membre blessé; *c)* les conditions opératoires sont plus favorables dans un foyer de fracture récente; l'avenir thérapeutique est aux appareils de contention qui s'appliquent dans le canal médullaire, parce que seuls ils ne mettent pas en péril la nutrition du périoste par la dénudation parostale, et exaltent au contraire sa puissance ostéogénique.

De l'ensemble de son travail, M. Lavat tire les conclusions suivantes : 1° Dans le cas de pyélonéphrite suppurée ou de pyonéphrose, si la lésion est unilatérale et que l'autre rein existe et soit intègre, faire la néphrectomie; si la lésion est bilatérale ou que l'on ait des doutes sur l'état du rein congénère, faire, suivant le cas, la néphrotomie ou la néphrolithotomie. 2° Quand on a affaire à une périnéphrite consécutive à une lésion rénale, on doit pratiquer une large incision. Cette opération soulagera le malade, mais ne le guérira pas. Si l'on veut tarir la source du mal, il faut, quand le deuxième rein est sain, faire la néphrectomie; dans le cas contraire, se borner à la néphrotomie ou à la néphrolithotomie. 3° Si l'hydronéphrose au début est provoquée par un rein mobile, il existe un traitement radical, c'est la néphropexie ; dans tout autre cas, si le rein opposé est sain, faire la néphrectomie primitive : s'il y a bilatéralité ou que l'on ait des doutes sur l'intégrité de l'autre rein, faire la néphrotomie. Les tumeurs malignes au début, chez l'adulte, sont passibles de la néphrectomie; s'abstenir de toute opération chez le très jeune enfant et le vieillard. Mais pour que cette opération ne soit pas fatale au patient, il faut bien s'assurer de l'état du deuxième rein. 5° Quand un seul rein est atteint primitivement de tuberculose, faire la néphrectomie, mais si les deux reins sont atteints ou qu'il existe des lésions pulmonaires et viscérales trop étendues, se borner à la néphrotomie. Si le rein mobile douloureux est sain, faire la néphropexie par le procédé Guyon; s'il existe des lésions (tumeur maligne, tuberculose), l'enlever si l'état de l'autre rein le permet. Le fibrome para-rénal est une affection excessivement rare. Son diagnostic est impossible ou à peu près impossible à faire. Tant que la tumeur présente un faible volume, les phénomènes douloureux ne sont pas très marqués, mais quand son volume est considérable, elle détermine des troubles rendant la vie insupportable au patient, et au besoin capables d'amener une issue fatale. Il faut donc se hâter de l'enlever avant qu'elle n'ait atteint de trop volumineuses proportions.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Nouvelle contribution à l'étude de l'anguillule stercorale, par Pierre Teissier (*Arch. de méd. expérim.*, sept. 1896, p. 586). — L'anguillule stercorale, provenant de l'homme atteint de diarrhée chronique des pays chauds, peut se transmettre à la grenouille, aux dépens de laquelle elle peut vivre et subir un développement complet dans l'intestin comme au dehors. Elle prend chez cet animal une forme géante, ce qui en facilite l'étude.

Sur l'influence des variations de volume de la cavité auriculaire du cœur sur le fonctionnement de l'oreillette, par D.-W. Samways (*Arch. de méd. expérim.*, sept. 1896, p. 596). — Expériences tendant à montrer que, dans certaines conditions, l'oreillette peut être capable d'envoyer un courant sanguin dans le ventricule pendant la contraction de celui-ci, contrairement à l'opinion généralement admise. Cette théorie rendrait compte de quelques particularités du rétrécissement mitral.

Un cas d'épithélioma primitif du thymus, par J. Paviot et Gerest (*Arch. de méd. expérim.*, sept. 1896, p. 606). — Etude histologique d'un cas d'épithélioma primitif du thymus développé, avec tous les signes d'une tumeur du médiastin, chez une femme de 52 ans. Les auteurs insistent sur l'importance des corps concentriques pour le diagnostic histologique de ces tumeurs et sur la distinction à établir entre ces corps concentriques et les globes épidermiques, rencontrés également dans des tumeurs médiastiniques.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Fer.

Pharmacologie. — De nombreuses préparations de sels ferrugineux ont été employées au traitement hypodermique de l'anémie et de la chloro-anémie. Nous les passons rapidement en revue.

Sous le nom d'*albuminates de fer*, on désigne un groupe de composés non définis et peu stables, qui sont constitués par un sel de fer soluble auquel on ajoute une certaine quantité d'albumine. Telles la solution de Dœnitz (sesquichlorure de fer et albumine), celle de Friedlaender, celle de Drees, celle de Goldmann (pyrophosphate de fer), etc. Toutes ces préparations sont inusitées.

Les *peptonates de fer* ne sont pas non plus des composés définis, mais s'absorbent mieux que les précédents. — On doit éviter de les injecter dans les veines en raison de la présence de la peptone dans la solution. Ils sont très peu employés par la voie hypodermique. Ils ont été néanmoins préconisés par Finzelberg, Jaillet et Quilliet, Nasse, Rosenthal, etc. Nous engageons le praticien à rejeter l'usage de ces diverses formules.

Le *glycérophosphate de fer* est insoluble dans l'eau ; il ne se dissout que dans une solution de glycérophosphate de soude contenant poids égal de sel. Il forme alors un *glycérophosphate double de fer et de soude*, soluble, mais peu stable. Il doit donc être récemment préparé pour être injectée sous la peau.

Son action est peu sûre et chez les anémiques ne donne pas des résultats supérieurs au glycérophosphate de soude employé seul. Ce n'est point encore là le composé de choix pour la médication ferrique.

Le *lactate de fer* ne s'absorbe point.

Le *fer dialysé* n'a donné que des insuccès entre les mains de Da Costa, Luton.

Le *citrate de fer*, soluble dans l'eau lorsqu'il est récemment préparé, est de beaucoup le meilleur antianémique hypodermique. De même le *citrate de fer ammoniacal*, qui est soluble dans l'eau en toutes proportions. Aussi ne parlerons-nous que des applications thérapeutiques de l'un ou l'autre de ces deux sels.

Le *pyrophosphate de fer citro-ammoniacal*, soluble dans l'eau, a donné quelques succès entre les mains d'Huguenin, Scipione Losio, Rosenthal, Martensen. On pourra donc y avoir recours en cas d'échec du citrate. Généralement il sera favorable de l'associer à un sel de soude, phosphate ou pyrophosphate de soude pour faciliter son absorption.

Le *tartrate de fer ammonique* remplit des indications analogues aux deux précédents ; il est néanmoins inférieur au pyrophosphate comme succédané du citrate.

Propriétés thérapeutiques. — Les sels de fer sont employés au traitement de l'anémie et de la chlorose. Ils ont une action directe sur le globule sanguin.

Le nombre des globules est augmenté, ainsi que le pouvoir réducteur de l'hémoglobine.

Il ne semble pas néanmoins que leur emploi par la voie hypodermique donne des résultats bien meilleurs que par la voie gastrique. Les peptonates de fer sont généralement bien tolérés par l'estomac et constituent des préparations déjà très assimilables. En cas d'intolérance gastrique absolue, constipation rebelle, on aura recours à l'injection sous-cutanée ; mais malgré les efforts de Martensen, Rossi, Magagni, Martinetti, Dantz, Pellizari, Rumno et Dori, Vincenzio, etc., ce ne sera jamais qu'une méthode d'exception.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant* de 6 à 10 ans, 5 centigramme par injection, 10 centigrammes par jour ; de 10 à 20 ans, 5 centigrammes par injection, 20 centigrammes par jour. — *Chez l'adulte :* 5 à 10 centigrammes par injection : jusqu'à 40 centigrammes par jour.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — L'injection cause une brûlure assez douloureuse. Cette douleur persiste assez longtemps. Aussi, pour la rendre plus supportable doit-on pousser l'injection dans le tissu musculaire, les muscles fessiers en particulier, et avoir une solution à 35°-40°.

b) *Eloignés.* — Outre la douleur, il y a assez fréquemment des noyaux d'induration persistante, longtemps sensibles à la pression. Ces indurations sont surtout habituelles dans le tissu cellulaire sous-cutané.

FORMULES

Citrate de fer. . . . . 0gr50 à 1 gr.
Eau bouillie. . . . . . Q. s. p. 10 cent. cubes
(Magagni.)

Citrate de fer ammoniacal. . . 0gr50
Eau stérilisée . . . . 10 gr.
(Tuiacke, Pellizari.)

Au delà de ce degré de concentration les solutions sont trop douloureuses ; il faut donc rejeter toutes les formules à 2 et 3 grammes pour 10 centimètres cubes.

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les expertises médico-légales.

Toutes les fois qu'a été soulevée, soit dans la presse, soit au parlement, la question des expertises médico-légales, nous avons insisté sur la nécessité de ne confier le titre d'expert qu'à des médecins ayant été préparés par des études antérieures aux délicates fonctions dont ils assumeront la responsabilité et ayant accepté les charges qu'elles imposent.

Nous ne faisions d'ailleurs que répéter ce qu'ont toujours soutenu ceux qui, ayant fait des questions de médecine judiciaire une étude approfondie, ont toute autorité pour protester contre la loi qui oblige tous les médecins quels qu'ils soient à répondre aux réquisitions de la justice.

Or voici qu'une lamentable erreur judiciaire vient de prouver une fois de plus combien il importe de n'accepter les fonctions d'expert que lorsqu'on est capable de les bien remplir et quelles réserves doivent toujours apporter dans leurs conclusions ceux mêmes qui se croient en mesure de faire une expertise médico-légale.

Rappelons en quelques mots les faits non pour souligner l'erreur des premiers experts mais, au contraire, pour montrer en rappelant leurs dépositions que, s'ils ont été coupables, le président des assises, le ministère public et les jurés, ont eux aussi une grande part de responsabilité morale.

En 1887, une femme de 29 ans est accusée d'avoir, le même jour, empoisonné son mari et son frère qui ont été trouvés morts à son domicile.

L'acte d'accusation déclare que l'inculpée a été plusieurs années la maîtresse de Druaux avant de devenir sa femme, qu'elle est de mœurs dissolues, qu'elle se livre à l'ivrognerie, qu'elle a le caractère violent. Il affirme qu'elle seule a pu empoisonner son mari et son frère puisque seule elle vivait avec eux au moment du décès. Il conclut « que l'expertise médico-légale et les données de la science toxicologique permettent d'affirmer la réa-

lité d'un double empoisonnement dont la femme Druaux peut et doit être considérée comme l'auteur ».

En vain celle-ci proteste de son innocence. Elle raconte que son mari était depuis longtemps sujet à des maux de tête, à des vertiges; elle explique qu'elle-même était souffrante au moment où il est mort. Deux médecins racontent qu'à plusieurs reprises déjà Druaux avait été atteint de syncopes et d'engourdissements, etc. Tous ces témoignages n'arrêtent ni le président des assises qui accuse formellement la femme Druaux ni l'avocat général. Mais que disent les experts : « Druaux et Delacroix, déclare le Dr Cerné, sont morts d'une affection de même nature, affection certainement provoquée et non pas spontanée; il y a eu nécessairement intoxication par un poison *mais l'autopsie n'a pu en fournir la nature.* » Le Dr Pennetier ajoute : « L'analyse n'a donné aucune trace de poisons minéraux, ni d'acides, ni d'alcaloïdes cristallisables. Certains poisons tels que la nicotine, la cicutine, les moules ont dû être successivement écartés. Il ne reste que la possibilité de l'empoisonnement par les euphorbes ou la cantharide. » M. Renard, professeur de chimie, dit aussi « que le poison n'a pu être retrouvé, que les expériences physiologiques n'ont donné aucun résultat, que les viscères et déjections des victimes ont été donnés à des rats et autres animaux qui les ont absorbés sans éprouver des désordres dans leurs organes ». Et malgré ces résultats négatifs M. Renard conclut, comme les autres experts, que, puisqu'il y a eu empoisonnement, « il est probable qu'il s'agit de la cantharide ou de quelque poison végétal comme les euphorbiacées ».

Enfin, sur une interpellation du président les trois experts soutiennent que la femme Druaux ment en déclarant que son mari et son frère sont morts sans qu'elle s'en aperçoive; qu'ils ont dû au contraire souffrir cruellement avant de mourir.

Et la femme Druaux est condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Neuf ans plus tard, M. Brouardel venait démontrer aux jurés de la Somme que Druaux et Delacroix avaient succombé à un empoisonnement par l'oxyde de carbone; que les lésions constatées à l'autopsie sur la muqueuse de l'estomac et la muqueuse de l'intestin étaient dues à ce poison et non à une prétendue intoxication par la cantharide ou les euphorbiacés; que l'analyse du sang eût permis aux experts d'éviter la grave erreur qu'ils ont commise; que les déclarations de la femme Druaux doivent être considérées comme exactes. Et la femme Druaux a été réhabilitée et une indemnité de 40 000 francs lui a été allouée.

S'il ne s'agissait que de l'erreur commise par des médecins ou des chimistes, très honorablement connus d'ailleurs et dignes de l'estime de tous leurs confrères, on pourrait dire que nul ne peut être assuré de ne jamais se tromper. Mais la question est tout autre.

Les experts ont eu le tort d'affirmer qu'il y avait eu empoisonnement *criminel* alors qu'ils n'ont pu ni isoler le poison, ni, par des expériences physiologiques, prouver qu'il existait dans les viscères où l'on constatait des lésions — qu'ils avaient le tort de ne pas avoir appris à connaître.

Les magistrats et les jurés ont eu le tort de condamner une innocente sur des présomptions déduites de ses mauvais antécédents et sans exiger une contre-expertise, sans réclamer la preuve matérielle du crime qui seule peut donner la certitude.

Enfin nos législateurs ont eu le tort, plus grave, de ne pas accepter, lorsqu'a été revisée la loi sur l'exercice de la médecine, les conclusions que des faits analogues, que l'opinion murement réfléchie de tous ceux qui sont à même de traiter un sujet aussi complexe devaient imposer à leur attention.

Aujourd'hui M. le Dr Ladreit de la Charrière, convaincu, comme nous tous, que cette nouvelle erreur judiciaire « porte une atteinte profonde à la confiance que doivent inspirer les expertises médicales », demande à la *Société de médecine légale* de voter la création au Ministère de la justice d'une commission permanente chargée de contrôler toutes les expertises judiciaires et d'interdire ainsi aux parquets de poursuivre sans que les rapports médico-légaux qui servent de base à l'accusation aient été approuvés par cette commission.

Dans la lettre qu'il adresse au président de la *Société de médecine légale*, notre confrère rappelle que déjà une proposition destinée à réformer les expertises médico-légales a été discutée par ses collègues.

Il nous paraît intéressant de rappeler ce précédent et de résumer les conclusions de l'important rapport qu'à cette date déjà ancienne M. Brouardel avait adressé au président de la commssion chargée par la Chambre des députés d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat sur l'instruction criminelle.

Ce rapport, qui a été lu à la *Société de médecine légale* dans sa séance du 18 février 1884 (1), commence par démontrer que les discussions entre experts devant un tribunal ne sauraient avoir pour effet que de provoquer des débats passionnés qui ne serviront ni les intérêts de la justice ni ceux de la science. Exposée à sombrer injustement devant un jury incompétent, la réputation des médecins souffrira toujours de ces dissentiments lorsqu'ils résulteront non pas d'une expertise contradictoire faite dans le silence du laboratoire ou de la salle d'autopsie mais des débats que, transformés en avocats, les experts de l'accusation et de la défense feront naître devant les jurés.

Si donc l'on veut accorder une contre-expertise à la défense il sera de toute nécessité, en cas de désaccord, de soumettre les rapports contradictoires de l'accusation et de la défense à une commission supérieure (*tribunal de superarbitres* comme disent les Allemands) qui sera chargée, avant l'audience publique, de juger en dernier ressort. Cette commission supérieure, que réclame aujourd'hui M. Ladreit de la Charrière, avait donc été demandée en 1884 par la commission nommée par la *Société de médecine légale*. « Sachant que leurs affirmations pourront être déférées à des hommes dont la valeur scientifique est indiscutable, les experts, disait alors M. Brouardel, apporteraient dans la rédaction de leurs rapports et dans leurs déductions une réserve et une précision qui serviraient les intérêts de la vérité, ceux de la justice.

« Eclairées par les avis émanant de cette commission, les cours d'appel feraient rapidement disparaître de la liste annuelle des experts ceux que leurs maîtres auraient jugés imprudents ou insuffisamment instruits.

A notre avis, pour que la réforme proposée réussisse, pour que les deux experts représentant des intérêts opposés ne compromettent pas, par des discussions souvent passionnées, la science et la justice, il faut organiser une commission scientifique supérieure qui seule peut avoir autorité pour juger les choses scientifiques et nous en sollicitons formellement la création. »

On ne peut qu'applaudir à cette première conclusion. M. Ladreit de la Charrière l'avait acceptée en 1884 mais il demandait qu'une commission supérieure fût

1. De la réforme des expertises médico-légales, par le Dr Brouardel. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1884.

créée auprès de chaque cour d'appel « et se composât d'experts diplômés ou nommés au concours, recevant un traitement qui leur permette de se consacrer à la médecine légale d'une manière presque exclusive ».

M. Brouardel lui a justement fait observer que la comparution de l'expert devant le tribunal est indispensable, « l'instruction doit être écrite, les débats doivent être oraux », et que d'ailleurs, aux assises, des questions nouvelles peuvent être soulevées à chaque instant, questions que l'expert doit pouvoir résoudre séance tenante. Combien trouverait-on d'ailleurs, aux chefs-lieux de cours d'appel, de médecins susceptibles de remplir ces fonctions de super-arbitres? Et combien se rencontre-t-il par année d'affaires médico-légales exigeant leur intervention?

Il nous paraît infiniment plus sage et plus pratique de ne créer qu'une seule commission supérieure qui n'aurait à examiner que les affaires très graves et litigieuses en cas de contradiction dans les rapports d'expertises.

Une autre question, celle de la compétence des experts, est infiniment plus importante. Contrairement à ce que croyait alors M. Ladreit de la Charrière, M. Brouardel reconnaissait, en 1884, que l'instruction de la plupart des médecins experts était insuffisante. Il demandait « qu'une instruction spéciale forme des experts véritablement instruits de choses de la médecine légale et que les conditions de la pratique soient modifiées de façon que cette branche de la médecine ne soit plus pour les médecins une charge coûteuse et compromettante ». Il citait à l'appui de son opinion les erreurs commises par des médecins requis par la justice sans avoir pu acquérir les connaissances pratiques spéciales qui s'imposent à l'attention d'un expert, par exemple cette réponse d'un médecin au président des assises : « Monsieur le Président, je n'ai jamais vu de membrane hymen. Si je m'étais permis de rechercher comment est faite cette membrane sur des jeunes filles non déflorées, j'aurais moi-même commis un attentat à la pudeur ».

Aujourd'hui, sans doute, à Paris et dans quelques facultés de province, l'instruction médico-légale d'un certain nombre d'élèves est assurée pour l'avenir. Mais les progrès de la science exigent de tous ceux qui veulent ne pas rester trop au-dessous de la tâche qui s'impose à leur dévouement une spécialisation plus ou moins hâtive. Un médecin ne peut-être au courant de toutes les affections chirurgicales; il ne peut connaître toutes les maladies gynécologiques. Il faut donc que, pour une expertise un peu difficile, le juge d'instruction ou le procureur de la République puisse commettre tantôt un médecin, tantôt un chirurgien, tantôt un accoucheur, tantôt un aliéniste. Combien s'en trouvera-t-il à la disposition des magistrats, alors surtout que les hommes les plus expérimentés et les plus savants sont précisément ceux qui se refusent, pour bien des motifs, à accepter des fonctions aussi onéreuses au point de vue matériel que souvent compromettantes au point de vue moral? D'autre part les expertises relatives aux intoxications exigent l'adjonction d'un chimiste: seul en état de faire les analyses nécessaires. Sans doute il appartient au médecin de fixer la dose du poison suffisante pour tuer un homme et le temps qu'il faut au poison pour s'éliminer du corps humain; mais c'est le chimiste qui devra rechercher ce poison dans les viscères, l'isoler s'il est possible, en déterminer la nature et même en préciser l'action par des inoculations faites aux animaux.

Il importe donc que chaque cour d'appel puisse compter sur le concours d'un médecin, d'un chirurgien ou accoucheur et d'un chimiste. Les trouvera-t-on toujours et partout? Evidemment non. Et M. Bérenger l'a dit au Sénat lors de la discussion de la réforme du code d'instruction criminelle : « d'abord parce qu'on n'a pas toujours sur les lieux l'homme de savoir et d'expérience dont on a besoin; puis — il faut bien entrer dans ces détails — parce que le tarif criminel accorde des honoraires tellement dérisoires, j'oserai dire tellement impertinents, au savant dont on a à requérir les lumières qu'il n'est pas toujours aisé d'obtenir son concours ».

Qu'arrive-t-il dès lors? « C'est que le tribunal, dit M. Brouardel, a pour conseils les médecins qui, jeunes, n'ont pas d'expérience, qui cessent de pratiquer la médecine légale dès que la clientèle commence à leur venir, et les médecins plus âgés à qui, pour une raison quelconque, la clientèle laisse des loisirs. De temps en temps un scandale éclate; on s'est aperçu en assises du peu de valeur des assertions de l'expert. Celui-ci a compromis les intérêts de la justice et ceux de la science. Et, qu'on ne s'y trompe pas, ces erreurs sont souvent commises par des hommes honorables, instruits des choses de la médecine clinique mais ignorants des problèmes de la médecine légale. »

Ces paroles ne semblent-elles pas avoir été écrites il y a quelques mois à propos de l'affaire Druaux? Elles restent toujours vraies parce que l'État n'a voulu ni organiser sérieusement la médecine légale en France, ni surtout accorder aux experts des honoraires moins dérisoires.

En terminant son remarquable rapport, M. Brouardel demandait : la création d'un enseignement professionnel destiné à donner aux experts une instruction suffisante; la création d'un diplôme spécial prouvant que cette instruction a été acquise; le relèvement des tarifs d'honoraires.

Aujourd'hui l'enseignement professionnel et pratique de la médecine légale se donne à Paris et dans quelques facultés, mais la désignation des experts est laissée au libre arbitre des cours et tribunaux et ces experts, trop peu rétribués, sont souvent encore très mal choisis.

Il n'est que temps de rompre avec les anciens errements. Puisque les chemins de fer et les télégraphes ont supprimé les distances, rien ne serait plus facile que de créer dans un petit nombre de centres des commissions d'expertises comprenant un certain nombre de spécialistes vraiment en état d'éclairer la justice. Toutes les affaires un peu litigieuses, toutes les autopsies qui exigent la recherche de poisons leur seraient soumises. Les magistrats pourraient toujours, en cas de flagrant délit, faire appel au concours des médecins dont la compétence leur paraîtrait suffisante. En cas de contestation, ou encore toutes les fois qu'il s'agirait d'une affaire intéressant la vie des inculpés, ils seraient tenus de requérir les experts diplômés et officiellement nommés par la chancellerie. Une commission d'arbitres siégeant à Paris jugerait enfin en dernier ressort les contestations que pourraient soulever les rapports contradictoires des experts officiels. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que des honoraires non plus impertinents, comme l'a dit M. Bérenger, mais suffisamment rémunérateurs devraient être alloués à tous ces experts. Mais cette dépense nouvelle ne serait rien en égard au but à atteindre.

Espérons que l'affaire Druaux engagera le Ministre de la justice à demander et à faire voter les réformee que nous réclamons depuis si longtemps.

L. Lereboullet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon.

Résultats, indications, technique.

Communication au *Congrès français de chirurgie*, le 21 octob. 1896

Par M. Delorme,

Médecin principal, Professeur au Val-de-Grâce,

Le moment me semble venu de rechercher quelle est la valeur de la décortication du poumon, de fixer ses indications, de préciser quelques points de sa technique. C'est sur ces questions que je désirerais attirer votre attention.

Jusqu'ici, la décortication pulmonaire a été pratiquée une vingtaine de fois, plus souvent à l'étranger qu'en France. Voyons ce que disent les faits, que je diviserai en deux groupes : cas dans lesquels le poumon a pu être dégagé de sa membrane et a pu reprendre en totalité ou en notable partie son volume primitif, cas dans lesquels ce résultat n'a pu être acquis.

Observation I. — Le premier malade que j'ai opéré m'a fourni, vous le savez, un résultat immédiat des plus brillants. Débarrassé de sa coque inextensible, le poumon a rempli instantanément la grande cavité pleurale; il a même dépassé le niveau de la brèche pariétale.

Malheureusement, le résultat définitif fut moins heureux. Cet homme succomba rapidement aux progrès d'une tuberculose cérébrale et abdominale très avancée et méconnue. Ce cas n'en a pas moins eu le mérite et le résultat d'établir la possibilité de l'opération et de fixer l'attention sur elle.

Obs. II. — Plus heureux que moi a été le chirurgien américain Fowler, qui a pu d'une façon définitive oblitérer une vaste cavité datant de 7 ans. Il enleva toute la membrane; son malade guérit et le poumon réduit à un moignon reprit presque tout son volume.

Obs. III. — M. Lambotte, chirurgien belge, a également guéri son malade atteint d'un empyème ancien et chez lequel le poumon n'avait plus que le volume d'un gros poing. « Au fur et à mesure de la libération de la membrane, dit notre collègue, le poumon reprit son expansion à la manière d'une éponge préparée à la ficelle qu'on trempe dans l'eau. Chez cet homme, le murmure vésiculaire, absent depuis longtemps, reparut complètement. »

Obs. IV. — Sur un 4ᵉ malade, M. Lardy, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople, a obtenu un succès non moins remarquable. Très sceptique d'abord, il l'avoue lui-même, notre confrère « a été frappé par le résultat obtenu, lequel, dit-il, a trompé son attente considérablement en bien. »

Pyopneumothorax d'origine grippale datant de 8 mois. Cavité énorme, poumon très rétracté, fistule pulmonaire. Séparation facile de la membrane. « A peine notre incision était-elle faite, nous dit M. Lardy, que nous voyons ses lèvres s'écarter et en moins de 3 à 4 minutes, elle atteint 10 centimètres de large; le poumon se dégage à vue d'œil et si vite qu'en moins de 10 minutes, les 2/3 de la cavité pleurale étaient remplis par le poumon déplissé. »

Le 8ᵉ jour la fistule pulmonaire était fermée; le 23ᵉ jour, le malade quittait l'hôpital, son poumon étant presque entièrement revenu à ses limites normales.

Obs. V. — Sur le malade dont il vous a lu l'année dernière l'observation et qui présentait une cavité de pleurésie totale avec rétraction considérable du poumon, M. Sorel, du Havre, a constaté un brusque déplissement. Le poumon occupa sur-le-champ la moitié de la cavité. Ce résultat persista. Cet homme succomba 13 mois après à une tuberculose généralisée.

Obs. VI. — Le professeur Djemil-Bey, de Constantinople, a guéri un derviche tourneur, affecté depuis 6 mois d'un pyopneumothorax consécutif à une plaie pénétrante de poitrine.

Le poumon « remplit sur-le-champ la cavité thoracique. Le malade sortit guéri le 26ᵉ jour; revu 3 mois après, sa respiration était parfaite et il n'éprouvait pas la moindre gêne lorsqu'il prenait part à ses exercices religieux ». C'était un résultat aussi satisfaisant que possible.

Obs. VII. — M. Tavel, de Berne, me communique un cas de guérison obtenue chez une jeune fille sur laquelle l'empyème datant de plus de 6 mois était consécutif à une pneumonie. Rétraction considérable du poumon, fistule cutanéo-pulmonaire et état si précaire que les assistants s'attendaient à une mort presque immédiate.

Le poumon est dégagé; il fait hernie. M. Tavel est surpris de la facilité de l'opération. Cette malade guérit, se rétablit 8 mois après d'une pneumonie du côté opposé, et, revue une année après l'opération, son poumon fonctionnait très bien.

Obs. VIII et IX. — Dans 3 autres cas, qui me sont personnels, deux fois le poumon a présenté une dilatation partielle. Le premier de ces malades, sur la guérison duquel je ne pouvais guère tabler, a été opéré grâce à l'obligeance et avec l'assistance de M. Reynier. La cavité totale gauche datait de 11 ans; fistule pulmonaire, Estlander insuffisant. Séparation de la membrane par dissection, très difficile. L'expansion fut très limitée, cependant dans un effort de toux, le poumon atteignit le niveau de la brèche pariétale. Suture de la fistule. Guérison assez longue, fistule mais cavité nulle.

Sur le deuxième malade, opéré avec M. Labbé, j'obtins les 2/3 de l'expansion normale. Ce malade succomba aux progrès de sa cachexie.

Obs. X. — Enfin, sur le dernier de mes opérés atteint d'un empyème total gauche depuis 2 ans et qui avait subi en vain un Estlander étendu, la décortication fut impossible et, en dépit d'une opération de Schede, la cavité n'est pas comblée. Une fistule persiste.

Ce cas ouvre la série des insuccès (1).

1. Dans ce mémoire, je n'ai pu signaler des succès de MM. Roux, de Lausanne, et Girard, de Berne, connus trop tardivement.

Obs. XI. — M. Reclus opère un tuberculeux présentant un état général et local misérable. La décortication est assez facile et totale. Sous l'influence d'un trouble respiratoire, les alvéoles paraissent se dilater. Le malade meurt le soir. L'autopsie révèle des lésions méconnues; un poumon droit atélectasié et tuberculeux, un gauche farci de tubercules confluents. Ce cas serait jugé inopérable aujourd'hui.

Obs. XII à XIX. — M. Bouilly nous à dit n'avoir pu décoller la membrane sur son opéré; je note des insuccès sur les malades de MM. Guinard, E. Bœckel, Tavel (de Berne), Girard (de Berne), Delagenière.

Tel est le bilan actuel que je crois complet de la décortication. Au lieu de comparer des observations disparates et de faire valoir 30 à 40 p. 100 de résultats avantageux, je préfère rechercher la raison des insuccès, fixer les indications de l'opération.

Si nous opposons à ces observations prises sur le vivant les enseignements tirés des autopsies et consignés dans nos auteurs, nous constatons qu'observations et descriptions sontc oncordantes. L'anatomie pathologique comme la clinique montre que tantôt et souvent la fausse membrane est séparable et le poumon insufflable, que d'autres fois la fausse membrane est très adhérente au poumon ou que celui-ci n'est pas susceptible de se dilater.

Quelque partisan qu'on soit de l'opération, ces données imposent la conclusion que la valeur de la décortication est tout entière liée à son opportunité, au soin que l'opérateur aura mis à saisir son indication formelle; une membrane décollable, un poumon perméable, mais surtout une membrane décollable, puisqu'un poumon primitivement non insufflable peut ultérieurement se dilater. Il est donc de l'intérêt du patient, de l'opérateur et de l'avenir de la méthode, que cette indication si nette soit recherchée.

Or, est-il possible, à l'heure actuelle, sur un malade présentant une vaste cavité d'empyème chronique, d'établir cette indication en se basant sur des anamnestiques ou des signes extérieurs? Malheureusement non. Ni la durée de la maladie, ni son étiologie, ni sa nature, ni les résultats de l'examen bactériologique, ni même ceux fournis par l'auscultation ne peuvent nous renseigner d'une façon suffisante sur le degré de perméabilité du poumon et d'adhérence de sa membrane.

Pour se renseigner il faut *aller droit à la membrane et au poumon*, explorer *de visu*. On est d'autant plus autorisé à faire cette thoracotomie exploratrice qu'elle constitue le premier temps d'une opération (décortication Estlander modifié) que l'état du malade impose.

La membrane incisée, au besoin en plusieurs points, *se sépare* ou ne se *sépare pas*. Dans le dernier cas, on transforme l'opération. Dans le premier, on continue la décortication, alors même que le poumon atélectasié ne reviendrait pas d'emblée à sa place, car rien ne dit que débarrassé de sa coque encapsulante et remis en valeur, il ne puisse ultérieurement se dilater en partie ou en totalité.

On abandonnerait l'opération, à cause de ses dangers, si le poumon, perméable en quelques points, était farci de cavernules tuberculeuses superficielles.

Dans ces précises limites, je crois que la décortication qui ne fait courir aucun risque à l'opéré et qui lui offre le si précieux avantage de lui redonner tout un poumon, est appelée à garder la place qu'elle mérite dans la thérapeutique des empyèmes chroniques dont la cure, vous le savez, est actuellement si déconcertante pour le chirurgien. Je pense qu'ainsi conduite, elle verra ses succès s'accroître à mesure que nous nous éloignerons de la période incertaine de début pendant laquelle on n'a pu faire la part exacte de ses indications et de ses contre-indications.

Il me semble en tous cas qu'elle devra d'abord être préférée aux méthodes de thoracoplastie puisqu'elle les dépasse par le but poursuivi : le rappel du poumon à ses fonctions.

Détails de technique. — Je résume très brièvement, d'après mon mémoire, quelques détails de technique :

La cavité purulente est habituellement très infectée; on devra la désinfecter plusieurs jours avant l'opération.

L'instrumentation ne comporte rien de spécial; ces instruments, à cause de la profondeur du poumon, seront longs; mousses presque tous pour ne pas le blesser.

La distance à laquelle se trouve le poumon, la délicatesse du temps d'incision de sa membrane, la gêne que crée à l'opérateur l'expansion de lobes qui masquent le champ opératoire, imposent de se donner beaucoup de jour. Pour cette raison, je reste, en principe, attaché au volet thoracique légèrement modifié. Il me semble préférable aux incisions pariétales plus circonscrites.

On s'assurera par une exploration préalable de l'absence d'adhérences du poumon à la paroi avant de sectionner le gril costo-intercostal.

Pour prévenir ou limiter le choc, l'opération sera conduite aussi vite que possible et on s'attachera surtout à dégager la membrane. Sa dissection trop rigoureuse sur le péricarde et le diaphragme peut être dangereuse.

Le temps délicat est l'incision de la coque. La section ne doit pas dépasser les limites de cette dernière, sous peine d'exposer à déchirer le poumon pendant le dégagement.

Si malgré toutes les précautions prises, on avait incisé le parenchyme, il serait préférable de recommencer l'incision dans un autre point.

Quand le poumon présente une tendance trop marquée à la hernie, pour éviter d'être gêné par un lobe surdilaté et mobile, l'opérateur incisera la coque sur chaque lobe dans une faible étendue avant de la décoller complètement sur l'un des lobes.

Le dégagement se fait avec des instruments mousses, surtout avec les doigts.

L'hémorrhagie est presque nulle quand le poumon n'a pas été atteint et qu'on s'est borné à l'abrasion de la plèvre viscérale.

Les fistules pulmonaires concomitantes seront traitées par l'avivement ou la suture.

Dès que la guérison de la plaie sera obtenue, une gymnastique respiratoire appropriée (efforts, marche, course, etc.) forcera le poumon à se déplisser en cas d'atélectasie et maintiendra le résultat acquis s'il est dilatable.

J'aurais encore bien d'autres questions secondaires à soulever; je me réserve de les publier bientôt. Je m'arrête, non sans vous engager très vivement à accorder à la décortication pulmonaire la place qu'elle semble mériter, et à en continuer l'essai sur de nouvelles bases.

M. Girard (de Berne). — A propos de la communication de M. Delorme permettez-moi de mentionner rapidement 2 cas d'empyème où j'ai employé son procédé.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 38 ans malade depuis 5 ans et traité sans succès complet par la thoracotomie et par des résections costales assez larges.

A son entrée dans mon service le malade portait une fistule conduisant dans une cavité de 2 décilitres de capacité.

Lors de l'opération je trouvai la surface pulmonaire recouverte d'un tissu écailleux très dur, inattaquable à la curette.

Je dus l'enlever en le disséquant au bistouri. Dès que je l'eus traversé sur un point, le tissu pulmonaire facilement reconnaissable fit voussure par l'ouverture. La surface du poumon ayant été libérée, la cavité fut en partie, mais pas complètement comblée par l'augmentation de volume du poumon.

Le malade sortit de mon service malgré mon conseil avant la cicatrisation complète, ayant encore une fistule sécrétant peu et dans laquelle on ne pouvait injecter que peu de liquide.

Je ne pus le retenir, car il se sentait de nouveau capable de travailler.

Le second cas concerne un jeune homme malade depuis 6 mois, atteint d'un vaste épanchement séreux d'origine tuberculeuse ponctionné plusieurs fois et ayant fini par suppurer. Lorsque je le vis je lui proposai l'opération de Delorme. A l'ouverture de la cavité je trouvai le poumon complètement ratatiné et atélectasique.

Je pus avec la curette dégager une partie de la surface du poumon, mais ici je ne vis pas cet organe se développer et augmenter de volume, contrairement à ce que j'avais observé dans le cas précédent.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Respiration artificielle par insufflation pulmonaire dans certaines opérations intrathoraciques.

Communication à la *Société de biologie*

Par M. Tuffier et Hallion.

L'accès du médiastin et des organes thoraciques deviendrait facile si nous pouvions ouvrir la cavité pleurale tout en maintenant à l'état physiologique le rôle du poumon. Les recherches que nous venons vous communiquer tendent à permettre d'aborder les organes intrathoraciques par voie transpleurale sans provoquer le pneumothorax. Ce ne sont encore que des faits expérimentaux de technique physiologique qui sont à l'étude chez l'homme.

Pour éviter le pneumothorax tout en ouvrant la plèvre, et pour le faire disparaître instantanément s'il est constitué, et si la plèvre est ouverte, il suffit d'insuffler le poumon par le larynx ou par la trachée. Si au moment où on ouvre la séreuse, on pratique cette insufflation, l'organe distendu par la pression de l'air n'a aucune tendance à abandonner sa situation.

De même, si un pneumothorax est provoqué par une ouverture pleuro-pariétale et sans blessure du poumon, la fermeture de la plaie pariétale et l'aspiration peuvent diminuer la quantité d'air contenu dans la plèvre, mais l'insufflation trachéale permettra de le faire disparaître de suite en réappliquant la surface pulmonaire à la plèvre pariétale et en suturant la plaie avant de cesser l'insufflation. Voici les expériences qui le prouvent; nous les avons répétées 7 fois, et nous décrirons seulement ici la technique générale dont le principe est le tubage laryngo-trachéal.

Un chien étant chloroformé, on introduit dans la trachée, par la cavité buccale, un long tube de cuivre que l'on met d'autre part en communication avec une soufflerie. La respiration artificielle étant ainsi installée, on incise un espace intercostal, et on le fait bâiller largement. La cavité pleurale, éclairée par une lampe à incandescence, devient alors assez largement accessible pour permettre diverses interventions sur l'œsophage, le grand sympathique, le pneumo-gastrique, etc.

Plusieurs chiens traités de cette manière ont survécu pendant des mois, sans aucun trouble causé par l'opération subie, et c'est là le point sur lequel nous voulons insister. Mais nous avons dû nous demander si l'insufflation, tout en suppléant avec efficacité la respiration normale, ne changeait pas les conditions de la circulation pulmonaire à un degré tel qu'elle pût entraîner de sérieux désordres et constituer un danger. Les recherches que nous avons faites sur ce point, et dont nous donnerons le détail, prouvent qu'il n'en est rien.

Quelques précautions sont nécessaires pour mener à bien l'expérience. L'asepsie doit être des plus rigoureuses, il serait bon que l'air insufflé fût stérilisé par chauffage, et il importe que l'air extérieur, destiné à être brassé dans la plèvre, par le va-et-vient du poumon, fût aussi stérile que possible.

Certaines incisions facilitent particulièrement ces recherches intrathoraciques en permettant d'aborder le médiastin, du moins chez le chien. C'est ainsi qu'on peut inciser deux espaces intercostaux symétriques et les réunir par une section transversale du sternum. On peut aussi, d'un trait de scie, diviser longitudinalement le sternum dans toute sa longueur et écarter les deux moitiés. L'application de ces faits à la chirurgie ne peut entrer en ligne de compte que si l'insufflation pulmonaire par voie laryngée est facile et inoffensive. L'un de nous a fait construire et a expérimenté une canule de tubage laryngé qui, entre autres avantages, pour d'autres opérations permettra peut-être cette insufflation directe du poumon dans les opérations transpleurales.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Première session : 23 octobre 1896.

Adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate.

M. Carlier (de Lille). — L'adénite sus-claviculaire cancéreuse est observée dans la plupart des cancers viscéraux (estomac, intestin, foie, utérus). Cette adénite, de nature cancéreuse, se montre également dans le cancer de la prostate. J'en ai observé un exemple très probant chez un malade âgé de 38 ans, et que j'ai vu 2 ans après le début de ses accidents urinaires. L'adénite existait à cette époque sous la forme d'un ganglion dur, mobile, indolent, gros comme un œuf de pigeon, et situé dans le voisinage immédiat de la partie moyenne de la clavicule.

Le malade est mort, sans intervention, et sans avoir présenté à aucun moment, les symptômes d'une lésion cancéreuse de l'estomac.

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate.

M. H. Bousquet (de Clermont-Ferrand). — 1° Rétention d'urine, hypertrophie considérable de la prostate. Résultat imparfait. Il s'agit d'un homme de 66 ans, atteint de rétention d'urine avec cathétérisme fort difficile, par suite d'une hypertrophie spécialement localisée sur le lobe médian. La castration amena rapidement l'atrophie de la prostate, mais le fonctionnement se rétablit fort lentement, ce que l'auteur attribue à l'absence d'atrophie du lobe médian.

2° Rétention d'urine, résection des canaux déférents, rétablis-

sement des fonctions avec atrophie considérable de la prostate. Homme de 76 ans, qui entre à la clinique chirurgicale de Clermont-Ferrand, avec une rétention aiguë et une énorme hypertrophie prostatique.

On lui fit la résection des canaux ; dès le 2e jour le malade commence à uriner ; un élève du service lui fait une vaste fausse route, la sonde à demeure est remise. Malgré ce traumatisme, dès le 4e ou 5e jour, le malade urine seul ; depuis cette époque, la prostate a notablement diminué de volume et la miction est restée facile.

M. Carlier a pratiqué 7 fois depuis 1 an, la résection des canaux déférents chez 6 malades atteints d'hypertrophie de la prostate, et chez un malade non prostatique, mais âgé et entré dans son service pour un rétrécissement large de l'urèthre. Ces malades n'ont pas été favorablement influencés par cette intervention, et leur dysurie a persisté, aussi accusée qu'avant l'opération. Il croit donc peu à l'influence de la résection des canaux déférents sur l'hypertrophie de la prostate.

M. Chevalier. — L'évacuation régulière de la vessie amène très habituellement des décongestions considérables de la prostate, pouvant atteindre presque la moitié du volume primitif de la glande.

M. Guiard pense aussi que la prostate se décongestionne dans de très larges proportions à la suite des traitements habituels. Il cite l'observation d'un malade, atteint de rétention chronique avec distension, qui, à la suite d'un traitement par le cathétérisme, est revenu assez rapidement à la miction spontanée.

De l'intervention chirurgicale au cours des uréthrites purulentes.

M. E. Vigneron (de Marseille). — On sait combien tout obstacle uréthral au cours d'une uréthrite chronique est une cause de persistance de l'écoulement. L'indication formelle et classique, en ces cas, est de supprimer cet obstacle : lui disparu, le canal peut redevenir sec d'emblée. En tous cas, un traitement bien dirigé en devient, après la dilatation, facilement maître, alors que souvent ce même traitement avait complètement échoué.

Tout rétrécissement doit, à plus forte raison, être un empêchement à la guérison d'un écoulement aigu très septique. Cet obstacle empêche, en effet, la désinfection complète, certains points restant à l'abri du contact du liquide : ces points restent donc des centres de pullulation et des foyers de réinfection. On améliore bien l'écoulement, souvent, au moins, tant qu'on continue les lavages; il peut même se faire qu'on le supprime; mais cesse-t-on, ne fût-ce qu'un jour, on voit se produire un écoulement aussi aigu qu'avant.

Il est évident qu'il y a quelques années, on était presque désarmé en face de ces cas compliqués. Il fallait attendre, souvent très longtemps, que la virulence diminuât pour oser intervenir, sans crainte d'exacerbation de l'infection et de provoquer sa dissémination. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Avec le microscope et la méthode de Janet, nous pouvons établir un diagnostic bactériologique certain et employer, dès lors, le liquide approprié aux microbes rencontrés, sans aucune crainte d'infecter des organes sains encore, que les lavages pourront immédiatement désinfecter. D'ailleurs, cette crainte d'infection des organes profonds est le plus souvent illusoire, parce que les malades ne viennent que rarement nous consulter dès le début de l'infection, et qu'après douze jours au maximum d'infection uréthrale, nous avons toujours trouvé la vessie contaminée.

Il en résulte que, d'emblée, l'exploration est permise et même formellement indiquée en présence d'un vieux blennorrhagique dont l'urèthre vient de se réinfecter, surtout si les lavages antérieurs ont amené une amélioration temporaire. Si les infections précédentes n'ont été que légères, si l'infection actuelle est tout à fait récente, on peut attendre, pour explorer, que l'amélioration due aux lavages s'arrête avec ou sans la cessation des lavages. On explorera d'emblée si ces lavages se font mal. De même si, dans une première uréthrite, on ne trouve pas une amélioration rapide, ou si le liquide ne passe pas ou passe mal. On peut, en effet, rencontrer un rétrécissement congénital ou secondaire à un traumatisme léger. Enfin, il se peut que la sensibilité uréthrale détermine des spasmes de la portion membraneuse.

Dans tous ces cas, après exploration, on trouvera le plus souvent la raison des difficultés rencontrées dans le traitement de l'uréthrite, en découvrant un rétrécissement, très rarement un corps étranger.

Il est une autre condition qui peut entretenir l'uréthrite : c'est l'étroitesse congénitale ou acquise du méat. Avant tout traitement, chez tous les uréthraux, on s'assurera, par l'examen direct, de ce méat. Tout en présentant une fente suffisante, le méat peut être disposé en entonnoir : on soupçonnera cette malformation quand la canule pénétrera mal, quand le lavage pénétrera difficilement dans les premiers centimètres du méat. On en aura la preuve en passant une bougie à boule.

Enfin, il faut citer les diverticules uréthraux congénitaux ou acquis, qu'on peut rencontrer encore comme obstacles à l'écoulement facile des sécrétions uréthrales et comme foyers rebelles d'infection.

Nous laissons de côté les infections ou scléroses para-uréthrales, dont nous nous sommes occupés au 10e Congrès français de chirurgie, puisqu'ici l'intervention sera para-uréthrale et non uréthrale. L'une de ces lésions reconnues, il faut la traiter, quelle que soit l'acuité de l'uréthrite. En la laissant, on risque de voir l'écoulement s'éterniser et les lésions se disséminer et s'aggraver d'une façon illimitée (abcès para-uréthraux, périnéaux, poussées de cystite, prostatite, infection urinaire). Nous pourrions citer de nombreux exemples à l'appui de cette assertion, si elle n'était pas de connaissance vulgaire.

L'intervention est donc indiquée par l'évolution presque certaine de l'infection abandonnée à elle-même; elle est justifiée par les résultats obtenus dans nos 14 observations. Quelle sera cette intervention? Contre les rétrécissements, la dilatation ou l'uréthrotomie interne. La dilatation suffira le plus souvent (10 cas): la faire complète, jusqu'au 60 B., sans rien brusquer, en la faisant précéder et suivre de grands lavages à un titre pas trop élevé.

L'uréthrotomie doit être reservée, comme toujours, à des cas spéciaux. Elle est indiquée par la dureté de la sclérose s'opposant à la dilatation ou par l'infection grave de la vessie, nécessitant une désinfection rapide. Au cours d'une uréthrite aiguë, elle peut avoir une indication particulière, qui est la sensibilité de l'urèthre, pouvant rendre la dilatation impossible. La douleur peut, en effet, être vive au cours de la dilatation pratiquée en pleine uréthrite. Elle est la cause que trois malades ont abandonné tout traitement. J'ai eu le tort de chercher à la continuer plutôt que de proposer la section. Un cas compliqué où je l'ai faite a été suivi de succès sans complication. Avant d'y arriver, désinfecter un peu le canal, si rien ne presse : au moment de la pratiquer, bien laver; laver pendant la sonde à demeure, et continuer jusqu'à la dilatation, et pendant et encore après qu'on la termine, si la désinfection n'est pas obtenue avant. La section du méat ne présente pas de technique spéciale autre que les lavages appropriés. Son étroitesse était cause de l'uréthrite tenace dans trois de nos observations.

Les diverticules uréthraux se rencontrent bien moins fréquemment. Dans le seul cas observé, j'en ai pratiqué la section en même temps que je sectionnais le rétrécissement : le résultat fut parfait. Ces diverticules peuvent se présenter dans des conditions trop variables pour que je puisse ici indiquer les modes d'intervention qu'on peut leur opposer.

M. Noguès. — Je réponds à M. Vigneron que, sur les 11 malades chez lesquels le traitement abortif a échoué, je n'ai pas eu à me préoccuper du calibre du canal; car un seul avait eu, deux ans auparavant, une blennorrhagie, et les dix autres étaient restés vierges, jusqu'à ce jour, de toute infection uréthrale. Il n'y a donc pas à soupçonner la présence d'un rétrécissement.

Relativement à la question de l'inoculation précoce de l'urètre postérieur, je suis de l'avis de MM. Guiard et Vigneron. L'an dernier j'ai fait quelques recherches sur la température dans la blennorrhagie aiguë; j'ai eu donc à observer des malades dans les huit jours, et, par conséquent, porteurs d'un écoulement très abondant. Or, en pareil cas, en présence des écoulements abondants, l'épreuve des deux verres a de la valeur. Or, chez la majorité de mes malades, j'ai trouvé le deuxième verre trouble, ce qui me paraît indiquer une contamination de l'urèthre profond.

M. Janet. — J'estime que, au point de vue de l'inter-

vention sur le méat, le chirurgien a le droit de faire tout ce qu'il veut pour faciliter le traitement abortif.

Quant à l'exploration de l'urèthre, je l'ai faite couramment, croyant une dilatation modérée parfaitement permise, sous le couvert des grands lavages. J'ai dû changer d'opinion, ayant observé tout récemment une orchite à la suite d'une dilatation avec des bougies coniques, portée seulement jusqu'au n° 15.

Pour l'uréthrotomie interne, je ne la ferai certainement pas en pleine gonococcie, à moins d'urgence absolue; il faudrait mettre une sonde à demeure; donc, interrompre les lavages. En général, je ne suis pas embarrassé pour chasser les gonocoques de l'urèthre, malgré les rétrécissements.

Blennorrhagie et prostatique.

M. Éraud (de Lyon). — Je pense qu'il existe entre la blennorrhagie — maladie de jeunesse — et, d'autre part, certains accidents prostatiques — maladie de vieillesse — une relation assez fréquente. Ainsi, quand on examine certains malades, âgés de cinquante, soixante, soixante-dix ans, qui viennent consulter pour des troubles urinaires spéciaux, on est frappé de rencontrer chez ces malades, des lésions, des symptômes qui vous ramènent de plusieurs années en arrière. Car, d'après la nature de leurs accidents, et, vu surtout leur âge avancé, on est porté à poser le diagnostic d'hypertrophie prostatique; que si, pourtant on recueille leur sécrétion uréthrale, et si on les fait pisser de façon à avoir les premières parties de l'urine, ainsi que leur résidu urinaire prostatique, on est surpris de trouver des grumeaux, des filaments, qui, examinés au microscope, présentent une composition riche en leucocytes plus ou moins jeunes, au milieu desquels on peut déceler, dans quelques cas, rares il est vrai, des gonocoques soit épars, soit réunis par groupes de 2, 3, mais toujours en petit nombre. Somme toute, de par cet examen, on est amené à conclure qu'on se trouve en présence de lésions qui rappellent, en tous points, une blennorrhagie plus ou moins ancienne.

De plus, si, par le toucher rectal, on s'applique à bien étudier la configuration, la consistance, la sensibilité de la prostate, on reconnaît que, tout en étant plus ou moins augmentée de volume, cette prostate ne présente pas la dureté ligneuse, fibreuse, qu'offre, en général, une prostate vraiment hypertrophiée.

Une dernière preuve se tire du traitement. C'est ainsi que, chez ces mêmes malades, alors que la sonde utilisée pour évacuer leurs urines, ne leur procure souvent pas de bénéfice, voire même les irrite, on voit, par contre, les moyens calmants et décongestifs (suppositoires, lavements, instillations) produire une réelle amélioration soit dans l'évacuation de leurs urines, soit dans le nombre de leurs mictions.

Il ne semble pas qu'on puisse considérer ces malades comme atteints d'une hypertrophie prostatique vraie, même commençante. Il y a donc lieu de procéder à des démembrements dans cette maladie très complexe qui a pour nom générique hypertrophie de la prostate, car nous n'en connaissons pas encore bien les modalités diverses.

Végétations polypoïdes de l'urèthre.

M. Reboul (de Nîmes) communique une observation de végétations polypoïdes de l'urèthre et de la vessie chez une femme, ayant nécessité pour leur ablation, une uréthrotomie externe et une taille hypogastrique.

Ces tumeurs étaient accompagnées d'hémorrhagies assez abondantes et d'une dysurie absolue; le cathétérisme était difficile, douloureux. La taille hypogastrique permit d'enlever des végétations siégeant sur la face antérieure et le col de la vessie. Un méat hypogastrique fut ensuite installé, afin de mettre complètement l'urèthre au repos. Sous cette influence et sans traitement direct, les végétations polypoïdes de l'urèthre diminuèrent progressivement, les phénomènes de cystite et l'uréthrorrhagie disparurent, et la malade put sortir guérie de l'hôpital, fin décembre. A la suite, il s'est produit un rétrécissement fibreux de l'urèthre, rétrécissement qui a nécessité la dilatation à l'aide des béniqués. Actuellement, près d'un an après l'intervention, la malade peut être considérée comme guérie.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée.

M. A Malherbe (de Nantes) rapporte 2 cas d'arthrite blennorrhagique suppurée, qui guérirent après la ponction de l'articulation remplie, dans les 2 cas, d'un liquide purulent.

Le pus était stérile dans le premier cas, et renfermait des staphylocoques dans le second.

Ces deux observations sont en faveur de l'hypothèse qu'une association microbienne est nécessaire pour que le gonocoque amène la suppuration.

M. Eraud (de Lyon). — La question des propriétés pyogènes du gonocoque est actuellement très discutée. En tous cas, les auteurs allemands paraissent avoir tendance à considérer les différentes complications suppuratives de la blennorrhagie comme dues au gonocoque lui-même; mais le microbe ne pourrait être trouvé dans le pus que dans les premiers jours de l'inflammation. Par suite, la question du rôle des infections mixtes dans la blennorrhagie, que l'on croyait tranchée, il y a quelques années, dans le sens de l'affirmative, semble revenir sur le tapis; il semble démontré que le gonocoque peut être aujourd'hui rendu coupable de certaines complications, au sujet desquelles on ne croyait pas pouvoir admettre son rôle pyogène.

M. Nogués (de Paris). Il n'y a guère à discuter sur la propriété pyogène du gonocoque; elle n'est pas douteuse avec les écoulements uréthraux, où l'on ne constate que ce seul microorganisme.

Traitement abortif de la blennorrhagie.

M. P. Janet (de Paris). — Le mot de traitement abortif de la blennorrhagie a été employé alors que l'étiologie de la chaudepisse était inconnue; et on peut peut se demander si depuis Musitan à Diday, on a fait avorter une véritable blennorrhagie, ou si les succès faciles rapportés par les auteurs n'ont pas été obtenus dans des cas d'uréthrites non gonococciques. D'autant plus que Diday dit que la guérison s'obtient tout à fait au début, alors que les écoulements sont plutôt muqueux que purulents. Or, depuis plusieurs années, chez les malades venus au début d'une blennorrhagie, j'ai trouvé toujours une goutte purulente; et chez ceux qui avaient un suintement séreux, j'ai pu constater qu'il n'y avait pas de gonocoques.

De plus, d'après ce que nous savons de l'étiologie de la blennorrhagie, il est probable que l'invasion et la pénétration de l'agent pathogène dans l'épithélium, et même dans la couche sous-épithéliale, est déjà importante pendant la période d'incubation, et ce n'est qu'en surface que la lésion est moins étendue. C'est pourquoi le traitement abortif ne doit pas différer beaucoup de celui qu'on est forcé d'employer plus tard; il sera peut-être un peu plus simple, si on peut limiter son action à l'urèthre antérieur. Ce n'est, d'ailleurs, pas, à proprement parler, un traitement véritablement abortif, car ce dernier mot suppose une action rapide et presque unique, et qui ne pourrait s'effectuer que dans les premières heures de l'infection, alors que la blennorrhagie est cliniquement impossible à reconnaître. Le traitement abortif se confondrait ainsi avec le traitement prophylactique.

Je ne veux pas exposer à nouveau la méthode que j'ai préconisée, mais en montrer les inconvénients et les avantages et je ne le ferai pas d'après des statistiques, qui seraient fausses, à cause de l'aléa résultant de la longueur et de la régularité du traitement, de l'indocilité du malade, etc; je préfère vous résumer l'impression générale sur tous les traitements abortifs que j'ai tentés.

Toutes les fois que j'ai essayé ce traitement avant les symptômes francs d'acuité, parmi lesquels le gonflement de l'urèthre est le plus important, je suis arrivé au succès complet. A partir du traitement, mes malades n'ont plus qu'un écoulement insignifiant et ne présentent aucune complication habituelle de la blennorrhagie. Ce résultat est obtenu en 8 ou 12 jours, dans les cas où aucune faute n'est commise; en un mois, 6 semaines ou 2 mois, lorsque nous en commettons ou que le traitement est tenté dans un état déjà peu aigu. Il ne m'est arrivé que trois fois d'y renoncer et de laisser repartir l'infection gonococcique, pour l'arrêter 15 jours plus tard : c'était chez des hommes mariés, chez

lesquels j'avais voulu, à tout prix, tenter l'abortif, malgré un état déjà aigu.

C'est vous dire que si j'ai à faire à une chaudepisse débutant sans signe phlegmoneux et sans foyer extra-uréthral, si mon malade est sobre et régulier, je suis sûr du succès. S'il y a une faute commise, la guérison est retardée; pendant tout le temps, si long qu'il soit, l'évolution gonococcique est enrayée, les lésions qu'elle pourrait provoquer dans l'urèthre sont supprimées, toute complication, dans le présent ou dans l'avenir, est éloignée. Après le traitement, le canal est absolument sain, car les gonocoques, avec les lavages successifs, ont bien pu conserver, pendant longtemps pied dans l'urèthre, mais n'y ont pas produit les lésions qu'ils déterminent pendant la période aiguë de la chaudepisse.

Ces résultats sont beaux, mais ils ne peuvent être obtenus que dans des conditions assez limitées; c'est un traitement de luxe, inapplicable à l'hôpital et qui ne pourra guère se généraliser, parce qu'il y a peu de malades qui soient en état, par leur situation, de s'y soumettre, et parce que peu de chirurgiens, à moins d'en faire une spécialité comme moi, pourront s'astreindre à donner des soins si réguliers.

Je le considère donc comme une méthode de choix; mais je voudrais pouvoir offrir aux autres malades, qui ne pourront se plier à ses exigences, une prompte guérison par un procédé plus rapide; peut-être parmi ce que nous ont légué nos prédécesseurs ne doit-on pas tout abandonner? Il faudrait, dans des cas d'uréthrites avec gonocoques bien constatés, essayer les vieux traitements, et voir leur véritable valeur; je vous propose de réunir ces renseignements avant notre prochaine session, en y joignant l'étude du traitement prophylactique de la blennorrhagie.

M. Vigneron (de Marseille). — Depuis 5 ans, j'ai toujours employé la méthode de Janet dans toutes les uréthrites à gonocoques que j'ai rencontrées. Parmi celles-ci, il en était quelques-unes qui rentraient dans les conditions de temps voulu pour le succès du traitement abortif, c'est-à-dire qu'elles dataient de moins de 36 heures et se montraient dans des urèthres sains. Sur 12 cas de ce genre, j'ai pu obtenir 9 fois la siccité absolue du canal dans un intervalle qui a varié de 6 à 10 jours, c'est-à-dire après 6 à 10 lavages. Chez ces malades, je n'ai cessé les lavages que 2 jours après celui où, pour la première fois, je n'ai plus trouvé de gonocoques : j'en ai donc fait 2 chaque fois, peut-être inutilement. Ces 9 malades sont restés guéris tous après 15 jours de vie ordinaire. Chez un malade, où je n'avais plus trouvé de gonocoques, j'ai eu une récidive le lendemain de la cessation; après 42 heures environ de repullulation sans lavages, j'ai dû reprendre ceux-ci pendant 8 jours pour faire disparaître cette repullulation. Les 2 derniers malades ont mis plus de temps à dessécher leur urèthre : il leur a fallu 14 lavages.

En dehors de ces cas que, quant à moi, je considère comme seuls justiciables du traitement abortif, c'est-à-dire des écoulements de moins de 36 heures, j'ai eu à traiter de très nombreux cas d'uréthrites.

Par les mêmes lavages, dans les uréthrites sans complications, mais de dates très variables, j'ai obtenu la disparition du gonocoque en un temps qui a varié de 15 à 30 jours. Je n'entends que ceux que j'ai pu laver moi-même régulièrement ; quant aux lavage faits par les malades eux-mêmes, ils peuvent donner des succès, mais il ne faut pas attacher d'importance aux échecs.

M. Guiard. — D'une façon générale, je partage les opinions exprimées par M. Janet; je ne me sépare de lui que sur certains points de détail, par exemple, des doses à employer. Celles qu'il a préconisées sont parfois dangereuses, du moins entre des mains peu expérimentées. J'en ai vu récemment 3 exemples, pour lesquels j'ai été appelé en consultation. Dans un premier cas, un lavage à 1 p. 1000, pratiqué le deuxième jour, provoqua une rétention, avec impossibilité du cathétérisme et nécessité de ponctionner. Dans un deuxième, un lavage au même titre, fait au huitième jour, fut le point de départ d'une poussée simultanée extrêment violente de prostatite et d'orchite.

M. Hogge (de Liège), dans une communication particulière, exprime une opinion semblable; il croit au danger des doses fortes et insiste sur la nécessité d'agir à de faibles doses.

Ces faibles doses ont le grand avantage de ne provoquer aucune douleur, aucune réaction, et leur efficacité ne peut être mise en doute, quand on voit les gonocoques disparaître complètement à la suite d'un seul lavage. On ne peut vraiment demander rien de plus aux doses fortes, qui font souffrir, qui provoquent une réaction abondante et qui, par cela même, donnent aux malades une satisfaction immédiate moins complète.

M. Noguès a eu à soigner 18 malades se présentant dans les conditions voulues pour le traitement abortif. Ces 18 malades ont été soignés par des lavages au permanganate faits dans l'urèthre antérieur et dans l'urèthre postérieur avec un appareil à pression, à l'exclusion de toute seringue; ils ont reçu un nombre de lavages variant entre 12 et 23, les premiers, faits 2 fois par 24 heures, et les suivants, à des intervalles plus ou moins longs, selon les indciations. Les solutions employées ont varié entre les titres de 1/4000 et 1/1000 (urèthre postérieur), 1/500 (urèthre antérieur).

De ces 18 malades, 7 ont guéri, et guéri d'une façon définitive, car ils ont été revus par la suite; les 11 autres ont continué à couler.

En présence des formes rebelles, il semble à M. Noguès qu'il y aurait intérêt à essayer d'autres substances antiseptiques, telles que le sublimé, le nitrate d'argent ou l'oxycyanure de mercure.

M. Guiard croit que le permanganate de potasse exerce une action antigonococcique supérieure à tous les autres médicaments prônés contre la blennorrhagie. Chez des malades arrivés à la période chronique, ne subissant plus aucun traitement, et présentant encore de nombreux gonocoques, il a vu le permanganate de chaux, le bichromate de potasse, le sublimé, laisser persister les gonocques. Au contraire, dans les mêmes cas où les médicaments avaient échoué, le permanganate de potasse a immédiatement amené la disparition des microorganismes spécifiques. Je crois donc qu'aucun médicament, à l'heure actuelle, n'offre autant de garanties.

M. Éraud. — Je trouve que le terme d'abortif est mal employé ici. Lorsque Diday, Rollet, l'employaient, ils voulaient dire et ils croyaient qu'ils empêchaient la blennorrhagie d'avoir lieu. Or, par la méthode dite abortive, on ne fait pas avorter du tout la blennorrhagie.

Si l'on voulait mettre exactement en parallèle l'ancienne méthode antiphlogistique et la méthode de Janet, je ne sais de quel côté seraient les meilleurs résultats. En la matière, il est bien difficile de se prononcer d'une façon certaine sur le résultat définitif car si, on peut abréger la période de suppuration, on allonge la période de déclin. Il faudrait suivre les malades longtemps après la prétendue guérison, pour être sûr qu'il n'y a pas de retour de gonocoques. En résumé, je n'aime pas beaucoup à introduire le permanganate dans l'urèthre postérieur, ni dans la vessie. D'une part, je crois, que, au point de vue de l'antisepsie de l'urèthre, beaucoup de substances, notamment le sublimé, le bleu de méthylène, à doses très faibles, donneraient des résultats analogues. D'autre part, une fois que l'écoulement se présente sous forme de pus bien lié, il n'y a rien de tel que l'emploi des balsamiques. Mais la méthode de Janet a eu ce grand avantage, de supprimer les injections, alors que les grands lavages permettent une irrigation large et complète.

M. Desnos a eu sur 18 malades traités par le lavage limité à l'urèthre antérieur 19 succès complets, tout suintement ayant disparu au huitième jour. Il doit ajouter que ces doses fortes n'ont été employées que dans les 2 premiers lavages, le premier jour, et que, pour les lavages suivants, il a employé la dose habituellement en usage.

M. Janet. — Les opinions qui viennent d'être émises contiennent toutes une part de vérité; nous devons donc concluure à l'utilité d'un véritable éclectisme, au point de vue du choix des lavages antérieurs ou postérieurs. Quant à l'opinion de M. Eraud, je ne saurais trop la combattre; depuis 5 ans que j'applique cette méthode de traitement, jusqu'à présent je n'ai eu à soigner aucune uréthrite chronique et aucun rétrécissement chez les malades que j'ai traités, quand ils se sont présenter à moi à leur première infection.

De l'anesthésie locale par l'eucaïne.

M. Legueu. — Depuis quelques mois, j'ai substitué l'eucaïne à la cocaïne pour la pratique des opérations qui ne de-

mandent que l'anesthésie locale, et, plus spécialement, pour celles qui portent sur l'appareil urinaire.

A des propriétés anesthésiques égales, sinon supérieures, le chlorhydrate d'eucaïne a l'avantage d'une moindre toxicité; en outre, le sel, étant plus stable, les solutions peuvent être stérilisés par l'ébullition.

Alors que 6 centigrammes de cocaïne suffisent à tuer en 3 quarts d'heure un cobaye, nous avons constaté, dans des expériences comparatives faites avec mon élève, M. Lihon, que 8 centigrammes d'eucaïne n'amenaient qu'en 1 h. 1/2 la mort d'un cobaye de même poids.

Les solutions dont je me sers sont au centième; la dose injectée dans l'urèthre ou sous la peau ne dépasse pas 5 à 6 centigrammes. Pour la technique, je me suis en tout conformé aux règles précisées par M. Reclus, pour la cocaïne; et c'est sans doute ce qui m'a permis de n'observer aucun de ces accidents qui ont marqué les débuts de la cocaïne.

Pour la cystoscopie, cependant, j'emploie une solution au cinq centième, dont j'injecte dans la vessie de 160 à 200 grammes, suivant les cas, soit 20 à 40 centigrammes d'anesthésique.

Au contraire de la cocaïne, l'eucaïne a des propriétés congestives, ce qui doit faire contre-indiquer son emploi dans les cas où le saignement est très prononcé.

M. Carlier. — La stérilisation des solutions de cocaïne n'est pas aussi difficile qu'on vient de le dire. Grâce à la technique suivante, on n'a jamais de suppuration. On prépare avec des papiers stérilisés des paquets contenant 0 gr. 05 de cocaïne, et, au moment de l'opération, on les verse dans de l'eau stérilisée. A ce propos, j'indiquerai aussi un procédé particulier d'anesthésie de la verge; en faisant une injection à la base de la verge, au niveau du nerf dorsal et sur les parties latérales et inférieures on a une anesthésie de tout l'organe; on peut ainsi faire des circoncisions, le frein seul reste parfois un peu sensible.

68e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Francfort-sur-le-Mein du 21 au 26 Septembre 1896.

Fermentation sulfhydrique dans l'estomac.

M. Dauber a examiné la flore bactérienne de l'estomac chez 9 individus bien portants et 3 atteints d'insuffisance motrice de l'estomac. Il a ainsi isolé 41 espèces bactériennes dont 27 avaient formé de l'acide sulphydrique dans les cultures. Toutes ces bactéries, à l'exception des sarcines, opposaient une grande résistance à l'action de HCl et n'étaient pas détruites même au bout de 6 jours de séjour dans un bouillon contenant 10 p. 100 d'acide chlorhydrique : dans ces conditions les bactéries perdaient seulement le pouvoir de former de l'acide sulphydrique.

Diabète et glycosurie alimentaire.

M. von Strumpell a fait un série de recherches sur la glycosurie alimentaire dans des affections qui sembleraient avoir des relations étiologiques avec le diabète, notamment dans l'artério-sclérose et l'alcoolisme. Pour ce qui est de la glycosurie alimentaire dans l'alcoolisme, les recherches ont été faites sur des étudiants grands buveurs de bière. Chez eux l'ingestion de 100 grammes de glycose provoquait au bout d'une heure l'apparition dans l'urine de 1 p. 100 de sucre; au bout de quelques heures le sucre disparaissait de l'urine. Cette glycosurie alimentaire ne s'observe pourtant pas chez tous les alcooliques; aussi M. Strumpell fait-il dépendre son apparition d'une disposition individuelle.

La glycosurie alimentaire a encore été observée dans la névrose traumatique; par contre, les expériences faites chez des individus atteints d'affections graves du système nerveux, d'atrophie musculaire progressive par exemple, ont donné des résultats négatifs.

M. Fleiner a constaté que la tendance à la glycosurie alimentaire existe chez tous les individus qui s'adonnent aux plaisirs de la table et font peu d'exercice.

M. von Noorden fait observer que la glycosurie alimentaire existe dans les affections fébriles et dans les affections du foie. La glycosurie des gros mangeurs est analogue à la glycosurie alimentaire provoquée expérimentalement, c'est-à-dire qu'elle n'augmente pas quand même l'individu absorbe de fortes quantités d'hydrate de carbone.

M. Albu n'a jamais pu constater l'existence d'une glycosurie alimentaire dans les névroses traumatiques et l'hystérie grave, signalée à titre d'élément diagnostique par Von Jaksch.

La sphacélotoxine, principe actif de l'ergot de seigle.

M. Jacoby est arrivé à isoler le principe actif de l'ergot de seigle, la sphacélotoxine qui se présente sous forme de cristaux jaunes très beaux.

Administrée à des chiennes et à des chattes pleines, la sphacélotoxine a constamment provoqué l'avortement au bout de 24 heures sans donner lieu à des complications. Chez les poules elle accélère la ponte. Son action spécifique sur l'utérus est donc certaine. Même à dose très élevée elle ne provoque pas de phénomènes toxiques chez les animaux à sang chaud.

Physiologie du cœur.

M. Benedikt a étudié à l'aide de la radiographie X, certains points relatifs au fonctionnement du cœur. Il a pu ainsi constater : 1° que pendant la systole, la pointe du cœur se rapproche de la base; 2° que le cœur ne se vide pas entièrement à chaque systole; 3° que dans les inspirations profondes le cœur se soulève et se détache du diaphragme.

L'urine chez les goutteux.

M. His a étudié l'urine dans 17 cas de goutte aiguë et constaté que dans tous les cas il existe une diminution d'acide urique avant l'attaque; après l'attaque, la quantité d'acide urique augmente progressivement et dépasse même pendant quelques jours la normale. Quand les attaques se succèdent fréquemment, les deux phénomènes d'élimination d'acide urique se retrouvent encore.

Les alcalins, les eaux minérales alcalines, la lysidine, la pipérazine et les autres substances dissolvant l'acide urique, n'exercent aucune influence sur l'élimination d'acide urique.

Plaie du cœur.

M. Rehn présente un malade entré à l'hôpital pour une hémorrhagie grave consécutive à une plaie du ventricule droit par instrument piquant. Dans ces conditions M. Rehn mit le cœur à nu après avoir fait une résection costale, agrandit la plaie du péricarde et ferma la plaie du cœur par une série de sutures. L'hémorrhagie s'arrête et les phénomènes de collapsus ne tardèrent pas à se dissiper. Actuellement, 15 jours après l'opération, le malade va aussi bien que possible.

Traitement des ulcères perforés de l'estomac.

M. Pariser a réuni 99 cas de laparotomie pour ulcère perforé de l'estomac. Sur ce nombre d'opérés il y a eu 33 guérisons; mais si l'on ne prend que les cas où l'opération a été faite 10 à 15 heures après l'opération, on trouve 33 cas avec 23 guérisons.

La prédominance du sexe féminin est très remarquable : on trouve notamment 82 p. 100 de femmes et 18 p. 100 d'hommes. La perforation occupe le plus souvent la paroi antérieure.

Parmi les symptômes objectifs permettant de diagnostiquer la perforation, il faut placer en premier lieu l'exacerbation de la douleur après l'ingestion de petites quantités de liquides. Le choc une fois surmonté, le tableau clinique revêt au bout de 1 ou 3 heures une forme si bénigne que des erreurs diagnostiques sont fréquemment commises. Ce qui est très important au point de vue du diagnostic, c'est le désaccord entre la température, qui oscille autour de 38°, et le pouls, qui monte à 128.

M. Körte qui a opéré 57 ulcères perforés, n'a sauvé que 7 malades.

Pancréas et nécrose du tissu adipeux du péritoine.

M. Körte a fait une série de recherches expérimentales sur les rapports entre les lésions du pancréas et la nécrose du péritoine, en pratiquant chez des chiens et des chats des contusions, des déchirures du pancréas ou la ligature des vaisseaux de la glande, il n'a jamais vu survenir la nécrose du tissu adipeux du pancréas. L'injection dans le pancréas de substances irritantes comme l'essence de térébenthine, ou l'injection de pus ou de cultures virulentes provoquait soit la suppuration, soit une inflammation interstitielle de la glande. Sur 18 animaux soumis à ces injections, 6 ont présenté en même temps une nécrose du péritoine. Dans les cas où le pancréas atteint d'inflammation interstitielle à la suite des injections de térébenthine, était soumis à des traumatismes, il n'est pas survenu de nécrose du péritoine.

Le traumatisme du pancréas n'est donc pas suivi régulièrement de nécrose du pancréas. Chez l'homme, dans 9 cas de lésions traumatiques du péritoine suivies d'inflammation ou d'hémorrhagie, la nécrose du péritoine a été notée 5 fois.

Fibromyomes de l'utérus et stérilité.

M. Hofmeier présente une étude de cette question en s'appuyant sur 213 cas personnels et 113 qu'il a trouvés dans la littérature. Sur ces 326 malades, le 8e soit 20,8 p. 100 n'étaient pas mariées, toutefois 5 d'entre elles ont eu un ou plusieurs enfants.

Sur les 258 mariées, 67, soit 20,5 p. 100 n'ont jamais eu d'enfants; ou la proportion de stérilité acquise ou primitive chez les femmes non atteintes de fibromes, est dans la statistique personnelle de M. Hofmeier, de 15 p. 100, soit une différence de plus de 5 p. 100 chez les femmes présentant des fibromes utérins.

D'un autre côté, sur 201 femmes présentant des fibromes et qui ont eu des enfants utérins on trouve en moyenne 3,2 grossesses par personne; le même chiffre est en moyenne 4,5 pour les femmes n'ayant pas de fibromes; il existe donc sous ce rapport une différence de 1,3 en faveur de ces dernières.

M. Pfannenstiel attribue à l'endométrite et à l'ovarite concomitantes la fréquence plus grande de la stérilité chez les femmes ayant des fibromes utérins.

Cystite du col chez les enfants.

M. Trumpp a observé à la clinique du professeur Escherich 29 cas de cystite du col chez des enfants de 6 mois à 9 ans. Sur ces 29 malades on trouvait 21 filles et 8 garçons.

Cliniquement, la cystite s'est présentée sous 2 formes : la forme légère et la forme grave. Dans la forme légère on trouvait, en fait de symptômes, une fréquence des mictions, une sensibilité de la vessie, et, s'il existait en même temps de la vulvite, des brûlures à la vulve. L'urine était trouble, floconneuse, renfermait un peu d'albumine et présentait constamment une réaction acide. Sous le microscope on trouvait de l'épithélium vésical, des leucocytes et des bactéries que l'examen bactériologique a fait dans tous les cas reconnaître pour des colibacilles.

Cette forme a toujours guéri souvent spontanément, au bout de 8 à 15 jours. L'amélioration se manifestait en premier lieu du côté des urines qui devenaient de plus en plus claires.

La forme grave était caractérisée par une altération de l'état général : il existait notamment de la pâleur de la face, une fièvre irrégulière, des vomissements, etc. Du côté de la vessie, les symptômes étaient plus accusés : les mictions étaient très fréquentes et très douloureuses, l'urine opalescente renfermait de nombreux leucocytes et bactéries; il existait des douleurs vésicales et même rénales. Cette forme durait longtemps et se compliquait dans certains cas d'infection rénale, quelquefois mortelle, comme dans 2 cas observés par M. Trumpp.

Une troisième forme de cystite a été observée au cours des gastro-entérites, principalement au cours de l'entérite folliculaire. Dans ces cas les symptômes subjectifs étaient nuls, mais l'urine avait les mêmes caractères que dans les 2 groupes précédents.

Quant au mode de pénétration des bactéries, c'est-à-dire des colibacilles, dans la vessie, M. Trumpp admet 3 possibilités : 1° chez les filles, passage direct le long de l'urèthre; 2° passage à travers le rectum et la vessie, dans les cas notamment où il existe de la gastro-entérite; 3° infection de la vessie par la voie sanguine.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 Novembre 1896.

Morve chronique.

M. Hallopeau lit un rapport sur une observation de M. Rémy. Il s'agit d'une forme localisée de la maladie. M. Hallopeau exprime le regret que la lésion initiale qualifiée de panaris et qui mérite d'être assimilée à un chancre n'ait pu être étudiée par l'auteur; il serait désirable que cette première manifestation fût minutieusement décrite et séparée des autres inoculations infectieuses aiguës; on pourrait alors, en la détruisant, essayer, avec plus de chances que dans la syphilis, d'enrayer le développement de la maladie, car l'infection peut rester longtemps localisée; il semble que les adénopathies puissent lui former une barrière : il serait intéressant de rechercher, chez un animal, si dans un cas de farcinose ainsi circonscrite, les autres parties de l'organisme sont ou non en état d'immunité à l'égard du virus.

Pour confirmer le diagnostic de morve, M. Rémy a eu surtout recours à la méthode que l'on doit à M. Straus; elle consiste dans l'inoculation intra-péritonéale du pus farcino-morveux, 36 heures après on peut constater les signes d'une vaginalite aiguë ; cette réaction est pathognomonique quand elle est conforme au type décrit par M. Straus ; il faut signaler cependant une cause d'erreur : le pus farcino-morveux n'est pas le seul dont l'inoculation intra-péritonéale puisse donner lieu à une vaginalite suppurative ; en effet, M. Hallopeau avec le concours de M. Bureau, a inoculé à 3 cobayes du pus provenant des surfaces ulcérées d'un mycosis fongoïde, or tous 3 ont été atteints rapidement d'une vaginalite suppurée ; cette altération s'est différenciée de celle que produit l'inoculation farcineuse par son apparition plus tardive, par la tuméfaction moindre et par l'aspect non caséeux du pus.

Le bacille morveux est remarquable par sa grande virulence, sa puissance destructive, supérieure à celle des tuberculoses et des syphilis les plus malignes, et aussi par sa grande vulnérabilité : une simple cautérisation peut suffire à en enrayer la propagation, aussi le traitement par le thermo-cautère, lorsqu'il peut être mis en œuvre est-il le plus efficace; la guérison est possible; elle ne doit être considérée comme définitive qu'au bout de nombre d'années car, comme la tuberculose, la syphilis et la lèpre, la maladie peut, pendant très longtemps rester silencieuse pour se manifester de nouveau par des accidents presque toujours mortels.

Oblitération après ligatures vasculaires.

M. Cornil ayant lié des veines a constaté que dès le 1er ou 2e jour les cellules épithéliales multipliées, enchevêtrées souvent et anastomosées, tombent en partie, libres dans le caillot. Là elles deviennent les agents actifs de l'organisation du caillot, de l'oblitération vasculaire. Déjà au 4e jour s'est constitué de la sorte un tissu solide, et les cellules endothéliales commencent à se transformer en réseaux vaso-formatifs. Au 10e jour, la transformation est complète en tissu conjonctif et le réseau capillaire communique avec celui des bourgeons de la paroi.

Les phénomènes sont les mêmes dans les artères, mais ils retardent de 5 à 6 jours, ce qui s'explique par la difficulté

qu'éprouvent les vaisseaux de la tunique externe à traverser les lames élastiques résistantes.

Collage de la bière.

M. Manouvriez (de Valenciennes) décrit les accidents dus à une intoxication par de la bière collée, après fermentation en fûts, à l'aide d'un « clarifiant conservateur » renfermant 0gr494 d'acide sulfureux par kilogramme, sous forme de 6gr023 de bisulfite de chaux. Les buveurs fréquentant certains débits alimentés par ce brasseur avaient ressenti des nausées, des vomissements, de l'inappétence, de la diarrhée, du météorisme, etc. L'éveil fut donné par un débitant qui remarqua que cette bière attaquait, en le blanchissant, le zinc du comptoir. On constata alors que les collages successifs introduisaient par litre dans la bière 2gr778 à 11gr095 de colle, soit 0gr017 à 0gr067 de bisulfite de chaux, soit 0gr00137 à 0gr00548 d'acide sulfureux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 Novembre 1896.

Péricardite à forme d'angine de poitrine.

M. Léon Bernard rapporte l'observation d'une fillette âgée de 8 ans, entrée dans le service de M. Grancher pour une polyarthrite rhumatismale aiguë ordinaire qui se compliqua au bout de trois semaines d'accidents cardiaques (angoisse respiratoire des plus violentes, douleur précordiale très intense, bruits du cœur tumultueux et précipités, souffle dur et râpeux, systolique qui, très rapidement, amenèrent la mort de la malade.

L'autopsie montre une péricardite sèche d'aspect classique; mais le tissu cellulaire du médiastin péri cardique est enflammé, œdémateux, ce qui pouvait faire croire à l'existence d'une névrite aiguë des nerfs du plexus cardiaque et des phréniques que Peter incriminait pour expliquer l'angoisse douloureuse de cette forme de péricardite.

Épithélioma tubulé du corps thyroïde propagé au larynx et à la trachée.

MM. Mermet et **Lacour** présentent un cancer du corps thyroïde, développé chez une femme de cinquante-six ans qui succomba trois semaines après une laryngotomie faite d'urgence pour parer momentanément aux accidents asphyxiques.

A l'autopsie, on trouva un corps thyroïde du volume des deux poings, formant un anneau autour du tube laryngo-trachéal et doublé latéralement de deux chaînes ganglionnaires volumineuses. Les cartilages cricoïde et thyroïde et les premiers anneaux de la trachée étaient envahis, les lymphatiques sous-muqueux laryngés distendus. Au microscope, la tumeur présente la structure de l'épithélioma tubulé.

Lithiase biliaire au cours de la fièvre typhoïde.

M. Milian présente vingt-cinq calculs biliaires, trouvés dans la vésicule d'une jeune femme de vingt-quatre ans, morte vers le seizième jour d'une fièvre typhoïde hypertoxique.

De son vivant, la malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques, ni aucun symptôme qui pût faire penser à la lithiase. L'ensemencement du centre des calculs, après stérilisation de leur surface, a fourni des cultures pures de bacilles en tous points semblables au bacille d'Eberth. L'examen histologique de la vésicule biliaire a montré, dans l'épaisseur de sa paroi, des bacilles analogues morphologiquement à ceux trouvés dans les cultures. Tout porte donc à croire que la lithiase biliaire s'était développée sous l'influence de l'infection typhique.

Épithélioma du cholédoque.

MM. Griffon et **Dartigues** communiquent l'observation d'un homme de 58 ans entré à l'hôpital avec des symptômes d'ascite et d'ictère par rétention. Une paracentèse permit de sentir une vésicule biliaire très distendue et un foie hypertrophié. On fit l'ouverture de la vésicule, qui était vide de calculs, et on l'aboucha à la paroi abdominale. Les selles, décolorées jusqu'alors, devinrent normales après l'opération.

Le malade mourut après dix mois de maladie. A l'autopsie, outre une abondante sérosité péritonéale et des brides épaisses cloisonnant la séreuse, on a trouvé un manchon scléreux à l'extrémité du cholédoque au moment où il va pénétrer dans l'ampoule de Vater. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 Novembre 1896.

Opothérapie hépatique.

MM. Gilbert et **Carnot** ont fait des recherches expérimentales et des recherches cliniques sur les effets de l'opothérapie hépatique : 1° chez des animaux chez lesquels l'insuffisance hépatique était produite soit par l'extirpation du foie, soit par intoxication (phosphore); 2° chez des malades atteints de lésions hépatiques ou présentant une affection relevant d'un état pathologique du foie. La substance hépatique était administrée crue, râpée, ou bien sous forme d'extrait glycériné ou alcoolique ou aqueux.

Dans les recherches de laboratoire, comme dans les cas cliniques, l'effet de l'opothérapie hépatique a été incertain. Chez les animaux ayant subi l'extirpation du foie, l'administration de tissu hépatique ne donnait pas de survie bien nette; par contre, les animaux intoxiqués avec du phosphore ou du nitrate d'urane ou avec des toxines diphthériques ou tétaniques présentaient une survie manifeste.

Dans 2 cas de cirrhose avec insuffisance du foie, l'administration de tissu hépatique a fait disparaître le délire, la prostration des forces, etc., et produit une amélioration manifeste.

Dans le diabète, les résultats ont été variables suivant l'étiologie du diabète. Dans certains cas, l'opothérapie hépatique provoquait d'abord une diminution puis une augmentation de la glycosurie; dans d'autres, la diminution du sucre de l'urine était progressive et les malades ont quitté l'hôpital ayant moins de sucre qu'à leur entrée.

Il est donc encore difficile, en face de ces faits contradictoires, de porter un jugement sur la valeur de l'opothérapie hépatique.

M. Charrin. — M. Combes a publié des cas véritablement merveilleux de guérison d'ictère par des lavements d'extrait de foie. On ne saurait trop, comme on vient de le faire, répéter ces recherches.

Dans un cas d'ictère, je n'ai pas vu de modifications bien appréciables sous l'influence de l'extrait hépatique donné en lavement, suivant le procédé signalé dans la Suisse romande

On peut se baser évidemment sur les actions antitoxiques du foie vis-à-vis de la bile, actions que de récentes expériences que je poursuis avec M. de Nittis mettent en lumière d'une façon saisissante, grâce à de nouveaux procédés.

Les échanges interstitiels dans l'anorexie hystérique.

M. Richet a eu l'occasion de faire dernièrement une longue série de recherches sur les échanges interstitiels chez 2 femmes hystériques atteintes d'anorexie et dont l'alimentation était pour ainsi dire réduite au minimum. Les résultats des dosages successifs exprimés en unités thermo-dynamiques ont montré que la première malade consommait 350 et la seconde 370 calories par jour, soit 12 et 19 calories par jour et par kilogr. de poids du corps. Ces chiffres deviennent encore plus frappants quand on les compare aux chiffres qu'on a trouvés chez des individus en état d'inanition : ainsi la consommation de calories par jour et par kilogr. de poids du corps est de 25 chez les jeûneurs professionnels (Succi, Merlatti, Tanner), de 40 chez les ouvriers et paysans italiens mal nourris; chez l'ouvrier parisien qui se nourrit convenablement, cette consommation est de 55,

Le dosage des échanges respiratoires fait chez les 2 malades a donné un quotient respiratoire de 0,30 contre 0,80 qui est le chiffre normal, fait qui montre que ces malades fixaient, absorbaient plus d'oxygène qu'à l'état normal.

La marche de la diphthérie.

M. Guiraud. — Il est aisé de s'apercevoir, en construisant les courbes de mortalité, que, suivant certaines répétitions, la gravité des maladies virulentes suit un cycle déterminé.

En ce moment, même depuis 1893, la diphthérie dans le sud-ouest de la France atteint un minimum qu'elle n'avait pas présenté depuis 15 ou 20 ans.

Il importe de connaître ces lois dans l'appréciation des procédés thérapeutiques, comme il importe de tenir compte des soins accessoires, plus encore de la méthode de diagnostic qui fait aujourd'hui entrer dans la diphthérie une foule de cas légers jadis laissés en dehors.

Accidents épileptiformes expérimentaux.

M. Charrin. — J'observe depuis un mois un cobaye qui, spontanément, en apparence du moins, ou à la suite de pincements de la peau dans la région du cou, quelque peu du dos, présente brusquement des mouvements convulsifs des membres, en particulier du côté irrité; il tombe sur le flanc, se met en torsion, ou parfois, à la fin de l'accès spécialement, place ses pattes en extension spasmodique.

Il est impossible de ne pas rapprocher ces faits de ceux de Brown-Séquard, d'autant plus qu'une double amputation postérieure occasionnée par la chaleur d'un courant a entraîné la section des deux sciatiques.

Faut-il attribuer ces désordres à ces sections, ou à l'ébranlement nerveux déterminé par ce courant ou encore à de la toxine diphthérique injectée, il y a 7 mois, à l'époque où on soumettait cet animal à ces courants? Il est difficile de répondre avant l'examen anatomique : tous ces processus ont été incriminés dans la genèse de ces désordres, et c'est là un des côtés intéressants de ces constatations.

Opération intrathoracique avec respiration artificielle par insufflation.

MM. Tuffier et Hallion. — Voir page 1131.

Sur l'agglutination du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques.

MM. Ch. Achard et R. Bensaude. — Le phénomène de l'agglutination des microbes par le sérum a conduit à deux applications pratiques fort importantes : la première intéresse les microbiologistes et consiste dans la distinction des types microbiens par le sérum d'animaux infectés expérimentalement; la seconde intéresse les cliniciens et consiste dans le diagnostic de la nature des infections par le sérum des malades. Au cours des recherches que nous avons entreprises sur ces deux sortes de séro-diagnostic, particulièrement à propos de la fièvre typhoïde, nous avons eu l'occasion de relever 2 causes d'incertitude que nous signalerons dans cette note.

En étudiant l'action du sérum de plusieurs malades sur de nombreux échantillons de bacilles d'Eberth (19), de provenances diverses, nous avons vu que certains échantillons se laissent mieux agglutiner que d'autres par les différents sérums. Ces résultats s'observent lorsque la propriété agglutinante est atténuée pendant la convalescence : le sérum peut alors se montrer actif pour certains échantillons et inactif pour d'autres, du moins dans les mêmes conditions et aux mêmes doses. La différence, d'ailleurs, n'est pas toujours en faveur de l'échantillon qui provient du malade même. De ces faits ressort une conclusion pratique, c'est qu'il convient de choisir, pour le séro-diagnostic, un échantillon connu et éprouvé, apte à se laisser agglutiner aisément.

La seconde cause d'incertitude a une portée théorique plus considérable : elle touche à la spécificité de la propriété agglutinante, qui a été mise en discussion déjà, précisément pour le bacille d'Eberth et le coli-bacille. La question est surtout délicate si l'on envisage les types de coli-bacilles qui sont très voisins du bacille d'Eberth. Ainsi Max Gruber a vu s'agglutiner par le sérum typhique un échantillon de ce genre (*bacillus entericus*, Gärtner), faisant fermenter la lactose. MM. Gilbert et Fournier ont fait une constatation semblable pour le bacille de la psittacose, qu'ils considèrent comme extrêmement voisin du bacille d'Eberth, mais auquel ils attribuent néanmoins, avec M. Nocard, quelques caractères propres.

Nous avons eu l'occasion d'étudier 2 échantillons de bacilles semblables : l'un provient de l'urine purulente d'une malade qui présentait des phénomènes typhoïdes, l'autre d'une arthrite suppurée sterno-claviculaire opérée par M. Walther chez un enfant de 8 mois, soigné par M. Martinet pour une maladie ressemblant à la fièvre typhoïde. Nous avons comparé ces 2 microbes à un échantillon du bacille de la psittacose, obligeamment donné par MM. Gilbert et Fournier, et nous avons constaté que tous 3 offrent les mêmes caractères de cultures, bien qu'ils diffèrent un peu entre eux quant aux dimensions et à la mobilité. Tous trois subissent aussi l'agglutination par le sérum typhique.

Sont-ils identiques au bacille d'Eberth? Les caractères différentiels attribués au bacille de la psittacose ne nous ont pas paru d'une valeur décisive ni d'une appréciation facile. Une distinction qui nous a semblé plus constante nous a été fournie par le réensemencement sur de vieilles cultures du bacille d'Eberth, suivant le procédé imaginé par M. Wurtz, pour différencier le coli-bacille du bacille d'Eberth, et utilisé ensuite par M. Jules Renault et l'un de nous pour séparer les uns des autres les différents types de coli-bacilles. Ce procédé est extrêmement sensible. Il nous a fait voir que nos 3 échantillons se comportent à l'égard du bacille d'Eberth comme le fait le coli-bacille. Comme ces derniers aussi, ils font fermenter la glycose et la maltose, mais ils s'en distinguent par un caractère fondamental : ils ne font point fermenter la lactose ni la saccharose.

Doit-on les considérer comme formant une espèce distincte, voisine du bacille d'Eberth, ou seulement une variété particulière de ce dernier? Peu importe : ce qui nous paraît indéniable, c'est que ce type microbien est autre chose que le bacille d'Eberth rencontré d'ordinaire dans la fièvre typhoïde, et d'ailleurs il est bon d'ajouter que les maladies qu'il a provoquées sont autre chose aussi que la fièvre typhoïde véritable.

Cela étant, comment se comportent, à l'égard de la réaction agglutinante, ces bacilles *paratyphiques*? Nous avons déjà dit qu'ils se laissent agglutiner par le sérum des organismes infectés par le bacille d'Eberth. Or le sérum des organismes infectés par eux agglutine aussi le bacille d'Eberth.

Toutefois chez l'homme, dans le seul cas où le sérum d'un sujet atteint d'une de ces infections paratyphoïdiques a pu être l'objet d'un examen, il n'agglutinait qu'un très petit nombre d'échantillons du bacille d'Eberth, outre les bacilles paratyphiques. La valeur du séro-diagnostic reste donc très grande en clinique, et les résultats généraux de cette méthode subsistent, l'erreur de ce chef paraissant être une exception.

Mais dans les conditions expérimentales, il n'en serait plus de même. Si, pour faire le séro-diagnostic des microbes, on utilisait le sérum d'un animal possédant un pouvoir agglutinant très prononcé, on s'exposerait à confondre le bacille d'Eberth avec les bacilles paratyphiques. En effet, nous avons pu, en renforçant chez les animaux la propriété agglutinante par des inoculations successives de bacilles paratyphiques, amener l'agglutination de presque tous les échantillons du bacille d'Eberth. Aussi, tout en reconnaissant à ce procédé quelque utilité, pensons-nous que le bactériologiste dispose de moyens plus sensibles pour différencier les microbes très voisins.

Altération fonctionnelle des capsules surrénales dans les intoxications diphthéritiques et pyocyaniques.

M. P. Langlois. — Dans une série de notes communiquées à la *Société de biologie* depuis 1892, Charrin et Langlois ont insisté sur le rôle des capsules surrénales dans les intoxica-

tions par produits solubles, et Pellet a étudié ces altérations au point de vue histologique. M. Langlois communique le résultat des expériences faites avec les extraits de capsules ainsi altérées. Avec Athanasiu, il a étudié l'action de ces extraits sur la pression vasculaire. Alors que l'extrait de capsule saine donne lieu à une augmentation notable de la pression, celui de capsules hypertrophiées est à peine actif. Les variations dans les effets obtenus dépendent des altérations plus ou moins profondes de l'organe, altérations qui dépendent elles-mêmes du temps écoulé entre l'intoxication et la mort.

Les capsules hypertrophiées et inactives ne donnent plus avec le perchlorure de fer la réaction caractéristique signalée par Vulpian et attribuée généralement à la présence de la pyrocatéchine. Tout en signalant le fait, Langlois ne croit pas d'après ses recherches que l'action de l'extrait de capsules saines sur le système vasculaire puisse être attribué à la pyrocatéchine, cette substance se trouvant en quantité trop faible dans l'extrait injecté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 Novembre 1896.

Kyste séreux congénital du cou.

M. Walther fait un rapport sur un cas de kyste séreux congénital du cou opéré par M. Verchère.

Il s'agit d'un enfant de 12 mois, portant à la région sous-maxillaire droite une tumeur fluctuante ayant tous les caractères d'un kyste séreux congénital du cou. Depuis 6 mois la tumeur avait augmenté rapidement de volume, provoqué des phénomènes de compression du côté des organes voisins.

M. Verchère mit la tumeur à nu par une incision verticale; mais, au cours des essais de libération du kyste, un coup de bistouri ouvrit la tumeur et il s'écoula un liquide séreux. En explorant alors la poche, M. Verchère trouva un prolongement postérieur sous le sterno-mastoïdien, qu'il disséqua, un autre vers la trachée, séparé de la poche principale par une cloison, et un troisième qui plongeait dans le médiastin, derrière le sternum, en avant de la crosse de l'aorte, et adhérait au péricarde.

M. Verchère se contenta dans ces conditions de marsupialiser la poche, après ablation partielle du kyste et après avoir mis une mèche de gaze dans la poche médiastinale. Les suites opératoires furent parfaites, et la guérison complète fut obtenue au bout de 3 mois.

En s'appuyant sur le succès de cette opération et sur les difficultés que présente ordinairement l'extirpation totale de ces tumeurs. M. Verchère recommande, en général, pour le traitement des kystes congénitaux séreux du cou, l'ablation partielle de ces kystes avec marsupialisation de la poche.

M. Walther croit que M. Verchère s'est exagéré les difficultés de ces opérations. Il est certain que s'il existe un prolongement médiastinal, il faut vider la poche et la drainer simplement. Mais, dans les autres cas, la dissection et l'extirpation totale de ces kystes sont relativement faciles. L'adhérence aux gros vaisseaux est variable et n'est pas toujours très grande. C'est seulement si les adhérences sont très intimes, qu'il faut arrêter la dissection et suivre la pratique de M. Verchère.

D'autre part, il n'est pas toujours facile d'ouvrir les poches secondaires par la poche principale. Pour faire une opération radicale, il faut faire l'extirpation totale. La méthode de choix n'est donc pas l'extirpation partielle du kyste avec marsupialisation de la poche, mais l'extirpation totale, opération certainement plus radicale.

M. Quénu adopte l'opinion de M. Walther. L'extirpation totale lui semble particulièrement indiquée dans les kystes du cou à revêtement dermo-épidermique, où l'ouverture simple avec drainage ne peut jamais donner un résultat définitif; il restera toujours une fistule. Au contraire, quand le kyste est à simple revêtement épithélial cylindrique, l'ouverture de la poche peut suffire. Tout récemment il a observé une fillette ayant un kyste congénital du cou; ce kyste se prolongeait jusque vers l'apophyse styloïde, et avait un revêtement dermo-épidermique; il a fait l'extirpation totale de ce kyste, et la malade a bien guéri.

M. Kirmisson pense que l'extirpation complète est une opération possible qui doit être conseillée dans la plupart des cas. Mais on peut se trouver en présence de circonstances imposant des opérations incomplètes. Dans ces cas, on enlève ce qu'on peut, et dans ces conditions on peut obtenir une guérison par le drainage.

Quant aux kystes dermoïdes dont a parlé M. Quénu, ils sont complètement différents de ceux dont parle M. Verchère, c'est-à-dire des kystes séreux multiloculaires.

M. Quénu croit qu'il existe entre les kystes franchement séreux et les kystes dermoïdes une variété intermédiaire, qui cliniquement ressemble aux kystes séreux.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Schwartz a opéré 2 cas de prolapsus, par le procédé de M. Gérard-Marchant.

Dans le premier cas, opéré il y a 5 ans, il s'agit d'une femme âgée de 52 ans, dont le prolapsus était énorme et compliqué d'incontinence complète des matières, avec diarrhée constante et relâchement complet du sphincter anal.

M. Schwartz a réséqué le coccyx et après dénudation du rectum a enserré ce dernier par des fils verticaux et transversaux, puis il a fixé le rectum au sacrum, et fait des raies de feu sur la muqueuse rectale. Dans un second temps, il a refait le périnée antérieur et le périnée postérieur. La guérison fut rapide et complète.

Actuellement, il n'existe qu'un léger prolapsus muqueux. C'est donc un excellent résultat dû à la coccy-rectopexie avec périnéorrhaphie.

Dans un second cas, il a opéré par le même procédé un homme atteint d'un gros prolapsus; l'opération est trop récente pour pouvoir être jugée.

M. Nélaton tient à faire savoir que le malade qu'il a opéré l'autre jour est mort de péritonite septique le 6e jour après l'opération. Le procédé opératoire qu'il a recommandé est donc dangereux.

Laparotomie pour perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde.

M. Monod a été appelé, il y a 3 semaines, pour voir un homme pris dans la nuit de phénomènes graves devant être attribués à une perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. L'état général du malade étant satisfaisant, il fit la laparotomie. L'abdomen était rempli de sérosité, de pus et de matières fécales. Il existait une perforation sur l'intestin grêle près du cæcum, qui fut suturée. Le lendemain de l'opération, il y avait un peu de mieux, mais le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, la suture de l'intestin avait bien tenu; mais il y avait une péritonite adhésive généralisée.

Les recherches bibliographiques que M. Monod a faites sur cette question lui ont permis de trouver 32 interventions avec 5 guérisons. Mais ces guérisons sont rapportées très brièvement en général et, après analyse, leur nombre se réduit à 2, dont l'une est rapportée par Roux, l'autre par Abbe. Dans ce 2e cas, le malade n'a été opéré que 2 jours 1/2 après le début des accidents.

Dans la fièvre typhoïde, les perforations sont le plus souvent multiples et successives. On dit que la perforation dans la fièvre typhoïde peut guérir spontanément : on en a cité des cas, mais ces cas sont exceptionnels, et en général toute perforation entraîne la mort.

Le chirurgien doit donc intervenir, tout près du début des accidents, quand l'état général est relativement satisfaisant. Il faut faire une laparotomie médiane, suturer la ou les perforations, assez loin des plaques de Peyer.

Il semble que l'opération réussisse mieux quand la perforation est survenue au cours d'une rechute de fièvre typhoïde, ou tout à fait à la fin de la fièvre typhoïde.

M. Routier a opéré son malade 12 heures après le début des accidents. Il a fait une incision transversale au niveau du point douloureux indiqué par le malade, et a suturé les deux perforations qu'il a trouvées. Le malade a vécu 10 jours; il est mort à la suite de deux nouvelles perforations.

M. Hartmann présente une malade entrée à Bichat pour des phénomènes péritonitiques survenus au cours de la grossesse. Il a fait la laparotomie et a trouvé une salpingite à pédicule tordu. Ablation de la trompe. Pas de lavage du péritoine. La grossesse a continué son cours.

M. Rochard présente un malade chez lequel il a fait un entéro-anastomose au moyen du bouton de Murphy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 Novembre 1896.

Dermo-fibromatose pigmentaire.

M. Chauffard. — Il s'agit d'un homme de 37 ans, entré à l'hôpital pour une neuro-fibromatose généralisée compliquée de diarrhée chronique, datant de 15 mois, et accompagnée de coliques dans les régions cæcale et péri-ombilicale. 5 à 6 selles liquides sont rendues chaque jour; jamais elles n'ont paru ni sanglantes, ni graisseuses. On constate une sensibilité diffuse du ventre, sans empâtement ni tumeur. Cette diarrhée a persisté, plus ou moins abondante, pendant les différents séjours du malade dans le service.

Dans le courant de l'été, le malade revient 2 fois dans le service; à chaque nouveau séjour il est plus affaibli et plus maigre. En juillet, il a perdu 5 kilos de son poids; il est sans forces, les téguments ont pris une teinte plus foncée, toujours sans pigmentation des muqueuses. La diarrhée persiste, quoique moins abondante, et les selles semblent parfois un peu graisseuses. L'appétit a disparu, et, une 1/2 heure environ après les repas, se produisent des vomissements alimentaires, abondants et douloureux. Sensibilité profonde du ventre, surtout dans le flanc droit, sans tumeur appréciable. Douleurs spontanées, continues, irradiant des lombes vers l'ombilic et les flancs, forçant le malade à se tenir assis sur son lit et courbé en avant. Les injections de morphine procurent seules quelque soulagement. L'examen du suc gastrique montre une absence totale de HCl libre, des traces de peptone et d'acide lactique. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La perte des forces est absolue; à peine le malade peut-il se lever; il s'amaigrit de plus en plus, malgré le gavage à la sonde et les lavements alimentaires; il meurt le 13 août dans un état de marasme cachectique.

L'autopsie a montré 2 séries de lésions également intéressantes, et ayant trait les unes aux petites tumeurs de la peau, les autres à l'état des capsules surrénales et du pancréas.

L'examen et la dissection des nodules sous-cutanés montre leur indépendance complète d'avec les nerfs adjacents. Nulle part les petites tumeurs ne sont accolées aux filets nerveux échelonnées sur leurs trajets. Elles ne méritent donc aucunement le nom de neuro-fibromes. De même on ne constate aucun renflement nodulaire ou fusiforme des nerfs profondément situés.

Il ne s'agissait donc pas de neuro-fibromatose proprement dite, et l'ensemble de ces faits méritait d'être désigné sous le nom de *fibromatose pigmentaire*.

Un second point, tout particulier, est à relever dans notre autopsie. Il a trait à l'état des capsules surrénales et le pancréas. En effet derrière l'estomac se trouvait une tumeur volumineuse formée à la fois par les capsules surrénales, du pancréas et les ganglions. *L'examen histologique* des capsules surrénales, des ganglions et du pancréas a montré l'existence d'une dégénérescence capsulaire, double et symétrique, à point de départ cortical, et présentant plutôt les caractères histologiques de l'adénome que ceux de l'épithélioma proprement dit; et l'existence d'une dégénérescence adjacente, secondaire et homologue du pancréas et des ganglions lymphatiques.

Quant à l'interprétation des phénomènes observés on peut admettre que les deux capsules ont subi au même degré, et primitivement, la dégénérescence adénomateuse, et, de proche en proche, ont infecté les ganglions adjacents et le pancréas.

Cliniquement, on a bien constaté quelques-uns des caractères symptomatiques de l'*addisonisme* : troubles digestifs, dépression progressive et complète des forces, teinte bistrée des téguments. Mais il n'y avait de pigmentation ni des muqueuses, ni des organes génitaux, ni la coloration sépia que prennent les ongles des addisoniens. On n'avait donc pas affaire à une véritable maladie bronzée, mais bien à un syndrome partiel et dissocié de l'addisonisme. La lésion capsulaire, la compression du sympathique gauche, expliquent l'évolution clinique.

Vésanie temporaire chez l'enfant à la suite de la fièvre typhoïde.

M. Comby rapporte l'observation d'un petit garçon de 3 ans entré à l'hôpital pour une fièvre typhoïde au 8e jour et pris, au 26e jour d'une défervescence complète, de délire maniaque remarquable par son intensité. Cet état persiste sans rémission pendant 8 jours et s'atténue ensuite pour disparaître après 15 jours de durée.

Pareils accidents, bien connus chez les adultes, sont exceptionnels dans la convalescence de la fièvre typhoïde infantile.

Pour expliquer ce délire particulier qui se montre à la fin de la maladie, quand la fièvre a cessé, quand l'appétit est revenu, quand la convalescence s'est établie, on est porté à incriminer l'état de faiblesse, d'anémie, de dénutrition des sujets; le cerveau, mal nourri, irrigué par un sang peu riche, réagit par des manifestations délirantes passagères.

L'emphysème sous-cutané familial.

M. Galliard. — M. A. Valdès, de Matanzas (Cuba) me communique 3 cas d'emphysème sous-cutané compliquant la rougeole chez 3 sœurs.

Deux de ces malades ont été observées par lui-même, l'une âgée de 15 ans, l'autre de 17 ans. Chez la première l'emphysème sous-cutané s'étendit au cou des 2 côtés, au tronc et au membre supérieur du côté gauche; chez l'autre, il demeura limité au cou. Dans les 2 cas, la rougeole ne s'accompagnait que d'une bronchite peu intense.

La troisième sœur, morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 23 ans, avait présenté à l'âge de 17 ans, au cours de la rougeole, la même complication.

Les deux frères de ces trois sujets n'ont rien présenté d'analogue. Tous les 5 ont eu la coqueluche sans incident. Leur père est asthmatique.

On peut incriminer une fragilité congénitale des vésicules pulmonaires et tenir compte aussi de la prédisposition créée par la coqueluche antécédente.

Hémiatrophie linguale.

M. Babinski communique un travail du Dr Ricochon sur un cas d'hémiatrophie linguale due à une lésion de l'hypoglosse chez un sujet atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation occipito-allantoïdienne gauche. Cette observation est identique à celle qu'a présentée à la Société M. Babinski, le 31 juillet de cette année, en ce qui concerne le changement de position de la langue par rapport à la ligne médiane suivant que la bouche n'est qu'entr'ouverte ou toute grande ouverte, suivant que la langue est attirée en arrière ou portée en avant. Quand la bouche est légèrement ouverte, la langue occupe, comme à l'état normal, la position médiane; lorsque la bouche est largement ouverte et que la langue est portée en arrière, la pointe dévie du côté sain; au contraire, quand la malade tire la langue hors de la cavité buccale, la pointe dévie du côté de l'hémiatrophie. Ces 2 observations diffèrent l'une de l'autre au point de vue fonctionnel; chez la malade présentée par M. Babinski, la déglutition était normale; M. Ricochon a observé, au contraire, chez sa malade, des troubles de la déglutition dont il cherche à pénétrer le mécanisme. Cette différence entre ces 2 cas tient peut-être à ce que, dans le dernier, l'hémiatrophie est encore plus prononcée qu'elle ne l'était dans le premier où pourtant elle était déjà très marquée.

Erratum. — Dans notre dernier numéro une communication à la *Société de thérapeutique* est, par une faute d'impression, attribuée à **M. Landouzy**. Il faut lire : **M. Landowski.**

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE

Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement,

Par M. le Dr Justin Balland.

Historique. — Il est de connaissance relativement récente que les intoxications ont une influence nuisible sur le développement de l'œuf, de l'embryon et du fœtus. Avant Geoffroy Saint-Hilaire et Dareste, les monstruosités, les anomalies, les faits tératogéniques étaient tenus pour merveilleux; ils étaient expliqués par des coïncidences et non vérifiés.

Avec Dareste, surgit l'expérimentation. A sa suite, Féré a multiplié et varié les conditions de l'expérience, et c'est lui qui a réellement démontré l'influence néfaste des poisons sur l'œuf avant l'incubation. Il a constaté que l'éthérisation de l'œuf amène un retard du développement et en même temps diverses anomalies; de même pour l'influence de l'alcool, qui se manifeste à la fois par l'importance du retard du développement et par la fréquence des monstruosités; il a injecté dans l'œuf de poule diverses substances telles que la morphine, la codéine, le nitrate de plomb et a obtenu des effets désastreux sur le développement de l'embryon.

Mais tous ces faits se rapportent à la pathologie de l'embryon; ils sont encore peu connus, peu précis et le nombre en est restreint. Il n'en est pas de même pour ce qui a trait à la pathologie du fœtus.

Là, les observations, les expériences abondent et l'on a surtout étudié les stigmates qui frappent la descendance des alcooliques.

Parmi les poisons, le plomb est aussi un facteur d'hérédité pathologique. Constantin Paul paraît être un des premiers à l'avoir montré. Il fut frappé par le fait d'une femme qui avait eu 3 couches heureuses et 3 beaux enfants avant de s'exposer aux émanations saturnines; depuis qu'elle avait été exposé à celles-ci, elle avait eu 10 autres grossesses sur lesquelles il y avait eu 8 fausses couches, 1 enfant mort-né et 1 seul enfant venu à terme, mais qui n'avait pu vivre et était mort à l'âge de 5 mois. Le fait était frappant. Constantin Paul interrogea cette femme pour savoir si ses compagnes d'atelier avaient été aussi éprouvées et il apprit d'elle que dans les endroits ou elle avait travaillé, presque toutes les femmes qu'elle avait connnues grosses avaient fait des fausses couches. Il se livra dès lors à d'autres recherches et étudia la part qui revient au père saturnin ou à la mère saturnine dans les accidents qui entravent l'évolution de la grossesse, frappant aussi bien l'enfant que le fœtus dans leur vitalité.

En 1865, les auteurs anglais signalent la grande mortalité chez les enfants des ouvriers qui manient le plomb et particulièrement les potiers du Straffordshire. Beaucoup succombent à des affections cérébrales et aux convulsions dans la première enfance, et cela dans une proportion deux fois plus consiérable que pour le reste de l'Angleterre.

En 1866 Baker, dans un travail sur l'influence de l'intoxication saturnine dans la production de l'avortement, signale des faits semblables à ceux relatés par Constantin Paul et arrive aux conclusions de l'auteur français.

Suivant le Dr Roques, qui fit, en 1872, un travail sur la dégénérescence héréditaire par l'intoxication saturnine, la descendance des saturnins est frappée d'infériorité marquée du côté des fonctions du système nerveux. Dans une série d'observations prises à la Salpêtrière et à Bicêtre, il a constaté des cas nombreux d'idiotie, d'imbécilité et d'épilepsie chez des enfants nés de saturnins non alcooliques. La statistiques de Roques porte sur 16 familles de saturnins dans lesquelles un ou plusieurs individus étaient atteints des affections précitées. Quand les parents étaient tous deux saturnins, l'influence héréditaire était encore plus marquée.

Enfin M. Lancereaux, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, confirme ces constatations sur les descendants des saturnins. Et récemment, dans le traité de pathologie générale de M. Bouchard, un chapitre a été consacré par M. Le Gendre à la descendance des saturnins.

Il est donc indubitable que l'intoxication par le plomb ait une influence sur la grossesse et sur son produit; nous essayons d'apporter encore, par notre statistique et le résultat de notre expérimentation, notre modeste contribution à ce sujet. Mais nous laisserons de côté le rôle du père dans l'hérédité saturnine, rôle dans lequel l'alcoolisme vient bien souvent s'ajouter comme principal acteur, et nous n'envisagerons ici que le rôle de la mère, dans des cas où nous nous serons soigneusement assurés que le plomb est le seul agent d'intoxication.

Nous avons en outre l'intention de rechercher si l'allaitement par une nourrice saturnine peut venir aggraver l'intoxication transmise par la mère ou même la provoquer chez des enfants sains.

Expérimentation. — De nombreuses expériences ont été faites dans le but de déterminer le passage des substances toxiques ou médicamenteuses à travers le placenta et nous rapellerons les expériences de Mayer (1817) sur le prussiate de potassium, de Flourens sur la garance, et

on trouvera tous les documents relatifs à la question dans le récent mémoire que M. Porak a inséré dans la *Revue de médecine* (1894).

Il est donc indéniable que le placenta est capable de se laisser traverser par un certain nombre de substances organiques. Le plomb fait-il partie de celles-ci? Constantin Paul n'a fait aucune recherche expérimentale sur ce sujet. Mais Legrand, interne de M. Budin, a retrouvé du plomb dans le rein d'un nouveau-né dont la mère était atteinte de saturnisme. Porak a le premier réalisé une expérimentation suivie en opérant sur des cobayes; il avait d'abord injecté de l'azotate de plomb, mais il était trop irritant et trop toxique, et il l'abandonna pour avoir recours au carbonate de plomb. En élevant progressivement les doses il put faire supporter 5 grammes de carbonate de plomb en 30 jours et 6gr50 en 53 jours. Il constata que pour le plomb, comme pour le cuivre, le poison passe constamment à travers le placenta et se diffuse davantage chez le fœtus que chez la mère. Tandis qu'on le retrouve chez les petits en proportions sensiblement égales dans le foie dans le système nerveux central et surtout dans la peau, chez la mère le foie surtout est l'organe électif de l'accumulation du poison.

Nous avons cherché nous-même à résoudre deux questions : 1° L'intoxication saturnine est-elle transmissible de la mère au fœtus? 2° L'enfant sain peut-il être intoxiqué par une nourrice saturnine?

Pour y parvenir, nous avons mis en expérience des cobayes qui nous ont servi à rechercher si l'intoxication de la mère est transmissible au fœtus.

Nous avons cherché à réaliser l'intoxication par injections hypodermiques et par ingestion.

Les solutions qui ont servi aux injections sous-cutanées étaient des solutions d'acétate neutre de plomb rigoureusement titrées et représentant 20 milligrammes d'acétate par centim. cube.

En général les injections faites à nos animaux n'ont pas dépassé 1/4 de centim. cube, soit 5 milligrammes d'acétate neutre de plomb.

Concurremment aux injections, nous avons exactement mélangé à la nourriture des animaux une quantité déterminée et pesée de carbonate de plomb. Chaque cobaye absorbait une dose de 0gr50 de céruse par jour en deux prises.

De ces deux modes d'administration, les injections seules ont été suspendues à certains moments; l'ingestion a été continue et les doses n'en ont pas varié.

Sur les 10 cobayes pleines, nous notons : 5 avortements, 1 mort de femelle pleine, 2 mises à bas normales, 2 morts d'infection.

Les seuls symptômes que nous ayons pu observer chez les mères intoxiquées sont l'amaigrissement et l'anémie. Une seule fois nous avons pu constater une parésie des membres postérieurs attribuable à l'intoxication; nous n'avons jamais constaté de diarrhée mais bien plutôt de la constipation,

Les accidents mortels des mères sont survenus sans prodromes, et nous n'avons jamais vu d'accidents épileptiformes, ni de phénomènes paralytiques précédés de tremblement.

Les 4 avortements que nous avons signalés nous paraissent imputables à l'intoxication saturnine; les fœtus, presque à terme, étaient forts petits.

Les cobayes nés vivants sont très chétifs, pèsent à peine 25 grammes, et si nous constatons dans une observation un jeune cobaye du poids de 80 grammes, il faut remarquer que la mère ne portait que lui.

Le seul cobaye que nous ayons conservé, le plus robuste de toute la portée (30 grammes) vit encore, mais est resté plus petit et plus chétif que les cobayes sains et nés en même temps que lui.

A l'autopsie des petits morts-nés et des jeunes cobayes sacrifiés, nous n'avons pu constater aucune lésion localisée, bien que notre attention ait été attirée sur ce point par les recherches de M. Porak.

Faits cliniques. — Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que tous les avortements relatés par nous, soient dûs exclusivement au saturnisme. Un grand nombre des observations qui ont précédé les nôtres peuvent être sujettes au même doute. Il est en effet impossible de dire la cause de l'avortement de la femme que l'on n'a pas suivie pendant la grossesse, à l'accouchement de laquelle on n'a point assisté, lorsqu'il vous manque enfin ce grand élément de diagnostic, le placenta.

Un grand nombre de ces avortements doivent être rangés, probablement, dans les trois grandes causes citées par Brion comme de beaucoup les plus fréquentes : l'insertion vicieuse du placenta, la syphilis, l'albuminurie, et même lorsque le saturnisme viendrait y joindre ses effets, son rôle serait sans doute bien effacé : mais il est des cas où le saturnisme est seul responsable de l'avortement. La fréquence de l'albuminurie dans le cours du saturnisme et l'existence relativement fréquente de néphrite interstitielle nous avaient un moment fait penser à attribuer l'avortement de certaines ouvrières à une albuminurie dont l'intoxication saturnine aurait été le point de départ, mais nous avons été mal servi par l'observation clinique : outre que l'albumine n'a pas été signalée dans un grand nombre des cas que nous avons l'intention de citer, nous n'avons qu'un seul cas, dans les archives de la clinique Baudelocque, où l'intoxication saturnine, que nous supposions exister d'après le métier de la femme, était liée à une albuminurie très nette avec de nombreux foyers hémorrhagiques intraplacentaires.

Constantin Paul avait apporté des séries d'observations bien probantes, et après lui déjà l'influence du plomb sur la grossesse n'était pas douteuse, mais restait à démontrer. On peut ainsi résumer ses observations.

Dans une première série nous trouvons pour 5 femmes 27 grossesses dont 1 seul enfant vivant. Il y a eu :

22 avortements;
2 accouchements prématurés;
1 mort-né;
1 mort dans les 24 heures.

Une deuxième série comprend des femmes qui ayant eu de bonnes couches avant de s'exposer à l'influence du plomb, ont vu depuis le produit de leur conception en subir les atteintes. 6 femmes qui avaient eu 10 enfants à terme avant de s'exposer au plomb, font 43 nouvelles grossesses dont 2 seulement donnent des enfants qui restent vivants, les autres se répartissent ainsi :

32 fausses couches de 2 à 6 mois.
1 accouchement prématuré.
2 morts-nés.
6 enfants morts dont 4 dans la 1re année.

Des deux enfants vivants, l'un est très chétif.

Une autre série nous montre 6 femmes sur lesquelles l'influence du plomb a été moindre, aussi le résultat est-il un peu moins désavantageux;

Ces 6 femmes ont eu 29 grossesses, dont :

8 fausses couches.
1 accouchement prématuré.
12 enfants morts.
8 vivants.

Enfin il cite 3 femmes qui ont eu des avortements pendant tout le temps de leur traxail journalier, et qui, après s'être reposées pendant quelques années, ont eu des enfants sains et bien portants.

Nous ferons remarquer que ce repos ne suffit pas bien souvent, dans les cas où la quantité du plomb emmagasinée a été assez considérable et nous pouvons citer à l'appui cette observation très caractéristique de M. Siredey :

A la fin de 1872 il fut appelé auprès d'une jeune fille de 18 ans prise de vomissements bilieux et de coliques violentes avec constipation : on avait vainement essayé des purgatifs et des lavements; elle était d'ailleurs sans fièvre et remarquable par la teinte jaune paille de la peau; le ventre n'était pas développé ni douloureux. Depuis 15 à 18 mois les parents s'apercevaient qu'elle pâlissait, maigrissait et était très anémiée, sans cause apparente. En s'informant de ses habitudes et de son genre de vie, M. Siredey apprit que cette jeune fille faisait de la peinture à la gouache et se servait de blanc d'argent, couleur qui, ainsi que le démontra l'analyse, n'était autre que le carbonate de plomb.

En présence de ce fait, il était évident que les accidents étaient ceux d'une colique saturnine qu'un traitement approprié fit disparaître en quelques jours. Il y avait absence complète de liséré gingival. M. Siredey continua à la soigner et l'état parut s'améliorer. Elle se maria au commencement de 1875, et devenue enceinte fit en septembre une fausse couche de 2 mois, attribuée à un voyage terminé depuis longtemps. En novembre nouvelle grossesse, les précautions les plus rigoureuses sont prises pour éviter une fausse couche qui néanmoins se produit au commencement de janvier. La malade expulsa deux embryons de 2 mois environ, sans que cet avortement puisse être rapporté à aucune des causes ordinaires qui peuvent l'expliquer soit du côté de la femme soit du côté du mari. Aussi M. Siredey n'hésite-t-il pas à l'attribuer à l'intoxication saturnine antérieure.

Cette observation très nette montre les résultats éloignés de l'intoxication saturnine. Cette jeune femme, qui avait eu une intoxication accidentelle, de peu de durée, qui avait été soigneusement traitée depuis 3 ans et maintenue éloignée de toute nouvelle cause d'intoxication, pouvait se croire à l'abri de nouveaux accidents. Cependant elle fit deux fausses couches auxquelles on ne peut attribuer d'autre cause.

Après l'exposé que nous venons de faire d'observations relevées avant nous et dans lesquelles les auteurs ont cherché à montrer qu'il y aurait peut-être lieu de considérer le saturnisme comme une cause d'avortement dans certains cas, nous allons donner avec détails deux observations personnelles prises à la clinique Baudelocque, puis un relevé de 11 observations recueillies dans un atelier de compositrices d'imprimerie, enfin la statistique que nous avons pu faire avec les observations de 6 années de la clinique Baudelocque.

Observation I (Clinique Baudelocque, 1896, n° 400). — B... Lucie, 18 ans, primipare, brunisseuse sur or depuis 6 ans.

Cette femme dit avoir eu ses dernières règles du 5 au 11 juin 1895, mais la hauteur de l'utérus n'est que de 31 cent., et le 9 mars elle met au monde une fille de 2 050 grammes, chétive, et qui est placée dans une couveuse. La longueur totale de l'enfant n'est que de 0m36. Le placenta pesait 470 grammes.

La mère, de constitution assez forte, n'a jamais fait de maladie antérieure; mais elle a travaillé pendant toute sa grossesse, elle est fatiguée et très anémiée. On apprend que son travail l'oblige à manier des sels de plomb et des vernis, et en effet elle a des symptômes assez nets d'intoxication saturnine. Elle n'a jamais eu de coliques, mais chez elle la constipation est habituelle.

Elle a fréquemment de la céphalalgie; sa bouche est en très mauvais état et elle a un léger liséré gingival, plus accentué sur la gencive supérieure, peu marqué en bas.

L'enfant, malgré tous les soins qui lui sont prodigués, meurt le lendemain matin 10 mars.

La recherche du plomb fut faite dans le placenta et dans le foie de l'enfant, mais cette recherche, mal exécutée, n'a donné que des résultats très critiquables et sur lesquels nous ne voulons pas nous appuyer.

Obs. II (Clinique Baudelocque, 1896, n° 934). — Mme M..., Catherine, 26 ans, compositrice d'imprimerie depuis 13 ans.

Pas d'antécédents pathologiques.

Grossesses antérieures : première grossesse, accouchement à terme d'un garçon très chétif, nourri au biberon par ses grands parents, mort au bout de 20 jours.

Deuxième grossesse, avortement de 6 semaines.
Troisième — — de 2 mois.
Quatrième — — de 9 semaines. Même père pour toutes les grossesses.

Grossesse actuelle : dernières règles du 1er au 6 septembre 95.

Apparition des mouvements actifs 15 janvier. Hauteur de l'utérus 29 cent.

Elle a cessé son travail depuis 8 jours seulement.

Le 1er juin, elle accouche d'une fille vivante de 2 750 grammes; présentation du sommet. Le placenta pèse 495 grammes.

Cette femme assemble depuis 13 ans les caractères d'imprimerie et travaille de 6 à 7 heures en moyenne par jour à son métier de compositrice.

Elle dit n'avoir jamais eu de coliques de plomb; elle mange et digère bien, mais elle a la langue un peu saburrale et l'haleine fétide. Le bord libre des gencives présente un liseré bleuâtre très marqué, quoique d'une façon inégale aux sertissures des différentes dents, qu'elle a du reste en fort mauvais état. La face interne des joues porte également des traces bleuâtres. Elle est très anémiée et avait fréquemment de la leucorrhée.

Souvent, après son travail, elle éprouve des fourmillements dans les doigts, mais c'est surtout le matin qu'elle éprouve de la gêne et une sorte de maladresse des mains. Elle dit qu'il lui arrive de ne pouvoir fermer la main.

Pas de constipation ni de diarrhée; migraines assez fréquentes.

L'enfant est, à sa sortie, le 8e jour, assez chétif et n'a dépassé que de 10 grammes son poids du début.

Cette femme a des symptômes très nets d'intoxication saturnine. La recherche du plomb a été faite dans le placenta suivant la méthode de M. Pouchet; ce placenta contenait des traces de plomb.

On a fait également la recherche dans le lait; on a pu obtenir 115 grammes de lait qui ont été calcinés par la méthode de M. Pouchet, et au résultat de l'électrolyse nous avons pu voir des traces bien nettes du plomb.

Dans les antécédents pathologiques de cette femme nous n'avons relaté aucun fait capable de provoquer ces avortements successifs et nous sommes obligés d'incriminer le plomb. La femme du reste ne s'y laisse pas tromper et ne cherche pas d'autre cause. Elle nous apprend qu'à son atelier toutes ses compagnes avortent ou accouchent d'enfants malingres qu'elles ne peuvent élever. Désireux de constater ces faits, et en même temps de surprendre l'intoxication saturnine non plus dans des faits isolés mais dans une série d'observations groupées, qui puissent mieux faire ressortir son influence néfaste, nous nous sommes livré à une enquête que nous avons pu faire sur les lieux mêmes.

L'imprimerie que nous avons visitée est assez bien

aérée et dans des conditions suffisantes d'hygiène; des lavabos sont placés à l'entrée de chaque atelier et les femmes, plus soigneuses en cela que leurs collègues masculins, ne manquent, paraît-il, jamais de se laver les mains lorsqu'elles interrompent leur travail. Mais elles ont la déplorable habitude, en maniant leurs caractères, d'en placer dans leur bouche; de là une cause d'intoxication directe par suite de l'absorption des poussières de plomb détachées de la surface des caractères par la lente usure de la machine.

Cet atelier occupe 35 ouvrières. Sur ce nombre 11 seulement nous ont répondu qu'elles étaient mariées et avaient eu des enfants.

Sur ces 11 femmes, un certain nombre nous semblent ne pas avoir été très touchées par le saturnisme, pendant que certaines de leurs compagnes ont eu des fausses couches nombreuses ou n'ont donné le jour qu'à des enfants chétifs.

Il faut probablement attribuer cette diversité dans les accidents à la différence des soins hygiéniques pris par ces ouvrières. La plupart d'entre elles en effet semblent comprendre l'importance des précautions hygiéniques et ont tenu à nous faire remarquer le soin qu'elles prenaient de leurs mains. Nous avons fait remarquer au contraire que la femme citée à notre observation n° 1, et qui paraît peu intelligente, prenait son repas avec des mains souillées par des poussières de plomb.

Nous avons cité toutes les observations, même celle de femmes qui paraissent absolument indemnes de toute intoxication, dans un but de statistique et pour montrer l'influence du plomb sur un groupe d'individus.

Nous résumerons ainsi ces observations en y comprenant celles des 2 femmes accouchées à la clinique Baudelocque.

Pour 13 femmes nous trouvons :

Grossesses	56
Accouchements à terme	21
Accouchements prématurés	9
Avortements	26
Mort-né	1
Morts quelques temps après	17
Enfants vivants	12

Statistique de la clinique Baudelocque. — Il nous a paru intéressant de relever parmi les observations recueillies à la clinique Baudelocque toutes les observations de femmes ayant un métier susceptible de donner lieu à du saturnisme plus ou moins accentué.

Parmi ces observations nous avons fait un premier choix, laissant de côté toute observation qui à côté du saturnisme indiquait tout autre état pathologique, tel que syphilis, etc; un second choix nous a permis d'exclure de notre statistique toute femme qui, bien que faisant un métier nécessitant des manipulations d'objets imprégnés de plomb, n'a présenté aucun symptôme d'intoxication.

Nous n'avons conservé que des observations qui par les avortements répétés, le peu de poids des enfants nés à terme, sans antécédent pathologique de la mère, paraissaient être entachées d'intoxication saturnine plus ou moins prononcée.

Les métiers capables de causer des accident d'intoxication sont par ordre décroissant de danger : 1° Typographes, polisseurs de caractères, etc. 2° Peintres. 3° Bijoutières, brunisseuses sur or, etc. 4° Ouvrières en fleurs artificielles.

Les compositrices sont fort exposées, car elles ont l'habitude de mettre dans leur bouche les caractères qui sont composés de 67 parties de plomb sur 100 ; de plus, elles absorbent la poussière métallique qui se trouve dans la division des casses et qui s'attache souvent aux lettres qui y ont séjourné. Quant aux polisseuses, elles sont directement intoxiquées par les poussières qu'elles détachent de la surface des caractères. Aussi sur 21 cas donnent-elles 11 intoxications. Au total, de 1890 à 1896, sur 182 femmes exerçant ces divers métiers nous trouvons 30 intoxiquées, qui nous donnent :

Grossesses	182
Accouchement à terme	24
— prématurés	48
Avortements	10
Mort-nés	8
Enfants morts quelque temps après	20
Enfants vivants	44

Si nous faisons le total général de toutes les grossesses, nous voyons que la conséquence immédiate de l'intoxication est de donner lieu à un nombre d'accouchements prématurés et d'avortements équivalant aux deux tiers du nombre total (1). Telles sont les conséquences cliniques du saturnisme sur la marche de la grossesse.

Si nous considérons le résultat de ces grossesses nous ne retrouvons que 56 vivants.

Donc, au point de vue clinique l'influence néfaste du plomb n'est pas douteuse.

138 grossesses donnent :

Accouchements à terme	45	
— prématurés	57	93
Avortements	36	
Enfants morts	37	46
Morts-né	9	
Enfants vivants	56	

L'influence du plomb sur la marche de la grossesse, se fait-elle sentir seulement sur l'utérus, ou agit-elle à la fois sur l'utérus et son contenu ? Une recherche toxicologique pouvait seule expliquer cette action. Pour nous, l'action du plomb ne s'exerce pas seulement sur l'utérus en provoquant dans cet organe une excitation particulière qui a pour conséquence un accouchement prématuré ou un avortement.

Nos recherches toxicologiques sur le cobaye nous ont prouvé que le plomb existe dans le placenta d'une part et surtout chez le fœtus. Nous nous trouvons donc en présence de deux faits notoires savoir : 1° Débilité d'une mère par le saturnisme. 2° Produit de conception intoxiqué.

Ces deux faits nous paraissent être la véritable cause de ce qu'on remarque au point de vue clinique et expérimental comme conséquence sur le cours de la grossesse.

Les enfants qui naissent vivants sont en général débilités et faibles, comme l'étaient nos jeunes cobayes. Cette débilité est-elle due à l'anémie de la mère, retentissant sur le produit de la conception ? Cette hypothèse est insuffisante. La recherche toxicologique chez des fœtus, nous ayant permis de retrouver du plomb dans leurs organes, permet de dire qu'ils sont directement touchés par l'intoxication maternelle.

Pour nos cobayes, les conséquences du saturnisme sur le fœtus et sur la mère sont en rapport direct avec le degré d'intoxication ; de là, on comprend que chez une

1. Le nombre des enfants morts et des mort-nés doit être augmenté du nombre des avortements, soit 82 morts pour 56 vivants, sur 138.

même femme, il y ait tantôt des avortements, tantôt des accouchements prématurés, tantôt des accouchements normaux et des enfants qui naissent plus ou moins viables.

Certaines femmes, de même que certaines cobayes, paraissent avoir une disposition plus prononcée à l'influence du saturnisme que d'autres, les unes résistent alors que d'autres ont des accidents graves pour des doses équivalentes absorbées. Il n'est pas inutile de faire remarquer ici que chaque individu a une idosyncrasie spéciale et une réaction particulière pour les agents toxiques.

Influence du saturnisme sur l'allaitement. — Il était curieux, après des faits qui ont une valeur affirmative au sujet du passage du plomb de la mère chez le fœtus, de savoir si l'allaitement par une mère saturnine, pouvait avoir des influences sur l'enfant qu'elle nourrit et si l'intoxication produite pendant la grossesse continuait pendant l'allaitement.

Dans les auteurs qui ont traité déjà avant nous du saturnisme et de son influence chez les femmes grosses, nous ne trouvons aucun fait caractéristique et probant au sujet de cette question. Si Constantin Paul émet, dans sa thèse inaugurale, l'opinion que l'intoxication saturnine chez la mère est malfaisante et qu'elle a produit son action non seulement au moment de la conception, mais encore pendant la durée de la grossesse et l'allaitement, et si d'autre part, dans le même travail, nous trouvons cette conclusion que pour les enfants nés de mères saturnines « la mortalité est au-dessus de la moyenne dans les trois premières années de la vie », ce ne sont que faits hypothétiques, appuyés sur une statistique et non sur l'expérimentation et sur une recherche toxicologique.

C'est pour résoudre cette question que nous avons institué une expérience sur une chienne dont nous avons commencé l'intoxication le jour de sa mise à bas; la période d'intoxication a duré 36 jours. Pendant tout le temps de l'expérience, les petits n'ont été nourris que par le lait de la mère. Les petits, venus au monde bien conformés et vigoureux, ont au bout de quelques jours présenté les symptômes d'une anémie qui n'a fait qu'augmenter jusqu'au jour où on a cessé l'intoxication maternelle. Les petits qui n'ont pas été sacrifiés pour la recherche toxicologique vivent encore, mais sont restés très longtemps chétifs et atteints d'anémie assez rebelle : quelques-uns même ont des symptômes nets d'intoxication consistant en paraplégie.

La recherche toxicologique sur deux petits chiens de la portée nous a permis de retrouver du plomb dans les muscles, et les viscères, rien dans les squelettes.

Ces deux chiens n'ayant reçu comme toute nourriture que le lait de la mère, n'ont pu être intoxiqués que par lui.

Nous avons cherché à obtenir du lait de la chienne de façon à pouvoir faire une contre-expérience, mais nos efforts ont été vains et tous les moyens essayés infructueux.

Mais nous avons pu faire cette recherche dans le lait d'une femme et, à notre connaissance, c'est la première fois qu'on fait une recherche toxicologique dans ce sens.

Nous avons retrouvé dans 115 grammes de ce lait une quantité de plomb équivalant environ à 1/2 milligramme.

Ces faits nous permettent donc d'affirmer que, lorsque l'intoxication saturnine laisse évoluer la grossesse jusqu'à la fin, en supposant même que l'intoxication du nouveau-né soit légère, il faut suspendre tout allaitement de la part de la mère, l'intoxication de l'enfant continuant à se faire par le lait qu'elle lui fournit.

Si même l'intoxication de la mère est de courte durée, il sera préférable de lui défendre l'allaitement de son enfant, les faits expérimentaux nous ayant prouvé les conséquences d'un tel allaitement.

Conclusions. — Nous croyons donc, après tous ces faits, pouvoir conclure que :

1° Le saturnisme produit de nombreux avortements ou des accouchements prématurés dont les enfants ne sont pas viables; les femmes qui accouchent à terme, ne donnent le jour qu'à des enfants faibles, d'un poids très inférieur à la normale, et qui meurent dans les premiers mois ou les premières années.

La transmission du poison se fait par l'intermédiaire du placenta.

2° Une mère saturnine donne avec son lait à son nourrisson une intoxication lente et progressive par le plomb qu'il peut contenir.

Aussi nous croyons-nous autorisé à porter les conclusions pratiques qui doivent avant tout intéresser un médecin :

Toutes les fois qu'une femme entachée de saturnisme deviendra enceinte, le premier devoir est de chercher à diminuer les effets d'intoxication qu'elle peut produire sur sa conception, en la soumettant à une hygiène sévère, à un régime alimentaire et médicamenteux approprié et au besoin en lui faisant suspendre son travail si cela est possible.

Si grâce à ces précautions, on a pu amener à terme un enfant, qui a toutes les chances pour être faible et délicat, il ne faut pas risquer de le compromettre à nouveau, en venant augmenter, par un lait intoxiqué et renfermant des traces de plomb, la quantité de matière toxique qu'il porte déjà dans son organisme et qui imprimera longtemps encore sur lui ses effets néfastes.

Les saturnines, il est vrai, appelées par les exigences de l'atelier, ne nourrissent pas, même leurs propres enfants. Cependant si désireuses de remplir jusqu'au bout leur rôle de mère, certaines ouvrières voulaient allaiter leur enfant, nous ne devrions le permettre qu'après nous être assurés que l'intoxication est légère et qu'une grande partie du poison a été éliminé.

Nous ajouterons même que devant toujours s'attendre à des surprises de la part du saturnisme, une dose toxique emmagasinée dans les tissus depuis longtemps, *comme un fonds de réserve*, pouvant tout à coup être remise en circulation, il sera bon de surveiller continuellement l'enfant et, à la moindre alerte, de suspendre l'allaitement maternel.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hydarthrose intermittente du genou,

Par le Dr Henri Le Même.

Nous avons eu l'occasion de recueillir l'observation suivante dans le service de notre excellent maître le Dr Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine.

Mlle Marie, sans profession, âgée de 18 ans, entre salle Cruveilhier, lit n° 3, le 14 février 1896.

Née à Plonnevez-Moedec, près de Guingamp (Côtes-du-Nord), pays de nombreux marais et de fièvres intermittentes, où elle a contracté l'affection qui occasionne son entrée à l'hôpital.

Aucun accident héréditaire. Elle n'a eu aucune maladie antérieure, pas de fièvre intermittente, pas de rhumatisme ni de

chorée. Réglée à 13 ans sans aucun accident, bien réglée, n'a jamais souffert. État général excellent. L'examen de l'état de tous les organes ne décèle aucune tare pathologique.

A l'âge de 14 ans, il y donc 3 ans 1/2, la malade fait une chute; son genou droit est frappé contre une pierre qui se trouvait sur le chemin, il se fait une plaie légère qui guérit facilement, sans que la malade dût, pour cela, garder le repos au lit.

Il n'y eut, à ce moment, aucun gonflement de l'articulation; pas d'épanchement sanguin qui puisse être incriminé.

L'accident eut lieu en décembre 1891.

Deux mois après, en février 1892, sans aucune cause, ni fatigue, ni nouveau traumatisme, sans douleur, sans fièvre, le genou droit a présenté un accès d'hydarthrose d'une durée de 8 jours: avec période d'augment pendant 2 jours, période d'état d'une durée de 4 jours, période de décroissance d'une durée de 2 jours. La malade est restée au lit à cause de la gêne des mouvements, et surtout parce que son entourage était assez effrayé de voir son genou grossir ainsi; la malade nous dit, en effet, que son genou était très enflé, mais que la marche ne lui était pas impossible, qu'elle ne souffrait pas dans les mouvements de flexion qui, cependant, étaient assez limités.

Elle allait alors à l'école, qui était assez éloignée du village qu'elle habitait. Elle continua à marcher bien, le genou revenu normal pendant une quinzaine de jours, lorsqu'un nouveau gonflement articulaire se produisit dans ce même genou droit. Cette hydarthrose survint sans cause aucune. Elle eut une durée de 8 jours, avec ses 3 périodes, comme la précédente; mais le gonflement fut peut-être moins accusé; du reste la malade ne garda pas le lit un seul instant, et continua à faire le trajet journalier pour se rendre à l'école.

Il en fut ainsi pendant 9 à 10 mois; la malade ne peut préciser la date exacte des accès, ni la durée de cette première atteinte de la maladie, mais elle a remarqué nettement que 2 fois par mois, à intervalles égaux, son genou enflait subitement, l'accès durant toujours 8 jours avec ses périodes égales. A ce moment, elle gardait quelquefois le repos au lit, non à cause de la douleur qui était nulle, l'impotence fonctionnelle n'étant pas non plus complète, mais il existait un peu de gêne des mouvements, et, comme le trajet à faire était assez fatigant, elle avait peur d'aggraver son mal. Dans l'intervalle des accès, le genou droit était peut-être un peu plus gros que l'autre, mais d'une augmentation de volume peu appréciable; du reste, la gêne fonctionnelle était presque nulle.

Quoique la malade ne puisse préciser exactement les dates des accès et la durée des intervalles, nous croyons avoir nettement un cas d'hydarthrose intermittente, caractérisé par des accès d'une durée de 8 jours, avec des intervalles de 14 à 15 jours entre deux accès successifs.

Après 9 à 10 mois d'accès ainsi réguliers, tout semble se calmer, ou du moins les accès sont beaucoup moins nets; la malade, à cette époque, garde le repos en restant dans la maison, non à cause de son affection, mais parce qu'elle n'était plus tenue de marcher pour aller à l'école, et qu'elle restait plutôt assise que debout ou en marche.

Il y a 12 mois, en février 1895, la maladie, sans aucune cause, revint avec un accès absolument semblable à celui qu'elle avait eu 3 années auparavant. Alors, la malade remarqua nettement que, comme à la première atteinte, son genou droit, toujours le même, restait enflé pendant 4 jours, avec 2 jours de période d'augment, puis une diminution de 2 jours: l'accès d'hydarthrose revenait avec sa durée première, accompagné des mêmes signes, sans autre atteinte dans l'état général. Cet accès fut suivi d'un répit de 15 jours, puis un nouvel accès et ainsi de suite. A cette 2e atteinte du mal, la marche était un peu gênée pendant les accès; mais la malade ne se souvient pas avoir dû garder le lit, soit à cause de la douleur, soit à cause de la fatigue.

Cette nouvelle période de la maladie dura jusqu'en septembre 1895. Depuis ce moment, la malade ne souffrait plus. Elle quitte son pays, pour venir à Paris en qualité de femme de chambre, en décembre 1895.

Le traitement suivi, durant le temps où elle eut ces 2 atteintes du mal, fut nul: cataplasmes de fécule appliqués le soir lorsque le malade était au lit, et encore très irrégulièrement. Un médecin fut appelé à donner ses soins au début de l'affection, au moment du premier accès qui dura 8 jours; lorsqu'il revint voir le malade, tout avait cessé: il la crut guérie, elle ne se fit plus soigner, car elle n'avait pas besoin de travailler; elle se soignait par le repos seul lorsque son hydarthrose l'arrêtait, ce qui, du reste, était très rare.

Il y a 4 jours, par conséquent le 10 février, après être restée 1 heure sur les genoux pour laver un plancher, la malade, alors domestique, fut prise d'un nouvel accès, et, comme elle craignait une impotence fonctionnelle et surtout des accès répétés périodiquement, comme elle en avait eu en 1882 et en 1895, elle entra à l'hôpital, non que son mal la gênât beaucoup, mais parce qu'elle avait peur de ne pas pouvoir faire un travail un peu pénible. Elle ne pouvait en effet rester debout pendant longtemps sans éprouver un peu de lassitude.

État actuel. A l'examen local, nous voyons une tuméfaction assez prononcée du genou droit; la fluctuation est évidente dans l'article, le choc rotulien net. Ce sont surtout les culs-de-sac supérieurs de la synoviale qui sont tendus et fluctuants, la fluctuation se renvoyant des culs-de-sac supérieurs à la rotule et de la rotule aux culs-de-sac supérieurs. Aucune rougeur à la peau, aucune douleur à la pression.

L'examen du membre inférieur correspondant nous montre une sensibilité normale en tous ses points; la douleur est nulle, pas d'élévation de température au niveau de l'article, les mouvements d'extension sont complets, ceux de flexion un peu limités. Le pied n'arrive pas à toucher la région fessière, mais la jambe se plie à angle assez aigu, sans aucune douleur.

Il n'y a pas d'atrophie du triceps, pas de troubles trophiques de la peau ni de ses accessoires: poils, ongles, glandes sudoripares.

Ce fait nous frappe; aussi le recherchons-nous avec beaucoup de soins, car avec une hydarthrose aussi accentuée, qu'elle soit aiguë ou chronique, il y aurait certainement atrophie musculaire.

Nous interrogeons alors la malade pour savoir si, au moment des autres accès, sa cuisse était ordinairement diminuée de volume; elle nous dit ne l'avoir jamais remarqué; du reste les fonctions du membre ont toujours été conservées, quelle que soit la quantité de l'épanchement qui ait eu lieu dans le cours des nombreux accès périodiques.

Nous avons cru utile de prendre les mensurations des deux genoux. La comparaison des chiffres montrera plus facilement que toute description le degré de l'épanchement.

Mensuration des genoux:

A) Genou droit malade.	
1° Au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion.	38 centimètres.
2° Au niveau du cul-de-sac triciptal de la synoviale.	41 centimètres.
3° Au niveau du tendon rotulien. . .	34 centimètres.
B) Genou gauche sain.	
1° Au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion	33 centimètres.
2° Au niveau du cul-de-sac tricipital de la synoviale.	34 centimètres.
3° Au niveau du tendon rotulien . .	31 centimètres.

Nous avons aussi pris la mensuration de la cuisse à 12 centimètres au-dessus du point saillant du condyle interne du fémur, et nous avons obtenu comme circonférence:

A) Cuisse droite du côté du genou malade.	40 centimètres.
B) Cuisse gauche saine.	40 centim. 1/2.

Ces chiffres nous semblent assez éloquents, surtout pour ce qui est du développement du cul-de-sac tricipital où nous observons une différence de 7 centimètres entre la circonférence des 2 genoux.

Ils nous montrent, aussi, nettement qu'il n'y a pas d'atrophie sensible des muscles de la cuisse.

Nous avons recherché si une autre articulation était atteinte, nous n'avons absolument rien trouvé, nul trouble dans aucun organe examiné en particulier, pas de névroses ni de troubles menstruels. Etat général parfait, la malade étant robuste et parfaitement constituée.

L'examen des sécrétions ne nous a rien donné de spécial; les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre. La quantité était de

800 centimètres cubes par jour environ, l'urée de 24 grammes, la densité 1,03.

Comme l'hydarthrose semble à son apogée (nous sommes au deuxième jour de la période d'état). M. le docteur Monod se décide, au lieu de tenter tout moyen médico-chirurgical, à pratiquer l'incision de l'articulation.

Arthrotomie. — Le 18 février, la malade est anesthésiée au chloroforme. Le genou aseptisé, brossé au savon, passé à l'alcool, à l'éther, puis à l'oxycyanure de mercure, seul liquide employé comme antiseptique dans le service de notre maître.

Une grande incision, de 10 centimètres de longueur, est pratiquée sur le côté externe du genou; aucun muscle n'est rencontré. L'incision se fait, couche par couche, jusque près de l'articulation. Alors, l'aide refoule le liquide du côté externe en pressant sur le cul-de-sac tricipital et sur la rotule; sur ce point saillant, l'article est ponctionné avec le bistouri, il s'écoule du liquide de la synoviale en grande quantité : 150 grammes environ, qui est pippé pour l'examen bactériologique, recueilli pour l'examen chimique.

La plaie est agrandie aux ciseaux; elle comprend toute la hauteur du bord externe de la rotule et du cul-de-sac supérieur.

Une contre-ouverture est pratiquée sur le côté interne de l'articulation, le doigt introduit dans l'article et servant de conducteur.

L'articulation est séchée aux tampons secs.

L'examen montre alors une surface lisse; aucune frange saillante de la synoviale n'est aperçue; les surfaces cartilagineuses semblent lavées, mais ne présentent aucune lésion.

Toutes ces parties sont touchées au naphthol camphré, puis la contre-ouverture interne est complètement suturée, un drain est placé dans l'ouverture externe.

Pansement sec, gouttière en fil de fer avec un peu de compression. Le drain est supprimé le 4e jour, les fils le 10e jour après l'intervention. Un nouveau pansement est placé avec une large compression. Il est laissé en place pendant 15 jours; lorsqu'il est enlevé, les plaies sont absolument cicatrisées. Les mouvements de flexion du genou sont un peu douloureux, mais se font facilement, il n'y a pas trace de liquide dans l'article.

Voici du reste la mensuration des genoux à ce moment.

A) genou droit opéré :

1° Au niveau du milieu de la rotule et du milieu du pli de flexion.	34	centimètres.
2° Au niveau du cul-de-sac tricipital de synoviale.	36	—
3° Au niveau du tendon rotulien. . .	31	—

En comparant les mensurations avant et après l'opération, il y a donc comme différence :

1°	34	centimètres au lieu	de	38
2°	36	—	—	41
3°	31	—	—	34.

Le genou droit est encore un peu plus volumineux que le genou sain, mais cette légère différence peut être mise sur le compte de l'irritation de la synoviale produite par l'action du naphthol camphré; elle disparaîtra par le massage.

Durant le traitement, la malade n'a pas eu la moindre élévation de température.

La malade reste dans le service durant tout le mois d'avril, elle n'a pas eu de reproduction de liquide; la souplesse de l'articulation est complète à son départ, le 28 avril. Après un séjour au Vésinet, elle peut reprendre sa place de domestique.

Revue le 20 juin, il n'y a plus eu d'accès d'hydarthrose intermittente, plus de trace de liquide dans l'articulation : la malade se considère comme guérie.

Le liquide retiré du genou a été examiné par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire de M. le Dr Monod. Les ensemencements sur bouillon et sur gélatine, pas plus que l'examen direct, n'ont rien donné.

Au point de vue chimique, le liquide contenait surtout de l'albumine coagulable par la chaleur, un peu de mucine et de chlorure de sodium. Cette analyse est due à M. Menu, interne en pharmacie du service. Elle n'indique rien de bien spécial, ressemblant à ce que donne ordinairement le liquide de l'hydarthrose vulgaire.

A propos de ce fait intéressant, nous avons étudié cette rare maladie dans notre thèse inaugurale et, d'après 21 observations recueillies dans la littérature médicale française et étrangère nous pouvons schématiser sa description dans les quelques lignes suivantes :

L'hydarthrose intermittente est une affection caractérisée par la présence d'un liquide séreux dans la synoviale d'une ou plusieurs articulatiens; le liquide se produisant sans cause déterminante appréciable, par périodes régulières, donnant lieu à des accès d'une durée égale entre les accès aussi égaux entre eux, tout cela sans accidents appréciables dans l'état général du malade.

Au point de vue étiologique, on note dans les antécédents : le traumatisme, l'impaludisme, l'arthritisme. La maladie semble influencée par la grossesse, qui peut jouer, dans certains cas, le rôle de cause prédisposante.

L'examen du liquide de la synoviale ne donne rien, ni au point de vue histologique, ni au point de vue bactérioiologique, qui diffère de ce que l'on trouve dans l'hydarrhrose ordinaire non symptomatique.

En présence de cette pénurie de renseignements anatomo-pathologiques, les théories émises pour expliquer ces phénomènes restent forcément hypothétiques. Nous pouvons les classer ainsi : 1° théorie paludique; 2° théorie de l'arthritisme; 3° théorie nerveuse; 4° théorie de l'infection; 5° théorie de l'intoxication.

Nous pencherons du côté de cette dernière, et, hypotèse pour hypothèse, puisque aucune théorie ne peut avoir jusqu'ici une base scientifique solide, nous admettrons que l'hydarthrose intermittente semble être sous l'influence d'une intoxication locale primitive, due probablement à des toxines sécrétés par des micro-organismes, toxines qui localisent leur action au niveau des séreuses articulaires; le caractère d'intermittence pouvant être acquis par la réceptivité du sujet et surtout à cause du climat maremmatiqne où il séjourne, cette dernière influence n'étant pas la cause directe, mais pouvant imprimer un caractère spécial à la marche de la maladie.

Au point de vue symptomatologique, deux facteurs sont à étudier : l'hydarthrose et l'intermittence. L'hydarthrose peut frapper plusieurs articulations, ensemble ou séparément. Ce sont les genoux qui sont le plus souvent atteints, puis la hanche, la tibio-tarsienne. Les signes sont ceux d'une hydarthrose ordinaire; mais ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il n'existe pas d'atrophie du triceps. L'intermittence se caractérise par des accès et des intervalles entre les accès. Les accès se composent de 3 périodes : d'augment, d'état et de décroissance. Chaque période dans l'accès, chaque accès ont une durée régulière chez chaque malade pris isolément; il en est de même pour les intervalles entre les accès; de sorte que, chez un même malade, les accès sont tous d'une durée égale dans le cours de la maladie, mais les durées sont différentes chez deux ou plusieurs malades différents.

Quelques variations peuvent néanmoins exister, soit sans cause, soit sous l'influence d'un traitement ou d'une cause physiologique : règles, grossesse.

La marche de la maladie se compose souvent d'alternatives de guérisons et de rechutes, mais qui n'ont aucun caractère de périodicité. La durée est indéterminée.

La terminaison par la guérison est rare, la maladie est essentiellement chronique; bien plus, les diverses rechutes montrent que, lorsque le malade se croit guéri, il est toujours exposé à un nouveau retour du mal.

Le pronostic est donc relativement sérieux; la maladie ne met pas la vie en danger, mais le malade est impotent; c'est une infirmité fort gênante.

Le diagnostic est facile si les antécédents sont nets; difficile lorsque l'on a affaire à des malades qui ne savent pas s'observer. On doit rechercher les signes de l'affection, et y songer dans les cas d'hydarthroses à répétitions. C'est surtout avec ces dernières qu'il ne faut pas confondre l'hydarthrose intermittente. L'hydarthrose à répétion n'est qu'une poussée aiguë dans le cour d'une affection chronique, survenant sans aucune régularité dans sa marche; le plus souvent, elle est symptomatique d'une diathèse ou d'une maladie locale; ce qui fait le caractère spécial de l'hydarthrose intermittente, c'est sa périodicité, avec état général absolument indemne de toute tare pathologique.

Le traitement médical a donné peu de succès; le traitement chirurgical, l'arthrotomie, nous semble, seule, pouvoir donner d'excellents résultats. Elle doit être pratiquée au moment de la période d'état d'un accès autant que faire se peut, au début de l'affection ou au début d'une rechute. Elle doit consister en une ouverture large, avec contre-ouverture, cautérisation au napthol camphré suivie de drainage. Le massage consécutif, pratiqué peu de temps après l'arthrotomie, est un adjuvant précieux. Ce traitement est surtout facilement applicable lorsque l'affection est localisée aux genoux, soit à un seul, soit aux deux, comme c'est du reste la règle ordinaire.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses de 1895-1896 (*Fin*).

M. Richelet (Jules). *Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical.* N° 549. (G. Steinheil.)

M. Govin (Eugène). *Etude sur le bassin cyphotique au pur point de vue obstétrical.* N° 108. (G. Steinheil.)

M. Castagnol (A.-L.). *Etude historique et bibliographique de la médication thyroïdienne.* (G. Steinheil.)

M. Lemariey (Albert). *De l'otite moyenne aiguë chez les sclé-reux.* N° 527. (G. Carré.)

M. Fortin (Eugène). *Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques.* N° 537. (H. Jouve.)

M. Finet (P.). *De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum.* (G. Steinheil.)

M. Blazy. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale.* (H. Jouve.)

Le bassin généralement rétréci est une malformation souvent méconnue et plus fréquente, selon M. Richelet, qu'on ne pourrait le croire. Si l'on excepte le bassin des naines dont on ne trouve que de rares exemples, il n'y a, au point de vue obstétrical, qu'une variété de bassin généralement rétréci, c'est le pelvis justo-minor des Allemands. Ce bassin ne diffère du bassin normal que par une réduction à peu près proportionnelle de tous ses diamètres et se rencontre chez des femmes de petite et même de moyenne taille.

Bien qu'on ne trouve le plus souvent que des traces atténuées de rachitisme, on n'est pas autorisé à dire avec Nœgelé que ces malformations sont « jeux de la nature ». Il faut plutôt invoquer une forme larvée du rachitisme, localisée au bassin.

Le rétrécissement proportionnel des différents diamètres ne dépasse jamais 2 centim. 5 à 3 centim. au maximum. Tout bassin dont le diamètre promonto-pubien minimum est inférieur à 8 centimètres doit être rangé dans la variété des bassins aplatis et généralement rétrécis. La présentation du sommet est à peu près la règle et l'on peut résumer ainsi le mécanisme de l'accouchement : position oblique, flexion exagérée, sans asynclitisme, rotation précoce de la tête. A la dystocie mécanique viennent s'ajouter d'autres complications : la rupture prématurée des membranes, l'inertie utérine, la rigidité du col, l'étroitesse et le défaut d'élasticité du vagin, la résistance du périnée et de la vulve, la fréquence du vaginisme supérieur et inférieur. La conduite à tenir dans ces bassins est la suivante : pendant la grossesse on aura recours à l'accouchement prématuré artificiel qui offre le double avantage d'avoir un enfant vivant et de sauver la mère. A terme, si l'accouchement n'est pas spontané, on essaiera une première application de forceps prudente et de courte durée. La version n'est pas à conseiller ici; si le forceps échoue, on pratiquera la symphyséotomie. En cas de mort de l'enfant avant ou pendant le travail, on fera une basioptripsie.

Le bassin cyphotique pur est un bassin infundibuliforme, élargi au détroit supérieur, rétréci au détroit inférieur surtout dans le sens transversal, mais aussi dans le sens antéro-postérieur. Cette pelviviciation, nous dit M. Govin, est consécutive d'un mal de Pott évoluant dans l'enfance, alors que le bassin malléable n'a pas acquis sa forme et ses dimensions définitives; alors surtout que les articulations ont encore une élasticité et une mobilité très grande.

Le bassin cyphotique pur est un bassin qui se développe dans une direction tout autre que dans l'état normal. C'est une viciation pelvienne spinogène. Les diverses altérations qu'on observe dans ce genre de bassin dépendent principalement du siège de la cyphose et des courbures de compensation qui s'établissent au-dessus et au-dessous de la gibbosité pour corriger le déplacement en avant du centre de gravité du tronc et rétablir l'équilibre.

Le degré d'antéversion et de rétroflexion du bassin dépend uniquement de la lordose compensatrice, de même les altérations observées dans le sacrum et les os coxaux sont sous la dépendance de la lordose de compensation.

Au point de vue clinique, seule la pelvimétrie interne et externe permet de se rendre compte des modifications et du degré de rétrécissement apportés au bassin.

La pelvimétrie externe fournit dans ce cas particulier des renseignements plus précis. Cette mensuration externe est assez difficile à pratiquer par suite de l'épaisseur des parties molles variables suivant les sujets. Appliquée au diamètre transverse, elle donne des résultats très suffisants au point de vue pratique comme le prouvent les chiffres donnés par Frankenhäuser.

Les procédés de choix pour la pratiquer sont ceux de Chantreuil, Budin et Tarnier. Une cause d'erreur est à signaler : par suite de l'agrandissement du détroit supérieur, l'extrémité céphalique s'engage et descend de très bonne heure dans l'excavation. Dans ces conditions, il est facile de méconnaitre la viciation si l'on ne se souvient pas que l'engagement de la tête au cours de la grossesse ne prouve rien au point de vue de la terminaison spontanée de l'accouchement, puisque c'est au détroit inférieur que siège le rétrécissement. L'accouchement prématuré est très fréquent : sur 129 accouchements, 54 prématurés dont 22 provoqués et 32 spontanés.

Les présentations en OIDP sont plus fréquentes que d'habitude. Les positions transverses sont communes. L'enclavement de la tête au détroit inférieur est la caractéristique de l'accouchement dans les bassins cyphotiques. Le diamètre bipariétal se dégage au-dessous de l'espace inter-ischiatique, grâce à une série d'inclinaisons successives exécutées alternativement sur l'un et l'autre des deux pariétaux.

Par suite des complications cardio-pulmonaires qui peuvent survenir, le pronostic demeure sévère pour la mère et pour l'enfant.

Lorsque la grossesse évolue normalement, on doit la laisser aller à terme. Si des troubles de compression menacent l'existence de la femme, l'accouchement prématuré se trouve tout indiqué. On recourra au forceps si, l'enclavement de la tête n'étant pas très accentué, on juge que l'on vaincra facilement l'obstacle sans compromettre l'existence de l'enfant. Sinon, la symphyséotomie devient l'intervention de choix et d'urgence. Lorsque l'enfant a succombé ou que sa vie est déjà fortement compromise, la basiotripsie s'impose; l'opération césarienne et l'opération de Porro ne trouvent que bien rarement leur indication.

D'après M. Castagnol, l'efficacité du traitement doit être admise sans conteste.

Les faits de Wichmann (de Brunswick), en 1893, le prouvent, Mendel (1894) et Brissaud (*Congrès de Bordeaux*, août 1895) partagent cette opinion. Au contraire Ewald (Berlin, 5 février 1896), Mendel, Senator, à la suite d'accidents graves survenus au cours du traitement thyroïdien, l'ont jugé inefficace et dangereux. Un certain nombre de cliniciens, tout en acceptant la méthode, recommandent une grande prudence dans son application.

Pour Tillmanns, une seule glande suffit en général, Béclère (*Société médicale des hôpitaux*, 18 janvier 1895), conseille d'observer attentivement le pouls, qui est le meilleur guide du traitement. Chez un malade en traitement et sous le coup d'accidents prochains, le pouls devient rapide.

Marfan (1890) signale l'intolérance des enfants : quelques-uns ont éprouvé des accidents graves après l'ingestion de 1/8e de lobe. Louis Guinon connaît 3 cas de mort et recommande la plus grande prudence. Thibierge considère la médication thyroïdienne comme spécifique du psoriasis. D'après lui, à doses égales, les malades souffrant de cette affection sont plus tolérants que les myxœdémateux. Béclère (*Société médicale des hôpitaux*, 19 octobre 1894) affirme les mauvais effets de la méthode dans le goître exophthalmique, Dreyfus-Brisac a la même opinion.

Quant au mode d'administration de la substance thyroïdienne, c'est l'ingestion de glandes fraîches qui a la préférence. Tillmanns recommande la glande de mouton, le veau étant souvent tuberculeux. D'après Stabel (*Société médicale de Berlin*, 22 janvier 1896) les tablettes sont moins efficaces. Marie (*Société médicale des hôpitaux*, 18 mai 1894) affirme que les faits prouvent que l'on n'obtient pas la guérison absolue. Il reste malgré le traitement un peu d'empâtement des paupières, un aspect arrondi des joues, tels que l'on peut faire souvent encore le diagnostic. Le traitement est donc palliatif et doit être indéfiniment continué. La dose est variable; on donnera en moyenne à un adulte 2 à 3 lobes par semaine. Eulenburg présente une opinion identique à la *Société médicale de Berlin* (18 juillet 1894).

On peut conclure que l'activité de la médication thyroïdienne est constante, que son efficacité est parfois complète et que ses dangers peuvent en général être évités si l'on suit les règles de prudence données par les auteurs. La condition indispensable est de prolonger indéfiniment le traitement.

Mikulicz, se fondant sur la théorie qui attribue au thymus le rôle d'antagoniste du corps thyroïde, a traité le goître exophthalmique par ingestion de fragments de thymus ; ses observations contiennent 10 succès sur 11 cas.

Ballet et Enriquez furent conduits à admettre l'existence normale dans l'organisme d'une substance ayant pour effet de neutraliser la sécrétion thyroïdienne. La glande s'hypertrophiant dans la maladie de Basedow, l'équilibre est rompu en faveur de ses sécrétions et les accidents se produisent. Les auteurs cherchèrent à rétablir cet équilibre chez les malades atteints de goître exophthalmique en leur injectant du sérum de chiens auxquels on a fait l'ablation des glandes thyroïdes.

L'otite moyenne aiguë des scléreux diffère de l'otite moyenne aiguë des individus antérieurement sains au point de vue otologique. M. Lemariey montre que les différences symptomatologiques portent principalement sur l'aspect de la membrane du tympan et sur l'audition. Les voussures circonscrites sont la règle, la rougeur est très éteinte et limitée, la membrane est généralement opaque, épaisse avec des points amincis, résistante, peu élastique et peu sensible; la perception aérienne est généralement abolie, dès le début, ainsi que la perception osseuse.

On doit distinguer deux formes d'otite aiguë des scléreux, l'une généralisée, dont une variété peut simuler la forme suivante, l'autre circonscrite.

Cette forme circonscrite évolue en deux stades : le premier, d'otite généralisée, presque toujours non purulente, le deuxième d'otite circonscrite purulente.

Cette forme circonscrite a de grandes analogies avec les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, deuxième stade d'une otite généralisée non purulente. La perforation spontanée de la membrane est très retardée. La marche peut être traînante et l'écoulement durer beaucoup plus longtemps que dans l'otite moyenne aiguë classique. L'audition ne redevient jamais normale. On devra tenir grand compte, pour arriver au diagnostic, de l'état de l'autre oreille (qui est également scléreuse), et des antécédents du sujet. La paracentèse est plus souvent indiquée ici que dans l'otite purulente aiguë banale. Dans la forme généralisée, on doit fendre la membrane dans toute son étendue par une ou deux incisions cruciales. S'il y a une voussure nettement circonscrite, il est préférable d'inciser la voussure, mais toujours largement, évitant la corde du tympan. La paracentèse est peu douloureuse chez les scléreux, et la membrane incisée a tendance à se cicatriser prématurément.

La syphilis héréditaire compte au nombre de ses symptômes les plus fréquents la dystrophie dentaire. D'après M. Fortin, les malformations dentaires appartiennent aux deux dentitions, mais sont plus caractérisées sur les dents de la seconde, elles consistent en :

1° Altérations primitives, retard d'éruption, érosions dentaires, microdontisme, amorphisme, vulnérabilité du système dentaire, sillons blancs, irrégularité d'implantation.

2° Altérations secondaires, changements de coloration, accumulations de tartre, lésions de traumatisme (usure précoce, dent de vieux, dent en hache pour Parrot, Fournier, Desmartin); carie dentaire, stomatite, chute prématurée des dents.

Considérées dans leur ensemble, ces malformations sont seulement l'indice d'un trouble nutritif ou d'un arrêt de développement survenu pendant l'évolution dentaire.

Prises individuellement, aucune de ces malformations n'est vraiment un signe pathognomonique d'hérédo-syphilis. Les érosions s'observent chez les enfants ayant eu des convulsions (Magitot); chez les scrofuleux, dans l'entérite chronique, chez les enfants arriérés ou idiots.

L'érosion d'Hutchinson (érosion en coche, en croissant, du bord libre des incisions latérales supérieures), très rare en dehors de la syphilis, a cependant été rencontrée chez des scrofuleux. Cependant les sillons blancs et les érosions (surtout l'érosion d'Hutchinson), se rencontrent avec une telle prédominance chez les hérédo-syphilitiques qu'ils constituent un signe de présomption de la plus haute valeur.

La valeur diagnostique de ces signes est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune : dans l'enfance, les érosions profondes voisines du bord libre; chez l'adolescent, les érosions en coup d'ongle d'Hutchinson entaillant le bord libre, sont presque pathognomoniques.

Toutes les fois qu'un sujet présentant des dents ainsi conformées viendra consulter pour une lésion dont le diagnostic paraîtra douteux, on devra penser à l'hérédo-syphilis et faire l'épreuve du traitement par les injections hypodermiques de mercure et l'iodure de potassium, en veillant au bon entretien de la bouche pour éviter la stomatite mercurielle.

Ces malformations dentaires sont peut-être héréditaires.

Il existe en assez grand nombre des faits de guérison de cancers du rectum par l'exérèse, dont quelques-unes ont été obtenues, dit M. Finet, alors que le néoplasme avait déjà contracté des adhérences et qu'il existait de l'infection ganglionnaire.

Cela n'a rien d'étonnant, puisque le cancer du rectum reste longtemps limité aux parois rectales, que la généralisation est rare et très tardive, et que les ganglions, du moins pendant les premières phases d'infection ganglionnaire, sont, grâce à la disposition anatomique de la région, à la portée de nos moyens d'exérèse. Pour augmenter la proportion de ces cas de guérison, il faut opérer de bonne heure, ne pas craindre de pratiquer une large exérèse rectale sans trop se préoccuper du rétablissement de la fonction, enlever les ganglions suspects et, en conséquence, choisir de préférence les méthodes qui permettent d'explorer et d'enlever ces ganglions.

Même en cas de récidive, on procure par l'extirpation une survie plus longue et un soulagement plus appréciable, que par les opérations palliatives.

La mortalité opératoire, presque nulle pour les opérations périnéales, est encore élevée pour les opérations par la voie sacrée; mais les perfectionnements de la technique ont abaissé et abaisseront encore le taux de la mortalité.

La situation élevée du néoplasme n'est plus avec l'exérèse une contre-indication à l'opération. L'adhérence des néoplasmes aux organes et aux parois du bassin a beaucoup plus d'importance. L'expérience ayant appris que des tumeurs adhérentes pouvaient être enlevées avec un grand bénéfice pour le malade, il faudra pour se prononcer faire intervenir d'autres éléments d'appréciation, tirés de l'état général et de la résistance du sujet. La généralisation ou l'existence de ganglions lombaires et prévertébraux, sont des contre-indications absolues.

Au point de vue de l'extirpation et de la restauration fonctionnelle, il est logique de diviser les néoplasmes du rectum en sus-sphinctériens et en anorectaux. Les premiers peuvent être enlevés par simple résection du rectum; ils permettent la conservation du sphincter et la restauration intégrale de la fonction.

Les autres nécessitent l'amputation du rectum et la création d'un anus périnéal, sacré ou iliaque. L'infection opératoire ou post-opératoire constitue l'écueil de toute exérèse rectale. Pour prévenir la première, il faut extirper le rectum entre ligatures et sans l'ouvrir. La seconde est beaucoup plus difficile à éviter dans la résection des cancers sus-sphinctériens.

La suture circulaire donne des insuccès nombreux. Si le néoplasme est peu étendu, situé à peu de distance au-dessus du sphincter, il faudra employer l'invagination avec suture selon le procédé de Moulonguet, ou la suture circulaire avec section du sphincter et conservation d'un anneau de rectum sain selon le procédé de Carl Koch. Si le néoplasme est plus élevé et s'il existe un segment étendu de rectum sain entre le sphincter et la tumeur, il ne faudra faire la suture circulaire que sous le couvert de l'anus iliaque préliminaire. Si le bout supérieur du rectum s'abaisse difficilement, on devra se résigner à l'anus sacré. Les néoplasmes ano-rectaux même étendus devront être enlevés de préférence par la voie ano-sacrée. Les voies abdomino-périnéales et sacro-abdominales n'ont encore pour elles que des faits malheureux. De toutes les voies que l'on peut suivre pour extirper les cancers du rectum, la voie sacrée est celle qui permet d'explorer et d'enlever le plus facilement les ganglions.

Les voies anales, ano-périnéales, vaginales, ont cependant quelques indications bien définies.

Dans les cas de néoplasmes circonscrits et bien limités à une petite portion du cylindre rectal, on fera l'excision, avec suture de l'intestin, en suivant la voie qui permettra d'aborder le plus facilement le néoplasme.

Les tumeurs malignes et primitives de la cloison sont, d'après M. BLAZY, plus fréquentes qu'on ne le supposait, moins fréquentes cependant que les tumeurs malignes des autres parties du corps. Leur début est tellement insidieux que jusqu'à présent il a été impossible de saisir une tumeur de la cloison au début de son évolution. Les myxomes de la cloison ont une certaine tendance à se transformer en tumeurs malignes. Dès qu'on aura reconnu leur présence, on se comportera comme s'il s'agissait d'un néoplasme malin. Le diagnostic est parfois très difficile à déterminer. Dans les cas douteux on devra recourir à l'examen histologique, et quand il sera impossible, instituer les traitements anti-syphilitiques et anti-scrofuleux. Le pronostic est toujours grave et en rapport avec la malignité du néoplasme. Lorsque la tumeur est encore limitée et pédiculée, on devra toujours recourir à la voie endonasale. Ce n'est que lorsque la tumeur aura envahi les régions circonvoisines, qu'on aura recours à l'opération sanglante, toujours grave et aléatoire quant aux récidives.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

La moelle épinière dans l'anémie pernicieuse (The spinal cord in pernicious Anaemia), par J. LLOYD (*The Journal of nervous and mental disease*, avril 1896, n° 4, p. 225). — On sait que Lichteim a trouvé le premier dans la moelle, dans les cas d'anémie pernicieuse, des lésions des cordons postérieurs se distinguant de celle du tabès. Bowman, Minnich, ont retrouvé les mêmes lésions. L'auteur rapporte un cas de même genre. Il s'agit d'un machiniste âgé de 37 ans, dans les antécédents duquel on trouve la fièvre palustre et, en 1893, plusieurs attaques de gastro-entérite. Il y a 2 ans, il ne pouvait plus marcher à cause de la faiblesse des membres inférieurs; en même temps, il a éprouvé, dans les membres inférieurs, des paresthésies et il semblait au malade qu'il marchait sur du coton. A son entrée à l'hôpital, en mai 1894, on constate l'état suivant : sensibilité intacte, réflexes rotuliens normaux, faiblesse considérable qui l'empêchait de marcher. Il présentait en outre tous les signes d'une anémie caractéristiques : globules rouges 1 280 000. Les leucocytes sont légèrement augmentés. Poikylocytose. Un mois après son admission à l'hôpital, le malade a succombé. L'autopsie a révélé, dans la moelle épinière, après examen histologique d'après les diverses méthodes, les lésions suivantes. Dans la région dorsale, dégénérescence qui n'occupe pas toute l'aire des cordons postérieurs. La région dégénérée a pour limites, d'une part, le septum médian postérieur, d'autre part, la corne postérieure du même côté; elle laisse à peu près intacte la zone cornu-commissurale et une mince bande qui avoisine la corne postérieure dans toute son étendue. Le long du septum médian, la dégénérescence est moins intense qu'ailleurs. L'auteur, après avoir constaté que la zone radiculaire n'est pas très affectée, croit devoir attribuer à ce fait l'absence d'ataxie et la conservation du réflexe rotulien. Dans la région lombaire les cordons postérieurs semblent intacts. Le territoire du faisceau pyramidal est affecté dans les région lombaire et dorsale. Il s'agit seulement d'une dégénérescence caractérisée par l'hyperplasie de la névroglie et la dégénérescence de certaines fibres nerveuses. Dans certaines de ces fibres on peut voir encore le cylindre-axe, tandis que dans d'autres il a disparu.

OPHTHALMOLOGIE

La névrite optique rétro-bulbaire et les voies d'infection du système nerveux, par H. PARINAUD (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juill. 1896, p. 484). — Le terme névrite optique périphérique ou rétro-bulbaire s'applique à deux affections très différentes : 1° la névrite optique alcoolique, symétrique et probablement sur la dépendance des lésions des centres visuels; 2° la névrite rétro-bulbaire infectieuse qui fait le sujet de ce travail.

Cette affection débute par des douleurs profondes à siège orbitaire, avec irradiation ; elles sont spontanées et provoquées par certains mouvements des yeux. En même temps et quelques jours après surviennent des troubles visuels : scotome central ou diminution périphérique du champ visuel, pouvant aller jusqu'à la cécité complète en quelques jours. L'intensité de ces troubles visuels contraste avec les signes ophthalmoscopiques qui ne consistent habituellement qu'en un peu de trouble de la pupille avec étranglement modéré des vaisseaux. Tantôt la maladie ne frappe qu'un côté, tantôt elle est bilatérale, mais alors c'est presque toujours l'un après l'autre que les deux yeux sont pris. Dans les cas légers, la guérison peut être complète en 3 semaines, mais elle peut être beaucoup plus lente, si la cécité a été complète. On peut observer à la suite l'atrophie de la papille.

A côté de cette forme aiguë, il y a lieu de décrire une forme chronique : les douleurs font défaut, il y a un scotome central, sans trouble appréciable à l'ophthalmoscope, du moins au début, puis survient l'atrophie papillaire.

Cette névrite rétro-bulbaire s'observe à la suite de grippe, d'érysipèle, d'abcès de la paupière ou de la gorge, d'états rhumatoïdes où l'infection n'est pas douteuse.

La lésion paraît siéger, non dans le nerf optique, mais dans ses gaines, le nerf n'étant atteint que par compression, et cela pour les raisons suivantes : rapidité de l'altération de la vision que n'expliquent pas les lésions opthalmoscopiques, rapidité de la guérison des troubles visuels, douleurs provoquées par les mouvements oculaires et facilement expliquées par l'inflammation des gaines et le voisinage des nerfs ciliaires, coïncidence possible de sclérite ou de ténonite.

L'infection qui donne naissance à cette lésion des gaines du nerf optique peut se faire soit par l'orbite, soit par les fosses nasales, cas le plus ordinaire ; d'ailleurs on peut voir coexister

fréquemment un coryza spécial, quelquefois un abcès de la gorge, de l'anosmie. L'infection nasale peut se propager par le sinus ethmoïdal, soit plutôt, surtout quand la lésion est bilatérale, par la lame criblée. Les injections démontrent que l'espace vaginal qui sépare la gaine interne de la gaine externe du nerf optique communique avec l'espace sus-arachnoïdien. L'infection, ayant gagné cet espace sus-arachnoïdien au voisinage de la lame criblée, peut donc s'étendre aux gaines du nerf optique et produire, au niveau du trou optique, la compression du nerf. Cette pathogénie rend bien compte de divers troubles nerveux qui peuvent compliquer la névrite rétro-bulbaire : anosmie, troubles auditifs, troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau, paralysie faciale incomplète, déviation paralytique de la langue, hémiplégie, troubles mentaux. Tous ces phénomènes cérébraux, généralement bénins et assez curables, sont dus à l'extension de l'infection sus-arachnoïdienne.

Ces faits sont importants à connaître pour le médecin, comme l'auteur le fait ressortir, car ils permettent d'expliquer le mécanisme qui préside au développement de certains accidents cérébraux dans les maladies infectieuses.

CHIRURGIE

Pathologie et traitement de la gonorrhée chez la femme (Beiträge zur Pathologie und Therapie der weiblichen Gonorrhoea), par H. Schultz (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1896, vol. XXXVI, p. 199). Conclusions : 1° On peut admettre que deux tiers au moins (64,8 p. 100) des prostituées ont la gonorrhée.

2° Dans les cas chroniques, les symptômes cliniques sont si peu accusés que le diagnostic ne peut être fait que par la constatation du gonocoque.

3° On ne doit se prononcer contre l'existence de la gonorrhée qu'en cas où l'examen bactériologique fait 3 ou 4 fois à des intervalles plus ou moins éloignés, donnera toujours des résultats négatifs.

4° Il semble que chez les femmes bien portantes le canal cervical et la cavité utérine ne renferment pas de bactéries.

5° Chez les prostituées et chez les femmes qui pratiquent souvent le coït, la gonorrhée de l'urèthre s'accompagne presque toujours d'une gonorrhée du col; la gonorrhée de le cavité de l'utérus de la gonorrhée anale sont plus rares; la gonorrhée vaginale est exceptionnelle.

6° En cas de gonorrhée cervicale, la présence des gonocoques dans les sécrétions cervicales n'a été constatée que dans un petit nombre de cas.

7° En cas d'annexite, on ne trouve des gonocoques dans l'utérus que dans un petit nombre de cas.

8° On peut en conclure que les gonocoques disparaissent de l'utérus comme d'autres cavités closes.

9° La prophylaxie actuelle étant tout à fait insuffisante, il est indiqué de l'améliorer.

10° La gonorrhée utérine et la gonorrhée cervicale sont curables dans un grand nombre de cas; dans la grande majorité de cas elles peuvent être améliorées au point de ne plus comporter aucun danger d'infection.

11° Le traitement consiste en lavages de la cavité utérine et cervicale avec une solution d'argentamine à 10 p. 100, à l'aide de la seringue de Braun.

12° Pour éviter la douleur et la réaction après les injections intra-utérines, il est indiqué, surtout quand le canal cervical est étroit, de dilater le col et d'assurer l'écoulement du liquide injecté dans la cavité utérine.

13° Les affections annexielles sont passibles d'un traitement chirurgical. Toutefois il est indiqué d'attendre autant que possible, car le processus des trompes peut s'éteindre sur place et n'empêche pas le traitement de la gonorrhée concomitante du col et de la cavité utérine.

Traitement abortif de la gonorrhée au début (Weitere Mittheilungen zur Abortion der Gonorrhoea incipiens), par Goldberg (*Centralbl. f. innere Mediz.*, 1896 n° 41, p. 1049). — L'auteur rapporte dans un tableau 14 cas de gonorrhée, ou le traitement, suivant la méthode de Janet, commencé deux à douze jours après l'infection ou un à six jours après l'apparition de la première goutte, a permis d'obtenir la guérison complète en moins de 8 jours chez 7 malades en moins de 15 jours chez 6. Chez le malade chez lequel le traitement avait échoué, les lavages de l'urèthre au permanganate de potasse n'ont pu être faits d'une façon régulière.

Lipomes et tumeurs lipomateuses mixtes des reins (Ueber die Lipome und lipomatosen Mischgeschewulst der Niere), par Muller (*Virchow's Arch.*, 1896. — L'étude de quelques pièces anatomiques aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les vrais lipomes des reins sont le plus souvent des tumeurs mixtes, la présence des fibres musculaires lisses pouvant être constatée d'une façon presque constante dans les lipomes purs en apparence.

2° L'origine de ces tumeurs doit être attribuée à une inclusion de la capsule fibro-graisseuse du rein. Dans quelques cas, l'inclusion de tissu surrénal peut s'accompagner de celle de tissu adipeux et ce dernier, en prenant un grand développement, peut donner lieu à la formation d'un lipome.

3° L'inclusion se produit très probablement pendant la vie embryonnaire.

4° Les myo-lipomes, les myo-lipo-sarcomes et lio-myomes des reins ont une origine analogue.

Néphrectomie transpéritonéale pour hydronéphrose (Hydronephrose in Folge schiefer Einmundung der Ureters), par Toth (*Centralb. f. Gynäkol.*, 1896, n° 43, p. 1099). — Observation d'une néphrectomie par voie transpéritonéale chez une femme de 39 ans, ayant accouché douze fois. Le sac, des dimensions d'une tête d'adulte, ne présentait plus trace de parenchyme rénal. L'uretère traversait obliquement le sac et présentait à son orifice une sorte de valvule. L'auteur attribue l'hydronéphrose à l'insertion oblique de l'uretère.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la résection des canaux déférents (Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion der vasa deferentia), par Brisch (*Centralb. f. d. Krank. d. Harn-n. Sex.-Org.*, 1896, vol. VII, p. 313). — L'observation se rapporte à un homme de 68 ans, qui a eu la chaude-pisse à l'âge de 30 ans. Les troubles de miction ont débuté il y a 10 ans, et depuis 5 ans se sont accusés beaucoup. Le malade est notamment obligé d'uriner 30 à 40 fois dans les 24 heures, ne vide jamais sa vessie et urine par regorgement. Il n'a jamais été sondé. Au toucher rectal, une prostate dure, augmentée de volume.

La résection des canaux déférents, faite sous la cocaïne, eut un résultat fonctionnel excellent, en ce sens que quatre semaines après l'opération le malade n'urinait plus que toutes les 3 heures pendant le jour et toutes les 2 heures pendant la nuit. La prostate a considérablement diminué de volume.

Rétrécissement de l'urèthre consécutif à une fracture du bassin (Ein nach Beckenbruch aufgetretene Verengerung der Harnröhre), par Bako (*Centralb. f. d. Krank. d. Harn. u. Sex.-Org.*, 1896, vol. VII, p. 324). — Il s'agit d'un homme de 39 ans, pris assez brusquement d'une rétention d'urine. Un médecin appelé auprès du malade fit pénétrer facilement avec une sonde dans la vessie et évacua l'urine. Le lendemain, la rétention s'étant reproduite, le malade entra à l'hôpital.

A l'examen on trouva sur le pubis, tout près de la symphyse, un cal osseux, des dimensions d'une pomme, qui pénétrait dans le bassin; un autre cal analogue se trouvait sur la branche horizontale et s'étendait en partie sur la branche descendante du pubis gauche. La symphyse de la partie fracturée de la branche horizontale du pubis était dirigés obliquement et s'enfonçaient dans le bassin.

Une sonde n° 20 introduite dans l'urèthre s'arrêtait à 22 centimètres du méat, mais l'obstacle pouvait facilement être franchi avec une sonde molle n° 13; en outre, en franchissant l'obstacle avec une sonde métallique on pouvait constater que l'urèthre avait subi une torsion à gauche.

Les cals osseux étaient consécutifs à une fracture du bassin que le malade a eu à l'âge de 9 ans.

Le malade ayant refusé toute intervention chirurgicale, le traitement a consisté en évacuations régulières de la vessie suivies de lavages avec une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100. Sous l'influence de ce traitement la vessie ne tarda pas à récu-

perer sa contractilité et le malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant.

MÉDECINE

L'action bactéricide des eaux de la Jumna et du Gange sur le microbe du choléra, par E. Hankin (*Ann. de l'Institut Pasteur*, sept. 1896, p. 511). — L'eau du Gange et de la Jumna, filtrée, exerce sur le vibrion cholérique une action antiseptique qui disparaît si l'on emploie cette eau stérilisée par la chaleur. Cette action est due à une substance volatile. Elle explique, selon l'auteur, pourquoi, dans l'Inde, le choléra ne descend pas les fleuves.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Formanilide.

Définition. — La formanilide est un homologue de l'acétanilide.

Solubilité. — Elle est soluble dans l'eau à la température ordinaire.

Propriétés thérapeutiques. — C'est un analgésique puissant qui agirait non seulement localement, mais encore sur le système nerveux central. Il serait donc indiqué pour les petites interventions chirurgicales, où, d'après Meisels, il aurait des effets supérieurs à la cocaïne. Il pourrait être également utilisé comme antinévralgique.

Dose usuelle. — *Chez l'adulte :* 3 à 5 centigrammes par injection.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* La douleur, vive au moment de l'injection, disparaît avec une grande rapidité.

b) *Eloignés.* Au bout de quelques minutes apparaît une zone d'anesthésie locale, pouvant persister plus d'une heure.

FORMULES

Formanilide	0 gr. 30
Eau *stérilisée*	10 centim. cub.

(Meisels.)

G. Maurange.

Sur un mode pratique d'administration de la créosote.

MM. Romeyer, pharmacien-major, et Testevin, médecin-major, indiquent dans *le Dauphiné médical* un nouveau procédé d'administration de la créosote qui supprime tous les dangers d'irritation stomacale et qui peut être suivi lorsque l'emploi de la voie rectale ou de la voie hypodermique est contre-indiqué. Il est basé sur la propriété qu'ont la créosote et le gaïacol, de se solidifier par l'addition de magnésie. Voici le mode de préparation adopté, préparation qui nécessitel'addition d'un peu de potasse pour la recherche du produit en substance active.

Dans un mortier en porcelaine, on jette 20 grammes de potasse caustique que l'on fait dissoudre dans 10 grammes d'eau distillée. On verse alors en émulsionnant 800 grammes de créosote de hêtre et l'on termine en incorporant 170 grammes de magnésie récemment calcinée. Le mélange, abandonné à la température ordinaire, se fonce lentement en couleur, puis au bout d'un temps variable, qui peut aller jusqu'à 36 heures, la masse prend une bonne consistance pilulaire. Cette masse continue à durcir et peut plus tard se pulvériser : un échantillon, préparé depuis un an, solidifié et durci, peut être mis en pilules par la simple addition de miel.

La masse préparée par ce procédé contient 80 p. 100 de créosote; elle est susceptible de recevoir par incorporation toute autre substance pouvant prendre la forme pilulaire, pourvu qu'elle ne présente pas un antagonisme chimique ou une incompatibilité physique ou physiologique. Pour plus de commodité dans la posologie, les auteurs proposent de la désigner par le mot de : *créoso-magnésol*.

MM. Romeyer et Testevin se sont servi du créoso-magnésol à l'intérieur sous forme de pilules ainsi composées :

1° Créoso-magnésol, 0gr10.
Miel q. s. pour une pilule.

La contenance de chaque pilule est de 0gr08 de créosote, de 0gr017 de magnésie et de 0gr002 de potasse (poids moyen d'une pilule : 0gr12 à 0gr13).

2° Créoso-magnésol, 0gr10.
Sulfate de quinine, 0gr10.
Miel q. s. pour une pilule (poids moyen d'une pilule 0gr23 à 0gr25.

Il serait facile d'y ajouter de l'iodoforme, de l'extrait d'opium, etc.

Cette préparation diffère de celle préconisée récemment par M. Camel par une plus grande richesse en créosote (80 p. 100 au lieu de 50), l'absence de résine de pin qui semble rendre les pilules plus dures et moins assimilables.

L'ingestion d'une petite quantité de créoso-magnésol donne lieu aux remarques suivantes : placé sur la langue, ce corps ne produit pas la sensation de brûlure de la créosote pure, il ne blanchit pas la muqueuse buccale ou linguale comme celle-ci. Sous forme pilulaire, il laisse dans la bouche un léger goût rappelant celui du goudron et disparaissant relativement assez vite. Pris à jeun, il ne cause pas après son arrivée dans l'estomac de sensation brûlante et il n'y a ensuite ni renvois, ni nausées, en résumé aucun trouble symptomatique d'une irritation de la muqueuse stomacale non plus que de troubles digestifs (diarrhée ou constipation) à la suite de son usage assez prolongé.

D'autre part son action sur la toux, l'expectoration, la fièvre a été des plus nettes et des plus franches. 15 malades atteints de bronchites aiguës ou chroniques à divers degrés ont suivi un traitement par les pilules de créoso-magnésol à dose variable et intensive. Au début, la dose était de 6 pilules prises ainsi : 3 au repas du matin avec les premiers aliments, 3 au repas du soir. Dès le 3e jour, il a toujours été possible, sauf dans un cas, de la porter à 8 pilules et même à 10, prises en deux fois de la même façon.

Au bout d'une nouvelle période de 4 jours en moyenne, la dose journalière a été portée à 12 pilules, puis à 14, enfin à 16. Sur les 15 malades, 2 ont été réformés, 6 sont sortis améliorés, 7 sont encore en traitement, mais en voie d'amélioration. L'amélioration s'est traduite par la diminution de la toux et de l'expectoration, le retour du sommeil, la réapparition de l'appétit.

Au début, on associe le sulfate de quinine au créoso-magnésol afin de déterminer si la masse pilulaire se désagrégeait facilement, s'il y avait absorption, en recherchant le sulfate de quinine dans les urines. Celui-ci a toujours été retrouvé 1 heure ou 1 h. 1/2 après l'ingestion du médicament. En même temps, on remarque l'action favorable exercée par le sel quinique sur la température de quelques malades fébricitants, un abaissement sensible de celle-ci, puis le retour à la normale quelques jours après l'emploi du mélange créosoté-quininé.

Aussi l'a-t-on donné avec succès chez des fébricitants et chez des sujets atteints de bronchite avec congestion du sommet.

Il faut ajouter que la présence de la magnésie semblait favoriser le retour du bon fonctionnement des voies digestives.

La dose totale a été en moyenne de 1 gramme de créosote environ par jour; on est donc loin ainsi des doses toxiques.

En résumé, ce mélange créosoté magnésien paraît réunir les conditions suivantes :

1° Etre peu irritant pour la muqueuse stomacale et intestinale;
2° Diminuer l'expectoration et la toux;
3° Faciliter le relèvement des fonctions digestives et amener ainsi rapidement une amélioration de l'état général des malades.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Sur la cystocèle crurale,

Par Raymond Petit et Léon Imbert,

Internes des hôpitaux.

Nous avons recueilli récemment dans le service de M. le professeur Le Dentu une observation de cystocèle crurale; les cas de ce genre sont rares, on le sait, puisque Legrand, dans une thèse récente (1896), n'a pu en réunir plus de douze; notre malade présentait en outre certaines particularités qui nous ont paru dignes d'attirer l'attention. Voici d'abord l'observation :

L... Marie, 46 ans, entre le 8 juillet 1896 à l'hôpital Necker, salle Lenoir, n° 3. Comme antécédents personnels, elle ne signale qu'une congestion pulmonaire en 1888; depuis, elle a continué à tousser.

Il y a 2 ans environ, la malade s'est aperçue qu'elle portait dans la région crurale gauche une tumeur du volume d'une petite noix; cette tumeur augmentait pendant la toux et les efforts; depuis son apparition, elle s'est accrue peu à peu et présente actuellement le volume d'une grosse noix. La malade n'a jamais éprouvé aucune gêne pour uriner et elle n'a jamais remarqué qu'il y eut une relation quelconque entre les mictions et le volume de la tumeur.

Etat actuel : on trouve dans la région crurale gauche une tumeur du volume d'une grosse noix, augmentant par la toux, un peu douloureuse à la pression au niveau de son pédicule et de consistance un peu inégale; il n'y a pas de sonorité à la percussion; la tumeur est en partie réductible.

Cure radicale le 10 juillet 1896.

Incision verticale; le sac est ouvert facilement, il n'y a pas de lipome en avant de lui, l'anneau est débridé et la hernie est réduite avec quelques difficultés; on procède alors à la dissection du sac; l'isolement se fait facilement à la partie externe; mais en dedans le sac paraît épaissi, et la dissection en devient laborieuse; au cours des manœuvres opératoires on ouvre une cavité à parois lisses, du volume d'une noisette, de laquelle s'écoule une petite quantité de liquide clair, et l'on songe immédiatement à la vessie; une sonde est introduite dans l'urèthre; mais malgré injection vésicale de 50 grammes environ, il ne s'écoule pas de liquide par la plaie; cependant, le doigt introduit dans la poche déchirée arrive facilement derrière le pubis et perçoit nettement l'extrémité de la sonde; il est donc certain que la vessie a été ouverte, On remarque alors que ses parois sont extrêmement minces; leur épaisseur est moindre que celle du sac; après avoir isolé et lié le sac aussi haut que possible, on ferme alors la plaie vésicale par une double plan de sutures extra-muqueuses au catgut et l'on réduit la vessie dans la cavité abdominale; suture des parois de l'anneau et de plans superficiels; une sonde est mise à demeure; pas de drainage

La sonde est retirée au bout de 48 heures.

Réunion par 1re intention.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie au bout de 12 jours; avant sa sortie, on pratique la cystoscopie dans le service de M. le professeur Guyon; on constate nettement, sur la partie supérieure et latérale de la vessie, l'existence d'une belle cicatrice à bords légèrement plissés et déprimés par rapport à la paroi vésicale avoisinante.

La malade est revue le 10 octobre 1896, 13 mois après l'opération). Cicatrice linéaire parfaite; il n'y a eu aucun trouble urinaire depuis la sortie de l'hôpital.

Voici maintenant les points qu'il nous a paru utile de signaler.

Tout d'abord, la cystocèle siégeait chez notre malade à gauche, or c'est là un fait assez intéressant; MM. Guinard (*Arch. de méd.*, janvier 1896) et Legrand (thèse Paris, 1896), après un relevé soigneux de toutes les observations publiées, n'en ont pas trouvé une seule qui se rapportât à une hernie gauche; dans tous les cas sans exception, la tumeur siégeait à droite; c'est là du reste une particularité dont il paraît impossible de donner une explication satisfaisante; mais elle n'est pas moins frappante; notre cas est donc le premier exemple publié de cystocèle crurale gauche.

A cette constatation se borne du reste tout ce que notre malade a présenté de particulier; c'était une femme âgée, comme c'est la règle, et les symptômes n'avaient nullement attiré l'attention sur l'appareil urinaire; c'est là aussi le cas le plus fréquent; enfin il s'agissait de la variété parapéritonéale (hernie vésicale accolée à un sac herniaire), ordinairement observée.

On pourrait se demander s'il ne s'agissait pas chez notre malade d'une cystocèle opératoire, c'est-à-dire d'une hernie produite par le chirurgien au cours de l'opération, par le fait de tractions trop violentes exercées sur le sac; Legrand en a rapporté une observation appartenant à Demoulin; mais, chez notre malade, la hernie était évidemment produite avant toute manœuvre opératoire, et le sac n'avait pas été attiré, au moment où la cavité vésicale a été déchirée : il s'agissait donc bien d'une cystocèle vraie.

Ajoutons que l'absence de lipome en avant du sac vient confirmer ce qu'a dit l'un de nous dans un travail récent sur le cystocèle inguinal (1), à savoir que le rôle de la cystocèle dans la production des hernies de la vessie est

1. Léon Imbert, De la cystocèle inguinale (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, mai et juin 1896).

nul dans bon nombre de cas. Quant à la conduite que doit tenir le chirurgien vis-à-vis d'une vessie ouverte dans ces conditions, notre observation vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui proposent la suture complète de la vessie.

Ce n'est pas dans tous les cas, bien entendu, que l'on sera autorisé à agir ainsi; il faut que les parois vésicales soient saines et que l'urine ne soit pas infectée; ce sont les principes posés depuis longtemps par M. Guyon; mais lorsque ces conditions sont réunies, la réunion complète s'impose, aidée tout au plus de l'application d'un drain superficiel. Enfin, il est une pratique que nous recommandons tout particulièrement pour terminer l'opération: c'est l'emploi systématique de la sonde à demeure; bien des chirurgiens l'ont employée en pareil cas, mais sans y attacher l'importance que nous lui reconnaissons; pour les raisons déjà exposées par l'un de nous dans le travail cité, il nous paraît indispensable d'ériger en principe la nécessité du drainage uréthral en cas de déchirure de la vessie au cours d'une kélotomie.

Enfin nous terminons en faisant remarquer que la cystoscopie nous a permis de voir très nettement la cicatrice vésicale; chez notre malade l'examen cystoscopique n'était qu'un intéressant moyen d'exploration, dans d'autres cas, lorsque la déchirure aura passé inaperçue au moment de l'opération, il pourra permettre d'établir son existence d'une façon irréfutable.

Enfin, il nous semble que l'on peut trouver dans l'emploi du cystoscope un important moyen de diagnostic, lorsque, avant l'opération, on a des doutes au sujet de la présence possible de la vessie dans le sac herniaire. Sur la demande de notre excellent collègue Guinard nous avons pu en faire récemment l'application dans le service de M. le professeur Le Dentu; l'examen direct nous a montré une vessie normale et a fait rejeter le diagnostic de cystocèle auquel on avait songé; les constatations opératoires ont permis de vérifier les résultats de l'examen cystoscopique.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEUROLOGIE

22e Réunion annuelle tenue à Philadelphie les 3, 4 et 5 juin 1896.

Complications cérébrales de la maladie de Raynaud.

M. Osler. — La maladie de Raynaud n'est pas rare dans certaines formes de folie; d'autre part, dans quelques cas cette maladie s'accompagne de manifestations cérébrales, dues apparemment à des troubles vasculaires semblables à ceux qui se produisent dans les régions périphériques. J'ai observé un homme qui avait des attaques épileptiformes seulement pendant l'hiver, en même temps de l'asphyxie locale et de la nécrose superficielle des oreilles; ce malade avait aussi de l'hémoglobinurie. Chez une femme de 52 ans on a vu, pendant une période de 5 ans, survenir à 5 différents intervalles de la syncope locale et de l'asphyxie des doigts et de la main droite, s'accompagnant quelquefois d'aphasie et à plusieurs reprises de paralysie passagère du bras et de la jambe du côté droit. Au cours de la dernière attaque la malade mourut avec de la gangrène de la main et du bras droits. Enfin une 3e malade présentant des attaques mal définies qui s'accompagnaient de chute était une jeune fille ayant de l'asphyxie locale des jambes depuis les genoux jusqu'aux chevilles. La maladie de Raynaud est rarement mortelle.

Syringomyélie.

MM. Dercum et Spiller. — Trois mois après un effort au niveau du dos, un homme commença à éprouver des douleurs dans les jambes, une douleur en forme de barre sur la partie inférieure de la poitrine, de la faiblesse dans les membres inférieurs; la démarche devint saccadée. Puis se développèrent une paraplégie complète avec contractures, plus marquée à droite, de l'atrophie des membres inférieurs et de la paralysie de la vessie et du rectum. La sensibilité cutanée avait disparu au niveau des jambes et sur le tronc jusqu'au niveau du mamelon à droite et un peu au-dessus de l'ombilic à gauche.

La sensibilité thermique avait complètement disparu au niveau du bras droit, de l'épaule droite et du côté droit du cou et aussi sur la partie droite du corps au-dessus de la ligne du mamelon. Il y avait de l'analgésie au niveau du bras droit. L'articulation de l'épaule droite se gonfla; il y eut une rupture du ligament capsulaire et les signes d'une inflammation avec rougeur et chaleur apparurent à ce niveau; il n'y avait que peu ou point de douleur. Dans l'extension l'humérus était en luxation sous-glénoïde. Le malade mourut d'épuisement. A l'autopsie, on trouva la capsule de l'épaule droite très épaissie et rugueuse sur sa face interne. La tête humérale avait disparu et l'os était érodé jusqu'à une petite distance au-dessous du col chirurgical. On trouva dans l'aisselle une tumeur kystique contenant une graisse friable; la surface de la cavité glénoïde était érodée, rugueuse, poreuse; elle était très agrandie, des dépôts osseux s'étant formés sur ses bords. L'apophyse coracoïde était aussi agrandie. Dans la moelle on trouva une dégénérescence du faisceau pyramidal croisé jusqu'au niveau de la substance réticulaire du 2e segment cervical et du faisceau pyramidal direct jusqu'au niveau de la décussation de la partie motrice des pyramides, à droite. A gauche il y avait sur une courte distance une dégénérescence du faisceau pyramidal croisé. Cette dégénérescence parut être ascendante; il n'y avait, en effet, aucune lésion au-dessus de la moelle allongée; la dégénérescence, très distincte vers la partie inférieure de la région cervicale, allait en diminuant vers le haut où elle devenait presque indistincte; il n'y avait en outre aucune dégénérescence dans les pyramides antérieures. Enfin il s'agissait d'un processus chronique à marche lente. Cette sclérose ascendante était probablement en grande partie due à la destruction de fibres motrices ayant perdu leur fonction. On put suivre la dégénérescence des faisceaux cérébelleux directs et de ceux de Gowers jusqu'au niveau des pédoncules cérébelleux inférieurs. Il y avait une pachyméningite intense allant du 2e segment lombaire au niveau du point de sortie des racines de la 3e paire dorsale. L'arthrophathie de l'épaule droite n'était pas due à des lésions spéciales de la moelle ou des ganglions spinaux.

Les racines postérieures étaient normales même là où il y avait le maximum de pachyméningite; les racines antérieures d'une partie de la région dorsale étaient dégénérées. Dans toute la région cervicale jusqu'au niveau du 2e segment cervical, la moelle ne présentait de cavité qu'au niveau de la corne postérieure droite.

Encéphalite ressemblant à une méningite cérébro-spinale.

MM. Lloyd et Sailer. — Un homme de 24 ans fut brusquement pris de frisson suivi de fièvre et de céphalalgie intense. Le malade eut du délire et tomba rapidement dans le coma. Il y eut de la paralysie de la 3e paire et le 3e jour survint une abondante éruption de purpura avec taches ecchymotiques et sur les mains des lésions rappelant celles de l'érythème noueux. L'urine contenait du sang et du pus; il y eut des vomissements de sang avant la mort qui survint le 6e jour. A l'autopsie on trouva des lésions en foyer disséminées dans le cerveau et l'isthme de l'encéphale; il y avait des leucocytes extravasés dans les espaces péri-vasculaires; il y avait aussi de la néphrite diffuse. L'infection avait envahi le cerveau par la voie du tissu conjonctif des vaisseaux sanguins, etc., le tissu nerveux ne fut donc envahi que secondairement.

MM. Mills et Spiller. — Un homme n'ayant jamais eu aucune affection des oreilles souffrit de céphalée intense pen-

dant l'été de 1895. Le 20 décembre 1895 il perdit connaissance et eut 3 convulsions généralisées épileptiformes. Il fut partiellement paralysé du côté droit et eut des troubles de la parole. Plus tard son état s'améliora beaucoup. Le 29 janvier 1896 il eut une autre attaque avec perte partielle de connaissance, sans convulsions, mais avec de l'aphasie et de la paralysie nette. Il était dans un état de stupeur, ne répondait pas aux questions et avait une hémiplégie droite presque totale, de l'incontinence d'urine et des matières fécales, et une perte complète de la sensibilité tactile et douloureuse au niveau des régions paralysées. Il avait de l'hémianopie droite homonyme et une inflammation des 2 papilles, surtout de la gauche. Il mourut le 26 février 1896, sans avoir eu aucun symptôme de maladie des oreilles. A l'autopsie on trouva un abcès de l'hémisphère cérébral gauche juste au-dessus du niveau du corps calleux. Les 2 membranes du tympan étaient normales. Dans le pus de l'abcès cérébral on ne trouva que le staphylococcus pyogenes aureus. L'apparition des convulsions épileptiformes au moment de la 1re attaque, apparition probablement due à l'irritation des fibres motrices de la capsule interne, montre combien est difficile le diagnostic des lésions corticales. L'abcès occupait la partie postérieure de la capsule externe, une portion du noyau lenticulaire et s'étendait en bas dans la région sous-thalamique, sans toutefois avoir coupé les fibres optiques et cellules de la capsule interne suivant toute vraisemblance. La perte des fonctions de ces fibres était due à la compression. La substance blanche de la 1re circonvolution temporale était presque entièrement détruite, des fibres provenant de la partie supérieure et antérieure de la 2e circonvolution temporale étaient aussi sectionnées. Cette cavité, située très près de la surface de la 1re circonvolution temporale, aurait pu être facilement vidée par le chirurgien. L'ouïe n'était probablement pas supprimée, bien qu'il parût y avoir de la surdité verbale.

Epilepsie et autre maladies convulsives.

M. Langdon. — L'épilepsie, la chorée et probablement la plupart des maladies convulsives sont dues à une insuffisance du pouvoir d'inhibition. La cause de cette insuffisance doit être recherchée dans les pinceaux terminaux des branches collatérales des différents neurones corticaux, leur situation variant avec le type de la maladie (sensitif, psychique ou moteur). Cette cause consiste probablement en un vice de structure (petites dimensions, isolement imparfait, contact imparfait) ou un trop petit nombre (peut-être les deux réunis) des branches collatérales de ces neurones. Des branches collatérales insuffisantes peuvent favoriser l'apparition des convulsions de 2 manières : *a*) en diminuant les connexions avec les autres neurones; *b*) en augmentant la résistance aux courants amenant une surcharge temporaire des cylindres-axes moteurs. Cette conception de la base anatomo-dynamique des phénomènes convulsifs peut s'appeler la *théorie collatérale*. En se servant de cette base on peut répartir les cas d'épilepsie en 3 groupes qui diffèrent au point de vue du pronostic et du traitement.

1° Il y a le type primitif ou congénital comprenant l'épilepsie idiopathique et débutant avant 20 ans. Dans ces cas, plus le sujet est jeune, meilleurs sont ses antécédents héréditaires et le milieu où il vit, meilleur aussi sera le pronostic sous l'influence d'un traitement bien conduit, le résultat final dépendant de la possibilité de provoquer le développement de branches collatérales.

2° Les formes accidentelles, dues aux traumatismes, à la syphilis, au plomb, aux toxines, etc. Le pronostic varie avec l'ancienneté du cas, la possibilité de faire disparaître la cause; le pronostic est favorable tant que des lésions permanentes des branches collatérales ne se sont pas encore formées.

3° Le type de dégénérescence auquel appartiennent les rares cas d'épilepsie (non accidentelle) survenant chez l'adulte et le vieillard. On n'attendra rien que des palliatifs comme dans toutes les autres dégénérescences. Dans toutes les formes, les indications rationnelles que doit remplir le traitement sont les suivantes : diminuer l'excitation sensitive par le régime, les occupations, les remèdes; on diminuera ainsi l'intensité des réponses motrices que ne retiennent pas un pouvoir d'inhibition suffisant.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er Décembre 1896.

Anévrysme intracrânien.

M. Klein présente une fillette de 4 ans, qui, à l'âge de 10 mois, subit un trauma crânien, à la suite duquel elle présenta pendant plusieurs jours des signes de commotion cérébrale. Tous les symptômes ont cessé, mais en auscultant la tête de l'enfant, on entend un bruit intermittent, isochrone aux pulsations cardiaques, un souffle accompagné de piaulement. Le maximum est au niveau des apophyses mastoïdes. Le crâne est d'ailleurs normal. Le diagnostic le plus probable serait celui d'anévrysme cirsoïde.

Pied de madura.

M. R. Blanchard lit un rapport sur un nouveau cas de pied de madura, ou mycétome, observé en Algérie par **M. E. Legrain**; c'est le 6e cas observé dans ce pays. Il s'agit d'un Kabyle âgé de 42 ans, dont la lésion a débuté en 1880, au pied gauche; depuis 1885, elle est devenue assez douloureuse pour empêcher la marche; en 1893 ont commencé à se montrer des tubercules cutanés et peu à peu la peau a été envahie.

L'hypertrophie porte actuellement sur tout le pied, et, contrairement à la règle, la lésion commence à la suite d'un coup, à la jambe droite.

M. Legrain adresse à l'Académie des photographies montrant la nature mycosique des grains blancs observés dans la peau malade. Il confirme, d'une manière générale, les caractères attribués par ses devanciers à ce parasite, mais, contrairement à M. Vincent, il n'a pas vu ses cultures se développer sur l'infusion de foin à 2 p. 100; il a obtenu de belles cultures sur la gélose additionnée de maltose et de peptone. De là sans doute les différences d'aspect entre les cultures et celles qu'a décrites M. Vincent; peut-être aussi, se demande M. Blanchard, le classique *discomyces madura* n'est-il pas seul capable de produire des lésions de ce genre, mais y a-t-il des variétés voisines, encore mal différenciées. Ces études des cultures sont le seul point original de la communication de M. Legrain : mais elle a en outre l'avantage de montrer qu'en Kabylie cette lésion n'est pas exceptionnelle.

Double ophthalmoplégie extérieure et héréditaire.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. le Dr Gourfein (de Genève) relatif à 6 individus de la même famille (grand'mère paternelle, père, 4 enfants sur 6) atteints d'ophthalmoplégie congénitale complète. C'est une affection dont l'étiologie est obscure et, en particulier, dans les cas de M. Gourfein, on ne trouve ni syphilis, ni maladie infectieuse, ni traumatisme, et l'auteur conclut à une amyotrophie héréditaire familiale, différant seulement par son siège du type classique. Il invoque à l'appui de sa thèse la coexistence du nystagmus, l'aplatissement des arcades sourcilières, l'amblyopie, un certain degré d'excavation du disque optique. Il n'y a rien de pareil dans l'ophthalmoplégie acquise, laquelle au contraire s'accompagne de micropsie, de fausses projections d'images, ce qui prouve l'origine nucléaire de la lésion.

M. Kelsch donne lecture de la première partie d'un mémoire intitulé : *Considérations critiques sur la contagion et l'origine des maladies infectieuses.*

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 Octobre 1896.

Du caillot non rétractile : suppression de la formation du sérum sanguin dans quelques états pathologiques.

Note de **M. Hayem**, présentée par **M. Bouchard**. — A l'état normal, le caillot formé par le sang issu des vaisseaux se

rétracte pour abandonner une certaine quantité du sérum qui l'imbibe.

Cette propriété disparaît dans certains états pathologiques. Le caillot reste alors infiltré de liquide à la façon d'une éponge humide non exprimée. Il ne se produit pas de sérum. C'est le défaut de contraction du caillot qui tient sous sa dépendance la suppression de la formation du sérum. L'absence de rétractilité de la fibrine constitue donc le phénomène essentiel, caractéristique de l'altération du sang.

Les états pathologiques dans lesquels je l'ai observé sont le purpura hemorrhagica, l'anémie pernicieuse protopathique, certains états cachectiques très avancés dans leur évolution, la cachexie paludéenne, certains états infectieux.

Dans le purpura, l'anémie pernicieuse protopathique, les cachexies arrivées à leur terme ultime, la suppression de la production du sérum coïncide avec une diminution considérable dans le nombre des hématoblastes.

On ne peut pas affirmer d'une manière absolue que cette modification dans la constitution anatomique du sang soit seule en cause dans ces divers cas pathologiques. Mais il est certain que la pauvreté du sang en hématoblastes suffit pour que ce liquide perde la propriété, après s'être coagulé, de fournir du sérum. J'ai établi ce fait, il y a plusieurs années, à l'aide d'une expérience très simple. Elle consiste à faire voir que le plasma du cheval, débarrassé des hématoblastes qu'il tient en suspension par une filtration à 0°, fournit un caillot non rétractile.

Dans les états infectieux, tels que la pneumonie, où l'absence de rétractilité du caillot peut également s'observer, le phénomène doit avoir une autre origine, car les hématoblastes sont alors nombreux. On peut supposer qu'en cas d'infection le sang se trouve adultéré par la présence de substances chimiques pouvant exercer une influence sur les qualités de la fibrine.

Le fait de la suppression de la formation du sérum peut être utilisé en clinique. On peut s'en servir pour distinguer la forme protopathique de l'anémie pernicieuse progressive des états d'anémie extrême souvent confondus avec cette affection.

Dans les cachexies, le phénomène en question est d'un pronostic grave ; il est l'annonce d'une mort prochaine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 Novembre 1896.

Urémie par néphrite interstitielle.

M. Faitout rapporte l'observation d'une femme de 26 ans morte d'urémie avec délire cardiaque. A l'autopsie, on trouva de petits reins granuleux et une hypertrophie concentrique très notable du ventricule gauche.

Le point intéressant de cette observation consiste dans l'existence antérieure d'une néphrite scarlatineuse remontant à 8 ans ; au cours d'une grippe survenue il y a 3 ans, la malade avait eu de l'œdème des jambes et des paupières et de l'albumine dans son urine. Un an avant le début de l'urémie, elle avait été mise au régime lacté pour de la dyspnée, des palpitations et de l'enflure des jambes. Il s'agit peut-être d'une néphrite scarlatineuse passée à l'état chronique.

Lymphosarcome de l'intestin grêle.

M. Mermet communique l'observation d'une femme de 32 ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes attribuables à une tumeur de la cavité abdominale. A l'opération, on tomba sur une anse d'intestin grêle, distante de un mètre de l'angle duodéno-jéjunal, adhérente aux anses voisines, de couleur grisâtre, épaissie et dilatée, mais ramollie et friable, qu'on fut obligé de réséquer sur une longueur de 20 centimètres.

L'examen microscopique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un lymphosarcome de l'intestin. Sur les coupes on constata une infiltration embryonnaire de toute la paroi intestinale. Les éléments sont de petites cellules rondes, à noyau souvent bourgeonnant ; çà et là quelques cellules lisses sont en voie de désagrégation. Nulle part il n'existe de réticulum. Sur les sections périphériques on voit que la lésion a débuté dans le tissu lymphoïde de la muqueuse, qu'elle s'étend progressivement à la sous-muqueuse et à la tunique musculeuse en suivant les interstices des trousseaux de fibres lisses circulaires, et finalement qu'elle gagne le tissu sous-péritonéal.

Fracture comminutive de la face.

M. Riche communique l'observation d'un vieillard de 69 ans, qui fit une chute la face portant sur se bord d'un trottoir. Il entre à l'hôpital avec peu de symptômes; les jours suivants, il entre dans le coma et meurt avec des phénomènes méningés.

A l'autopsie, on trouva tous les os de la face fracturés et réduits en petits fragments. Le sinus sphénoïdal est ouvert en deux points par deux petits traits de fracture.

Fractures comminutives de l'humérus et de l'omoplate.

M. Bonnet présente les pièces provenant d'un malade atteint de fractures comminutives de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'omoplate ; la capsule articulaire de l'épaule était complètement déchirée. Le nombre considérable des fragments et l'attrition des parties molles ont déterminé à faire la désarticulation inter-scapulo-thoracique. Le malade qui avait perdu beaucoup de sang, mourut 12 heures après l'accident.

Anomalie du cœur.

M. Jacques Monod présente le cœur d'un enfant mort à la Maternité de Lariboisière, dans le service de M. Maygrier. L'enfant présentait de la dyspnée qui a été tous les jours en s'accentuant jusqu'à la mort, à l'âge de 45 jours. Il y avait inversion complète de l'artère aorte et de l'artère pulmonaire, l'aorte naissant du ventricule droit et la pulmonaire du ventricule gauche. En outre, il y avait persistance du canal artériel et du trou de Botal et on observait une communication interventriculaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 Novembre 1896.

Sérodiagnostic différentiel de la psittacose et de la fièvre typhoïde.

MM. Widal et **Sicard**. — On peut arriver facilement à faire le diagnostic différentiel entre le bacille de la psittacose et le bacille d'Eberth à l'aide de la réaction agglutinante en procédant de la façon suivante :

Deux éprouvettes contenant du bouillon mélangé avec du sérum typhique sont ensemencées l'une avec une culture typhique, l'autre avec une culture de psittacose. On voit alors au bout de quelque temps le bouillon contenant les cultures typhiques se clarifier très rapidement et les cultures former de gros flacons; par contre le bouillon ensemencé avec des cultures de psittacose reste trouble. L'examen microscopique montre alors que le phénomène d'agglutination s'est produit dans le bouillon typhique et qu'il fait défaut dans le tube contenant les cultures de psittacose.

Intoxication et injections salines.

M. Roger a constaté que chez les animaux ayant subi des injections intra-veineuses de sérum artificiel, le ferrocyanure de potassium apparaît plus rapidement dans l'urine que chez les animaux non injectés et que l'élimination de cette substance est terminée 1 heure plus tôt chez les premiers que chez les seconds.

Si au lieu du ferrocyanure de potassium on emploie le sulfindigotate de soude qui a la propriété de colorer en vert les mu-

queuses, on constate que cette coloration disparait plus rapidement chez les animaux ayant subi avec injections de sérum artificiel que chez les animaux non-injectés.

Cystite aiguë primitive à colibacilles.

MM. Gilbert et **Grenet** rapportent l'observation d'un garçon de 19 ans entré à l'hôpital avec tous les signes d'une cystite aiguë. L'examen bactériologique des urines purulentes montra la présence d'une culture pure des colibacilles. La cystite guérit très rapidement sous l'influence d'un traitement local.

Quant à la pathogénie de cette cystite, MM. Gilbert et Grenet admettent qu'il s'agissait là d'une infection pariétale de la vessie, c'est-à-dire que les colibacilles ont passé à travers les parois du rectum et de la vessie.

Lésions du système nerveux produites par la toxine du baccillus botulinus.

M. G. Marinesco. — J'ai examiné le système nerveux de plusieurs singes et chats inoculés avec le bacillus botulinus ou avec sa toxine. Leur maximum se trouve dans la moelle épinière où elle affecte presque exclusivement la substance grise antérieure et postérieure, la première étant plus touchée que la dernière. Le premier degré de la lésion consiste dans une chromatolyse limitée dans certains cas à la périphérie de la cellule nerveuse, de sorte qu'on y voit une bande circulaire plus ou moins complète privée de corpuscules chromatophiles. La lésion est moins accentuée dans la partie centrale de la cellule. A cette période de désintégration peut en succéder une autre où l'on constate la formation de lacunes à l'intérieur de la substance achromatique. A ce moment il se produit une hyperplasie des cellules névrogliques qui joue le rôle de neuronophages. En opposion avec la lésion de chromatolyse et de désingrégation de la substance achromatique, il en existe une autre que je rattache à la coagulation du protoplasme de la cellule nerveuse. Celle-ci a perdu son aspect strié, elle est réticulée, on ne peut plus distinguer l'individualité nette des éléments chromatophiles. Dans certains cas il existe des hémorrhagies intenses dans la substance grise antérieure. Etant donné que ces lésions peuvent être produites par une toxine agissant par l'intermédiaire de la voie digestive, nous croyons que ces expériences sont de nature à jeter une certaine lumière sur certain cas de polioencéphalomyélites, syndromes dont la pathogénie nous est inconnue actuellement.

Lésions des cellules du système nerveux central dans l'intoxication addisonienne expérimentale.

MM. Ettlinger et **Nageotte.** — A la suite de l'extirpation des deux capsules surrénales; la mort survient constamment chez les animaux avec des symptômes paralytiques. Abelous et Langlois ont démontré qu'il s'agit d'une auto-intoxication.

L'étude histologique du système nerveux central démontre qu'il existe des lésions cellulaires que l'on peut mettre en évidence par les méthodes cytologiques nouvelles.

Les lésions consistent en altérations profondes : 1° de la substance chromatophile du protoplasme, qui est fragmentée et comme réduite en poussière; 2° de la substance achromatique, qui présente des fissures dans ses régions centrales avec une tuméfaction générale et un épaississement des prolongements protoplasmiques.

Les cellules de tout l'axe cérébro-spinal sont prises, aussi bien celles du cerveau que celles de la moelle; il est légitime d'établir un rapport entre ces lésions et les symptômes nerveux de l'intoxication addisonienne.

Influence des toxines microbiennes sur la contraction musculaire.

Mlle Pompilian. — Avec M. Charrin nous avons cherché quelle est la modification que les toxines diphthérique et pyocyanique font subir à la contraction musculaire des animaux à sang chaud et particulièrement du cobaye.

Par des intoxications à petites doses et datant de 24 à 48 heures nous avons vu que :

1° L'excitabilité musculaire est augmentée;

2° La forme de la secousse est modifiée. L'amplitude et la durée diminuent considérablement; modifications semblables à celles que produit l'échauffement du muscle.

Les injections de fortes doses de toxine pyocyanique faites peu de temps avant l'enregistrement des secousses donnent des courbes semblables à celles d'un muscle refroidi, c'est-à-dire des courbes dont l'amplitude et la durée sont plus grandes que normalement.

En faisant varier la température des animaux intoxiqués, nous avons constaté que, par l'échauffement, la hauteur et la durée de la secousse diminuent beaucoup jusqu'à disparaître pour reparaître par le refroidissement.

De nos recherches nous pouvons conclure que : les toxines modifient la contraction musculaire de même que la fatigue, l'échauffement ou toute autre cause épuisante.

Hérédité expérimentale.

MM. Charrin et **Gley.** — La Société se souvient des animaux que nous lui avons présentés et qui étaient porteurs d'une série d'anomalies, oreilles atrophiées, mais surtout malformations de l'un des pieds, absence de l'avant-pied, disposition oblique du vagin chez l'une des femelles, etc.

Ces animaux possédaient des générateurs soumis pendant longtemps à l'influence des toxines.

Aujourd'hui nous montrons leur squelette; il n'y a aucun os du métatarse et des phalanges; en outre il y a atrophie de tous les os du tibia, du fémur, du calcanéum, du membre qui se terminait par un moignon.

L'intérêt de ces faits réside en eux-mêmes, c'est-à-dire dans la lumière qu'ils jettent sur la question de l'héridité, sur l'influence des troubles cellulaires d'origine toxique chez les ascendants. Leur intérêt dérive en outre de ce fait qu'ils reproduisent une fois de plus ce qu'on observe en pathologie, en particulier dans l'hémiplégie infantile; dans ce cas, les os sont diminués de volume.

Nous avons, semble-t-il, réalisé expérimentalement les principales données de l'hérédité humaine pathologique; à vrai dire, il faut se résoudre, à moins d'être particulièrement heureux, à poursuivre un grand nombre d'expériences avant de réussir; souvent il y a avortement, stérilité, parfait développement, etc.

L'hépatothérapie dans la cirrhose atrophique.

M. Vidal. — J'ai suivi, depuis le 5 octobre 1894, 5 cirrhotiques traités les 3 premiers par l'ingestion quotidienne de 100 grammes de pulpe de foie de porc donnée à chaque repas sous forme de potage au tapioca médicinal (*in Bull. de la Soc. thér.* du 8 avril 1896), les 2 autres par les injections sous-cutanées d'extrait de pulpe hépatique préparé à l'eau de laurier-cerise. Les résultats ont été identiques, et ce traitement, amenant une diurèse abondante, a diminué notablement les œdèmes et l'ascite et remonté l'état général.

Je complète aujourd'hui les observations dont les premières ont été publiées il y a un an.

Sur l'évacuation spontanée et artificielle du contenu de l'estomac par le pylore.

M. Roux. — Ces recherches ont été faites avec le phenendoscope de Barri Bianchi. L'auteur s'est assuré tout d'abord de l'exactitude de l'instrument, qui permet de délimiter le contour de l'organe, et sur un sujet debout la hauteur à laquelle s'élèvent les matières qu'il contient.

Si l'on suit l'évolution d'une digestion normale on constate : 1° que le niveau des matières, mesuré après le repas, reste le même pendant tout le cours de la digestion c'est-à-dire de 3 h. 1/2 à 4 heures; 2° que les limites de l'estomac restent les mêmes pendant tout ce temps sauf pour la petite courbure et la région pylorique qui se portent progressivement vers la droite; 3° que 3 h. 1/2 à 4 heures après la fin du repas les matières s'évacuent brusquement et tout d'un coup.

L'auteur a constaté en outre que l'on pouvait provoquer cette évacuation à un moment quelconque de la digestion, en faisant ingérer au sujet une petite quantité de peptone en solution concentrée. Ce fait est intéressant parce qu'il permet de régler à volonté la durée de la digestion stomacale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 Novembre 1896.

Traitement des perforations typhiques.

M. Brun est intervenu chez un enfant de 9 ans qui, au cours de la convalescence d'une rechute de fièvre typhoïde, a été pris brusquement de phénomènes de perforation intestinale, accompagnés immédiatement d'une élévation de température. Douze heures après le petit malade était déjà en pleine péritonite septique. Malgré cela, l'enfant devant mourir si on s'abstenait, M. Brun fit la laparotomie et trouva une large perforation intestinale qui fut suturée. La péritonite était généralisée; on fit passer une grande quantité d'eau bouillie dans le péritoine et on ferma le ventre, sauf à la partie inférieure où l'on plaça deux gros drains, dont un plongeait dans le petit bassin. Pendant 2 jours, l'état resta stationnaire. Le 3e jour l'état devint meilleur, mais il s'écoula par la plaie abdominale un liquide séro-purulent mélangé à un liquide jaunâtre. L'enfant mourut 6 jours après l'opération dans l'hypothermie.

A l'autopsie, on trouva que la suture avait bien tenu, mais qu'il existait sur l'intestin 5 autres perforations, dont une très large près de la valvule iléo-cæcale. De plus, à la partie supérieure de l'intestin grêle il existait une plaque de sphacèle.

M. Brun fait remarquer combien aléatoires sont les chances de l'opération dans ces cas : le malade est infecté et les lésions de l'intestin sont multiples; les perforations existant en assez grand nombre sont ou simultanées ou successives, et si elles sont simultanées, une ou plusieurs d'entre elles peuvent passer inaperçues au cours de l'opération. Malgré cela, il ne faut pas, d'après M. Brun, se croiser les bras en face d'une péritonite sûrement mortelle et contre laquelle la laparotomie constitue la seule chance de salut.

M. Lejars. — J'ai fait deux laparotomies pour perforations intestinales d'origine typhique.

Le premier malade est un jeune enfant de 12 ans atteint de phénomènes de péritonite subaiguë. On fit la laparotomie et on trouva une péritonite suppurée due à une perforation large de l'intestin reposant sur une large plaque rouge. Il y avait d'autres plaques rouges sur le reste de l'intestin correspondant à des plaques de Peyer. L'enfant succomba 12 heures après l'intervention et à l'autopsie on constata qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade de 23 ans qui, au 10e jour d'une fièvre typhoïde très grave fut pris d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Lorsque M. Lejars vit le malade le lendemain matin, il reconnut nettement une perforation intestinale bien qu'il n'y eût pas de vomissements et que l'état général parût bon. M. Lejars fit la laparotomie, et trouva dans la fosse iliaque droite du liquide séreux avec des grumeaux de lait digéré. Une perforation ronde siégeait sur l'iléon à 15 centimètres du cæcum. Il la sutura et termina l'opération par un lavage du péritoine et un drainage de l'abdomen. Pendant 2 jours, l'état du malade semblait assez satisfaisant, mais le matin du 3e jour, le malade succomba dans l'hypothermie.

A l'autopsie, on constata que la suture avait tenu, qu'il n'y n'y avait pas d'autres perforations, mais de nombreuses plaques de Peyer en voie d'ulcération.

M. Terrier a été appelé en 1886 à opérer un confrère qui en pleine santé, à la suite d'un dîner copieux, fut pris brusquement d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite, suivie de vomissements et d'autres phénomènes péritonitiques. Lorsque M. Terrier vit le malade le 5e jour après le début des accidents, il était en pleine péritonite. Sur la demande expresse du malade, il fit la laparotomie, trouva une péritonite généralisée avec sérosité dans le péritoine, et du côté du cæcum et du côlon descendant, une dizaine de perforations successives, dont la suture fut très difficile à cause de l'état du péritoine et de l'intestin. L'opération fut extrêmement pénible et le malade succomba le soir de l'opération.

Ce cas ne rentre pas dans la catégorie des perforations typhiques, mais il s'en rapproche. Faut-il, pour cela, s'abstenir quand existent des perforations intestinales? M. Terrier ne le croit pas. Quand il existe une ulcération intestinale, les conditions cependant sont mauvaises pour le chirurgien. Si les ulcération sont multiples, le résultat sera encore plus douteux. Malgré cela, on peut exceptionnellement obtenir des succès, et pour cette raison il faut opérer dans des cas semblables.

Traitement des otorrhées rebelles.

M. Peyrot fait un rapport sur un travail de **M. Moure** (de Bordeaux) sur le traitement de l'otorrhée ancienne par la trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse.

Dans les vieilles otorrhées, à côté des cas où l'opération est nettement indiquée par des complications existantes, il y a des cas où l'opération est indiquée et utile : c'est dans les otorrhées rebelles. L'indication de l'opération dans ces cas est assez difficile à poser. Il faut opérer cependant quand l'otorrhée est très ancienne, fétide, rebelle à tout traitement. Quand il y a eu expulsion d'osselets, l'opération est encore plus urgente. Quand l'otorrhée est très ancienne, la guérison peut s'obtenir spontanément par un procédé d'éburnation.

Dans ces cas d'otorrhée rebelle, il faut, d'après M. Moure, faire la trépanation et l'ouverture de l'antre pétro-mastoïdien. D'après M. Moure, 4 fois sur 32 cas on trouve le sinus au point d'élection de l'ouverture de l'antre mastoïdien. M. Moure conseille de commencer l'opération par l'ouverture de l'antre; puis on attaque la paroi postérieure du conduit auditif pour aller ainsi dans le canal tympano-mastoïdien.

M. Broca. — Le travail de M. Moure confirme ce que je soutiens depuis longtemps, à savoir que les otorrhées anciennes demandent de véritables opérations chirurgicales.

Mais, d'après moi, quand il n'y a pas une lésion mastoïdienne bien manifeste, il faut commencer l'opération par l'attique. Cette opération est peut-être plus difficile que l'autre, mais elle est très utile. Il faut donc aller d'abord par la caisse au lieu d'aller par l'antre qui est le plus souvent altéré et déformé.

L'antre n'est jamais déplacé, à mon avis, et jamais je n'ai blessé le sinus en essayant de pénétrer dans l'antre.

Hernie étranglée de l'appendice vermiculaire.

M. Routier lit un rapport sur un cas de hernie étranglée de l'appendice cæcal, opéré par **M. Guinard**.

Il s'agit d'une femme atteinte depuis 2 ans d'une hernie crurale droite. Un jour, la hernie devint irréductible sans s'accompagner de phénomènes autres qu'un peu de malaise et de douleurs intestinales. Lorque la malade entra à l'hôpital au 5e jour après le début des accidents, il n'y avait pas de fièvre, ni de vomissements, ni de ballonnement du ventre. On diagnostiqua une hernie épiploïque étranglée, et la kélotomie montra qu'il s'agissait d'une hernie du cæcum avec l'appendice. L'étranglement portait uniquement sur l'appendice, en laissant libre toutefois son méso. On réséqua cet appendice et on réduisit le cæcum. La malade guérit.

Or, dans ce cas, l'appendice étranglé formait une véritable cavité close, sans péri-appendicite, sans péritonite autour. Les vaisseaux de l'appendice n'étaient pas comprimés. M. Guinard conclut donc que malgré cet étranglement de l'appendice transformant cet organe en cavité close, il n'y a pas eu d'appendicite ni de péri-appendicite et que ce fait infirmerait la théorie de M. Dieulafoy sur l'appendicite par cavité close.

Mais, de l'avis de M. Routier, dans le cas de M. Guinard, l'étranglement de l'appendice n'était pas complet, et il n'y avait pas de cavité complètement close. Il ne lui semble donc pas que l'observation de M. Guinard puisse ruiner la théorie de la cavité close soutenue par M. Dieulafoy et corroborée par les recherches de Gervais de Rouville et de Klecki.

M. Potherat fait une communication sur l'amputation totale du pied par le procédé de Syme.

M. Monod présente un appendice vermiculaire réséqué contenant un calcul.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 Novembre 1896.

Des états vésaniques consécutifs aux maladies infectieuses chez l'enfant.

M. J. Séglas. — Les faits de ce genre, bien qu'étudiés surtout chez l'adulte, ne sont pas aussi rares chez l'enfant qu'on pourrait le croire et ont déjà été signalés par bon nombre d'observateurs. Ils peuvent se présenter à la suite de la fièvre typhoïde et l'auteur en rapporte un nouvel exemple, mais aussi à la suite d'autres maladies infectieuses. La pathogénie est très complexe. Il importe de mettre à part les faits justiciables d'une tare héréditaire, mise en éveil par la fièvre typhoïde. Les faits envisagés ici s'en distinguent;par la banalité des antécédents et par la forme spéciale des accidents délirants, qui ne rentrent pas dans le groupe des psychopathies dites des héréditaires, mais se rattachent à une cause accidentelle. A côté de l'épuisement nerveux, de l'urémie, de l'inanition, des troubles de nutrition cérébrale, on invoque aujourd'hui pour les expliquer l'action de l'agent infectieux, ou l'intoxication par les toxines microbiennes et les poisons normaux non transformés et non éliminés. Il est à remarquer d'ailleurs la ressemblance clinique de ces délires avec les délires toxiques. Le pronostic est très difficile à préciser. Bien des cas guérissent; d'autres sont suivis d'une sorte de débilité intellectuelle, ou même d'un véritable arrêt de développement des facultés, ou encore d'un retour en arrière. Il en est qui passent à la chronicité sous la même forme, ou aboutissent sans interruption au délire systématisé secondaire chronique ou à la démence précoce; d'autres fois, les accidents délirants disparaissent pour être remplacés par d'autres d'un autre caractère. Parfois on voit aussi des individus, ainsi atteints dans l'enfance de débris post-infectieux ayant guéri, verser plus tard dans la folie. Ce sont ces malades qu'on désigne souvent sous le nom de *dégénérés infantiles* pour les opposer aux dégénérés héréditaires.

Myxœdème guéri par l'emploi de la thyroïodine (iodothyrine).

MM. Pierre Marie et **J. Jolly** ont eu l'occasion de soumettre au traitement par la thyroïodine, une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de myxœdème; depuis plusieurs années. Ils se sont servi de l'iodothyrine (de Baumann) à la dose quotidienne de 3 à 4 paquets de 30 centigrammes correspondant chacun à 1 milligramme d'iode en combinaison organique ou à 30 centigrammes de glande fraîche. Au bout de six semaines de traitement, la malade quittait le service complètement transformée. La thyroïodine est donc un médicament que l'on peut considérer comme produisant les mêmes effets salutaires que la glande thyroïdes.

Sur l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée (sérum artificiel) dans l'infection intestinale chez les nourrissons.

MM. Barbier et **Deroyer** ont étudié chez des nourrissons l'action physiologique et thérapeutique des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée. Le sérum qu'ils ont employé se compose d'une solution de sel marin à 7 p. 100. Les injections ont été faites sous la peau de la région latérale de l'abdomen. Les doses employées ont un peu varié, mais n'ont pas dépassé 30 centimètres cubes en vingt-quatre heures, soit 15 centimètres cubes pour une injection répétée matin et soir. Dans certains cas, la quantité de sérum n'a été que de 10 centimètres cubes.

L'*élévation de la température*, qui a été observée d'une façon constante varie de deux à huit dixièmes de degré pour chaque injection. Elle est déjà appréciable une demi-heure après l'injection, beaucoup plus nette deux heures après, perceptible à peu près dans les mêmes proportions trois heures après l'injection. A partir de la cinquième heure, la température tend à redescendre.

La réaction thermique ne s'observe pas avec la même netteté chez tous les malades. Chez ceux qui ne sont pas profondément intoxiqués, la réaction est des plus nettes; au contraire, aux approches de la mort ou chez les enfants qui entrent à l'hôpital dans un état de collapsus ancien, la réaction est beaucoup moins appréciable. Il y aurait donc là, peut-être, un élément de pronostic immédiatement défavorable, quand la réaction est insuffisante ou nulle et une indication à en répéter le nombre.

Du côté du *pouls* on observe des modifications parallèles à celles de la température. Elles consistent en une accélération des pulsations cardiaques qui deviennent en même temps plus amples et plus fortes. Cette accélération est en moyenne de 20 pulsations.

Les modifications de l'*état général*, appréciables cliniquement, semblent être la conséquence de la stimulation de tout l'organisme par les injections et en particulier du relèvement de la pression sanguine et de la température. Les malades qui offraient l'aspect du collapsus semblent sortir de cet état; les réflexes oculaires reparaissent, la face est plus colorée et le réchauffement des extrémités indique une activité plus grande de la circulation périphérique; ces injections semblent à MM. Barbier et Deroyer indiquées dans deux circonstances :

1° Dans les entérites infectieuses aiguës avec hypothermie, qui n'indiquent pas d'une façon formelle, par suite d'une diarrhée excessive, les injections massives d'eau salée.

2° Dans les entérites chroniques qui présentent les mêmes caractères d'hypothermie, avec affaiblissement progressif. Elles ne semblent pas indiquées dans les formes fébriles où il n'y a pas lieu d'augmenter encore l'élévation de la température et l'accélération du pouls. Mais leur indication reparaît quand dans le cours d'une diarrhée fébrile survient une période d'hypothermie ou de collapsus.

Ces injections d'eau salée n'ont aucune action sur la diarrhée, ni sur les phénomènes autres que le collapsus, etc., dus à l'absence des matières toxiques dans l'intestion. Quant à leur action sur la nutrition générale, elle est bien indécise, si elle existe. Chez certains malades qui maigrissaient auparavant, on a noté un état stationnaire de leurs poids, ou même une légère augmentation.

Mais ici encore les causes intestinales ou autres qui entrent en jeu sont trop complexes pour qu'on puisse conclure à une action réelle sur la nutrition générale.

M. L. Guinon. — Les résultats rapportés par M. Barbier sont intéressants car ils montrent qu'avec de faibles doses de solution saline on peut obtenir des effets importants. A ce propos, je voudrais faire quelques remarques sur le dosage des injections salines chez l'enfant.

Les doses faibles employées par M. Barbier varient de 15 à 20 centimètres cubes; mais il faut remarquer qu'elle sont déjà considérables; car chez un enfant de 6 à 7 kilogrammes, poids moyen des nourrissons qu'on a généralement à soigner d'infection gastro-intestinale, ces doses correspondent à 150 et 200 centimètres cubes injectés en une journée à un adulte de 60 à 70 kilogrammes.

Les doses fortes varient de 100 à 150 centimètres cubes.

Je pense que ces deux modes d'administration ont leurs indications différentes. Les doses fortes sont indiquées quand une déperdition énorme de liquide a produit un affaissement considérable de la circulation (choléra infantile à diarrhée profuse) ou dans le cas d'intoxication profonde avec ou sans hyperthermie, dans l'urémie aiguë scarlatineuse, en un mot, dans tous les cas où il y a urgence à rétablir rapidement la circulation périphérique qui menace de s'arrêter, ou bien quand il faut éliminer rapidement des poisons accumulés, en rétablissant la sécrétion urinaire arrêtée.

Les injections à doses faibles employées par M. Barbier ont leurs indications dans les états dépressifs qui accompagnent et suivent les maladies aiguës quand elles se prolongent, par exemple dans le cours ou la convalescence d'une broncho-pneumonie, d'une grippe grave, d'une fièvre typhoïde avec dépression de forme et amaigrissement excessif, enfin, dans les injections gastro-intestinales à marche subaiguë et particulièrement dans les états atrophiques qui suivent ces infections.

Telle est du moins ma pratique; j'ai trouvé les mêmes indi-

cations esquissées dans la très intéressante thèse de M. Thiercelin.

M. Comby pense que les injections d'eau salée répondent aux mêmes indications que la caféine et l'éther; elles constituent des moyens stimulants, plus ou moins puissants, mais leur effet est toujours passager.

M. Hayem considère les injections d'eau salée comme les agents les plus puissants de la médication sthénique, et pense qu'elles agissent en ce sens contre les accidents cholériformes des dyspepsies gastro-intestinales des nourrissons.

Paralysie générale et zona.

M. Danlos a observé un malade atteint de paralysie générale et chez lequel les premiers signes de cette affection se sont déclarés un an après un zona ophthalmique. M. Danlos se demande donc s'il y a dans ce cas simple coïncidence entre ces deux états morbides, ou au contraire rapport de cause à effet? Cette question est d'autant plus intéressante que M. Brissaud a publié récemment des cas de zona ophthalmique suivis de troubles nerveux graves.

M. Marie dit qu'il est très difficile de répondre à cette question, mais qu'il est établi que le zona s'accompagne souvent de désordres graves.

M. Rendu croirait volontiers que le malade dont il s'agit était déjà en puissance de paralysie générale, lorsqu'évolua son zona, si bien que ce dernier serait ainsi une des premières manifestations de la méningo-encéphalite actuelle.

Infections paratyphoïdiques.

MM. Achard et **R. Bensaude.** — Il existe des maladies infectieuses dont le tableau clinique ressemble à celui de la fièvre thyphoïde, et dont les agents pathogènes présentent eux aussi une affinité très étroite avec le bacille d'Eberth, bien qu'ils s'en différencient nettement par quelques caractères (infections paratyphoïdiques et bacilles paratyphiques). Voici 2 cas d'infection paratyphoïdique. Le 1er cas se rapporte à une femme âgée de vingt-quatre ans atteinte d'une maladie fébrile aiguë, présentant une certaine analogie avec la fièvre typhoïde, qui en différait cependant par l'absence de stupeur, d'insomnie, de taches rosées. Il y avait en même temps chez cette malade, une pyélonéphrite à bacilles paratyphiques. Nous avons pu nous assurer qu'il s'agissait, dans ce cas non pas d'une fièvre typhoïde un peu irrégulière, compliquée de pyélonénéphrite à bacille paratyphique mais bien d'une infection générale à bacille paratyphique. En effet le sérum de la malade ne réagissait pas comme celui des sujets qui sont à la période d'état de la fièvre typhoïde, il possédait la propriété d'agglutiner trois échantillons de bacilles paratyphiques, alors qu'il ne pouvait agglutiner que quatre échantillons sur quatorze de bacills d'Eberth. D'autre part chez les animaux inoculés avec le bacille retiré de l'urine de la malade, nous avons vu le sérum agglutiner des bacilles paratyphiques et seulement quelques échantillons de bacille d'Eberth.

Le second cas, qui nous a été communiqué par M. Martinet, se rapporte à un enfant de sept mois, qui fut pris d'arthrite sterno-claviculaire, après une maladie aiguë présentant tous les caractères de la fièvre typhoïde. Le pus de cette arthrite contenait, à l'état pur, un bacille paratyphique; mais il n'y eut pas d'examen bactériologique du sérum permettant d'affirmer si si l'infection générale était à bacille d'Eberth ou à bacille paratyphique.

Les deux échantillons que nous avons isolés présentaient des caractères tout à fait semblables à un échantillon de bacille de la psittacose (maladie des perruches infectieuses) qui nous a été donné très obligeamment par MM. Gilbert et Fournier. Les caractères de ces bacilles paratyphiques ont été décrits antérieurement. Ils possèdent deux des attributs les plus caractéristiques du bacille d'Eberth : 1° ils ne font pas fermenter la lactose ni la saccharose; 2° ils ne se laissent pas agglutiner par le sérum typhique. Par l'ensemble des autres caractères ils se comportent au contraire par le coli-bacille; ils poussent sur les vieilles cultures, préalablement grattées, de bacilles d'Eberth et ils font fermenter la maltose, la mannite et le glycose.

Ces recherches établissent l'existence de bacilles paratyphiques elles montrent aussi que ces bacilles sont pathogènes et qu'ils produisent chez l'homme des lésions et des maladies. Mais, actuellement, il est impossible d'en esquisser l'histoire clinique, surtout si nous exceptons les cas de psittacose que nous croyons devoir réserver. Cette réserve est motivée par l'examen que nous avons fait tout récemment du sérum de 3 sujets atteints de psittacose qui, tous les trois produisaient l'agglutination du bacille d'Eberth, et restaient sans action sur les bacilles paratyphiques.

La notion des infections paratyphoïdiques n'est pas sans importance pour le séro-diagnostic des microbes et le séro-diagnostic des maladies.

On serait mal fondé à faire de la réaction agglutinante l'élément fondamental de diagnostic des microbes. Ce procédé a l'avantage de la rapidité, il fournit un renseignement approximatif qui a besoin d'être complété et précisé par les réactions plus délicates que nous avons employées pour distinguer les bacilles paratyphiques du bacille d'Eberth. Toutefois chez l'homme il n'en est plus de même. Dans le sérum de l'homme malade la propriété agglutinante varie dans des limites bien moins étendues que chez les animaux. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde repose d'ailleurs aujourd'hui sur des bases solides. Nous avons pu nous-mêmes en apprécier la valeur dans 60 cas de fièvre typhoïde : plusieurs fois il nous a permis de reconnaître des cas anormaux.

Par conséquent, il nous paraît que les résultats généraux du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde subsistent et que l'erreur à laquelle pourraient prêter les affections paratyphiques constitue une exception.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 Novembre 1896.

Du séneçon vulgaire employé comme emménagogue.

MM. Dalché et **Heim** ont continué leurs recherches thérapeutiques sur le séneçon donné comme emménagogue. Ils se sont servi de l'extrait fluide des parties souterraines de la plante qui, d'après eux, a une action plus fidèle et plus rapide. En donnant cet extrait à la dose moyenne de 60 gouttes prises en 3 fois, d'heure en heure, dans 45 grammes environ d'eau sucrée, ils ont obtenu d'heureux résultats dans la dysménorrhée des femmes ayant des organes génitaux sains, dont les douleurs menstruelles ont été tantôt rapidement calmées, tantôt seulement diminuées et atténuées. Lorsque l'utérus ou les annexes sont malades, l'effet sédatif du médicament est beaucoup moins marqué et devient nul contre les souffrances qui se manifestent en dehors de la période cataméniale. Contre l'aménorrhée, ils conseillent l'extrait fluide de séneçon à dose beaucoup plus faible, de 10 à 20 gouttes pendant plusieurs jours aux époques correspondant à une menstruation avortée.

Le médicament leur a été utile dans un cas d'hyperhémie ovarienne (Lawson Tait) et dans 2 cas de règles supplémentaires ou déviées; mais il a échoué contre une pleurodynie, une colique hépatique et contre la pulpite dentaire. Prescrit à une brightique, à des cardiaques, des dyspeptiques, etc., il n'a jamais provoqué aucun phénomène d'intolérance. La diminution et l'arrêt même du flux sanguin qui sont parfois survenus doivent inspirer quelques réserves pour l'usage de ces extraits fluides contre les dysménorrhées qui se manifestent au cours des phlegmasies utérines ou péri-utérines.

Traitement du vomissement des tuberculeux.

M. Mathieu emploie avec succès 3 médications qui, classées par ordre de valeur croissante, sont :

1° Le menthol prescrit sous forme d'une potion.

Julep gommeux	150 gr.
Menthol	0 gr. 20

2 à 4 cuillerées de la potion sont prises après chaque repas.

2° La glace.
3° L'eau chloroformée très étendue.
Ces trois médications ont donné d'excellents effets : elles ont diminué la toux et fait disparaître le vomissement.

M. Ferrand fait remarquer que la toux qui provoque les vomissements est souvent liée à des phénomènes spasmodiques. Aussi une solution de bromure de potassium au 1/10 dans la glycérine, en badigeonnage de l'arrière-bouche, réussit-elle souvent.

Désinfection des lignes de suture.

M. Blondel obtient la désinfection des lignes de suture en se servant de l'alcool pour préparer le champ opératoire, il emploie successivement des lotions alcalines, puis l'éther et enfin l'alcool. Comme matériel de suture, il donne la préférence au crin de Florence conservé dans l'alcool et ne fait pas la suture intra-dermique de Pozzi. Avant de suturer la plaie, il la lave à l'alcool à 90°, et procède à un nouveau lavage, la suture une fois faite. Le pansement sec est fait avec un mélange d'aristol et de dermatol et tous les 2 jours la ligne de suture est lavée à l'alcool.

Cette technique a donné les meilleurs résultats. Elle n'est pas douloureuse et provoque à peine une légère cuisson qui ne dure que quelques minutes.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Octobre et Novembre 1896.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Anévrysmes de l'aorte.

M. Fränkel a envisagé d'une façon particulière l'étiologie et les complications des anévrysmes de l'aorte.

Pour ce qui est de l'étiologie des anévrysmes, plusieurs théories se trouvent en présence. La théorie mécanique, défendue par Recklinghausen, d'après laquelle l'anévrysme se développerait à la suite d'une déchirure de la tunique moyenne survenant sous l'influence d'une exagération brusque de la tension sanguine. D'autres, avec Koester, attribuent l'anévrysme à une inflammation des vasa vasorum. Une troisième théorie fait jouer le rôle principal dans la production des anévrysmes à l'extensibilité anormale de la tunique moyenne.

Comme cause efficiente, on a encore incriminé l'alcoolisme et la syphilis. Le rôle de la syphilis a déjà été soupçonné par A. Paré, par Morgagni et mis ensuite en évidence par Virchow. L'influence de la syphilis est aujourd'hui incontestable, et personnellement M. Fränkel a trouvé la syphilis chez 11 malades sur le nombre total de 36 cas d'anévrysmes de l'aorte, qu'il a observés. Dans les autres cas on a pu incriminer l'artériosclérose.

Les modifications que présentent les parois de l'aorte peuvent être invoquées souvent en faveur du rôle de la syphilis. On ne trouve notamment pas de dépôts calcaires, mais une mollesse toute particulière des parois; la tunique moyenne est transformée en tissu de granulations contenant un grand nombre de cellules géantes.

Les complications pulmonaires sont, d'après M. Fränkel fréquentes dans l'anévrysme de l'aorte. Ce sont : la pneumonie, la pneumonie interstitielle, la gangrène du poumon, la tuberculose. Toutes ces lésions, qui siègent presque toujours dans le poumon gauche, doivent être attribuées à la compression de la bronche gauche par la tumeur, laquelle compression a pour résultat l'accumulation des sécrétions dans le poumon obstrué. La tuberculose est également bien plus fréquente à gauche qu'à droite, et son développement tient aussi aux phénomènes mécaniques de la compression des poumons.

La tumeur anévrysmale peut s'ouvrir au dehors ou dans les organes internes. Deux fois M. Fränkel a observé l'ouverture de l'anévrysme dans la veine cave supérieure : les symptômes notés ont été une cyanose très accusée de la tête, un œdème du thorax et des membres supérieurs, une dilatation des veines superficielles correspondantes, du coma et un frémissement systolique de la région précordiale.

Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium ont plusieurs fois donné à M. Fränkel des résultats satisfaisants.

Cyanose et transposition des gros vaisseaux du cœur.

M. Litten a présenté un enfant, âgé de sept ans et atteint d'une cyanose très proncée de toute la surface du corps. Il existe en outre chez ce petit malade une dyspnée intense au moindre effort, une algidité considérable de la peau, une atrophie du tissu graisseux et des muscles, une tuméfaction prononcée du foie et de la rate, de l'albuminurie et un excès d'acide urique dans les urines.

L'examen du malade montra que le cœur était normal, et comme la cyanose ne s'était pas développée chez ce malade immédiatement après la naissance, il fallait admettre pour expliquer la cyanose une transposition de l'orifice des gros vaisseaux qui partent du cœur. M. Litten pense donc que, chez son malade, l'aorte est implantée sur le ventricule droit et l'artère pulmonaire sur le ventricule gauche, anomalie qui a pour conséquence de répandre dans toute l'économie un sang non artérialisé. Cependant, pour que cet enfant ait pu vivre depuis sept ans avec une pareille lésion, il faut nécessairement admettre l'existence d'une communication quelconque entre les deux systèmes circulatoires : cette communication a sans doute lieu par l'intermédiaire des artères et des veines bronchiques, et fait que le système aortique dispose malgré tout d'une certaine quantité d'oxygène, moins considérable il est vrai, que chez un sujet normal.

Rauchfuss a publié 3 faits analogues, ce qui porte à 24 le nombre des observations connues de cette anomalie. Chez aucun de ces 24 malades il n'y avait de lésions cardiaques, mais la valvule mitrale a été trouvée souvent à droite et la tricuspide à gauche.

Rauchfuss, qui n'avait pas reconnu la transposition des gros vaisseaux chez ses deux premiers malades de leur vivant, porta ce diagnostic chez le troisième. C'est le seul cas où cette anomalie ait été reconnue et diagnostiquée pendant la vie.

Les symptômes décrits par Rauchfuss sont absolument les mêmes que ceux que présente le malade de M. Litten, de sorte que l'on ne peut guère douter de l'exactitude du diagnostic formulé. Ce qui est intéressant, c'est qu'en pareil cas on a vu à plusieurs reprises les artères bronchiques dilatées d'une façon extraordinaire : on comprend mieux, avec cette disposition, que les enfants puissent continuer à vivre dans des conditions aussi anormales.

M. Senator, tout en admettant l'interprétation donnée par M. Litten, pense pourtant qu'une autre lésion pourrait expliquer également tous les accidents présentés par son malade : à savoir la naissance de l'aorte des deux ventricules à la fois.

M. A. Fränkel n'admet pas avec M. Litten, que la quantité d'oxygène charriée par les veines bronchiques soit suffisante pour maintenir la vie. En outre, l'absence de bruits anormaux dans la région du cœur ne suffit pas, selon lui, pour exclure toute idée d'une communication anormale entre les différentes cavités cardiaques. L'anomalie la plus fréquente est certainement celle en vertu de laquelle l'aorte ou l'artère pulmonaire tirent leur origine des deux ventricules à la fois. Dans ces cas, la cloison interventriculaire reste incomplète et on observe simultanément un rétrécissement de l'aorte et une communication de l'artère pulmonaire avec les deux ventricules, ou inversement, cette dernière est rétrécie, et l'aorte, à cheval sur la cloison, communique avec les deux ventricules. Ces rétrécissements n'intéressent pas toujours les vaisseaux eux-mêmes; fréquemment, ils occupent seulement le cône au moyen duquel le vaisseau s'abouche dans le ventricule, et dans ces conditions il n'est pas surprenant que ces rétrécissements ne se traduisent pas par des bruits anormaux. Il y a des cas de sténose, surtout de l'orifice mitral, où l'on ne perçoit également aucun bruit anormal.

Tumeur du bassinet.

M. J. Israel. — Il s'agit d'un cas rare de tumeur du bassinet chez un homme de 52 ans atteint depuis longtemps d'hématuries profuses. L'examen cystoscopique permettait d'exclure une hémorrhagie de la vessie, mais il était difficile de savoir de quel côté venait le sang. La palpation abdominale n'indiquait pas de sensibilité des reins, ni de tumeur, si ce n'est que du côté droit on sentait un point plus résistant et de consistance variable. M. Israel conclut à une affection du rein droit, et comme l'urine renfermait de grandes cellules épithéliales granuleuses il admit non pas une tumeur du rein mais du bassinet, diagnostic qui fut confirmé lors de l'extirpation du rein. Celui-ci était sain et la tumeur du bassinet avait le volume d'une framboise. C'est le seul cas de ce genre sur 152 opérations rénales pratiquées par M. Israel.

Asthme utérin.

M. Katz a rapporté l'observation d'un cas d'asthme d'une femme de trente-huit ans, issue d'une famille bien portante, mariée depuis huit ans et ayant eu trois enfants. Depuis la naissance de son dernier enfant, à chaque période menstruelle, surviennent des accès d'asthme intenses. Cette femme ne présente aucun symptôme de neurasthénie. Les crachats de la malade renferment des cristaux de Charcot-Leyden.

M. Leyden a observé un cas semblable. Il y a donc des accès d'asthme qui ne sont pas provoqués par l'irritation directe de la muqueuse des voies respiratoires et du nez et pour lesquels il faut admettre une influence nerveuse.

Affection de la moelle dans la coqueluche.

M. Bernhardt a rapporté l'observation d'une fillette de 5 ans qui fut prise de coqueluche en février 1892 et qui, à la suite d'une violente quinte de toux fut prise brusquement de paralysie. Les membres inférieurs restèrent raides et l'enfant ne put plus ni marcher, ni se tenir debout. Il n'y a eu ni fièvre, ni convulsions, ni perte de connaissance, mais exagération des réflexes tendineux, notamment aux genoux, augmentation de l'excitabilité cutanée, en particulier au niveau de la plante des pieds, et quelques troubles de la miction dépendant de la vessie.

Lorsque M. Bernhardt vit la malade pour la première fois en mars 1892, il trouva une paraplégie complète avec exagération des réflexes tendineux du genou et du tendon d'Achille très exagérés; les troubles fonctionnels de la vessie persistaient encore. Le repos absolu, les bains chauds, un peu d'iodure de potassium et l'emploi d'un courant galvanique faible amenèrent quelque amélioration; plusieurs séjours aux bains d'Oeynhausen furent suivis de la guérison. Une rechute passagère eut lieu dans l'hiver 1893 à la suite d'une parotidite double. Enfin, depuis 1895, l'enfant peut aller à l'école et prendre part aux exercices de gymnastique; il ne persiste plus qu'un peu d'exagération des réflexes et une fatigue facile.

Jamais on n'a constaté d'atrophie musculaire, ni de réaction de dégénérescence.

Le début subit des accidents fait penser à une hémorrhagie dans le canal médullaire ou dans la moelle elle-même. Mais une hémorrhagie médullaire donne lieu généralement à une paralysie flasque et la *restitutio ad integrum* n'est jamais complète, de sorte que dans ce cas il faut plutôt croire à une hémorrhagie méningée rachidienne d'autant plus que les lésions de la moelle ne s'accompagneraient pas d'exagération des réflexes, de conservation des muscles, à moins qu'on n'admette une sorte de myélite, comme on en a observé à la suite de l'influenza.

M. Fürbringer a trouvé une myélite hémorrhagique chez un enfant atteint depuis quelque temps de coqueluche et amené à l'hôpital dans le coma auquel il a succombé au bout de quelques heures. Il y avait en outre de l'encéphalite analogue à celle qu'on a décrit dans l'influenza. Ces hémorrhagies ne sont pas causées par un processus mécanique, mais par un processus infectieux.

M. Leyden admet plutôt dans ces cas une lésion mécanique. Chez les adultes on observe des hémorrhagies cérébrales dans les paroxysmes de la toux de la coqueluche : il en connaît trois cas qui se sont terminés par la mort.

M. Heubner pense qu'en l'absence d'autopsie il faut être réservé dans l'interprétation de ces faits. Chez un enfant atteint de coqueluche, il a observé du coma avec raideur de la nuque et contractures. La mort survint au bout d'une semaine et l'autopsie fut absolument négative.

M. A. Baginsky a publié l'histoire d'un enfant de trois ans qui, au cours d'une coqueluche, tomba dans un état d'imbécillité complète, au point de refuser la nourriture. Au bout de deux mois il guérit complètement. On ne peut, dans ce cas, admettre une lésion matérielle grossière et il s'est agi vraisemblablement de troubles fonctionnels; peut-être faut-il incriminer l'hystérie.

M. Ruhemann rapporte l'observation d'un enfant de trois ans qui, à la suite d'une quinte de coqueluche, fut pris d'une contracture qui, partant de la jambe, envahit le côté droit, puis le côté gauche. Il persista de la parésie de la jambe droite avec exagération des réflexes. Il s'agissait probablement dans ce cas d'une lésion du tiers supérieur des circonvolutions ascendantes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Jéjunostomie dans un cas d'intoxication par le chlorure de zinc.

M. Karewski communique l'observation d'une femme de 35 ans, qui avait absorbé une certaine quantité d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100. Elle a été prise immédiatement de collapsus profond qui disparut sous l'influence des injections d'huile camphrée.

Dès le lendemain il survint des vomissements incessants, de sorte que l'alimentation dut se faire presque exclusivement par la voie rectale, et au bout de quelques jours la situation se compliqua encore par l'apparition d'une néphrite et d'un épanchement pleurétique. Les vomissements devenant de plus en plus fréquents, on pratiqua une jéjunostomie, de façon à permettre l'alimentation par l'intestin. Malgré cette intervention, la malade succomba 7 jours après.

L'autopsie montra que l'estomac s'était rétréci au point de n'avoir plus que 11 centimètres de long sur 4 centimètres de large; en outre, il y avait une perforation au niveau du cardia; la pénétration des liquides dans la cavité abdominale avait déterminé une péritonite purulente.

Ce cas porte à 12 les opérations de jéjunostomie. Sur ce nombre on compte 6 guérisons et 6 morts. Par cette opération, M. Hahn a obtenu une guérison complète et durable dans un cas d'intoxication par l'acide sulfurique.

La lèpre au Brésil.

M. Havelburg (de Rio-de-Janeiro). — La lèpre s'observe dans tout le Brésil, en partie à l'état sporadique, en partie à l'état endémique. Il y a des localités dont tous les habitants sont lépreux. D'une façon générale, cette maladie va en augmentant dans ce pays, il faut compter au moins 3 000 lépreux pour tout le Brésil.

La lèpre n'a pas de prédilection pour les races nègres ou mulâtres, et si les nègres et les mulâtres en sont plus souvent atteints, c'est que leur genre de vie les expose davantage à la contracter. Elle frappe un plus grand nombre d'hommes que de femmes. L'âge ne semble avoir aucune influence sur le développement de la maladie.

Le développement de la lèpre est favorisé par la malpropreté et, d'une façon générale par toutes les causes d'insalubrité; mais là où il existe des foyers endémiques, la lèpre ne respecte pas les sujets qui jouissent de tout le confort de la vie.

Au Brésil, la plupart des lépreux sont atteints de la forme tubéreuse. Du reste, la distinction en lèpre tubéreuse et lèpre maculeuse n'est pas absolue ; presque tous les cas de lèpre tubéreuse sont compliqués d'exanthèmes maculeux, et chez les sujets dont la maladie revêt la forme maculeuse anesthésique, on observe fréquemment les infiltrations nécrosiques de la peau et même des nodosités sous-cutanées.

Au début de l'affection, le diagnostic est parfois difficile. La recherche des bacilles dans le sang s'impose en pareil cas.

La mort peut être déterminée par des causes différentes : ulcères étendus des membres inférieurs, maux perforants, gangrènes, souvent aussi par un rétrécissement des voies aériennes.

La maladie dure de 5 à 20 ans et se complique souvent d'un état cachectique.

La lèpre s'est montrée rebelle à toute thérapeutique. Les essais de sérothérapie streptococcique faits par M. Havelburg dans plusieurs cas n'ont donné aucun résultat. La lèpre n'est pourtant pas incurable, mais les guérisons signalées ne doivent pas être attribuées aux agents thérapeutiques mis en œuvre. La forme tubéreuse guérit plus rarement que la forme maculeuse.

M. Virchow ne pense pas que la contagiosité de la lèpre soit parfaitement démontrée.

M. Hansemann prétend avoir trouvé à l'hôpital de San-Remo des lépreux qui auraient contracté leur maladie à Lyon et à Marseille. A San-Remo les lépreux ne sont pas isolés, il n'y a pas de désinfection, et pourtant on n'a observé aucun cas de contagion hospitalière.

M. Köbner pense aussi que le danger de la contagion lépreuse a été bien exagéré. Il faut toujours un contact d'une longue durée pour que la maladie puisse se transmettre.

Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac.

M. Rosenheim a présenté une femme de 50 ans à laquelle il a fait en 1894 une gastro-entérostomie pour un carcinome de l'estomac. La malade a bien supporté cette opération; elle ne souffre plus, quoique sa tumeur ait encore augmenté de volume, et elle peut s'alimenter assez facilement, pourvu qu'elle ne prenne que de petites quantités de nourriture à la fois.

M. Ewald a soigné une dame à laquelle M. von Bergmann avait pratiqué la gastro-entérostomie; elle survécut 3 ans et pendant tout ce temps son état resta très satisfaisant.

M. König préconise la gastro-entérostomie chez tous les malades atteints d'un carcinome de l'estomac inopérable. Il a pratiqué cette opération environ 50 fois, et bien qu'il n'ait pu suivre tous ses opérés, il sait que plusieurs d'entre eux ont eu une survie de 2, 3 et même 4 années.

ANGLETERRE

Octobre et Novembre 1896.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Plaie pénétrante du cœur.

M. W. G. Spencer a communiqué l'observation d'un homme apporté sans connaissance à l'hôpital et présentant 4 plaies par instrument tranchant, l'une au niveau du 3e cartilage costal gauche, 2 dans la paroi abdominale et la 4e à la tempe gauche.

La plaie thoracique et les deux plaies abdominales ne paraissent pas pénétrantes, et comme l'hémorrhagie paraissait arrêtée, on se contenta de ranimer le malade par des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pendant plusieurs jours l'état du malade resta bon, mais au 8e jour il se produisit par la plaie thoracique une perte de sang d'environ 1/2 litre. L'exploration digitale de la plaie permit alors de sentir, près du sternum, un gros vaisseau animé de frémissements à chaque systole, mais nulle part on ne constata de jet sanguin provenant d'un vaisseau blessé. Dans ces conditions on se borna à tamponner la plaie. Deux jours après, un suintement sanguin s'étant produit, on fut obligé de renouveler le tamponnement, et pendant cette manœuvre le malade eut encore une hémorrhagie d'environ 1/4 de litre. Le tampon fut graduellement retiré à partir du 8e jour, mais le 17e jour le blessé perdit encore 1 litre de sang, et l'on se vit forcé de procéder à un nouveau tamponnement serré. Dès lors il n'y eut plus d'extravasation sanguine, mais le malade s'affaiblissait à vue d'œil et succomba, sans avoir présenté de symptômes particuliers, 79 jours après l'accident.

A l'autopsie, on trouva dans la paroi du ventricule droit du cœur, immédiatement au-dessous des valvules de l'artère pulmonaire, une cicatrice récente, parfaitement consolidée, provenant évidemment d'une petite plaie produite par un instrument piquant. Il n'y avait pas d'autres lésions du cœur ni des vaisseaux. Les deux poumons étaient atteints de phthisie à forme fibreuse, le foie était cirrhotique; il existait en outre une pyonéphrite et un abcès de l'espace recto-vésical lié à une prostatite chronique et à un rétrécissement ancien de l'urèthre.

Kyste hydatique du foie.

M. H. B. Robinson a rapporté l'observation d'une femme de 34 ans à laquelle il a fait la laparotomie pour un kyste hydatique du foie, qui contenait plus de 20 litres de liquide et une grande quantité de membranes verdâtres colorées par la bile. Sur la moitié droite du diaphragme se trouvait un orifice à travers lequel la main pénétrait aisément dans la cavité pleurale du même côté. Autour de cet orifice on sentait un tissu résistant qui appartenait probablement à la glande hépatique. L'aorte et sa bifurcation étaient vues distinctement à travers la paroi postérieure du kyste. Le kyste une fois évacué, on fit un lavage de la poche et on introduisit un long drain jusque dans l'orifice pleuro-diaphragmatique, et un autre drain, plus court, fut placé dans le cul-de-sac de Douglas. La malade guérit.

Deux cas de déformation hippocratique des doigts à évolution rapide.

M. Samuel West a observé 2 cas de production rapide de la déformation des doigts dite en baguettes de tambour ou en massue.

Dans l'un d'eux il s'agissait d'un homme de 36 ans, atteint d'un empyème de la cavité pleurale gauche et chez lequel, 3 semaines après, on vit les doigts commencer à se renfler à leur extrémité et prendre, au bout d'une quinzaine de jours, une forme nettement hippocratique. Les orteils ne subirent aucune modification appréciable. Trois mois après la guérison de l'empyème, la déformation des doigts disparut complètement.

Le second cas se rapporte à une femme de 50 ans chez laquelle, sans cause connue, les doigts devinrent hippocratiques. Cette femme semblait parfaitement bien portante.

M. Rickman Godlee a observé, dans un cas d'empyème pleural, une déformation des doigts en massue qui disparut après l'évacuation de l'épanchement. Il croit que le nez peut, dans les mêmes conditions, subir une déformation analogue à celle des doigts, fait qui paraît avoir échappé jusqu'ici à l'attention des cliniciens.

M. Herringham a eu l'occasion de noter la forme hippocratique des doigts chez un jeune homme dont le cœur, les poumons et les autres organes étaient absolument sains.

M. J. Kingston Fowler a vu une fois cette déformation disparaître aussitôt après la mort.

M. S. West dit que les causes de la déformation hippocratique des doigts sont loin d'être élucidées, quoique les rapports de cette anomalie avec les lésions pulmonaires chroniques soient bien connus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LONDRES

Traitement de certaines formes d'albuminurie par la néphrotomie.

M. Reginald Harrison a rapporté plusieurs cas tendant à montrer l'effet favorable qu'exercent sur l'albuminurie l'incision du rein et même de simples ponctions rénales.

Dans la première de ces observations, il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, ayant eu la scarlatine 3 semaines auparavant et qui était entré à l'hôpital pour des douleurs lombaires intenses et une albuminurie. Croyant avoir affaire à un abcès péri-néphrétique ou à une suppuration sous-capsulaire, M. Harrison pratiqua la néphrotomie lombaire sans trouver trace de suppuration. Tout d'abord, la plaie donna issue à du sang et à de l'urine, mais au bout de 10 jours, elle était complètement cicatrisée. Après l'intervention, la diurèse augmenta considérablement et l'albuminurie diminua peu à peu pour disparaître bientôt tout à fait.

Le second cas avait trait à un homme de 50 ans, qui présentait des accès d'hématurie paraissant pouvoir être rattachés à l'existence d'une lithiase rénale. Plus tard, il survint une albuminurie intense et persistante, ainsi que des douleurs dans la région lombaire droite. M. Harrison, en explorant le rein droit, le trouva augmenté de volume et turgescent. Il pratiqua la néphrotomie lombaire, mais ne trouva pas de calculs dans le bassinet. La plaie opératoire une fois cicatrisée, les urines redevinrent parfaitement normales, les douleurs inguinales et lombaires ne se renouvelèrent plus et le malade fut complètement guéri.

Le 3e fait concerne une femme de 44 ans chez laquelle, à la suite d'influenza, on vit se produire une forte albuminurie accompagnée de douleurs au niveau de la région rénale gauche. M. Harrison fit la néphrotomie, trouva le rein gauche tuméfié, mais ne contenant point de calculs ni d'abcès. Dans ce cas, comme dans les 2 précédents, l'albuminurie et tous les autres symptômes rénaux se dissipèrent après la guérison de la plaie opératoire.

Dans ces 3 cas, la néphrotomie, faite dans l'idée d'une affection chirurgicale du rein pour guérir la néphrite scarlatineuse dans un cas, la néphrite *a frigore* dans l'autre, la néphrite grippale dans le 3e.

Des cas analogues ont été observés par Newman qui a vu 2 fois une albuminurie persistante, disparaître complètement à la suite de l'opération de la néphropexie; par M. Höber (de Hambourg), qui a rapporté l'observation d'un homme de 36 ans, atteint d'albuminurie d'origine grippale et chez lequel l'incision du rein droit donna issue à une grande quantité de sang, mais sans trace de pus, et eut pour effet de supprimer du même coup l'albuminurie et la fièvre.

Dans toutes ces observations, la disparition de l'albuminurie a été la conséquence directe de l'opération qui n'a été pratiquée que sur un seul rein. Le résultat doit, d'après M. Harrison, être attribué à la diminution de la tension du parenchyme rénal, qui était considérablement augmentée dans tous les cas observés et qui joue un rôle de premier ordre dans la pathogénie de l'albuminurie. D'après lui, ces faits offrent la plus grande analogie avec ce qu'on observe dans le glaucome et l'orchite aiguë où la ponction ou l'incision de l'organe, ayant pour but de diminuer la tension à l'intérieur de l'organe, permet de sauver un grand nombre d'yeux ou de prévenir l'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite.

Bien que dans l'albuminurie persistante, les 2 reins soient généralement atteints, M. Harrison croit pourtant qu'en raison des sympathies fonctionnelles qui existent entre les 2 glandes rénales, l'intervention sur un de ces organes se répercute sur l'autre et explique ainsi l'effet de la néphrotomie unilatérale. A l'appui de cette opinion, il cite le cas d'un homme de 30 ans atteint depuis 10 jours d'une hématurie d'origine traumatique et chez lequel la néphrotomie droite ne donna issue qu'à du sang et à de la sérosité. Cependant l'intervention eut pour résultat de doubler la quantité des urines émises en 24 heures et de dissiper tous les symptômes morbides.

D'après M. Harrison, il existe des affections rénales passagères, comme, par exemple, la néphrite scarlatineuse, dans lesquelles l'albuminurie cesse d'elle-même au bout d'un certain temps et où une intervention opératoire serait certainement déplacée. Mais il n'en est pas ainsi dans nombre de cas qu'on peut, d'après lui, diviser en 2 groupes : dans l'un, la complication rénale prend dès son début une allure grave, s'accompagne d'une anurie plus ou moins complète et menace la vie du malade; à l'autre groupe appartiennent les albuminuries qui ne présentent pas de tendance à la guérison spontanée. C'est dans ces 2 catégories que l'on rencontrera des cas où l'on aura tout avantage à avoir recours à l'intervention chirurgicale.

M. Harrison conseille de pénétrer jusqu'au rein qu'on suppose être le siège de l'affection, à travers une incision lombaire de dimensions moyennes et d'explorer l'organe avec le doigt sur ses faces antérieure et postérieure. Si on trouve le rein augmenté de volume et turgescent, on pratiquera sur sa capsule fibreuse 3 ou 4 ponctions réparties en plusieurs points. Lorsque l'état de tension du parenchyme rénal est très considérable, on est autorisé à faire une petite incision à travers la substance corticale. L'opération terminée, on introduit dans la plaie une mèche de tarlatane ou un drain, afin d'assurer l'évacuation du sang et de l'urine.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES

Tabès avec diastasis des articulations coxo-fémorales.

M. Thomas Wilson (de Birmingham) a relaté l'observation d'une jeune femme atteinte d'ataxie locomotrice avec arthropathies tabétiques ayant amené le relâchement des deux articulations coxo-fémorales. L'affection a débuté à l'âge de 16 ans par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. La malade s'est mariée à 23 ans et a eu 6 grossesses dont la 5e s'est terminée par une fausse couche au 5e mois. Les 5 autres enfants, venus à terme, sont bien portants. A l'âge de 24 ans, lors des secondes suites de couches, apparurent des lésions arthropathiques du genou et de la hanche; enfin, 2 ans plus tard, après le 3e accouchement, on constata la luxation des deux articulations coxo-fémorales.

Les symptômes tabétiques étaient au complet. On ne constatait aucun signe de syphilis, acquise ou héréditaire, mais la malade possédait une hérédité nerveuse très chargée.

Les symptômes tabétiques ont progressé d'une façon particulièrement rapide pendant les deux années qui ont suivi le second accouchement, puis ils sont restés stationnaires. L'affection médullaire ne paraît donc pas avoir été influencée sensiblement par les grossesses répétées.

Au point de vue obstétrical il est à noter que l'utérus a été emprisonné dans la cavité pelvienne au cours du 3e mois de la 5e grossesse, fait qui paraît dû à l'exagération de l'inclinaison pelvienne. A part ce fait, l'affection spinale n'a exercé aucune influence appréciable sur le travail ni sur les douleurs qui l'accompagnaient.

M. Norman Moore observe actuellement un cas de tabès chez une jeune fille âgée de 16 ans qui, à côté de symptômes d'ataxie locomotrice très accentués, présente des hypertrophies osseuses énormes au niveau de la hanche et des jambes. La malade a des signes non équivoques d'hérédo-syphilis.

Aphasie de dix-huit ans de durée avec autopsie.

M. H. Charlton Bastian a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme qui avait subi une attaque d'hémiplégie droite avec troubles de la parole en décembre 1877.

Pendant les 18 années que le malade a été soumis à l'observation, les troubles de la parole sont restés invariablement les mêmes. Le malade n'était capable d'articuler qu'un très petit nombre de mots, bien qu'il comprît tout ce qu'on lui disait et qu'il pût répéter les paroles prononcées en sa présence. Il comprenait bien ce qu'il lisait mentalement et copiait de la main gauche les caractères qu'on traçait devant lui, mais il ne pouvait lire à haute voix ni écrire sous la dictée. On avait donc affaire dans ce cas à de l'aphasie, de l'alexie et de l'agraphie.

A l'autopsie, on trouva une atrophie complète des circonvolutions de la région cérébrale irriguée par l'artère sylvienne gauche. Le ventricule latéral était ouvert, de façon que toute cette partie du cerveau était transformée en un volumineux kyste. Le gyrus supramarginal, le pli courbe et les 2/3 postérieurs de la 1re circonvolution temporale avaient complètement disparu.

Ce cas est donc remarquable par l'immutabilité des troubles de la parole depuis 18 années, par l'absence de cécité et de surdité verbales, malgré la destruction du gyrus supramarginal et du gyrus angulaire ainsi que de la majeure partie de la circonvolution temporale supérieure. Pour expliquer ce dernier fait, il faut supposer que l'atrophie de l'hémisphère gauche s'est produite assez lentement pour permettre aux parties homonymes de l'hémisphère droit de suppléer aux fonctions des centres détruits.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Le périnée et la bicyclette,

Par le Dr E. Aldhuy.

Durant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, notre attention fut attirée sur un malade atteint d'un vaste hématome du périnée à la suite d'une chute à califourchon sur la roue d'une bicyclette. Dans une de ses leçons, notre maître fit remarquer que plusieurs accidents identiques avaient déjà été signalés, et qu'il ne serait pas sans intérêt de connaître les diverses lésions auxquelles est exposé le périnée des cylistes par sa nouvelle fonction. Il voulut bien nous confier le soin de cette enquête; c'est le résultat de nos recherches que nous apportons ici.

Effets produits par la selle de la bicyclette.

Lésions du périnée. — Une description d'ensemble nous paraît impossible, tant ces lésions varient avec la nature du tissu blessé. Malgré tout ce que cette manière de faire a évidemment d'artificiel, car la lésion n'est jamais aussi localisée, il est préférable, croyons-nous, de passer rapidement en revue les divers tissus qui entrent dans la constitution du plancher périnéal.

La pression de la selle, les frottements répétés à chaque mouvement des cuisses déterminent parfois une *irritation de la peau* assez intense, qui s'accompagne de cuisson et de prurit. Cet accident s'observe surtout chez la femme et porte principalement sur les grandes lèvres; devenu plus léger depuis l'emploi des pneumatiques, il est à peu près réservé aux novices, qui ont une attitude très penchée en avant, en sorte que tout le poids du corps repose sur le périnée antérieur et la vulve.

Si la femme ne prend pas des soins de propreté, la peau et la muqueuse vulvaire excoriées peuvent s'infecter et les glandes vulvo-vaginales devenir le siège d'abcès localisés. Cette complication doit être bien rare. Nous n'en connaissons qu'un cas, dû à l'obligeance de Mme Gache-Sarraute.

Quelques bicyclistes des deux sexes se plaignent, en outre, d'une *douleur* assez vive au niveau de la région fessière qui supporte le poids du corps : la chose est surtout fréquente chez les débutants et les coureurs. Pour les premiers, la douleur ne semble due qu'à une hypersensibilité de la peau brusquement soumise à une pression assez forte contre l'extrémité inférieure de l'ischion : aussi ne se montre-t-elle guère plus au bout de quelques séances. Pour le second, il faut incriminer le long séjour sur la selle et surtout la forme de cette dernière. Afin que le point d'appui soit aussi fixe que possible, les selles de course ne sont pas même élastiques. Cependant, il n'y a jamais d'analogie, même lointaine, avec les lésions produites, chez les débutants, par l'exercice du cheval. Il n'y a eu qu'un léger érythème, et, en général, la douleur disparaît vite, aussitôt la course terminée. Quelques coureurs, loin de se plaindre, bénissent pour ainsi dire cette douleur, car « elle les aide puissamment dans la lutte qu'ils doivent soutenir contre le sommeil, presque invincible, qui les gagne, lorsqu'il s'agit de marcher vingt-quatre heures et plus sans arrêt. »

Comme les plans musculaires et aponévrotiques qui forment le périnée ont une direction à peu près horizontale, toute pression un peu oblique exercée à la surface de la peau tend à la faire glisser sur l'aponévrose superficielle et, par le tassement du tissu sous-cutané, la compression des vaisseaux peut produire une *infiltration séreuse* plus ou moins abondante. Exténué de fatigue, le bicycliste s'affaisse parfois, après une longue course, sur sa machine. Les trépidations déterminent alors sur le périnée un frottement assez énergique. Les voies de la circulation de retour sont comprimées; la lymphe et le sérum exsudent des parois des vaisseaux distendus et se répandent dans les mailles du tissu conjonctif. L'œdème sous-cutané est ainsi formé.

Le périnée est une des régions les plus vasculaires de l'économie. Le renflement postérieur dn corps spongieux, le bulbe, est fort exposé à la compression. La déchirure d'une aréole du bulbe suffit pour amener non plus une infiltration séreuse, mais une véritable *hémorrhagie*. Comme le bulbe est compris entre deux aponévroses, en général le sang ne peut pas s'étendre au loin, il se collecte, forme une poche sanguine, un hématome. Nous en avons relaté deux observations inédites, dues à MM. Etienne (de Toulouse) et Damas, où la résorption a été rapide. L'évolution est moins simple quand la lésion porte autour de l'anus sur les veines hémorrhoïdales. La peau de la marge de l'anus s'excorie facilement. Or il n'y a pas dans l'économie de région mieux placée pour s'infecter, surtout si une petite veine se rompt. Ce petit accident est toujours très douloureux et il peut en outre se compliquer d'un *abcès à l'anus*.

On a dit que l'usage du vélocipède favorisait le développement des *hémorrhoïdes*, mais la chose n'est pas prouvée. D'autre part, faut-il interdire la pratique du vélocipède aux porteurs d'hémorrhoïdes? Beaucoup de médecins le pensent. Tout autre est pourtant l'opinion de M. Camescasse, dont l'autorité est ici très grande

puisque il est lui-même atteint d'hémorroïdes. Or, il connaît trois hommes, dont lui et un de ses confrères, qui sont porteurs d'hémorrhoïdes à congestion intermittente. Tous trois se servent de la voiture en raison de leur profession, c'est-à-dire qu'ils font 30 kilomètres par jour d'un bout de l'année à l'autre dans des voitures en en général confortables. Tous les trois souffraient de poussées congestives violentes chaque fois que la route se prolongeait plus que d'habitude. Tous trois obtiennent de la bicyclette un rapide soulagement. Comme ils sont encore souvent obligés de retourner à la voiture, ils ont souvent renouvelé l'expérience et toujours elle a été suivie de succès. Les conditions sont : A, pneumatiques; B, selle assez longue un peu tendue, fixée un peu en avant à une hauteur telle que le mouvement complet des pédales puisse se faire sans que les membres atteignent l'extension complète dans aucun de leurs segments.

Il nous reste à faire connaître des *phénomènes d'ordre nerveux*, très curieux, produits par la pression, surtout chez les débutants. Il s'agit d'*anesthésie périnéoscrotale* par compression du nerf honteux interne.

L'anesthésie du périnée cesse avec la cause qui l'a produite : elle se prolonge tout au plus une heure après la descente du bicycliste. Obligé de maintenir un équilibre instable, celui-ci s'arrête dès qu'il ne sent pas les parties sur lesquelles il est assis. Le repos fait disparaître la compression, un massage un peu énergique suffit à rétablir la circulation gênée ou même interrompue et tout rentre dans l'ordre.

Action sur l'urèthre et le bas-fond de la vessie. — L'urèthre traverse le milieu du plancher périnéal antérieur. Il est ainsi superposé à la direction du bec de la selle et admirablement situé pour subir une compression à peu près continue dès que le bicycliste se penche un peu en avant. Aussi les troubles de la fonction urinaire ne sont-ils pas rares.

Dans cette enquête il faut tenir grand compte de l'état primitif du canal ou de la vessie et étudier les effets de la bicyclette d'abord sur l'urèthre sain, puis sur l'urèthre antérieurement malade.

Urèthre sain. — Chez l'homme on constate très souvent une rétention d'urine plus ou moins prolongée. Un sujet observé par notre camarade Rambaud ne peut pas uriner pendant dix minutes au moins après sa descente, et il y a d'autres exemples où cet accident est encore plus marqué. Si bien que parfois, même chez des sujets jeunes, le cathétérisme a été indispensable.

Cette influence de la bicyclette a pu être utilisée avec succès par le Dr Collignan (de Maubert Fontaine) dans le traitement de la pollakiurie nerveuse. Et il a obtenu dans deux cas la cessation rapide et définitive des troubles de la miction.

Peut-être ce résultat doit-il être surtout attribué à l'influence d'un exercice fatigant sur l'état général, et l'usage de la bicyclette n'a-t-il fait que réveiller la tonicité du sphincter vésical comme celle de tous les muscles de l'organisme. Mais, pour les observations qui précèdent, on ne peut guère incriminer que l'action produite par le contact de la selle. Comprimés par le bec de cette dernière, le bulbe et la prostate ont été peu à peu congestionnés et la rétention est survenue ainsi par un obstacle mécanique apporté au cours de l'urine, comme dans le cas d'hypertrophie prostatique.

Dans une observation où l'examen a été immédiat, le canal était libre et la prostate sensible. Cette stase sanguine se produit d'une manière insidieuse, sans le moindre éclat; tout se passe à l'insu du malade, toujours très surpris de ne pouvoir pas uriner à sa descente.

La douleur n'apparaît qu'au moment où, sous l'effort contractile de la vessie, quelques gouttes d'urine coulent sur la muqueuse uréthrale congestionnée ou même meurtrie; mais alors elle peut être vive. La rétention est ordinairement passagère comme la cause qui l'a produite. Cependant la surdistension causée par l'accumulation de l'urine amène parfois une parésie plus ou moins prolongée du muscle vésical et la miction reste impossible, alors que la prostate est déjà revenue à son volume normal. Les selles de course à cause de leur dureté sont plus dangereuses et peuvent produire jusqu'à un certain degré d'induration le long du canal.

Doit-on conclure, avec quelques adversaires du cyclisme, que l'usage du vélocipède favorise beaucoup l'hypertrophie de la prostate? Nous ne le pensons pas. Les accidents que nous venons de décrire sont non seulement très rares, mais encore passagers; presque toujours nous avons trouvé une cause occasionnelle qui avait amené la compression. Chez les vieillards, dont les plexus veineux prostatiques sont toujours variqueux, les troubles urinaires pourraient être graves. Un auteur anglais, le Dr Srabon, a décrit chez eux plusieurs cas de congestion chronique de la prostate; il reconnaît cependant que les faits cliniques sont rares et qu'en Angleterre précisément on voit de très nombreux vieillards user de la vélocipédie, et profiter de ses inappréciables avantages hygiéniques jusqu'à un âge avancé, sans le moindre trouble de la miction.

En pathologie il n'est pas de règle absolue. Au lieu d'avoir de la rétention, le bicycliste a parfois de la *pollakiurie*.

Il nous semble que cet accident exige les conditions suivantes : une pression très forte et une sensibilité excessive du sujet. Une douleur très vive se produit au point comprimé et la vessie, excitée par voie réflexe, se contracte et chasse l'urine. Aussi cet accident est-il rare chez les hommes et ne survient-il guère que chez ceux dont le canal est ou a été malade.

Le trouble de la fonction urinaire le plus fréquent produit par la bicyclette chez la femme est au contraire la pollakiurie.

L'absence de la prostate, la longueur bien moindre de l'urèthre sont autant de raisons pour que nous n'ayons pas ici de rétention. La douleur, toujours plus vive chez la femme, peut aussi exciter la contractilité du muscle vésical. Mais il nous semble que l'attitude toujours plus ou moins penchée de la femme qui manie la bicyclette influe beaucoup sur la production de la pollakiurie. Ces besoins impériaux d'uriner doivent surprendre tout d'abord. Car, on trouve écrit partout que la femme, plus esclave que l'homme des bienséances sociales, possède une vessie plus développée. Vrais sur le cadavre, ces résultats ne le sont plus chez le vivant, surtout chez la femme qui a une attitude inclinée.

Outre les troubles fonctionnels que nous venons de décrire, quelques auteurs ont mentionné des *inflammations proprement dites de l'urèthre*. M. Millée a rapporté 7 cas d'uréthrites observés chez des vélocipédistes. Il y a une vingtaine d'années, quand les écoulements uréthraux avaient la pathogénie la plus diverse, on eût admis sans la moindre contestation les faits de M. Millée.

Aujourd'hui, on a le droit de se montrer plus sceptique. La bicyclette serait-elle un nouveau moyen pour prendre de la manière la plus innocente un petit écoulement, et fournirait-elle ainsi une recette pour remplacer celle de Ricord, depuis longtemps oubliée?

Nous ne voulons pas nier la possibilité d'uréthrites traumatiques par la pression de la selle sur un urèthre sain, mais nous ne pensons pas que ces faits doivent être bien rares. Dans les observations de M. Millée, l'examen n'a pas été fait; on ne sait donc s'il y avait des gonocoques ou non. Et M. Dupuy rapporte que, dans deux cas où on aurait pu croire à une uréthrite par bicyclette, il n'a pas eu de peine à faire avouer une goutte militaire préalable.

Cette discussion nous a déjà fait entamer le deuxième paragraphe de ce chapitre : l'action sur l'urètre malade.

Action sur l'urèthre malade. — Le repos est peut-être le facteur le plus important pour le traitement des inflammations de l'urèthre. La chaudepisse est toujours plus grave et plus longue chez ceux qui entretiennent l'irritation du canal par des excès de coït ou de boisson. De même la guérison d'une uréthrite aiguë peut être retardée sinon empêchée par l'exercice de la bicyclette. Il est vrai que l'uréthrite aiguë est en général assez douloureuse pour que le malade, fût-il un fanatique de la pédale, ne songe pas à monter à bicyclette. Mais la blennorrhagie n'est pas une de ces maladies cycliques, comme la pneumonie, qui après avoir fait un grand fracas, disparaissent sans laisser aucune trace; malheureusement, ici, à la période d'inflammation aiguë succède toujours une période d'inflammation chronique dont la durée est indéterminée. Les anciens blennorrhagiques qui n'ont pas même la simple goutte militaire conservent pendant quelque temps une sensibilité plus grande du canal et du périnée.

L'exercice de la bicyclette n'est pas toujours sans inconvénient dans ces cas. La pression du bec de la selle peut produire une irritation du canal, augmenter la quantité d'un écoulement chronique et parfois ramener l'inflammation à l'état aigu. Aux faits cités plus haut de M. Dupuy, qui retrouveraient ici leur place, nous joindrons deux observations que nous ont communiquées MM. Rollet et Masson.

Parfois l'exercice de la bicyclette provoque des complications à distance. M. Hamonic signale plusieurs cas d'orchites survenues chez des blennorrhagiques à la suite de courses un peu longues. M. Deshayes cite aussi un cas d'épididymite. Mais l'accident le plus grave provoqué par l'usage du vélocipède chez les blennorrhagiqaes avec rétrécissement est l'abcès urineux.

Certes, les faits que nous venons de rapporter sont loin de constituer une règle générale : nous connaissons personnellement plusieurs bicyclistes qui ont eu jadis la blennorrhagie est qui font aujourd'hui de longues courses sans rien éprouver. Cependant, les accidents sont parfois si graves qu'il nous semble bon de recommander une certaine prudence. La blennorrhagique qui naguère avait un écoulement aigu devrait avant de reprendre d'une manière suivie l'exercice de la bicyclette, s'expérimenter en quelque sorte à l'égard de cet instrument, comme il le fait pour la bière.

Action sur les organes génitaux externes. — Pendant une course normale, les testicules ne subissent presque jamais aucune contusion. Sous l'influence du grand courant d'air qui se fait à la racine des cuisses par suite de leur mouvement continuel, le bicycliste éprouve toujours à ce niveau une sensation de froid assez intense; les fibres musculaires du dartos se contractent et les testicules sont ramenés contre la face antérieure du pubis qui les protège. Aussi la dilatation des veines du scrotum est très rare chez les bicyclistes; nous connaissons même deux cas de varicocèle bien améliorés par ce moyen.

Nous n'avons pas à revenir sur les effets de la pression du bec de la selle sur la vulve : il nous faut examiner maintenant l'action que l'usage de la bicyclette peut avoir sur la fonction génitale. Il est évident *a priori* qu'un exercice modéré, par le surcroît d'activité qu'il imprime à tout l'organisme, active cette fonction comme toutes les autres; de même la faculté génésique comme les autres est plus ou moins annihilée par les courses excessives où la fatigue est poussée jusqu'à l'éreintement.

Mais ces considérations sont hors de notre sujet et nous n'avons à étudier que l'action produite par le contact immédiat de la selle. Or les uns, fervents adeptes de la bicyclette, n'admettent pas qu'elle puisse avoir des inconvénients, les autres, moralistes moroses, l'accusent de faciliter les plus noirs desseins.

A. *Chez l'homme.* — De Pezzer dit que plusieurs bicyclistes se sont plaints à lui d'avoir des érections assez gênantes pour les obliger de descendre de machine pendant un certain temps. M. Damain en a cité un cas à la Société d'hygiène.

Deux de nos camarades ont pendant leurs premières séances éprouvé le même phénomène, mais après quinze jours d'exercice le fait ne s'est plus reproduit. Les érections seraient bien plus fréquentes pendant les courses faites après des excès de coït. Le plus souvent elles ne sont dues qu'à l'arrêt de la circulation de retour par la pression du bec : les bourses ne se contractent pas, il n'y a pas éjaculation. L'exercice du cheval provoque très souvent de semblables phénomènes, mais l'acte vénérien est ici complet et il y a projection de sperme. Ces excitations génitales ne seraient peut-être pas sans danger à l'approche de la puberté et pourraient faire contracter aux jeunes gens des habitudes vicieuses. Aussi doit-on faire quelques réserves sur l'usage de la bicyclette de onze à seize ans; mais dès l'âge de dix-huit ans, ce danger n'est plus à craindre. Nous avons interrogé une vingtaine de nos camarades, cyclistes fervents, de dix-huit à vingt-trois ans; ils ont été unanimes à nous déclarer qu'ils n'éprouvaient jamais d'érections; l'un deux a cependant, à cheval, des éjaculations très pénibles.

Passé l'âge de la puberté nous pensons que le massage de la selle sur le périnée produit plutôt l'effet contraire.

B. *Chez la femme.* — Quelle est l'action produite sur les organes génitaux de la femme? La question est ici moins simple que chez l'homme, car il existe à ce sujet, même dans le monde médical, une idée préconçue. Naguère un praticien ne nous disait-il pas que pour lui la plupart des femmes cherchent dans l'exercice de la bicyclette la satisfaction de pratiques vicieuses? L'accusation ainsi formulée est très exagérée, mais elle est si grave qu'elle mérite l'examen le plus attentif. Or, si l'on passe en revue les observations relatées, on arrive à conclure qu'on doit avant tout distinguer les femmes qui veulent se masturber et celles qui ne recherchent pas ces sensations. Que les premières trouvent à bicyclette comme ailleurs le moyen de satisfaire leur passion, la chose ne doit pas surprendre, quand on sait combien est fertile en expédients l'esprit des pervertis sexuels. Chez la femme honnête, au contraire, la masturbation aurait besoin d'être bien démontrée. Or, cette démonstration n'est pas faite.

Traumatismes aigus du périnée chez le bicycliste.

Produits par une selle défectueuse ou par une position mauvaise, la plupart des faits pathologiques que nous avons rapportés jusqu'ici sont destinés à devenir de plus

en plus rares, à disparaître peut-être même, dès qu'on aura acquis une connaissance plus parfaite de la physiologie de la bicyclette, et dès qu'on aura surtout mieux adapté le siège à la forme anatomique du périnée.

Ceux dont nous abordons maintenant l'étude ont une cause différente, étrangère presque à l'état de l'instrument, aussi ne seront-ils en rien influencés par ces progrès. Si doux que devienne le roulage, si grands que soient les perfectionnements apportés dans la confection des selles, le bicycliste restera exposé aux traumatismes aigus, aux déplacements causés par la rencontre d'un obstacle. Le cavalier le plus expert est toujours à la merci des caprices de son cheval; au moindre moment d'inattention, il peut, par un écart subit, être violemment lancé contre le pommeau de la selle. La bicyclette est un instrument docile dont on n'a pas à craindre la mauvaise humeur. Mais, le bicycliste peut trouver sur sa route une ornière un peu profonde ou une pierre trop grosse, et il est tout comme le cavalier; sans la moindre incartade de sa machine, projeté sur le bec de sa selle; distrait, il prend un élan insuffisant pour sauter à terre et il retombe à califourchon sur la roue de derrière. Ces accidents, comme tous les accidents, sont le fait du hasard. On les soigne après coup, on ne peut pas les prévenir : ils regardent le chirurgien, non l'hygiéniste.

Étiologie. — Ces traumatismes aigus du périnée sont assez peu fréquents; nous n'avons pu réunir que neuf exemples. L'âge n'a évidemment ici aucune influence.

Il ne doit pas non plus y avoir de différence entre les deux sexes. C'est ce que nous avions pensé tout d'abord, et nous espérions pouvoir, comme dans la première partie de notre travail, faire pour les accidents traumatiques un parallèle entre le périnée de la femme et celui de l'homme. Aussi grande a été notre surprise, en fouillant la littérature médicale, de ne pas trouver une observation de chute à califourchon chez la femme. Sans doute, le nombre des hommes qui pratiquent le sport vélocipédique est bien plus grand. Toutefois, cette raison ne peut suffire à expliquer une telle disproportion : le chiffre de femmes cyclistes est déjà assez élevé pour qu'on eût observé des accidents, s'il n'y avait ici en jeu qu'une question de nombre. Il y a d'autres causes.

La femme monte en vélo, comme à cheval, avec le seul but de se procurer du plaisir, avec l'intention de voir et d'être vue. L'homme, au contraire, a vite aperçu dans la nouvelle invention un côté pratique, et la bicyclette est devenue pour lui un instrument de travail. Aussi ne choisit-il pas ses routes : il passe là où l'appelle le devoir professionnel, souvent dans des chemins défoncés, rocailleux où il éprouve des soubresauts continuels.

D'autre part, il n'est pas absolument vrai que la femme manie le même instrument que l'homme. La bicyclette de la femme n'a pas de cadre. Or, si, dans un arrêt brusque de sa machine, l'homme tombe à califourchon sur la roue postérieure, c'est souvent parce qu'il s'élance instinctivement en arrière pour éviter la projection sur le cadre. La femme n'a pas ce danger à craindre, elle peut sans nul inconvénient descendre entre les deux roues.

Peut-être faut-il ajouter, avec M. Lucas-Championnière, que la femme sait mieux que l'homme éviter les obstacles. La bicyclette, comme instrument de gymnastique, est à la fois un appareil de progression et d'équilibre. Or, la supériorité et la facilité d'éducation de la femme sont surprenantes pour toutes les œuvres d'équilibre : « La femme cycle bien comme elle danse bien. »

Chute sur le bec de la selle. — Nous connaissons deux cas, dont l'un nous a été communiqué par notre camarade Rubenthaler, où un hématome périnéal a été ainsi produit. Dans l'un, une légère uréthrorrhagie a prouvé l'existence d'une rupture bénigne de l'urèthre.

Dans ces deux observations, l'accident a été causé d'une façon identique : par la rencontre d'un pavé; une ornière aurait produit la même chose. Il suffit d'avoir monté une bicyclette pendant un quart d'heure sur le pavé des villes pour se faire une idée exacte des actions qui se passent. Au moment où la roue de devant franchit l'obstacle, le bicycliste est soulevé, projeté en quelque sorte en arrière sur la partie tout à fait postérieure de la selle qui s'abaisse; puis, quand la première roue a passé l'obstacle, au moment où la seconde s'élève, il est lancé en avant, et, s'il n'est pas désarçonné, il tombe sur le bec de la selle, animé à son tour d'un mouvement de va-et-vient. Lorsque la chute est causée par le passage à niveau d'une dépression de terrain, la succession des phénomènes suit évidemment un ordre inverse.

D'une manière générale, si le bicycliste retombe sur le bec au moment où celui-ci s'élève, nous avons la collision de deux forces dirigées en sens contraire : l'ascension du bec et la descente du corps. Un caoutchouc pneumatique amoindrira beaucoup l'intensité du cahot et une selle à bec peu saillant sera moins dangereuse.

Le choc, dans la chute sur la selle, porte au milieu du périnée antérieur. Dans la première observation, la tumeur est signalée à ce niveau; dans la seconde, la muqueuse uréthrale a été déchirée.

La production de la tuméfaction est due à une hémorrhagie dans le tissu cellulaire, comme le montre l'ecchymose diffuse constatée le lendemain. Nous avons déjà vu, que la simple compression du tissu spongieux du bulbe pouvait causer la rupture des aréoles et amener un épanchement sanguin et parfois un vrai hématome bien localisé; il n'y a rien d'étonnant qu'une chute sur le bec ait produit le même résultat.

L'observation de Delobel nous semble réaliser un type de ces ruptures de l'urèthre contre le bord inférieur tranchant du ligament de Carcassonne, si bien décrites par M. le professeur Poncet, en 1871. La muqueuse uréthrale a sûrement été lésée au niveau de la paroi supérieure; dans le cas contraire, les choses n'auraient pas été aussi simples.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les chutes sur le bec de la selle, du moins celles qui s'accompagnent de lésions, sont très rares; nous n'avons pu réunir que deux observations. La cause de la production, la rencontre d'un obstacle, est certes assez fréquente. Mais, si l'obstacle est petit, le déplacement est insignifiant et ne produit qu'une légère douleur pour laquelle le bicycliste ne va pas consulter le médecin; si l'obstacle est volumineux, la bicyclette ne peut le franchir : alors ce n'est plus une chute sur le bec qui arrive, mais parfois une chute à califourchon sur la roue, ou bien un accident de tout autre genre.

Ces chutes sont aussi bénignes que rares : les deux blessés ont continué leur course; l'un plaisante sur son accident et va s'amuser ensuite dans un théâtre forain. La rupture uréthrale, quoique légère, doit faire faire quelques réserves pronostiques. Néanmoins, on ne peut songer à établir la moindre comparaison avec les projections du cavalier contre le pommeau de la selle. Dans ces accidents, la fracture du pubis, la déchirure de la vessie sont malheureusement assez fréquentes. Chez le bicycliste, au contraire, la contusion est, en général, si

légère, que le repos, le massage, suffisent pour amener une prompte guérison.

Le bicyliste peut tomber à califourchon sur le cadre en avant, ou sur la roue en arrière. La chute sur le cadre est très rare. Dans l'observation que nous a communiquée notre camarade Perrin, l'accident a été produit par une cause toute spéciale. G. H., gymnaste émérite a pu, les mains sur le guidon, s'élancer d'un seul bond sur la selle sans se servir, comme la plupart des bicyclistes, du marchepied latéral; il a dépassé le but et est ainsi tombé. Cette chute ressemble du reste, au point de vue des lésions, à celle qui a lieu sur une roue de caoutchouc plein. Les corps contondants ont le même diamètre.

Aussi allons-nous aborder de suite l'étude du mécanisme des chutes sur la roue de derrière. Comment se fait cet accident? Parfois le bicycliste, au moment de descendre, prend un élan insuffisant et tombe, par le fait seul d'une distraction, les cuisses écartées sur la roue. Mais le plus souvent l'accident arrive de la manière suivante : dans une course, la roue antérieure est subitement arrêtée par un obstacle : emporté par la vitesse dont il est animé, le bicycliste est projeté sur le bec de la selle; déjà contusionné, il fait un effort énergique pour se rejeter en arrière et sauter à terre ; mais soit le fait de son émotion, soit le fait du mouvement de recul de sa machine, son élan est insuffisant et il tombe à califourchon sur la roue. Le bicycliste fait une chute sur la roue pour éviter une projection sur le cadre. Naturellement, les chutes les plus graves se produisent pendant les courses les plus rapides.

Nous venons de voir que, dans les chutes sur le bec de la selle, la contusion porte surtout sur le centre du périnée. Il n'en est plus de même ici. Dans son mouvement de descente, le bicycliste s'élance toujours un peu à droite ou à gauche, aussi le premier choc se fait-il sur les côtés du périnée, près des branches ischiopubiennes, parfois à la racine de la cuisse sur la face interne. Nous avons noté avec soin ce dernier détail dans une observation et nous verrons bientôt qu'il a une certaine importance et qu'il rend possible l'explication de phénomènes autrement incompréhensibles. On sait que Terrillon divise les chutes à califourchon en deux catégories d'après le volume du corps contondant.

Cette distinctton est très importante et parfaitement applicable aux chutes à califourchon sur la roue d'une bicyclette. La roue mince d'un caoutchouc plein n'a guère plus de 32 millimètres d'épaisseur tandis que celle qui est pourvue d'un caoutchouc pneumatique a très souvent 55 millimètres. Dans la chute, le caoutchouc pneumatique s'aplatit encore et atteint facilement une largeur de 60 à 65 millimètres. Le corps contondant a donc dans ce cas un diamètre double.

Si nous tenons compte des résultats obtenus par M. Terrillon, nous pouvons maintenant comprendre pourquoi la rupture de l'urèthre est inconstante. Un de nos blessés a eu des ecchymoses très marquées, une infiltration sanguine extraordinaire, sans la moindre uréthrorrhagie : l'explication est très simple. La contusion première s'est faite à la racine de la cuisse droite ; puis, la roue a glissé vers la périnée, décollant les tissus, déchirant le bulbe, et s'est logée sur un des côtés de l'ogive pubienne sans comprimer l'urèthre sur le côté opposé. Il n'y a eu qu'une simple rupture interstitielle sans déchirure de la muqueuse uréthrale, parce que le corps contondant était assez peu volumineux. Notre malade, lors de son accident, montait en effet une machine *Gladiator* avec un caoutchouc creux. Peut-être, s'il avait fait sa chute sur un caoutchouc pneumatique plus dépressible aurait-il eu une contusion moins profonde, mais peut-être aussi aurait-il eu plus de chances d'avoir son urèthre déchiré, car le corps contondant eût été plus large. Dans une chute sur le cadre, l'urèthre a été sauvé pour la même raison.

La forme du caoutchouc intervient encore d'une autre manière dans la production des lésions. Le périnée, qui offre un plan à peu près horizontal, en tombant sur la roue rencontre une circonférence; théoriquement, il ne devrait y avoir qu'un seul point de contact. Dans la réalité, les choses ne se passent pas ainsi. Le caoutchouc s'aplatit, mais cet aplatissement varie avec sa qualité. Le caoutchouc plein ou creux est très résistant, se laisse peu déprimer ; il s'enfonce donc dans le périnée en quelque sorte à la manière d'un corps aigu et produit une contusion plus profonde et plus localisée. Dans une de nos observations, la pression fut si forte que l'artère transverse du bulbe était coupée comme par un instrument tranchant et que dès le troisième jour après l'accident la peau offrait un point de sphacèle à l'endroit comprimé. Le caoutchouc pneumatique au contraire s'aplatit beaucoup, devient presque rectiligne et doit agir comme le ferait un bâton sur toute l'étendue antéro-postérieure du périnée.

Nous n'avons pas à étudier ici les smyptômes de ces ruptures et les indications de l'uréthrotomie externe : ce serait répéter les données classiques. Parmi les symptômes, nous noterons seulement que si la douleur est constante au moment de l'accident, elle est en général peu vive et de courte durée. En effet, dans les traumatismes du périnée, la cause principale de la douleur réside dans la compression des testicules. Or, chez les bicyclistes, les bourses ordinairement rétractées échappent à la contusion à cause de la forme circulaire du corps contondant. Tous nos blessés ont continué leur route après quelques instants de repos, sauf celui qui a fait une chute sur le cadre et a eu ses organes génitaux légèrement atteints.

En général, donc, le bicycliste continue sa course sans la moindre inquiétude et est très surpris à sa descente de voir la peau du périnée peu à peu se tendre et se tuméfier. Le massage produit par la selle a aggravé les lésions primitives, déchiré de nombreux aéroles du bulbe, et, dès que la compression a cessé, une hémorrhagie en nappe a eu lieu dans les tissus déjà lacérés. Dans une de nos observations, la tumeur avait envahi tout le périnée antérieur et distendu les bourses qui avaient le volume d'une orange; deux jours après l'accident, cette tumeur, loin de disparaître, augmentait encore d'une manière sensible et le malade était pâle, abattu, comme par le fait d'une hémorrhagie interne. L'écoulement sanguin continuait, en effet, et l'artère transversale du bulbe, béante, donnait encore pendant l'opération.

Résumé et conclusions. — Les accidents produits par la bicyclette sur le périnée sont de nature et de gravité très diverses.

Nous signalons en passant certaines lésions du périnée, érythème cutané, abcès, hématome, etc., enfin, une anesthésie plus ou moins profonde, s'expliquant aussi par des pressions répétées.

On a signalé également certains troubles fonctionnels, tels que la rétention d'urine plus souvent observée chez l'homme, et chez la femme, la pollakiurie.

L'existence d'uréthrites produites par la pression de la selle n'est pas démontrée, mais il est certain que des inflammations chroniques du canal et certaines compli-

cations inflammatoires (abcès urineux), etc., ont pu être produites ou éveillées par l'exercice de la bicyclette.

Parfois, la stase veineuse due à la compression du périnée provoque l'érection. Cependant, le fait est assez rare; plus souvent, au contraire, le massage périnéal continuel de la selle produit une impuissance momentanée.

Quant aux excitations génésiques chez la femme, on a sûrement beaucoup exagéré. La bicyclette n'a pas les inconvénients de la machine à coudre.

La plupart des faits signalés jusqu'ici sont dus à une position mauvaise ou à une selle défectueuse.

Les véritables accidents auxquels est exposé le bicycliste sont les accidents traumatiques. Ils relèvent de la projection en avant du cavalier sur le bec de la selle et de la chute sur la roue de derrière ou le cadre.

La projection sur le bec est produite par le ressaut causé par une secousse, par le passage au niveau d'une inégalité de terrain, par exemple. Ces chutes sont très bénignes; on peut parfois observer une légère déchirure de l'urèthre qui guérit très vite sans la moindre complication.

La chute à califourchon est causée par un arrêt brusque de la machine ou encore par une fausse manœuvre du bicycliste, s'y prenant mal pour sauter à terre et tombant les cuisses écartées sur la roue de derrière.

Dans une observation très curieuse, qui a été le point de départ de notre thèse, la chute sur la roue a déterminé un hématome énorme du périnée et du scrotum. La tumeur sanguine augmentait à vue d'œil et le malade, pâle, présentait des signes d'hémorrhagie interne. M. Poncet constata par le cathétérisme l'intégrité du canal. Une incision très large au milieu du foyer sanguin permit de découvrir une déchirure de l'artère transverse du périnée. L'hémorrhagie fut arrêtée par une ligature.

Mais, le plus souvent, l'urèthre est intéressé, parfois complètement rompu. On peut alors observer toutes les complications qui suivent les ruptures du canal.

Cependant, comme la section de l'uréthre est ordinairement ici très nette, la suture des deux bouts peut être suivie d'une réunion par première intention. M. Poncet a obtenu un succès très remarquable : sept ans après une rupture complète de l'urèthre périnéal, le malade n'a pas encore le moindre symptôme de rétrécissement (1).

MÉDECINE LÉGALE

Maladies post-traumatiques au point de vue médico-légal.

La question des maladies post-traumatiques et des indemnités auxquelles elles peuvent donner lieu est souvent des plus difficiles à résoudre. M. le Dr Grouhel vient, dans un récent travail (2), de l'envisager sous ses multiples aspects et de donner certaines règles de conduite à cet égard qui peuvent être utiles au praticien. Le fait suivant pris dans la pratique de M. Guermonprez et que nous empruntons à ce travail est un exemple de ces difficultés.

« Un jour, dans un atelier régulièrement tenu, un ouvrier passe sur une portion raboteuse du sol, place le pied à faux et se fait une entorse du cou-de-pied. Ce blessé est très correctement soigné; cependant les délais ordinaires s'écoulent, le blessé ne guérit pas. Désigné pour l'aller voir, M. Guermonprez constate qu'il ne s'agit plus d'une entorse, mais bien d'une tumeur blanche. On l'ampute, heureusement assez tôt pour que l'organisme tout entier soit préservé d'une tuberculisation généralisée mortelle. Au moment de régler la question d'intérêt, l'ouvrier réclamait la valeur de son membre au patron, affirmant qu'il n'offrait aucune lésion avant ce moment et que la maladie a été consécutive à un accident arrivé dans l'atelier. Cependant l'accident a été une entorse, laquelle a été correctement constatée et présente des conséquences connues et incontestées. Il en est tout autrement de la tumeur blanche, qui est une tuberculose, dont l'existence n'est possible que par l'introduction d'un germe pathogène venu de l'extérieur. La tuberculose est une maladie aussi étrangère à l'accident que peut l'être la scarlatine, le typhus, la variole et tant d'autres maladies dont les germes viennent de l'extérieur. Pour que la maladie évolue, il n'y a pas besoin d'un accident; ce qu'il faut, c'est la contagion. Le germe de la tuberculose peut être contracté de bien des façons : ce n'est pas l'accident qui le donne. Il est même probable, presque certain, que ce germe tuberculeux préexistait dans l'organisme de l'ouvrier; l'accident n'a fait que le localiser dans le cou-de-pied, violenté par l'entorse. Il est d'ailleurs démontré que la profession de cet homme ne conduit nullement à la tuberculose. La question de savoir si ce pauvre homme a été contaminé par les poussières de la rue, par une alimentation entachée de tuberculose, ou par toute autre voie, est une question étrangère au litige. Pour en rester à la discussion précise de la répartition de l'indemnité, il faut distinguer ce qui est de l'accident et ce qui n'en est pas. — L'entorse est la conséquence de l'accident. Si le patron a causé un préjudice par le fait de l'entorse contractée à son service dans l'exercice du travail professionnel, le patron est tenu de réparer ce préjudice, en donnant une indemnité équivalente à l'entorse; sa dette ne va pas au delà. — Que le patron se montre généreux et fasse davantage en s'inspirant d'une juste compassion pour un malheureux mutilé, c'est alors le terrain de la charité qui est heureusement sans limite. — Toute autre est la précision délicate de la réparation de ce qui est attribuable à l'accident et de ce qui lui est étranger. »

Tout autre aussi est le cas des maladies post-traumatiques contractées pendant le service militaire.

La jurisprudence est établie devant les commissions spéciales de réforme de toute l'armée française, alors même qu'il s'agit des pompiers de Paris et des hommes de la garde républicaine.

Tout le monde s'accorde à donner le bénéfice du congé de réforme n° 1, c'est-à-dire l'indemnité sans réserve, sans restriction, lorsqu'il s'agit d'une tuberculose post-traumatique, notamment d'une tumeur blanche.

A ceux qui feraient observer qu'il y a une sorte de contradiction entre la jurisprudence adoptée auprès des blessés de l'industrie, d'une part, auprès des soldats en activité de service, d'autre part, on peut répondre : que, pour les premiers, le patron est dépourvu de toute action et, par conséquent, de toute responsabilité *en dehors des heures de travail;* que, pour les seconds, l'État impose inévitablement toutes les conditions biologiques qui font la vie du soldat : il ne lui laisse aucune liberté, ni celle de l'habitat, ni celle du vêtement, ni celle de l'alimentation, ni celle du surmenage, ni même celle des contages éventuels. — Il y a donc un contraste que tous les hygiénistes apprécient : le patron n'a pas à connaître les conditions biologiques de son ouvrier en dehors des heures de travail; l'État accapare tout ce qu'il est possible des conditions biologiques du soldat en activité de service.

Le patron n'est donc pas responsable des maladies post-traumatiques infectieuses non inoculées tandis qu'il incombe à l'État la charge de réparer le préjudice causé par les maladies infectieuses post-traumatiques dont il a créé la réceptivité, sinon l'inoculation inconsciente.

M. Grouhel conclut de nombreux documents qu'il a réunis, qu'il s'agisse d'un lumbago, rhumatisme, goutte, herpétisme, alcoolisme, impaludisme, cancer, hystéro-neurasthénie, ou d'une autre maladie non infectieuse, que le principe demeure toujours le même. Il est indispensable de bien différencier la part imputable au traumatisme de celle qu'il faut attribuer à l'état patho-

1. Les documents et observations ont paru dans la thèse de M. Aldhuy (Lyon, 1895-96, n° 1164).
2. Thèse de Lille, 1895-96.

logique préalable, alors même qu'il aurait été antérieurement latent et qu'il s'agirait d'une première manifestation d'une maladie générale jusque-là ignorée.

Sans doute il peut être délicat de départager exactement les deux éléments dont il s'agit; c'est cependant une fonction nécessaire pour le chirurgien qui fera ainsi l'œuvre de la justice et même celle de la paix.

On ne saurait, en effet, le perdre de vue : si tous les ouvriers qui sont en état d'opportunité morbide apparente devenaient des charges pour les industriels, sous prétexte d'infirmités contractées à leur service, on verrait écartés systématiquement de tous les ateliers les malheureux qui présentent une mauvaise apparence de santé et qui deviendront ainsi les victimes non coupables d'un état héréditaire ou accidentel dont ils ne sont pas responsables.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Labadie. *Du cancer de la prostate.* N° 1136.

M. Romary. *Rapports de la région antérieure de la vessie avec le péritoine aux différents âges.* N° 1163.

M. Cadiot (Henri). *Des dangers de la ponction hypogastrique de la vessie.* N° 1133.

M. Faure (Jean). *De la cystostomie sus-pubienne d'urgence.* N° 1137.

M. Zeller (Xavier). *Des phlegmons périnéphrétiques tuberculeux d'origine rénale.* N° 1107.

M. Laurent (Louis). *Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses juxta-urétrales chez la femme.* N° 1206.

M. Nové-Josserand (Adrien). *Etude sur les tumeurs conjonctives des muscles striés.* N° 1149.

M. Besse (Victor). *De l'actinomycose cervico-faciale.* N° 1105.

M. Quénet (Paul). *De l'actinomycose du maxillaire supérieur*. N° 1161.

Le cancer de la prostate se rencontre aux deux extrémités de la vie, mais sous des formes histologiques différentes : chez les enfants sous forme de sarcome et chez les vieillards sous forme de carcinome encéphaloïde. Le sarcome reste limité à la prostate, sans tendance à diffuser et surtout sans retentissement ganglionnaire; tandis que le fait du carcinome est la tendance à la diffusion (ce qui lui a valu de M. Guyon l'appellation de carcinose prostato-pelvienne) et l'engorgement ganglionnaire précoce, et, chose curieuse, ce sont les adénites inguino-crurales que l'on rencontre le plus souvent. C'est grâce à l'adénopathie précoce que l'on peut établir le diagnostic au début; plus tard les enseignements fournis par le toucher rectal ne laissent plus de doute. La prostate est volumineuse, irrégulière et bosselée, mais présente surtout une dureté caractéristique. C'est seulement à une période avancée qu'apparaissent des douleurs névralgiques, dues à la compression. D'après M. Labadie, la prostatectomie doit être rejetée, comme ne permettant pas une ablation complète; c'est à la cystostomie sus-pubienne qu'il faut avoir recours.

M. Romary cherche à montrer combien sont variables les rapports de la région antérieure de la vessie, ce qui explique les divergences des auteurs. Il existe toujours, au-devant de la vessie distendue, un cul-de-sac péritonéal. Ce cul-de-sac, moins éloigné de la symphyse qu'on ne le croit généralement, descend d'autant plus bas que le sujet est plus âgé et plus maigre. Le contact du péritoine avec la symphyse se rencontre assez fréquemment chez l'adulte et le vieillard, même avec des vessies distendues jusqu'au double de la capacité physiologique moyenne. Les hernies acquises abaissent également le cul-de-sac; enfin le péritoine, à la suite d'affections péri-vésicales, peut contracter adhérence avec le pubis. On peut dire que les rapports du péritoine avec la symphyse étant individuels, la meilleure façon d'éviter sûrement la blessure du cul-de-sac sera, non pas de distendre la vessie par des injections ou d'employer le ballon de Petersen, mais au contraire de refouler en haut avec l'index recourbé en crochet le cul-de-sac péritonéal nettement reconnu.

Ayant recueilli, dans la littérature chirurgicale, 16 observations d'accidents graves, imputables à la ponction sus-pubienne, M. Cadiot s'élève contre cette opération dans les cas de rétention vésicale et lui oppose la cystostomie sus-pubienne. Les ponctions capillaires doivent être proscrites, parce qu'elles constituent des manœuvres aveugles, souvent dangereuses. Elles exposent à la blessure du péritoine et surtout à des complications infectieuses dont le lieu d'élection est le tissu cellulaire prévésical. L'urine peut sourdre à travers le pertuis vésical laissé par le trocart capillaire ou bien l'infection peut se produire par ce fait, que l'aiguille qui s'est souillée dans la vessie s'essuie dans le tissu cellulaire quand on la retire. La cystostomie met à l'abri des dangers de la ponction, ses temps opératoires sont bien réglés, elle fait disparaître complètement les accidents de rétention, enfin seule elle permet souvent de lutter contre les accidents infectieux.

Dans sa thèse, M. Faure étudie les indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence ou opération de Poncet. C'est surtout dans les accidents graves du prostatisme que la cystostomie trouve le plus souvent des indications et c'est dans ce but qu'elle avait été plus particulièrement proposée par Poncet. Mais elle rend de grands services dans d'autres états pathologiques des voies urinaires. Chez les prostatiques, l'urgence de la cystostomie découle de deux ordres d'accidents, souvent associés : rétention avec impossibilité ou dangers du cathétérisme, infection urinaire grave devant être considérée comme mettant à brève échéance les jours du malade en danger. L'auteur réunit dans son travail 68 observations de cystostomie d'urgence chez les prostatiques, tous les malades qui étaient indemnes d'infection urinaire proprement dite ont guéri; parmi ceux qui sont morts, il n'en est aucun chez qui la mort puisse être attribuée à l'intervention; c'est dans l'état des voies urinaires supérieures, des uretères, des reins qu'il faut chercher l'explication des accidents mortels. La cystostomie est également indiquée dans les cas de rétrécissement compliqué de l'urèthre; dans le cas de tumeur inopérable de la vessie ou de cancer de la prostate, elle permet seule de lutter contre les hémorrhagies, les douleurs et d'apporter un soulagement réel.

Les phlegmons périnéphrétiques tuberculeux d'origine rénale sont relativement rares et M. Zeller n'a pu dans son travail en réunir que 21 observations dont deux personnelles. La tuberculose rénale, sous toutes ses formes, est susceptible de produire cette complication et, pour comprendre, la pathogénie de ces phlegmons périrénaux, il suffit de tenir compte des rapports intimes du rein et de l'enveloppe celluleuse qui l'entoure, en même temps que de la fréquence du siège cortical des lésions tuberculeuses. Les interventions chirurgicales à discuter sont l'incision simple, la néphrotomie, la néphrectomie, et le facteur dont l'importance est capitale, c'est l'état du rein du côté opposé. Dans le cas de lésion bi-rénale, on s'en tiendra à la large ouverture avec drainage du phlegmon et à l'ouverture des abcès et foyers tuberculeux des reins; de même, lorsqu'il existe des manifestations tuberculeuses du côté du reste de l'appareil génito-urinaire, ou dans d'autres organes. La néphrectomie est l'opération de choix lorsque la tuberculose est plus ou moins limitée au rein qui a provoqué le phlegmon périnéphrétique.

M. Laurent étudie dans sa thèse les tumeurs fibreuses juxta-uréthrales chez la femme, affection des plus rares, observée entre 30 et 40 ans. La nature histologique de ces tumeurs les fait diviser en fibromes purs et en fibro-myomes, ceux-ci étant de beaucoup les plus nombreux, et leur siège plus ou moins élevé par rapport à l'urèthre permet de les diviser en fibromes de la partie supérieure de l'urèthre et fibromes de la partie inférieure. Parmi ces derniers, les plus nombreux siègent à la partie postérieure de l'urèthre : ils sont sous-uréthraux. — On constate à la

vulve une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, de consistance élastique, et le toucher vaginal montre que le néoplasme fait saillie dans le vagin en déprimant la cloison uréthro-vaginale. La tumeur est solidement fixée à l'urèthre et la muqueuse vaginale peut être mobilisée à sa surface. Le toucher vaginal permet également de reconnaître les fibromes de la partie supérieure de l'urèthre; seulement il n'y a dans ces cas aucune saillie appréciable à la vulve. Dans les fibromes de la partie supérieure de l'urèthre, on note des troubles de la miction; dans les fibromes de la partie inférieure, saillants au dehors, il peut y avoir des ulcérations et par suite un écoulement plus ou moins abondant. Le traitement consiste dans l'énucléation.

Les diverses variétés de néoplasmes du type conjonctif (sarcome, myxome, lipome, fibrome et leurs combinaisons) peuvent se développer primitivement dans les muscles striés. M. Nové-Josserand étudie plus particulièrement le fibrome. Au point de vue de leur siège, on peut distinguer deux variétés de fibromes : les fibromes développés aux dépens des tendons et des aponévroses et s'accroissant en écartant le tissu musculaire; les fibromes développés dans l'intérieur même des faisceaux musculaires; L'auteur n'a pu en trouver qu'un seul cas, celui qui est l'objet de sa thèse. C'est un fibrome primitif du tissu musculaire strié, à forme dissociante et à évolution maligne. La fibre musculaire ne reste pas toujours indifférente devant la production néoplasique, elle peut réagir par une prolifération nucléaire active. L'évolution ultérieure des noyaux musculaires néoformés a donné lieu à deux opinions : pour les uns, les noyaux musculaires constituent des cellules néoplasiques capables d'un développement ultérieur néoplasique; pour les autres, ils disparaissent comme la substance contractile. C'est là une question qu'il est difficile de trancher.

La forme cervico-faciale de l'actinomycose est de beaucoup la plus fréquente; sur les 38 cas d'actinomycose publiés en France, 35 appartiennent à cette forme. On peut, d'après le siège initial des lésions, considérer deux types cliniques : dans une première variété plus rare, la maladie est localisée dans les parties molles des joues et du cou; dans la deuxième variété, qui est celle que l'on rencontre le plus fréquemment, c'est au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire, de la branche montante du maxillaire et de la fosse temporale qu'apparaissent le gonflement et la tuméfaction d'origine parasitaire. C'est à cette seconde variété que l'on peut donner le nom d'actinomycose temporo-maxillaire. On pourrait croire à un sarcome maxillaire plutôt qu'à une lésion inflammatoire, mais l'existence de douleurs atroces, un trismus précoce et persistant, un gonflement particulier, l'absence d'engorgement ganglionnaire permettent de reconnaître l'actinomycose. M. Victor Besse dans cette étude d'ensemble de l'actinomycose cervico-faciale insiste sur l'importance de la recherche des actinomyces; dans les cas où le diagnostic est hésitant, les petits grains jaunes sont souvent, pour un œil expérimenté, caractéristiques de la maladie. L'auteur termine en insistant sur l'importance de l'administration de l'iodure de potassium et en indiquant en quoi doit consister le traitement chirurgical (ouverture large des foyers purulents, grattage à la curette des fistules).

Dans sa thèse, M. Quénet réunit 16 cas d'actinomycose du maxillaire supérieur. Il est infiniment probable que les actinomyces se développent, au niveau du maxillaire comme dans d'autres régions du squelette, primitivement dans le tissu cellulaire sous-muqueux du rebord alvéolaire et que l'infection osseuse est ici encore secondaire. Au maxillaire supérieur, les conditions de défense de l'os seraient amoindries par suite de conditions anatomiques spéciales, et entre autres le peu d'épaisseur du périoste et la continuité directe avec la muqueuse buccale. Aussi les lésions s'étendent-elles rapidement, détruisant le squelette; par suite du voisinage avec la base du crâne, les méninges et les centres nerveux peuvent être atteints et l'on peut dire que l'actinomycose du maxillaire supérieur est une des formes les plus graves de cette maladie.

Thèse de la Faculté de Nancy.

M. Maillard (Paul). *Contribution à l'étude de l'ictère dans la fièvre typhoïde.* N° 26.

L'ictère dans la fièvre typhoïde est un symptôme assez rare. M. Maillard, qui en rapporte 4 observations inédites, le rapporte à des complications de plusieurs sortes : il peut être dû soit à de l'angiocholite catarrhale, soit à des abcès du foie consécutifs à des pyléphlébites, à des ulcérations des voies biliaires, soit aux lésions des tractions de l'ictère grave, soit enfin à une lithiase biliaire dans la pathogénie de laquelle l'infection typhoïdique paraît jouer un rôle.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE

Asaprol (Dell' asaprolo), par R. Massalongo et S. Silvestri (*Riforma medica,* 12 septembre 1896, p. 734). — Les recherches cliniques des auteurs ne leur ont pas donné une haute idée de ce médicament. De leurs essais ils conclurent que si l'asaprol est un antiseptique de laboratoire, il n'est un antiseptique en pathologie humaine. Dans les diarrhées par entérite chronique, il est inférieur au bismuth. Dans la fièvre typhoïde, il ne modifie aucun des symptômes et n'a aucune action sur la durée de la maladie. Dans la tuberculose, il n'a d'action ni sur la toux, ni sur la fièvre, ni sur la quantité et la qualité de l'expectoration, ni sur l'abondance des bacilles, ni sur les troubles intestinaux. Comme antipyrétique, il est absolument inutile. Comme analgésique, son action est faible ou nulle et certainement inférieure à celle de l'antipyrine, de la quinine, etc. Dans le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel on l'a spécialement préconisé, les auteurs n'en ont obtenu que des résultats absolument nuls.

Action des eaux alcalines (Gli effetti delle acque alcaline sul consumo azotato e sulla formazione dell' acido urico), par D. Lo Monaco (*Il Policlinico,* 15 juin 1896). — Les eaux bicarbonatées calciques, dont le type en Italie est représenté par celles de Sangemini, n'ont pas une action véritablement diurétique. Elles favorisent les processus digestifs et l'absorption des substances alimentaires, ce qui est prouvé par une diminution de l'azote contenu dans les matières fécales. Elles excitent les processus d'oxydation des substances azotées, ainsi que le prouve l'augmentation de l'azote urinaire. Comme les eaux bicarbonatées sodiques, elles diminuent la formation de l'acide urique.

Néphrites et lactate de strontiane (Il lattato di stronzio nella cura delle nefriti), par L. Fornaca (*Riforma medica,* 9 juillet 1896, p. 86). — L'auteur n'a observé d'effets favorables à la suite de l'emploi du lactate de strontiane que chez un des sept malades chez lesquels il l'a expérimenté : il s'agissait d'un dyspeptique atteint d'albuminurie; les troubles gastriques s'étant améliorés, probablement plutôt par l'effet de l'acide lactique que par celui de la strontiane, les symptômes rénaux ont subi le contre coup de cette amélioration.

Traitement de la maladie de Reichmann (Sulla cura della gastrosuccorrea coll' atropina), par A. Cavazzani (*Riforma medica,* 3 juillet 1896, p. 26). — L'auteur rapporte un cas de maladie de Reichmann dans lequel les phénomènes furent aggravés par les injections d'atropine. Sans vouloir tirer d'un seul cas des conclusions définitives, il fait remarquer que le mécanisme de l'hypersécrétion continue du suc gastrique est peut-être différent de celui des autres sécrétions et en particulier la sécrétion salivaire qui est suspendue par l'atropine.

Ichthyol dans la coqueluche (L'ittiolo nella pertosse), par L. Maestro (*La Pediatria,* juin 1896, p. 183). — L'ichthyol est un des médicaments les plus efficaces contre la coqueluche,

dont il modère l'intensité des accès et abrège la durée totale; il calme rapidement les vomissements qui accompagnent les quintes les plus graves de coqueluche. Il est assez bien toléré par les enfants et ne produit aucun phénomène qui oblige à en suspendre l'administration. Il n'influence pas fâcheusement l'uropoièse, et son emploi n'est pas une contre-indication à l'usage simultané d'autres médicaments. Il améliore un peu l'état général des malades. L'auteur l'a employé à des doses progressives de 20 centigrammes à 1 gramme par jour.

Action inaccoutumée des bromures (Ueber die ungewöhnlichen Wirkungen der Brompräparate), par S. Weir Mitchel (*Therapeut. Wochenschr.*, 1896, n° 35, p. 825). — L'auteur attire l'attention sur des accidents d'un ordre particulier que provoque, principalement chez certains épileptiques, l'emploi des bromures, même à dose relativement peu élevée.

Chez certains épileptiques, chez lesquels les bromures diminuent le nombre des accès, les phénomènes prodomiques de l'accès et ceux qui suivent ce dernier prennent une intensité inaccoutumée; en outre, l'irritabilité et l'excitabilité des malades devient très grande. Chez les femmes épileptiques, notamment au moment des règles, cette grande excitabilité peut alterner avec une dépression psychique allant jusqu'à la vraie mélancolie.

Chez les épileptiques cardiaques, l'auteur a vu l'asthénie cardiaque augmenter sous l'influence des bromures et amener un état analogue au collapsus, avec faiblesse extrême, sueurs froides, etc.

Dans d'autres cas, toujours chez les épileptiques, comme l'auteur en rapporte plusieurs exemples chez des enfants de dix à quinze ans, les bromures ont provoqué une série de phénomènes paralytiques avec ptosis, parésie ou paralysie des membres et quelquefois des sphincters, avec perte totale de mémoire et des facultés intellectuelles, apathie, indifférence, etc.

Dans d'autres cas encore, les bromures ont provoqué deux états opposés qui, souvent, se sont manifestés, à tour de rôle, chez le même épileptique : l'excitation lypémaniaque avec tendances homicides, la mélancolie avec tentatives de suicide.

En dehors des épileptiques, l'auteur a plusieurs fois constaté cette action des bromures chez les individus ayant subi une traumatisme crânio-cérébral ou une attaque d'apoplexie avec formation de foyers de ramollissement.

Chez les épileptiques comme chez les non-épileptiques, tous ces accidents disparaissent aussitôt qu'on supprime les bromures.

Les chlorures dans l'anémie (Ueber die Bedeutung der Chloride bei den Anämien), par Moraczewski (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLV, p. 458). — Le travail de l'auteur, basé sur l'examen de l'urine dans dix cas de chlorose, aboutit aux conclusions suivantes.

1° Pendant la période d'anémie il existe une diminution des chlorures de l'urine, qui disparaît avec l'amélioration de l'anémie.

2° L'élimination de phosphates acides de chaux est également diminuée.

3° L'élimination de phosphates acides et d'acide urique est est pendant la même période augmentée, et disparait avec l'amélioration de l'anémie.

4° L'addition de phosphate de chaux et de chlorure de sodium aux préparations ferrugineuses augmente le pouvoir hématogène de ces dernières.

MÉDECINE

Le rôle de l'alcool et des maladies infectieuses aiguës dans l'étiologie de l'hépatite interstitielle (Die Rolle des Alkohols und der acuten Infectionskrankheiten in der Entstehung der interstitiellen Hepatitis), par Scagliosi (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLV, p. 546). — Pour étudier le rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie de la cirrhose, l'auteur a fait sur des cobayes, des lapins et des poules une série d'expériences qui ont consisté à injecter sous la peau des animaux des cultures microbiennes (charbon, bacille prodigiosus, bacille du foin). Ces expériences ont montré tout d'abord qu'en cas d'infection charbonneuse les lésions du foie n'étaient pas les mêmes chez les cobayes et les lapins, c'est-à-dire que tandis que chez les premiers on trouvait seulement des modifications régressives, chez les seconds on notait les signes d'une réaction inflammatoire du tissu conjonctif interlobulaire. D'un autre côté si les animaux étaient inoculés à plusieurs reprises avec des cultures non pathogènes, on trouvait dans le foie des lésions qu'on pouvait interpréter dans le sens d'une hépatite interstitielle au début. Toutes ces lésions disparaissaient quand on interrompait les injections pour quelque temps.

Quant au rôle de l'alcool, l'auteur pense qu'à lui seul il ne provoque pas de cirrhose, mais qu'il est capable d'entretenir la lésion provoquée par la maladie infectieuse, laquelle lésion aurait disparu sans l'intervention d'alcool.

Cancer du canal thoracique (Krebs der Ductus thoracicus), par Unger (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLV, p. 581). — Observation d'un cas d'épanchement chyliforme de la plèvre gauche chez une femme de 49 ans, à l'autopsie de laquelle on trouva un carcinome de la partie supérieure du canal thoracique avec métastases multiples dans presque tous les organes.

D'après l'auteur, il n'existerait dans la littérature que dix cas authentiques de cancer du canal thoracique.

Carcinome primitif des poumons (Ueber das primäre Carcinom der Lunge) par Paessler (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLV, p. 191). — 1° Dans l'énorme majorité de cas de cancer primitif des poumons, le point du départ du néoplasme est le système bronchique.

2° Rien n'autorise à admettre que l'accroissement périphérique du cancer primitif du poumon est la règle.

3° Dans la majorité de cas les propriétés morphologiques et biologiques des cellules cancéreuses sont tellement variables qu'on ne peut en tirer aucune conclusion au point de vue de l'histogénèse du cancer.

Action de la glande thyroïde (Zur Wirkung der Schildrüse), par Donath (*Virchow's Arch.*, 1896, vol. CXLIV, p. 253, fasc. compl.). — Les recherches faites sur des lapins avec l'extrait glycériné de glandes thyroïdes avaient pour but de déterminer l'action de la glande thyroïde sur la composition du sang, la température et les échanges interstitiels.

Ces recherches ont montré qu'à petite dose (5 centigrammes d'extrait par kilogr. d'animal) la substance thyroïdienne augmente l'alcalinité du sang et le nombre d'hématies. Une élévation appréciable de la température ne se manifestait qu'après l'injection de 1 gramme de substance thyroïdienne par kilogr. d'animal. Avec 10 centigrammes par kilogr. d'animal, on voyait ordinairement l'albumine apparaître dans l'urine.

L'amaigrissement qui survient après l'administration de glande thyroïde est dû, d'après l'auteur, en premier lieu à la destruction très intense du tissu adipeux, en second lieu à la combustion intense des substances albuminoïdes.

Contracture idiopathique de la langue (Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf), par Personali (*Wien. klin. Rundschau*, 1896, n° 39 p. 659). — L'observation se rapporte à une femme de 45 ans, tuberculeuse et ayant une hérédité nerveuse assez chargée, qui un jour, à la suite d'une discussion futile, fut prise d'une contracture de la langue avec projection de l'organe au dehors. L'accès dura quelques minutes, puis tout rentra dans l'ordre. Les jours suivants l'accès revint, devint de plus en plus fréquent si bien que la malade finit par avoir 7 à 8 accès par jour.

Pendant l'accès, la langue fortement contracturée était projetée en dehors; en même temps le plancher de la bouche se durcissait tandis que l'os hyoïde et le larynx étaient fortement attirés en haut; tous ces phénomènes duraient 2 à 3 minutes, puis le spasme se résolvait et l'accès se terminait par quelques mouvements de latéralité de la langue. Après l'accès il persistait une douleur dans l'os hyoïde et il survenait une salivation abondante.

La malade parvient à abréger la durée des accès et les réduire au minimum en plaçant dans la bouche un bouchon ou un morceau de caoutchouc et le serrant fortement avec ses dents.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Teinture de gelsemium, gelsémine.

Matière médicale. — Le gelsemium est une plante de la famille des *Loganiacées* dont la racine possède des propriétés antinévralgiques.

La *teinture* de gelsémium, administrée par la voie gastrique, donne de beaux succès dans certaines formes de névralgies idiopathiques : elle a été employée hypodermiquement par Eulenburg avec un insuccès complet.

Le principe actif, la *gelsémine*, est un **toxique** énergique, qu'il faut manier avec la plus grande prudence. Peu soluble dans l'eau (1/116), elle est seulement employée sous la forme de *chlorhydrate neutre*, qui est très soluble dans l'eau et serait *dix fois* plus actif que la base (Sonnenschein.)

Propriétés thérapeutiques. — La gelsémine est, comme nous l'avons dit, antinévralgiqne. Elle a été peu employée jusqu'ici en thérapeutique. La raison en est que les gelsémines du commerce sont de compostion très variable, et qu'il est difficile d'établir nettement la posologie d'un médicament qui présente de telles différences dans sa constitution. La gelsémine gagnerait à être mieux étudiée d'abord au point de vue chimique et pharmacologique, puis au point de vue clinique. Car l'action nettement antinévralgique de la teinture de gelsemium sempervirens, reconnue par tous les cliniciens, doit être attribuée à la gelsémine.

Enfin la gelsémine présente une autre propriété importante : celle d'appartenir au groupe des analgésiques locaux.

Dose. — Ici encore on retrouve des données incertaines. Tandis que Sonnenschein Eulenburg, Bourneville et Bricon, fixent à 1 centigramme la dose thérapeutique, Bardet recommande avec raison de débuter par un milligramme. Ces divergences tiennent au produit employé.

Quoiqu'il en soit nous conseillons de ne se servir que de solution titrant 1/4 de milligramme par centimètre cube et de n'injecter qu'un seul centimètre cube à la fois, quitte à répéter la dose d'heure en heure, s'il n'y a pas de vomissements et de tendance au refroidissement.

Ne pas dépasser dans les cas ordinaires un milligramme, deux à trois milligrammes dans les cas rebelles.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats*. — Insensibilité complète et persistante au point injecté.

b) *Eloignés*. — Diminue l'excitabilité réflexe de la moelle, ralentit le cœur. Donne parfois quelques nausées.

FORMULES

Chlorhydrate de gelsémine	25 milligr.
Eau *stérilisée*	Q. s. p. 8 cent. cubes

1 à 4 centimètres cubes.

G. Maurange.

Traitement des diarrhées infantiles.

M. le Dr Corez vient de réunir et commenter la plupart des médications employées contre la diarrhée chez les enfants. Nous lui empruntons quelques formules (1).

Dans les infections gastro-intestinales aiguës, le calomel est employé par beaucoup de médecins.

M. Hutinel conseille d'abord un lavage de l'estomac et un grand lavement d'eau bouillie froide pour débarrasser le tube digestif des éléments septiques qu'il renferme. Après ces lavages on administre à l'enfant 0gr05 de calomel jusqu'à 1 an, 0gr10 jusqu'à 2 ans. On cesse toute alimentation et on donne au petit malade, toutes les 15 minutes, une cuillerée à café d'eau albumineuse ou de grog glacé.

M. Corez a eu l'occasion de prescrire la formule de Gross, de New-York :

Calomel	0gr006
Salol	0gr15
Sucre	0gr24

pour un paquet.

En faire 6 semblables : en prendre 1 toutes les 2 heures. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

L'acide lactique préconisé par M. Hayem est prescrit par M. Hutinel de la façon suivante :

Acide lactique	2 gr.
Sirop de coings	25 gr.
Eau distillée	150 gr.

Une cuillerée à bouche toutes les 2 heures, en précédant l'emploi de l'acide lactique du lavage de l'estomac et de l'intestin, qui débarrasse le tube digestif de tous les produits toxiques et accélère la digestion en rétablissant la sécrétion chlorhydrique.

L'antipyrine a été prescrite par M. Saint-Philippe (de Bordeaux). Elle modifie rapidement les troubles gastriques aussi bien que les troubles intestinaux. Elle agit d'une façon remarquable sur les troubles dyspeptiques de la période de dentition et sur les diarrhée saisonnières.

L'antipyrine agit surtout contre la diarrhée en diminuant les contractions spasmodiques de l'intestin, en ralentissant la sécrétion intestinale, en calmant la douleur, en abaissant la température et enfin en réalisant l'antiseptie locale.

Il prescrit l'antipyrine de la façon suivante :

Antipyrine	0gr50
Sirop simple	ââ 50 gr.
Eau de tilleul	

et on donne aux enfants 1 cuillerée à café toutes les 2 heures un peu avant la tétée ou le repas; soit 5 à 8 cuillerées à café en 24 heures, soit 0gr15 à 0gr20 par jour, au plus. On peut doubler la dose chez les enfants au-dessus d'un an.

(1) Thèse de Lille, 1895-1896.

Emploi du calomel dans la grippe.

M. le Dr Dumas (de Levignan) préconise, dans le *Nouveau Montpellier médical*, l'emploi du calomel dans la grippe; il paraît agir comme microbicide. Il doit être administré le plus près possible du début de la maladie. Dans les cas graves on peut commencer la médication aussitôt qu'on voit le malade, mais si le cas est léger ou moyen, il vaut mieux attendre au lendemain pour faire prendre le calomel à jeun.

C'est par 5 prises qu'on doit le prescrire, une prise toutes les 2 heures, dans une cuillerée d'eau sucrée. Pendant l'intervalle qui sépare les prises et jusqu'à 3 heures après la dernière, on ne donne aucune nourriture et juste assez d'une boisson quelconque pour étancher la soif du malade. La dose employée varie plutôt suivant l'âge, le sexe, la force du sujet que l'intensité des symptômes : 1 gramme à un homme vigoureux, 0gr80 à une femme dans les mêmes conditions, 0gr50 à un adolescent, 0gr25 dans la seconde enfance, 0gr20 jusqu'à 7 ans, 0gr05 au tout jeune bébé. Rarement, au cours d'une grippe, on est obligé de revenir au calomel, et toujours, à moins d'un cas très grave, on laisse un jour d'intervalle et on donne une dose moitié moindre.

Le calomel agit aussi bien sur la grippe que sur ses complications. Toutefois il ne faut pas négliger l'emploi des moyens accessoires et notablement des toniques du cœur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Union des syndicats médicaux. — La question des médecins étrangers. — L'enseignement de la médecine légale. — Les œuvres de L. Le Fort.

Désireux de bien faire ressortir les progrès accomplis depuis quelques années par l'*Union des syndicats médicaux*, nous attendrons, pour parler de l'assemblée générale qui vient de réunir à Paris les délégués de cette grande fédération, que le compte rendu officiel de ses actes ait été publié.

Mais nous voulons dès aujourd'hui signaler quelques paroles prononcées au banquet si brillant et si cordial qui a clos cette intéressante manifestation professionnelle.

Ainsi que l'a dit le président, M. Porson, la présence à ce banquet de MM. Vandam, président, et Cuylitz, secrétaire général du collège de médecine de Bruxelles et de M. Van Hassel, président du syndicat de Hainaut est venu apporter aux syndicats français l'appui d'une corporation qui a déjà recueilli des fonds considérables et obtenu d'excellents résultats. Elle n'a pas empêché plusieurs orateurs de parler de la question des médecins étrangers et des mesures prises pour leur interdire l'accès de nos facultés.

Ce sont, à ce point de vue, les déclarations si autorisées de M. Brouardel qu'il importe de retenir. On se souvient, en effet, que la légalité de la lettre circulaire du Ministre de l'Instruction publique créant un diplôme *honoris causa* avait été contestée. Or, quelles que puissent être, dans l'avenir, les réclamations que feront valoir les nouveaux diplômés, les facultés exécutent à la lettre les prescriptions de la circulaire ministérielle. Il en résulte que les étudiants étrangers qui n'ont pas subi les épreuves du baccalauréat et satisfait à l'examen de première année après un stage dans les facultés des sciences ne sont admis à suivre les cours qu'en vue d'obtenir un diplôme scientifique et non le diplôme qui confère le droit d'exercice.

D'autre part les médecins étrangers ne sont plus, sauf de très rares exceptions, autorisés à exercer en France. M. Brouardel a cité, pour justifier ces exceptions, l'exemple des facultés de Bucarest et de Jassy où l'enseignement est analogue à celui qui se donne dans nos facultés. Les médecins roumains sont autorisés à exercer en France. Il en est de même pour les médecins des villes d'eau établis depuis plusieurs années.

Une question très importante cependant n'a pas été soulevée ni résolue par les déclarations de l'éminent doyen de la Faculté de médecine. Pour répondre aux lettres qui m'ont été adressées à cet égard, j'ai dû m'informer à nouveau des décisions prises et voici, je crois, dans quels termes il m'est possible de répondre à mes correspondants :

1° Un étudiant étranger qui voudra faire ses études médicales en France et obtenir le droit d'exercer la médecine sera astreint à toutes les obligations imposées aux étudiants français, à l'exception du service militaire. Mais il ne sera admis à s'inscrire, pour les deux premières années d'étude tout au moins, que dans une faculté de province.

2° Un étudiant étranger qui voudra faire ses études médicales en France, mais retourner ensuite dans son pays pour y exercer la médecine, pourra être dispensé des baccalauréats ou bien d'une ou de plusieurs années de scolarité. S'il obtient la dispense des trois premières années d'étude, c'est-à-dire si les diplômes ou certificats d'examen qu'il a obtenus à l'étranger sont considérés comme équivalents au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et d'études d'anatomie et de dissections, l'étudiant étranger pourvu de ces dispenses, pourra s'inscrire près la Faculté de Paris, y suivre les cours et les travaux cliniques et y subir les examens qui lui permettront d'acquérir un diplôme exclusivement scientifique. Si, au contraire, l'étudiant étranger n'a obtenu aucune dispense, s'il doit être astreint à suivre les exercices pratiques de dissection, il ne pourra s'inscrire qu'à une faculté de province.

La raison de cette inégalité de traitement imposée aux étudiants étrangers, suivant qu'ils ont ou non obtenu des équivalences de certificats scolaires ou de diplômes, ne tient qu'à l'exiguïté des locaux affectés à Paris aux exercices pratiques, à la pénurie des cadavres, au trop petit nombre des moniteurs scientifiques appelés à guider les élèves en médecine.

Avons-nous besoin d'ajouter combien nous regrettons que des considérations d'ordre matériel fassent trancher, dans un sens aussi protectionniste, une question qui intéresse au plus haut degré l'avenir de notre enseignement public ? Quelle que soit la valeur de nos Universités provinciales, c'est à Paris surtout que voudront s'instruire les étudiants étrangers. Leur fermer la porte de la Faculté de Paris, c'est favoriser à nos dépens l'influence sans cesse prépondérante de la science allemande. J'avoue que s'il est vraiment impossible de fournir à tous les étudiants *qui travaillent* les moyens d'étude dont ils ont besoin, je préférerais encore voir interdire aux étudiants de province ou tout au moins à ceux d'entre eux dont les notes scolaires ne sont pas excellentes, l'accès de la Faculté de Paris.

Ce serait revenir à un projet que nous avions préparé il y a bien des années et que M. A. Dumont, alors directeur de l'Enseignement supérieur, considérait comme réalisable. L'accès de la Faculté de Paris ne serait ouvert qu'à partir de la troisième année d'études aux étudiants de province aussi bien qu'aux étudiants étrangers.

Nous persistons, en effet, à croire qu'en éloignant de France les étudiants étrangers, on va à l'encontre des intérêts bien compris de la science et de l'enseignement. C'est déjà se montrer assez sévère que de leur interdire — ce que nous considérons comme absolument légitime — l'exercice de la médecine en France.

Puisqu'il suffit, paraît-il, d'une circulaire ministérielle pour modifier la portée et la valeur d'un diplôme universitaire, pourquoi ne solliciterait-on pas aujourd'hui de M. le garde des sceaux une lettre circulaire réalisant les réformes que nous avons réclamées il y a 15 jours, en demandant la création d'un diplôme de médecin expert ? Tout récemment, à la Chambre, pendant la discussion du budget, on reconnaissait que la réforme du Code d'instruction criminelle ne pourrait être obtenue avant plusieurs années. Ce n'est donc pas en provoquant de nouvelles délibérations parlementaires que l'on arrivera à un résultat utile.

Or il importe d'agir vite si l'on veut faire le nécessaire. Et, pour agir, il faut consacrer par un titre spécial les résultats obtenus par l'enseignement pratique de la médecine légale. Celui-ci d'ailleurs se fait depuis de longues années dans des conditions très satisfaisantes partout où les maîtres qui en sont chargés savent comprendre la responsabilité qui leur incombe.

Nous avons analysé, en le recommandant au public médical, le *Précis de médecine légale* de MM. Tourdes et Metzquer. Ce que nous voulons redire ici, c'est que ce livre résume un enseignement qui, depuis 1840, a créé une véritable *clinique médico-légale* où les problèmes si variés que doit résoudre l'expert se trouvaient étudiés *pratiquement*. J'ai eu l'honneur d'être, en 1866, le préparateur de ce cours si utile. J'ai pu voir l'importance que prenaient tout aussitôt, après une autopsie discutée devant un auditoire attentif, des détails que l'on aurait omis de rechercher; j'ai pu m'assurer qu'un enseignement de ce genre laissait d'ineffaçables souvenirs. A Paris M. Brouardel, à Lyon M. Lacassagne ont suivi l'exemple de mon vénéré maître M. Tourdes. Et cet enseignement, s'il a formé de bons experts, a contribué aussi à montrer à tous les médecins qu'il faut d'incessantes études spéciales, théoriques et pratiques, pour pouvoir donner aux jurés les éléments pratiques d'une conclusion rationnelle et scientifique sans s'attacher aux conséquences qui découleront de la conviction fournie par l'ensemble des débats. C'est dire que la plupart des médecins honnêtes et consciencieux devraient pouvoir répondre par une fin de non-recevoir tirée de leur incompétence aux réquisitions des magistrats.

La *Gazette* a signalé jeudi dernier, parmi les publications nouvelles, le troisième volume des œuvres de L. Le Fort; mais nous ne voulons pas borner à un simple résumé analytique l'annonce d'une publication qui est un hommage mérité rendu à la mémoire d'un de nos maîtres les plus dignes.

Le jour où l'on inaugure les statues érigées en vue de perpétuer le souvenir d'un grand capitaine, d'un homme de lettres ou d'un savant, il est d'usage de reproduire les discours qui ont rappelé des titres éminents à la reconnaissance nationale. Ne doit-on pas de même saluer respectueusement le nom d'un grand chirurgien lorsqu'une pieuse pensée a permis de réunir en plusieurs volumes, rapprochés par leurs affinités et quelle que soit la date de leur apparition, les œuvres éparses qui lui ont valu le respect et l'estime de ses contemporains?

C'est ce qui nous engage à signaler aux lecteurs de ce journal, qui doit à M. L. Le Fort une si longue et si féconde collaboration, tout ce que contiennent, aux points de vue déontologique, historique et critique, les trois volumes que vient de publier M. le Dr Lejars. Ils auront surtout pour résultat de mieux faire ressortir la grande figure d'un chirurgien qui restera comme un modèle de dignité et de probité scientifiques et professionnelles.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Diminution du nombre des étudiants en médecine inscrits en 1896 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France. — Au début de l'année scolaire 1895-1896 les nouvelles dispositions relatives au régime d'étude ont été mises à exécution, et au 15 janvier dernier le chiffre des étudiants inscrits, qui chaque année avait été, à la même date, supérieur à celui de l'année précédente, a diminué de 521. Déjà, en 1895, le total des étudiants inscrits n'avait que faiblement augmenté, à cause de la suppression de l'officiat de santé; mais c'est seulement pendant la dernière année scolaire qu'est survenue la diminution que nous signalons. Il est vrai qu'en 1894 la différence en plus avec l'année précédente avait été considérable parce que, d'après la loi du 30 novembre 1892 applicable 1 an après sa promulgation, le dernier délai pour l'inscription à l'officiat de santé expirait le 30 novembre 1893. Voici les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1891 à 1896 :

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.
1891.	6 212	
1892.	7 069	+ 857
1893.	7 589	+ 520
1894.	8 897	+ 1 308
1895.	8 896	+ 99
1896.	8 485	» — 511

Ainsi donc il y a eu, de 1891 à 1895, une période d'augmentation pendant laquelle le nombre des étudiants en médecine s'est accru de 2 784. Il est probable que la période de diminution, qui a commencé en 1896, durera quelque temps, par suite des exigences du nouveau régime d'études et des nouvelles dispositions concernant les étudiants étrangers.

Le titre de chirurgien-dentiste est exclusivement réservé à ceux qui ont obtenu le diplôme créé à cet effet par la loi de 1892. — Dans son audience du 10 novembre 1896, la première chambre du tribunal civil de la Seine a rendu un jugement qui, bien que n'intéressant pas directement les docteurs en médecine — lesquels du fait seul de la possession de leur diplôme tirent le droit de pratiquer l'art dentaire — touche à l'interprétation d'un des articles de la loi sur l'exercice de la médecine, l'article 2 relatif à la profession de dentiste.

En voici les points principaux :

La loi du 30 novembre 1892 a créé un grade ou un diplôme nouveau qui porte le nom de *chirurgien-dentiste*, et qui, désormais, donne seul (en dehors, bien entendu, du diplôme de docteur en médecine) le droit de pratiquer l'art dentaire. Si, à titre de disposition transitoire, et pour respecter le principe de la non-rétroactivité des lois, elle reconnaît le droit d'exercer l'art dentaire « à tout *dentiste* justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 », il résulte clairement du texte de cette loi qu'elle a entendu faire une distinction entre les dentistes diplômés, auxquels elle confère le titre de *chirurgien-dentiste*, et les dentistes autorisés temporairement à continuer l'exercice de leur profession.

Cette distinction résulte également, de la façon la plus nette, du décret d'administration publique rendu pour assurer l'exécution de la loi de 1892. Elle n'est point, d'ailleurs, purement nominale, les *chirurgiens-dentistes* ayant seuls le droit de pratiquer l'anesthésie, tandis que les *dentistes* ne peuvent le faire qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

En conséquence, les dentistes qui ne justifient pas de l'obtention du diplôme délivré par l'Etat ne sauraient joindre le titre de *chirurgien* à celui de dentiste.

Supposition d'enfant. — Une sage-femme de Dijon vient d'être arrêtée pour supposition d'enfant. Il y a 5 jours, le parquet de Dôle, avisé par une lettre, faisait une descente à Saint-Aubin-du Jura, commune limitrophe de la Côte-d'Or, chez M. X..., épicier-menuisier, dont la femme était accusée avoir simulé un accouchement. Le mari était accusé d'avoir fait une déclaration de naissance à la mairie. Le Dr L... examina la femme et déclara que celle-ci n'avait jamais accouché.

Mais la femme X... qui avait sur les bras un enfant de 15 à 20 jours, fort bien constitué, soutint le contraire et indiqua la dame L..., sage-femme à Dijon, comme étant venue l'aider dans cet accouchement. Sur une commission rogatoire du parquet de Dôle, le procureur de la République de Dijon interrogea la femme L..., qui déclara que sur la demande de Mme X... elle lui avait apporté un enfant dont une dame de Dijon était accouchée chez elle. La sage-femme a été écrouée à la prison de Dijon et ensuite transférée à Dôle. Elle sera poursuivie pour supposition d'enfant. *(Le Temps.)*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

La migraine ophthalmoplégique (paralysie oculo-motrice périodique)

Par M. le Dr d'Alché.

Cette forme de migraine si particulière vient d'être l'objet d'une étude d'ensemble du Dr d'Alché (thèse de Paris, 1895-96), qui y a réuni tous les faits de ce genre, au nombre de 25, qui ont été publiés jusqu'ici.

On sait que la première observation française de cette affection, étudiée tout d'abord en Allemagne, a été publiée par MM. Parinaud et Marie. Il n'y a guère eu depuis cette époque dans notre pays que celles de Charcot et de M. Ballet.

Suivant la définition de Charcot, qui est admise par presque tous les auteurs, la *migraine ophthalmoplégique* ne constitue pas une *entité*, une *unité morbide*, mais un *syndrome*, c'est-à-dire un ensemble symptomatique, caractérisé par une *hémicrânie* « *avec accompagnement nécessaire d'une paralysie totale d'un des nerfs moteurs oculaires communs*. »

Son étiologie est encore peu connue : ce qu'on peut dire, c'est qu'elle se montre surtout dans la classe ouvrière, à l'inverse de la migraine ophthalmique, et qu'elle survient presque toujours dès le jeune âge, entre 12 et 17 ans, avec une fréquence égale chez les deux sexes.

L'hérédité nerveuse ou névropathique ne paraît jouer aucun rôle de valeur.

Les symptômes principaux de l'affection sont avant tout la céphalée et la paralysie oculaire.

Pour la céphalée, son caractère le plus important, celui sur lequel insistent tous les auteurs, c'est sa localisation *unilatérale*. Sur ce point toutes les observations sont concordantes. La céphalée de la migraine ophthalmoplégique est une « *hémicrânie* par excellence » (Charcot), différente cependant de l'hémicrânie migraineuse classique, dont le siège est beaucoup plus limité.

Ici, la douleur est diffuse, et bien que paraissant siéger, de préférence peut-être, au niveau du sourcil, elle se propage vers les régions frontale et temporale, s'étend tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore vers les deux à la fois. On a également signalé son irradiation jusqu'au fond de l'œil (Ballet).

Variable comme intensité, cette douleur de tête est rarement très forte, atroce, mais beaucoup plus souvent supportable, avec cela sourde, profonde, continue, présentant des exacerbations tantôt matinales, tantôt vespérales.

La paralysie oculaire survient un temps variable après l'apparition de la douleur. Elle porte exclusivement sur le moteur oculaire commun ; elle est toujours unilatérale, n'occupant que le côté atteint de migraine, et est presque toujours complète.

Les caractères de cette paralysie n'ont d'ailleurs rien de spécial, mais c'est dans l'évolution de la maladie qu'est son plus grand intérêt.

Un caractère des plus singuliers de la migraine ophthalmoplégique, celui qui a attiré particulièrement l'attention des observateurs, c'est « *sa tendance aux récidives et surtout à la périodicité de celles-ci.* » C'est ainsi qu'on voit réapparaître les accès une ou deux fois par an ; tous les 3 mois (Remak); tous les mois (Von Hasner); voire même toutes les semaines (Clark).

Ce retour des crises survenait en août pendant 3 années consécutives chez un malade de Mœbins ; en mai et en octobre, chez celui de Thomsen.

Un autre caractère non moins intéressant à mentionner, c'est la disparition progressive de cette *périodicité* qui fait place, au bout d'un certain temps plus ou moins long, à la *permanence*, à la *continuité* des phénomènes morbides.

C'est une véritable transformation que subit alors l'affection, transformation qui, sans être absolument fatale, n'en est pas moins des plus fréquentes.

Il y a lieu en conséquence de considérer dans l'évolution du processus morbide deux phases, deux stades : la première, *phase de périodicité* ou de début, la seconde, *phase de permanence*.

La *phase de périodicité* est constituée par une série d'accès d'intensité variable, séparés par des intervalles plus ou moins longs, mais se composant des mêmes symptômes qui évoluent toujours dans le même ordre. En un mot, toutes ces attaques se ressemblent et la description de l'une d'elles peut faire connaître toutes les autres, hormis leur durée et leur intensité.

La constitution typique d'un accès de migraine ophthalmoplégique se compose essentiellement de deux périodes successives, mais non indépendantes l'une de l'autre, comme le voulait Charcot ; l'une, la première, qui peut être appelée *douloureuse*, est marquée par l'hémicranie, le malaise et les vomissements ; l'autre, la seconde, est la période *paralytique*.

I. Période douloureuse. — La crise apparaît le plus souvent d'une façon inattendue, sans cause appréciable,

sauf peut-être une fois où un choc moral intense, comme dans l'observation de Thomsen, parut en déterminer l'éclosion, et une deuxième, à la suite d'une saignée pratiquée à la tempe (Manz).

Cette douleur s'accompagne ordinairement de malaise, de nausées, de vomissements, de photophobie, en un mot de phénomènes migraineux ordinaires. Quelquefois aussi, mais assez rarement, apparaissent des troubles d'un autre ordre, tels que œdème des paupières. salivation (Ballet).

Ordinairement apyrétique, la crise a été, une fois chez le malade de M. Ballet, précédée de symptômes fébriles assez marqués.

Tout cela dure un temps très variable. Mais courte ou longue, cette période est marquée par des exacerbations tantôt matinales (Marie et Parinaud), tantôt vespérales (Charcot).

II. Période paralytique. — C'est quelques heures, quelques jours, ou même, mais plus rarement, plusieurs semaines après l'apparition de la douleur et des phénomènes gastriques, que survient la paralysie oculo-motrice.

La paupière supérieure s'affaisse; l'œil malade se dévie en dehors, il s'établit une impuissance motrice dans tout le domaine de la 3e paire; le sujet accuse de la diplopie, il se plaint en outre de ne pouvoir plus lire à la distance ordinaire, en supposant qu'il ait joui auparavant d'une vue normale — il y a par conséquent une paralysie de l'accommodation, simultanément à une paralysie de l'iris qui ne réagit plus sous l'action de la lumière.

L'invasion de ces divers accidents est généralement *rapide;* elle n'est jamais brusque, comme celle qui pourrait résulter d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement.

Charcot voulait, et il a insisté particulièrement sur ce fait, que la période douloureuse se terminât brusquement au moment même de l'apparition des troubles de la motilité oculaire, faisant jouer en somme à ceux-ci le rôle de ce qu'on appelait autrefois un phénomène critique.

Ceci peut avoir lieu, on ne saurait le nier, l'observation du maître en est un exemple; mais dans l'immense majorité des cas, les choses se passent différemment.

En effet, si les périodes douloureuses et paralytiques sont successives, elles ne sont pas absolument indépendantes l'une de l'autre, et il est très commun de voir, au moment où apparaissent les accidents oculaires, la douleur et les phénomènes gastriques persister avec une intensité plus faible sans doute qu'au début de l'accès. La douleur pourra même se maintenir longtemps encore, et elle durera parfois ce que durera la paralysie et ne disparaîtra qu'avec elle.

Quant à la *durée* de cette seconde période, elle est éminemment variable de quelques heures à plusieurs mois.

Les phénomènes qui la caractérisent disparaîtront comme ils sont venus, c'est-à-dire rapidement, mais non subitement.

La crise est terminée. Le malade peut reprendre ses occupations jusqu'à nouvel ordre; le voilà pour quelque temps débarrassé de son infirmité. Mais de nouvelles attaques sont à redouter, qui se manifesteront exactement sous la même forme que précédemment.

Cependant, dans l'intervalle des deux crises, la guérison paraît complète; il ne reste plus trace ni de la douleur, ni de l'ophthalmoplégie. Il peut en être encore ainsi pour les intervalles qui succéderont aux crises à venir, en d'autres termes, la maladie peut rester à l'état de *périodicité pure* se manifestant toujours sous forme de poussées hyperémiques transitoires, avec tendance à la guérison.

Mais le plus ordinairement, il n'en est malheureusement pas ainsi et la maladie prendra une allure toute différente.

L'accès qui vient d'être décrit est l'accès *complet*, avec ses deux périodes; mais il peut y avoir, rarement il est vrai, des attaques incomplètes ou avortées.

Relativement à la durée de chacune de ces poussées et aussi à la durée des intervalles qui les séparent, il y a à constater des variations nombreuses.

La crise une fois constituée peut persister un temps variable. Il en est qui ne s'étendent pas à plus de deux, quatre et six jours tout compris : périodes douloureuse et paralytique.

Il est bon, à ce propos, de faire remarquer avec Charcot que la durée de l'accès même le plus court de migraine ophthalmoplégique, dépasse toujours de beaucoup celui des accès normaux de migraines vulgaire et ophthalmique.

Mais toutes les crises ne sont pas aussi courtes. Clarke et Remak mentionnent une durée de une et deux semaines.

Dans d'autres cas, les muscles ne retrouvent leur motilité qu'au bout de un, deux et même six mois.

L'intervalle qui sépare les attaques varie avec chaque individu. Une fois, il n'était que d'une semaine (Clarke), une autre, de un mois (Hasner); mais plus souvent il est de deux à six mois et peut même atteindre une année (Mœbius) et plusieurs années (Ballet).

En résumé, on peut dire que la durée des intervalles est généralement en rapport avec celle des accès. Plus longs auront été ceux-ci, plus long sera l'intervalle qui séparera deux crises.

Ceci, bien entendu, n'a rien d'absolu.

Phase de permanence. — Dans l'intervalle des premières crises, l'œil revient à son état normal, il n'existe aucune trace de paralysie ni interne, ni externe; la douleur a également disparu.

Mais la marche de la maladie paraît nettement chronique (chez le malade de Thomsen, elle durait depuis 29 ans) et à mesure que l'affection vieillit, voici ce que l'on observe ordinairement et ce que l'on observerait probablement toujours, s'il était permis de suivre les malades jusqu'au bout.

On voit les attaques de paralysie devenir progressivement plus rares, mais en même temps aussi plus tenaces, et alors les intervalles qui leur correspondent ne sont pas aussi parfaitement libres qu'auparavant; la douleur et les accidents paralytiques, bien qu'atténués, persistent à un certain degré. Enfin, à une époque plus avancée de la maladie, ces mêmes phénomènes deviennent manifestement *persistants,* tout en présentant des périodes d'*exacerbation,* derniers vestiges de la périodicité du début.

C'est ainsi que peu à peu, progressivement, on assiste à cette transformation, et on a en dernier lieu, non plus, une maladie *périodique,* dans l'acception rigoureuse du mot, mais plutôt une maladie « *continue avec exacerbations périodiques* ».

Cette transformation n'avait pas échappé aux premiers observateurs qui l'ont signalée à diverses reprises; mais les quelques faits dont ils disposaient ne leur ont pas permis d'être très catégoriques:

Un peu plus tard, Senator, Charcot, sont beaucoup plus affirmatifs et pour eux, elle n'est pas douteuse, dans l'immense majorité des cas.

« L'an passé (1889), dit Charcot, s'est présenté à la policlinique, un jeune homme de 20 ans, chez lequel les accès de migraine ophthalmoplégique datant de l'enfance, surviennent environ tous les mois. Ils ont cessé de se produire depuis 18 mois environ, mais le dernier a laissé

après lui une paralysie complète du moteur oculaire commun, qui depuis cette époque ne s'est pas amendée. Il est à craindre que cette paralysie soit désormais un fait accompli. »

Ce passage de la périodicité à la permanence constitue une aggravation de la maladie. Ce fait doit être opposé à quelques rares cas où l'affection a paru s'améliorer. L'évolution de la migraine ophthalmoplégique peut être alors rapprochée de celle de la migraine vulgaire, qui, nous le savons, disparaît progressivemen avec l'âge.

Sans vouloir nier complètement la possibilité d'une pareille évolution, de cet acheminement à la guérison spontanée, on peut dire avec Charcot que les cas où la maladie tend à s'aggraver sont infiniment supérieurs.

Tel est l'aspect général de cette affection singulière. Sa pathogénie est des plus obscures. Concernant l'anatomie pathologique, il n'existe encore que des hypothèses plus ou moins plausibles dont une des plus réecntes et des plus ingénieuses est celle du professeur Charcot : au début, pas de lésions grossières, mais de simples lésions fonctionnelles, fluxionnaires; celles-ci à la longue, par leur répétition, engendreraient des altérations organiques qui siégeraient pour les uns au niveau des noyaux d'origine du moteur oculaire commun; sur le tronc de ce nerf, selon d'autres.

On peut dire que le pronostic sans être grave, puisque la maladie n'a pas encore paru entraîner de terminaison fatale, est sérieux par la ténacité des phénomènes morbides.

Si la guérison spontanée est possible, elle n'est jamais complète.

Le traitement qui paraît le plus rationnel est celui que Charcot avait institué par analogie avec celui qui lui avait bien réussi dans la migraine ophthalmique. Il consiste en une médication bromurée, continue et prolongée. Comme médication adjuvante : l'iodure de potassium pour combattre les troubles circulatoires et l'électricité. Cette dernière est surtout indiquée lorsque les accidents paralytiques sont devenus persistants.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Polymastie et tumeurs (Polimastia in rapporto allo soiluppo dei tumori), par A. Pitzorno (*Riforma medica*, 6 mars 1896, p. 651). — L'auteur rapporte 5 cas de polymastie chez la femme; dans 1 cas, il existait un cancer de la glande surnuméraire; dans un autre un cancer de la glande principale, dans un autre, un fibro-adénome de la glande surnuméraire; dans les 2 autres, la glande surnuméraire était le siège d'une sécrétion, dernier reste d'une lactation récemment suspendue dans un cas.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 Décembre 1896.

M. le Président annonce le décès de M. le Dr Straus.

Intoxication saturnine par les boîtes à lait.

M. Gautier lit un rapport sur un travail de M. Duchenne relatif à deux cas d'intoxication saturnine due, d'après l'auteur, à des boîtes au lait. M. Duchenne a bien prouvé que l'étain de la boîte contenait de plomb, mais il n'a pas analysé le lait, en sorte que M. Gautier conserve des doutes sur la réalité du fait; et il tend plutôt à admettre des accidents dus à des fermentations bactériennes produites dans le lait, conservé dans une boîte mal tenue. Mais, surtout aujourd'hui où l'on consomme beaucoup de laits conservés, il est utile d'avoir l'attention éveillée sur la possibilité de ces empoisonnements. M. le Dr Marfan a observé à l'hôpital des Enfants plusieurs épidémies cholériformes qui n'avaient pas d'autre origine que les toxines dues à un commencement de fermentation bactérienne de lait qui n'avait été que postérieurement stérilisé.

Fibrome utérin à pédicule tordu.

M. Schwartz a observé chez une femme de 46 ans un fibrome utérin sous-péritonéal dont le pédicule était tordu, fait encore plus rare que ceux dans lesquels la torsion porte sur le corps utérin au-dessous du myome. Les accidents, qui avaient 3 ans de date, avaient subi 3 semaines auparavant une aggravation brusque, avec métrorrhagie, douleurs violentes, augmentation de volume du ventre, symptômes péritonéaux légers. M. Schwartz diagnostiqua un myome, fit la laparotomie et constata d'abord une péritonite adhésive manifeste, puis arriva sur une tumeur qui ressemblait à un kyste à pédicule tordu, mais la ponction aspiratrice ne donna que du sang. En allant plus loin, M. Schwartz vit qu'il s'agissait d'un fibrome et l'enleva. Son interne, M. Mermet, a donné récemment à la *Société anatomique* une description anatomo-pathologique de cette pièce, dont les lésions rappellent, en somme, celles que l'on trouve dans tous les organes à pédicule tordu.

M. Schwartz donne à ce propos l'analyse de 3 faits analogues, observé par Ceppie, Fritsch et Günther. Cette rareté tient à ce que le pédicule est d'ordinaire gros et court. Et, dans les 4 cas connus, y compris celui de M. Schwartz, les symptômes ont été assez lents, comme dans les torsions peu serrées et progressives.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Péan présente une fillette de 4 ans à laquelle il a pratiqué avec le Dr Aragon une œsophagotomie externe le 2 décembre dernier, pour extraire une pièce de monnaie qu'elle avait avalée 10 jours auparavant. Le premier médecin qui avait traité cette enfant, voyant qu'elle pouvait continuer à déglutir facilement les liquides, avait pensé que le corps étranger avait pénétré dans l'estomac ; le Dr Aragon fit des tentatives d'extraction qui ne lui permirent pas d'extraire le corps étranger, mais qui le portèrent à supposer que celui-ci était réellement arrêté au niveau d'un des points les plus étroits de l'œsophage qui correspond à l'entrée du thorax.

Pour mieux s'en assurer il conduisit l'enfant à la salle de radiographie de la *Médecine moderne* et il obtint la magnifique épreuve que M. Péan soumet à l'Académie. Il est vraiment remarquable de constater avec quelle netteté on peut voir le sou à la hauteur de la clavicule et des côtes.

En raison du temps qui s'était écoulé depuis la déglutition du corps étranger, des manœuvres qui avaient été faites, du mucus sanguinolent qui avait été rejeté par la malade et du gonflement périœsophagien qui existait, M. Péan procéda à l'œsophagotomie externe dans son service à l'hôpital International. L'incision fut faite à la peau depuis le niveau de l'angle de la mâchoire jusqu'à la première pièce du sternum en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'aponévrose cervicale superficielle fut ensuite coupée ; immédiatement au-dessous on mit successivement à découvert les muscles prétrachéaux, la trachée et l'artère carotide, qui servirent de points de repère ; les ganglions lymphatiques étaient tellement tuméfiés à ce niveau qu'ils furent excisés. Autant il fut facile de découvrir les faces externe et postérieure de la trachée, malgré le volume que ce canal présente à cet âge, autant il fut difficile, même en s'aidant du doigt et de la sonde cannelée et en cherchant les rapports avec la face antérieure de la colonne vertébrale de voir et de sentir l'œsophage, bien qu'il contînt le corps étranger. Cependant, dès qu'il fut mis à découvert, M. Péan pensa, avant

de l'ouvrir, qu'il serait bon de tâcher d'exercer à travers les tuniques une propulsion de bas en haut de façon à refouler autant que possible le corps étranger dans ce sens, assez pour pouvoir le sentir par la cavité buccale.

Ces manœuvres réussirent pleinement, grâce à elles, en introduisant l'index dans toute sa longueur par la bouche il fut possible de sentir le bord supérieur du sou assez nettement pour que le doigt servant de guide, la pièce pût être saisie et attirée au dehors avec une pince de Collin. Le résultat immédiat fut des plus satisfaisants, l'enfant fut reconduite chez elle et pansée par M. Aragon qui put dès le premier jour l'alimenter sans crainte que les aliments passassent par la plaie malgré l'ulcération de la muqueuse.

Cette observation est d'autant plus intéressante que la présence des corps étrangers dans l'œsophage est souvent méconnue chez des enfants pendant la vie et que le diagnostic n'est porté qu'après la nécropsie. C'est ainsi que M. Péan cite l'exemple d'un enfant à peu près du même âge qui mourut dans le service de Denonvilliers pendant qu'il était son interne. A l'autopsie, on trouva l'œsophage ulcéré en même temps que l'aorte par une pièce de deux francs que l'enfant avait avalée. A la dernière séance de la *Société de chirurgie*, M. Broca déclarait qu'il avait trouvé dans des conditions analogues une clef arrêtée dans l'œsophage d'un enfant d'un an.

M. Péan pose ensuite les conclusion suivantes :

1° La facilité avec laquelle des corps étrangers de 15 millimètres de diamètre peuvent être avalés par les enfants.

2° Leur arrêt habituel au niveau de la portion la plus rétrécie de l'œsophage qui n'a guère que cette dimension chez l'adulte et qui est naturellement beaucoup plus étroite dans les premières années de la vie.

3° La difficulté de reconnaître leur présence par les moyens habituels lorsque les enfants continuent à avaler les liquides et ne se plaignent d'aucune douleur.

4° Les avantages que donne aux chirurgiens la radiographie non seulement pour lui permettre de reconnaître la présence du corps étranger, mais encore le lieu précis où celui-ci est arrêté et où il convient d'opérer pour procéder à son extraction.

5° La possibilité grâce à l'œsophagotomie externe de pouvoir faire remonter de bas en haut des corps étrangers lisses plats et arrondis comme les pièces de monnaie; on peut ensuite les extraire par la bouche. Cette opération est incontestablement plus avantageuse que l'incision du conduit.

M. Motais (d'Angers) lit un travail sur le meilleur mode d'éclairage artificiel.

Election.

Scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique :

MM. Huchard	76	voix élu
Mauriac	6	
Ducastel	4	
Bulletins blancs	1	
Total	85	votants.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 Décembre 1896.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique.

M. Letulle rapporte l'observation d'un homme, alcoolique avéré, observé pendant trois années dans son service de Saint-Antoine. La mort survint par asystolie chronique. Le foie était cliniquement hypertrophié, le malade n'était pas diabétique. A l'autopsie, on trouva un gros foie cirrhotique pigmenté. Tous les organes, excepté l'œil et la glande pinéale, furent examinés au point de vue teneur en pigment. Le foie, le pancréas, le cœur en contenaient une grande quantité.

Coronarite oblitérante.

MM. de Gennes et **Griffon** ont trouvé à l'autopsie d'un homme de soixante-dix ans, mort avec des phénomènes asystoliques, la paroi du ventricule gauche presque complètement transformée en tissu fibreux au niveau de la portion de la paroi antérieure qui avoisine la pointe. Le myocarde était seulement représenté par une bande musculaire coiffant la plaque scléreuse à sa face externe. La lésion se prolongeait dans la partie inférieure de la cloison interventriculaire.

L'artère coronaire antérieure, d'où le territoire lésé tient son irrigation, était oblitérée tout près de son origine à l'aorte. Les coupes en séries ont montré que le calibre de l'artère était tout à fait obstrué en un point limité, seulement diminué dans le reste du trajet du vaisseau.

On notait, en outre, les lésions habituelles de l'asystolie : hydrothorax, hydropéricarde, foie nettement muscade, etc. Les reins étaient très atrophiés et granuleux; l'aorte, respectée au niveau de son origine, présentait dans le reste de son parcours des plaques d'athérome et calcaires qui complétaient le tableau d'artérite chronique généralisée.

Corps dits amylacés du poumon.

M. Josué présente des coupes de poumon provenant d'une femme typhoïdique, morte vers le douzième jour de sa maladie. Outre de la congestion, de la sclérose et de l'emphysème, on trouve dans ce poumon une lésion très curieuse, signalée pour la première fois par Friedreich, en 1856, étudiée ensuite par Langhans, Jurgens, Zahn, Siegert, H. Kohn; ce sont des grains dits amylacés. Assez volumineux, ronds ou ovalaires, situés dans les alvéoles, ces corpuscules ressemblent aux grains d'amidon de certaines plantes. Ils présentent souvent à leur centre une particule de charbon ou une portion moins colorée, et, dans leur substance, des stries concentriques et des fentes radiaires leur donnant un aspect chatoyant. D'autres sont constitués par des masses arrondies avec des parties plus foncées. On trouve à la surface de ces grains quelques noyaux aplatis. Enfin, quelques-uns sont rattachés à la paroi alvéolaire par un pédicule plus ou dégénéré.

L'étude attentive des rapports de ces formations avec les parois des alvéoles voisins permet de comprendre leur genèse de la façon suivante : une partie d'une paroi alvéolaire a dégénéré; les fibres élastiques rompues se sont rétractées, entraînant la portion altérée; par suite de cette rétraction, la portion dégénérée s'est enroulée autour de son pédicule, lui-même altéré, d'où la formation des stries concentriques et l'augmentation de volume du petit corps; puis le pédicule se rompt et le grain amylacé est mis en liberté; bientôt il se fendille et peut-être finit-il par disparaître. La production de ces petits corps est donc intimement liée à celle de l'emphysème; Jurgens, Zahm, Siegert avaient déjà signalé la fréquente coïncidence de ces deux lésions, sans cependant les rattacher par un lien de cause à effet.

Pour ce qui est de la nature de ces productions, dans ce cas du moins, elles ne présentent pas les réactions des substances amylacées, ni celles de l'amyloïde; pas de coloration spéciale par l'iode ni par l'action successive de l'iode et de l'acide sulfurique, ni par le violet de méthyle. Le carmin d'alun associé soit à l'éosine, soit à l'alcool picriqué, soit au picrocarmin, les colorent parfaitement. Les corps dits amylacés sont donc probablement constitués par des substances albuminoïdes, produits de dégénérescence cellulaire.

Lithiase hépatique avec infection secondaire.

M. Vermorel rapporte l'observation d'une femme morte avec les symptômes d'un ictère permanent.

A l'autopsie on trouva un gros foie jaune, une vésicule très dilatée remplie de calculs, un canal cholédoque du volume d'un pouce, bourré, de son origine à sa terminaison, de gros calculs, dont l'un faisant saillie dans l'intestin. Par suite d'une infection récente, il y avait angiocholite suppurée, qui remontait presque dans les ramuscules hépatiques. L'ampoule de Vater était dé-

truite, et, au niveau de l'abouchement du cholédoque dans l'intestin, on remarquait une large ouverture ulcérée, fermée, en partie, par un calcul. De plus, par le cathétérisme, on trouva, une ulcération portant sur le canal hépatique ayant son entrée dans le foie, et ayant amené une péritonite suppurée enkystée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 Décembre 1896.

Résultats de l'examen histologique de 30 prostates hypertrophiées.

M. B. Molz. — 1° Sur 30 prostates, il y en a 19, soit 63 p. 100, où le tissu glandulaire est abondant; dans 10 prostates, soit 33 p. 100, il y a très peu de ce tissu et dans une prostate, soit 3,5 p. 100, il n'existe plus.

2° Sur 14 *grosses* prostates, dans plus de la moitié (8), le tissu glandulaire est abondant; sur 9 cas d'hypertrophie moyenne, le plus grand nombre (7), montrent un tissu glandulaire très abondant.

3° Une grande partie de tissu glandulaire est disposée sous la forme de corps sphéroïdes, petites tumeurs sphériques, mais outre ses corps, la plupart des prostates contiennent — contrairement à l'opinion de Voillemier et Le Dentu et de Launois — une proportion plus ou moins égale de tissu glandulaire disséminé.

4° Ces corps sphéroïdes sont presque toujours formés de nombreux culs-de-sac glandulaires et de stroma conjonctif et musculaire; les corps sphéroïdes fibreux apparaissent à la suite de l'atrophie de tissu glandulaire sous l'influence de l'inflammation.

5° Parmi les prostates examinées, il y en avait une qui présentait un polyadénome diffus de Virchow.

6° Dans la majorité de prostates examinées, le revêtement épithélial n'est pas normal : il y a une prolifération plus ou moins abondante.

7° Dans la grande majorité des cas, le stroma était composé de tissu conjonctif jeune et de très nombreuses fibres musculaires.

8° Très souvent, il y avait une infiltration embryonnaire périvasculaire et périglandulaire du stroma.

9° Sur 30 prostates examinées, nous avons trouvé que :

a) Dans 16 cas, les vaisseaux étaient complètement normaux;

b) Dans 5 cas, les vaisseaux étaient nombreux et très dilatés, mais leurs parois étaient normales (congestion simple);

c) Dans 9 cas seulement, les vaisseaux étaient très nombreux et leurs parois étaient atteintes d'endo-périartérite.

Il nous reste encore une remarque à faire : on ne trouve jamais d'artériosclérose dans les prostates, où le tissu glandulaire occupe les deux tiers au plus de la coupe et cette sclérose est rare même dans les prostates où la quantité de tissu glandulaire est égale à celle de stroma.

Comme ces 2 variétés constituent 63 p. 100 de prostates hypertrophiées, il est par conséquent difficile d'admettre que l'artério-sclérose soit la cause principale de l'hypertrophie de la prostate.

L'audition, l'étrier soudé.

M. Gellé. — Les lésions otiques immobilisant et ankylosant la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale sont fréquentes. Les cas dans lesquels on a pu constater la soudure et la fixité des 2 étriers (goutte, hérédité), ont permis d'observer que l'audition de la parole était conservée, bien qu'affaiblie, chez ces personnes; la lamelle osseuse avait conservé sa minceur, et nulle lésion n'était apparente autre que celle de l'oreille moyenne; les conditions physiques de la transmission n'étaient point abolies, mais l'amplitude des vibrations étant forcément atténuée, il y avait un affaiblissement marqué de l'audition, conservée d'ailleurs pour la parole haute et claire, sans effort aucun.

Au point de vue de la théorie physiologique de l'audition, on voit par là que la mobilité de la platine n'est pas une condition *sine qua non* de l'audition; au point de vue opératoire, on devra réfléchir, en présence d'un sourd avéré, sur lequel l'étrier est trouvé immobile, que l'effet de la mobilisation ou de l'exérèse de l'osselet va s'annihiler, car il faut admettre pour une surdité aussi forte autre chose que l'ankylose stapédienne, une affection labyrinthique primitive ou secondaire : la notion de l'audition conservée, l'étrier soudé évitera bien des déboires.

Sur les injections de pigments.

M. Paul Carnot. — On peut injecter les granules pigmentaires, extraits de l'œil des tumeurs mélaniques (extraits aqueux), de la poche du noir des céphalopodes.

L'injection intraveineuse détermine une localisation considérable des granules pigmentaires, agglomérés en grosses masses au niveau du foie, de la rate, des poumons; une élimination active du pigment se fait au niveau du rein et de l'intestin.

Les injections péritonéales et sous-cutanées n'ont jamais déterminé de pigmentation épidermique ni de changement de coloration de l'animal. Elles ont montré l'élimination du pigment par le rein et l'intestin. Un cas particulièrement typique a montré l'accumulation du pigment dans la capsule surrénale, où les cellules sont détruites par la trop grande abondance de pigment, mais où, sur la limite, on voit au contraire les cellules surrénales englober, décolorer et détruire les granules. Les autres cas ont montré des lésions infiniment moins nettes, mais de même ordre. De même, l'auteur relève 2 cas d'injections sous-cutanées ayant déterminé la fixation du pigment au niveau du grand épiploon.

Recherches expérimentales concernant la chirurgie thoracique.

MM. Quénu et Longuet. — Ne pouvant obtenir un résultat dans les opérations thoraciques en provoquant des adhérences, nous avons cherché à maintenir une différence de pression entre l'air intra-alvéolaire et l'air ambiant. Nous avons dans ce but fait respirer des chiens dans un ballon où l'air était comprimé à une pression de 5 ou 6 centimètres de mercure. Un volet thoracique était ouvert, rabattu et le poumon se présentait convexe, rosé et respirant. La palpation avec toute la main placée dans la plèvre permet d'explorer facilement l'organe. Dans ces conditions, le poumon faisait faire lui-même son hémostase dans la partie herniée lorsqu'on l'incise. Quant à la respiration, elle conserve son rhythme parfaitement normal.

Atténuation du bacille de Löffler ayant subi la réaction agglutinante par l'action du sérum antidiphthérique.

M. Joseph Nicolas (Lyon). — J'ai établi la production de la réaction agglutinante par l'addition de sérum antidiphthérique en très faibles quantités à des cultures en pleine végétation de bacilles de Löffler; je prouve aujourd'hui que ce phénomène s'accompagne d'une atténuation très marquée de la virulence de cet agent pathogène. C'est là un nouvel appoint à la théorie de l'action bactéricide atténuante des sérums des animaux rendus réfractaires à l'égard des agents pathogènes contre lesquels on les a vaccinés; c'est aussi une preuve de l'intervention probable de ce pouvoir bactéricide dans la genèse de cet état d'immunité; on ne peut cependant préciser la part à faire à l'agglutination dans l'apparition de l'atténuation.

M. Charrin. — Ces expériences prouvent que j'ai eu raison d'invoquer des réactions de défense pour expliquer ce processus d'agglutination que j'ai découvert en 1889 avec M. Roger et dont Widal a fait d'utiles applications. Que d'autres mécanismes interviennent, je l'admets pleinement. Pourtant, on ne saurait soutenir que c'est là le résultat de l'infection même, de l'attaque, parce que ce fait existe dès la période d'état. Cette explication est possible, mais on ne doit pas oublier les travaux nombreux qui prouvent que, dès les premiers jours, les réactions de défense se produisent.

Injections intraveineuses de sérum artificiel.

M. Mayet (de Lyon), dans un travail publié en 1891, a étudié à divers points de vue les injections intraveineuses peu de temps après le travail expérimental de MM. Dastre et Loye, et a examiné dans ce mémoire, non cité par les auteurs de communications récentes, beaucoup de points étudiés par eux, principalement le mode de mélange du liquide injecté au sang et l'utilité du relèvement de la tension vasculaire. Très antérieurement, l'auteur avait étudié dans de nombreuses préparations l'action des sels en solution à titres divers et en proportion variable sur les hématies et il ne peut accepter l'opinion de M. Malassez qui a émis des doutes sur la propriété conservatrice des hématies, de la solution de chlorure de sodium à 6 p. 1000. L'auteur a constaté au contraire que c'était la solution la moins altérante des globules et l'a démontré non seulement par l'intégrité de la forme, mais, ce qui est plus important, par la persistance de l'élasticité de ces éléments fait non noté avant lui. Il rejette d'après son action constatée l'introduction du sulfate de soude dans le liquide à injecter et est très opposé à la dénudation de la veine souvent et encore récemment conseillée par MM. Tuffier et Dujarrier. Son expérience lui a appris qu'une aiguille creuse de petit calibre introduite dans la veine distendue par une ligature sur le membre suffit et est un moyen beaucoup plus innocent.

Sur le lavage du sang.

MM. Carrion et Hallion. — Nous avons étudié les modifications de la sécrétion urinaire sous l'influence des injections de solutions de NaCl, dont le titre était compris entre 6 et 9 grammes p. 1000. Nous avons déterminé la vitesse d'élimination de l'urine, du chlore et du résidu. La différence entre ces deux dernières valeurs représente sensiblement la matière organique excrétée. Les mêmes déterminations étaient pratiquées avant, pendant et après l'injection.

Avec des injections abondantes, il se produit, comme on sait, une diurèse énorme. Il faut bien se garder de conclure de l'activité de la diurèse à celle du « lavage du sang ». Fait paradoxal, au moment où la sécrétion urinaire est la plus abondante, l'élimination des matériaux de l'urine (autres que le NaCl) tombe à un taux très bas : le chlorure de sodium se substitue, dans l'urine, aux autres éléments.

Rechute de fièvre typhoïde chez une malade dont le sérum avait conservé pendant la convalescence la propriété agglutinante.

MM. Thiercelin et Lenoble. — Une jeune fille de 18 ans avait présenté une fièvre typhoïde classique au cours de laquelle on constata le phénomène de l'agglutination. La malade entra en convalescence et resta apyrérique pendant 10 jours environ. Au 6e jour de cette convalescence, la propriété agglutinante recherchée existait nettement, et cependant, il se produisit 4 jours après une rechute qui dura 10 jours.

Le phénomène de l'agglutination est donc bien une réaction d'infection et non une réaction d'immunisation.

D'un autre côté, MM. Thiercelin et Lenoble ont pu constater chez une typhique que la sueur ne possédait pas la propriété agglutinante. Cette sueur n'avait pas été provoquée par l'administration de médicaments sudorifiques.

Contribution à l'étude du pied bot congénital.

M. Léon Courtillier apporte de nouveaux faits à l'appui de l'origine nerveuse du pied bot congénital. Plusieurs observations, dont l'examen de la moelle a été fait par M. Achard et M. G. Durante, ont montré à l'union des régions dorsale et lombaire une diminution des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke, et raréfaction ou atrophie des tubes nerveux dans les faisceaux pyramidaux et cérébelleux dans les racines antérieures et, parfois, dans le faisceau virginal de Schultze.

Discutant ensuite l'étiologie du pied bot congénital, M. Courtillier montre que la chirurgie parle, aussi bien que l'anatomie pathologique, en faveur de l'origine centrale du pied bot, à laquelle les théories par malformation primitive et par arrêt du développement peuvent aisément se rapporter.

Si ces lésions nerveuses ne sont pas constamment retrouvées, il faut penser qu'elles peuvent être légères et avoir disparu lors de la mort du malade. Comme cause prédisposante elles se trouvent en effet dans un grand nombre de cas. Il est probable qu'il s'agit ici d'une affection aiguë ou chronique chez les générateurs ou survenant dans le cours de la grossesse, et déterminant par l'action de toxines, une altération des cellules nerveuses chez un fœtus prédisposé.

État du sang dans les pneumokonioses.

MM. Paul Claisse et Otto Josué. — En poursuivant nos recherches sur l'anthracose pulmonaire, nous avons constaté que les animaux supportaient sans modification apparente de la respiration, l'accumulation de grandes quantités de poussières dans leurs poumons. Ces poussières doivent pourtant embarrasser le champ de l'hématose. On peut dès lors se demander si l'organisme ne pare pas à ce danger au moyen de certaines modifications du sang comme cela a été constaté dans certaines affections qui troublent l'hématose.

Les recherches de Marie, Hayem, Variot, Vaquez, etc., ont prouvé que dans la cyanose chronique il existe de l'hyperglobulie. Vaquez a montré en outre que les globules augmentent de diamètre. Ce seraient là des moyens de suppléance, grâce auxquels l'organisme se défendrait contre l'insuffisance de l'hématose.

Existe-t-il quelque chose d'analogue chez nos animaux anthracosiques? Nous avons examiné leur sang : la numération a été faite au moyen de l'hématimètre Hayem, la mensuration des globules au moyen de la règle de Malassez, la richesse en hémoglobine a été évaluée grâce à l'appareil de Fleischl.

Chez un cobaye anthracosique tuberculeux fortement dyspnéique, on trouve des modifications du sang, hypoglobulie, augmentation de diamètre, proportion exagérée de gros globules.

Chez les cobayes purement anthracosiques (93, 250, 260, séances dans le noir de fumée) en parfaite santé, le sang diffère à peine du sang normal comme nombre, diamètre de globules, richesse en hémoglobine.

La pneumokoniose peut donc atteindre un degré très élevé sans déterminer de troubles fonctionnels ni de modifications correspondant à une réaction défensive de l'organisme contre l'anhématose. On peut par conséquent considérer la présence de poussières inertes dans le poumon comme peu nuisible aux échanges respiratoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 Décembre 1896.

Appendicite par cavité close.

M. Brun n'accepte pas les conclusions de M. Routier qui, en analysant l'observation de M. Guinard où il s'agissait d'un cas de hernie de l'appendice transformé en cavité close et non accompagné d'appendicite, soutenait, contrairement à M. Guinard, que cette observation n'infirmait pas la théorie de M. Dieulafoy. Il croit au contraire que l'observation de M. Guinard est un nouveau cas qui, avec les autres qui ont été publiés ou observés, permet d'affirmer que la théorie telle que M. Dieulafoy l'a formulée est loin d'être absolue.

Du reste M. Routier lui-même nous avait communiqué l'observation d'un malade qui n'avait présenté que des symptomes d'appendicite très atténués et chez lequel on trouva un appendice présentant la transformation typique en vase clos.

Des faits analogues ont été observés par M. Brun. En effet, plusieurs fois il lui est arrivé d'intervenir à froid et d'enlever des appendices transformés en cavité close et qui n'avaient pas provoqué, du moins au moment de l'intervention et longtemps

avant, de phénomènes d'appendicite aiguë. Inversement, dans ses opérations au cours des appendicites aiguë, il a très souvent trouvé des appendices enflammés, pathologiquement modifiés, mais nullement transformés en cavité close.

M. Brun croit du reste, qu'on a tort de faire de l'appendicite une affection exclusivement locale. Il a notamment constaté que, dans bon nombre de cas, l'appendicite est précédée de phénomènes d'entérocolite et semble faire partie du processus pathologique qui a envahi le tube digestif. D'un autre côté, il faut encore noter que dans certains cas après l'ablation de l'appendice, les phénomènes d'entérite continuent à évoluer encore pendant quelque temps.

M. Walther partage entièrement l'avis de M. Brun et les faits qu'ils désire communiquer ne font que corroborer cette opinion.

Depuis le 1er janvier 1896 il a observé 27 cas d'appendicite aiguë ou chronique dont 17 ont été opérés. Sur ce nombre il a noté 14 fois l'existence antérieure d'un état infectieux de l'intestin (entérite, embarras gastrique, entéro-colite, fièvre typhoïde, etc.). Cette fréquence d'une infection antérieure de l'intestin vient donc à l'appui de ce que M. Brun vient de dire.

Sur les 17 cas opérés, la résection de l'appendice a été faite à froid dans 5 cas ; dans les 12 autres, M. Walther est inteavenu en pleine péritonite généralisée (3 cas avec 1 mort), ou quand la péritonite était plus ou moins localisée. Dans aucun de ces cas, il n'a trouvé d'appendice transformé en vase clos. Dans un cas où il est intervenu à la première attaque d'appendicite, il a trouvé l'appendice gros, congestionné et présentant une dilatation parfaitement appréciable de sa cavité.

M. Jalaguier considère avec M. Brun et M. Walther que la transformation de l'appendice en cavité close ne joue pas un rôle dans l'étiologie de l'appendicite : les faits qu'il a observés lui font même penser que cette transformation en cavité close est consécutive à l'appendicite.

Comme M. Brun, il estime que l'appendicite n'est souvent que la localisation d'un état infectieux général. Plusieurs fois notamment il a vu les malades être pris de phénomènes de grippe avec douleurs à la nuque, hyperthermie, etc., et présenter ensuite, au bout de 3 ou 4 jours seulement, les premiers signes d'appendicite. Il a vu aussi des cas où l'appendicite s'était déclarée au cours d'une rougeole, d'une varicelle, d'une fièvre typhoïde, etc. On peut donc se demander si l'appendicite ne résulte pas de l'exagération momentanée de la virulence des microbes contenus normalement dans l'appendice.

Œsophagotomie externe pour corps étranger.

M. Broca fait un rapport sur une observation de **M. Lemaistre** (de Limoges), et ayant trait à un cas d'œsophagotomie externe fait chez un nourrisson de 6 mois qui avait avalé une broche. M. Lemaistre ne vit le petit malade que 12 jours après l'accident, et, ayant constaté la présence du corps étranger, fit l'œsophagotomie externe, pratiqua l'extraction du corps étranger et sutura la plaie. Le malade guérit.

Plusieurs faits doivent être relevés dans cette observation. L'enfant de M. Lemaistre est le plus jeune parmi ceux qui ont été opérés. En second lieu, on peut se demander comment une broche, corps relativement volumineux, peut descendre dans un canal aussi étroit que l'œsophage. Le fait n'est pas rare, et M. Broca a observé, il y a 9 ans, un nourrisson de 16 mois qui avait avalé une clef de commode. N'ayant rien trouvé au cathétérisme, M. Broca a déclaré que l'enfant n'avait rien avalé. Douze jours après l'enfant succombait, et à l'autopsie on a retrouvé la clef enclavée dans l'œsophage.

Chez un autre nourrisson M. Broca trouva derrière un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage une collection de petits cailloux dont il était impossible de s'expliquer la provenance.

Cancer pédiculé du foie.

M. Segond. — Il existe, jusqu'à ce jour, environ 30 à 35 cas de résection du foie, dont 12 pour cancer. Tous ces faits de résection pour cancer ont trait à des cas de tumeurs pédiculées ; dans tous les cas, on a opéré sans avoir fait le diagnostic. Les résultats immédiats ont été bons, puisque les 12 cas ont guéri opératoirement; mais les résultats éloignés ont été tous mauvais, la récidive étant régulièrement survenue. Quant à la technique opératoire, elle a été simple ; sauf Bruns et Israël, qui ont refermé le ventre après avoir rentré le pédicule, les opérateurs s'en sont tenus au pédicule externe.

L'observation que rapporte M. Segond ne présente qu'un point intéressant : c'est l'erreur de diagnostic auquel elle a donné lieu. La tumeur a été prise pour un fibrome utérin. Il s'agissait d'une femme de 30 ans, qui souffrait du ventre depuis 2 ans, se plaignait de pertes et maigrissait. Les premiers médecins qui l'examinèrent trouvèrent une tumeur au-dessus de l'utérus et faisant corps avec lui, qu'ils prirent pour un fibrome. M. Henrotin l'examinant un peu plus tard trouva, en outre, un prolongement très dur dans le flanc droit et se perdant sous le foie, dont le séparait une zone de sonorité. Il porta le diagnostic de fibrome utérin avec prolongement à droite qui, après examen, fut confirmé par M. Segond, et, le péritoine ouvert, on trouva une tumeur violacée, de consistance molle, régulière, qui coiffait simplement le fond de l'utérus comme une cupule et ne lui était unie que par quelques adhérences lâches qui se déchiraient sans peine. La tumeur était implantée sur le bord tranchant du foie, au-devant de la vésicule biliaire, par un pédicule anémié, large de 3 bons travers de doigts mais dont le peu d'épaisseur explique la persistance de la sonorité intestinale à ce niveau. L'ablation de la tumeur n'a présenté aucune difficulté. Le pédicule fut fixé à la paroi, les pinces hémostatiques laissées à demeure et le ventre refermé, sauf à l'angle supérieur de la plaie.

L'affaiblissement de la malade, très marqué au moment de l'opération, n'a fait que progresser, et elle est morte le troisième jour, sans avoir présenté aucun signe évident d'infection. L'autopsie n'a pas été faite. La tumeur était un épithélioma.

M. Verchère lit un travail sur la période prémonitoire du retrécissement du rectum.

M. Marchand présente une anse intestinale gangrénée provenant d'une femme laparotomisée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 Décembre 1896.

Hémorrhagie mortelle par rupture de varices œsophagiennes dans la cirrhose atrophique.

M. Ménétrier communique l'observation d'un homme entré à l'hôpital pour une cirrhose alcoolique sans ascite, et qui a succombé en quelques heures à des hématémèses abondantes, accompagnées de melæna.

A l'autopsie, on a constaté que l'hématémèse provenait de deux perforations veineuses, siégeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Les veines du cardia étaient turgescentes du fait d'une circulation collatérale nécessitée par une thrombose d'une des branches de la veine-porte.

M. Rendu insiste sur l'absence d'ascite dans le cas de M. Ménétrier. Personnellement il a aussi observé plusieurs fois des cirrhoses atrophiques évoluant sans ascite, et ces faits confirment son opinion, à savoir, que l'ascite n'est pas fonction de lésion de la veine-porte, mais bien de péritonite chronique concomitante. Sous ce rapport le cas de M. Ménétrier, où il y avait en même temps thrombose d'une branche de la veine porte, est particulièrement démonstratif.

M. Achard a observé, il y a quelque temps, un cas qui confirme l'opinion de M. Rendu : il s'agissait d'un cas de cancer de l'estomac avec thrombose portale et sans ascite.

Réaction agglutinative dans un cas de fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite.

M. Ménétrier rapporte l'observation d'un typhique qui, pendant la convalescence fut pris de pleurésie avec épanchement. Or le liquide pleurétique ne présentait pas de réaction agglutinante tandis que le sérum sanguin agglutinait les bacilles dix jours avant l'apparition de la pleurésie et qu'il n'agglutinait plus lors de la sortie du malade. M. Ménétrier ne sait comment

expliquer cette absence de réaction agglutinative de la sérosité pleurale; peut-être faut-il trouver une explication dans ce fait que ce liquide contenait des bacilles d'Eberth en pleine vitalité ainsi que le démontrèrent les cultures.

M. Achard qui a fait des recherches sur l'action agglutinante de la sérosité pleurale des typhiques, une fois sur le vivant, deux fois sur le cadavre, a dans ces trois cas obtenu des résultats positifs. Il ajoute cependant qu'une fois il a expérimenté avec de la sérosité péricardique recueillie sur un cadavre, et que, dans ce cas, le résultat fut à peu près négatif.

Diphthérie très bénigne avec associations microbiennes.

M. Variot a été pris le samedi 8 novembre 1896, après quelques malaises, de plusieurs frissons violents; vers 3 heures du matin, il commença à ressentir une douleur de côté de l'amygdale droite; le jour suivant, déglutition très pénible, gonflement des ganglions sous-maxillaires. Le lendemain lundi, il se rendit à l'hôpital et fit examiner sa gorge par un des internes du service, qui constata une rougeur vive de toute la muqueuse, un exsudat grisâtre, très circonscrit. L'ensemencement de cet exsudat donna des cultures de streptocoques, de bacilles courts et de bacilles moyens. Depuis lundi, la guérison s'affirma, et aujourd'hui, il se sent dans un état tout à fait normal. Il croit avoir eu une angine couenneuse, bénigne, *diphthérique*, puisque les cultures ont donné du Lœffler; *associée*, puisque ces mêmes cultures ont donné du streptocoque.

De cette observation et des cas nombreux qu'il a observés, M. Variot tire les conclusions suivantes :

1° La constatation des associations microbiennes dans la diphthérie, dans les cultures faites sur sérum, n'a aucune signification au point de vue clinique.

2° Tant qu'on n'aura pas trouvé un procédé rapide et sûr de découvrir la virulence du streptocoque et du staphylocoque, qui sont des microbes banaux de la bouche, il sera prématuré de vouloir tirer des conclusions de l'examen des cultures sur sérum, pour affirmer qu'on est en présence d'une association microbienne.

3° Le diagnostic d'angine diphthérique avec association ne devrait être porté qu'après que la virulence du streptocoque ou du staphylocoque aurait été reconnue par des inoculations aux animaux, c'est-à-dire après l'isolement des colonies qui ont poussé sur sérum, après leur culture dans des milieux spéciaux, qui permettraient l'essai de leur virulence sur les animaux. En résumé, le diagnostic des angines polymicrobiennes n'est pas du ressort de la clinique pratique, puisqu'il exige des manœuvres longues et compliquées.

M. Sevestre considère les conclusions de M. Variot comme un peu prématurées, car les exemples de diphthérie que la clinique affirme malignes et que la bactériologie démontre être des strepto-diphthéries sont très nombreuses. Cependant, qui dit diphthérie associée ne dit pas forcément diphthérie grave.

A propos du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

MM. Widal et **Sicard** reviennent sur la communication de MM. Achard et Bensaude relative au sérodiagnostic dans les infections causées par des microbes voisins, mais différents du bacille typhique.

Pour ce qui est tout d'abord de la psittacose. MM. Widal et Sicard ont déjà montré, comme MM. Gilbert et Fournier, qu'un sérum typhique agglutinait différemment le bacille d'Eberth et et le bacille de la psittacose et qu'en se conformant aux règles techniques qu'ils ont données, on peut, par la réaction agglutinante, différencier avec la plus grande facilité ces deux bacilles.

Quant aux deux autres observations de MM. Achard et Bensaude, on peut se demander si les résultats ne tenaient pas à la concentration du sérum. Si des observations rigoureuses montrent que, pour quelques cas exceptionnels, le mélange à 1 p. 10 est trop concentré, rien ne sera plus simple, en ce cas, de parer à cette petite difficulté par une légère modification de technique, en étendant un peu plus la dilution, car on a le champ large entre 1 p. 10 et 1 pour 60.

M. Achard. — Je crois qu'il n'existe aucune divergence profonde entre les résultats de M. Widal et ceux que j'ai obtenus avec M. Bensaude. En ce qui concerne la pratique du sérodiagnostic, nous avons dit dans notre précédente communication, et nous confirmons, qu'elle n'est pas atteinte par la notion des infections paratyphoïdiques.

Pour ce qui est de l'action du sérum typhique sur le bacille d'Eberth et les bacilles paratyphiques, nous avons dit que la différence d'agglutination était une question de degré. Les recherches de M. Widal précisent ce degré différent et complètent nos résultats plutôt qu'elles ne les contredisent. La propriété agglutinante, disions-nous, n'est pas rigoureusement spécifique. Il ressort de ce que vient de dire M. Widal que ce qui est spécique, ce n'est pas l'existence de cette propriété dans le sérum, mais le degré auquel elle existe.

L'appréciation de ce degré permet de faire le diagnostic des microbes par le sérum, mais rend forcément ce procédé un peu moins simple, et c'est pourquoi nous pensons que le diagnostic ne peut que gagner à s'appuyer sur plusieurs caractères et non sur un seul.

Quant à la psittacose, nous avons cru devoir le réserver, parce qu'il y a là des points obscurs encore dans son histoire. Ce que nous avons vu, c'est que le sérum d'un sujet atteint de psittacose agglutine le bacille d'Eberth à un degré moindre que ne le fait le sérum typhique.

Enfin, nous avons publié 2 faits d'infections paratyphoïdiques : dans l'un, c'est la pyélo-néphrite qui est la lésion la plus nette, mais elle s'accompagnait de bien des phénomènes indiquant une atteinte générale de l'organisme et donnant à la maladie une certaine ressemblance avec la fièvre typhoïde, notamment le météorisme, la diarrhée, le mélæna, la courbature, la courbe thermique.

Si nous avons préféré les termes d'infections paratyphoïdiques et de bacilles paratyphiques à ceux de paracoli-bacilloses et paracoli-bacilles, c'est pour bien marquer que ces infections peuvent présenter une analogie clinique avec la fièvre typhoïde et que leurs bacilles ressemblent de très près au bacille d'Eberth.

Insuffisance aortique par rupture valvulaire chez un bicycliste.

M. P. E. Launois rapporte l'observation d'un homme jeune et vigoureux ayant fait un usage abusif de la bicyclette, qui, vers la fin du mois de décembre 1896, étant un soir à bicyclette, entendit un bruit particulier, complètement inconnu de lui, et qui lui sembla occasionné par les battements du cœur contre les vêtements. L'apparition de ce bruit ne s'accompagna d'aucun malaise, d'aucune douleur ni d'aucun trouble fonctionnel.

Il ne vint consulter que pour des épistaxis abondantes qui se répétaient périodiquement par la narine gauche et durant trois à quatre jours. L'examen du malade montre les signes classiques d'une insuffisance aortique, avec souffle diastolique à timbre musical aigu, qu'on peut attribuer à une vibration des lambeaux d'une des valves de l'aorte sous l'influence de l'ondée sanguine en retour. Tout porte donc à croire que dans ce cas l'insuffisance a été occasionnée par une déchirure ou une rupture d'une des valves qui assurent l'oblitération de l'orifice aortique.

Quant à la pathogénie de cette rupture valvulaire, ne trouvant aucune cause antérieure d'altération de l'endocarde (ni rhumatisme, ni maladie infectieuse, ni syphilis), éliminant aussi l'influence qu'aurait pu avoir une très bénigne infection palustre, M. Launois croit la trouver dans le surmenage auquel le malade a soumis son cœur pendant les courses qu'il fit en bicyclette. Il est toutefois intéressant de noter que la rupture valvulaire ne s'est accompagnée d'aucun symptôme dramatique, qu'il n'y a eu ni douleur précordiale, ni tendance à la syncope, et que c'est seulement cinq mois après le surmenage cardiaque que l'affection s'est caractérisée par le bruit de souffle qui n'a pas disparu depuis cette époque. On peut supposer, d'ailleurs, que l'altération valvulaire s'est faite progressivement et qu'une simple fissuration d'une valvule a abouti ultérieurement à une déchirure complète. Quant à l'absence de toute manifestation symptomatique, elle est expliquée par l'excellent état du muscle cardiaque.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 Novembre 1896.

Anévrysme et thrombose de l'aorte.

MM. Kayserling et **Huber** rapportent l'observation d'un malade apporté à la clinique ayant perdu connaissance après être tombé dans l'eau. A l'examen on trouvait de la matité du poumon droit, de la respiration bronchique, des râles crépitants, qui très probablement existaient déjà avant cette chute qui n'a eu lieu qu'en raison du délire pneumonique. La fièvre était irrégulière et a persisté pendant 3 semaines sans résolution. Le 20° jour les orteils du pied gauche devinrent bleus, froids, insensibles, mais l'origine de la gangrène, certainement par thrombose, était difficile à préciser, car on ne trouvait absolument rien du côté du cœur, si bien qu'on diagnostiqua une thrombose cachectique à la suite du repos au lit prolongé. Dans les semaines suivantes la pneumonie se résorba, mais la gangrène continua. Au 40° jour le malade fut pris de diarrhée incoercible et succomba à un collapsus progressif.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'aorte à la hauteur de la 5° vertèbre dorsale. L'aorte était sclérosée; des thromboses se trouvaient dans les divisions de la poplitée et de la fémorale profonde.

Dans un autre cas rapporté par MM. Huber et Kayserling, il s'agit d'un cocher de 56 ans qui fut admis avec les signes évidents de l'insuffisance aortique et mourut 5 jours après. Comme il présentait une expectoration sanguinolente, on soupçonna un anévrysme de l'aorte que n'indiquaient pas cependant les signes physiques.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'artère coronaire du cœur droit et du sinus de Valsalva. Il existait en même temps une pneumonie indurée, mais pas de compression de la trachée, fait qui montre que l'hypothèse émise par M. Fraenkel sur le rôle étiologique de cette compression dans les complications pulmonaires des anévrysmes de l'aorte n'est pas exacte.

M. A. Fränkel n'a pas eu l'intention de tirer des conclusions générales sur la genèse de ces pneumonies, parce qu'il avait observé quelques cas de pneumonie dus à la sténose de la trachée dans les anévrysmes de l'aorte. Quant à l'expectoration sanguinolente dans les anévrysmes, il a vu plusieurs cas dans lesquels les poumons ne présentaient pas d'infarctus, mais ces hémorrhagies étaient dues à des ruptures du sac qui s'étaient ensuite refermées.

M. Leyden a observé un homme de 44 ans qui, 3 jours après avoir quitté l'hôpital où il était soigné pour une pneumonie, fut pris subitement pendant la marche d'une violente douleur et d'une faiblesse telle dans le membre inférieur droit qu'il était tombé par terre. A ces symptômes s'ajouta une sensation intense de froid dans les orteils, qui remonta dans le membre. L'examen montra une tuméfaction des deux membres qui étaient froids au toucher, les orteils étaient bleuâtres, le pouls avait disparu dans les deux fémorales. On diagnostiqua une thrombose de l'aorte abdominale. Le malade succomba 2 jours après l'amputation du membre faite pour une gangrène qui avait envahi la jambe. L'autopsie a montré une thrombose de l'aorte abdominale à sa bifurcation; les thrombus se prolongent dans les deux iliaques.

Pour M. Leyden la thrombose de l'aorte était analogue à celle qu'on observe dans les vaisseaux moins volumineux, au cours des maladies infectieuses. Dans le cas particulier, elle devait être attribuée à la pneumonie.

M. Litten a présenté un homme de 56 ans atteint d'une compression de la veine cave inférieure, causée probablement par un anévrysme de l'aorte ascendante. Le malade présente 6 paquets veineux parallèles, à veines dilatées et sinueuses qui montent de la région du ligament de Poupart jusqu'à la partie inférieure du sternum; les capillaires sont également dilatés. Il n'y a pas de varices aux membres inférieurs. Le côté droit du thorax présente en outre une forte voussure, animée d'un battement et d'un frémissement vibratoire intenses. On sent à gauche les battements du cœur, de sorte qu'en posant les deux mains en même temps sur les côtés gauche et droit, on croit sentir battre deux cœurs. Il s'agit donc d'une grosse tumeur pulsatile naturellement placée à droite, d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Les veines azygos sont comprimées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Albuminurie cyclique.

M. Rudolph a observé 3 cas d'albuminurie cyclique chez deux fillettes de 9 ans et un garçon de 12 ans, survenus deux fois à la suite de la diphthérie, une fois à la suite de la rougeole. Le garçon et une des filles sont frère et sœur, et chez eux l'albuminurie, d'abord cyclique, s'est transformée actuellement en albuminurie cyclique intermittente.

D'après M. Rudolph, seule la station debout provoque l'apparition de l'albumine dans l'urine; les exercices physiques n'allant pas jusqu'au surmenage, les repas et les bains ne lui ont pas paru exercer une influence quelconque sur cette albuminurie.

M. Unverricht estime que le point intéressant de la question est de savoir si l'albuminurie cyclique est une affection *sui generis* ou non. Il est certain, et il l'a constaté maintes fois, que l'albuminurie cyclique n'est que la période prémonitoire ou la période terminale d'une néphrite. C'est souvent après la diphthérie compliquée de néphrite qu'on observe l'albuminurie cyclique quand les signes de néphrite ont déjà disparu. Les 2 cas de M. Rudolph semblent appartenir à cette forme, qui guérit ordinairement.

D'un autre côté, on voit des cas où l'albuminurie cyclique, après avoir duré longtemps, aboutit à la néphrite, au petit rein contracté. On peut encore invoquer contre l'albuminurie cyclique maladie autonome, l'existence des formes de transition multiples entre l'albuminurie vraie et l'albuminurie cyclique, la transformation de l'albuminurie cyclique typique en atypique, l'apparition intermittente de l'albuminurie, sa transformation en albuminurie permanente. Néanmoins il existe des faits qui ne permettent pas encore de se prononcer d'une façon définitive sur cette question.

Quant à la pathogénie de l'albuminurie cyclique, M. Unverricht ne pense pas que la théorie mécanique s'applique à tous les cas.

M. Friedeberg a constaté l'existence d'une albuminurie physiologique immédiatement après l'accouchement, chez 39 p. 100 des femmes qu'il a examinées. L'albuminurie est minime et disparaît ordinairement au bout de 24 à 48 heures, et doit être attribuée à la stase dans les vaisseaux des reins, provoquée par le travail. Cette albuminurie est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. Dans 6 p. 100 des cas on trouve encore des cylindres urinaires à côté de l'albumine.

Chirurgie du pancréas.

M. Sendler a eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois pour des affections du pancréas.

Dans un cas il s'agissait d'une femme de 54 ans entrée à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur du pancréas. La tumeur, des dimensions d'une grosse noix, était logé dans la tête du pancréas; son extirpation ne présenta aucune difficulté et la malade guérit rapidement. Bien que la tumeur fût reconnue pour un sarcome, il n'y a pas encore, depuis 10 mois, de récidive.

Dans un autre cas, chez une femme de 26 ans, la laparotomie montra l'existence d'une tumeur ayant tous les caractères d'un carcinome et qui avait envahi tout le pancréas. La glande était tuméfiée, de consistance ligneuse, soudée au pylore et au duodénum. Dans ces conditions on ne toucha pas à la tumeur et on ferma le ventre. Or, à la grande surprise, la tumeur a commencé, après l'opération, à diminuer de volume et disparut définitivement au bout d'un an. La malade est actuellement guérie et a eu, dans l'espace de 3 ans, 2 enfants bien portants. Il s'agissait

donc dans ce cas d'une pancréatite interstitielle qui a guéri sous l'influence de la laparotomie exploratrice.

M. Biermer rapporte l'observation d'une femme de 48 ans chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur, encore considérée comme un kyste ovarique, a été ouverte au moment de son décollement et ce n'est qu'au moment de l'extirpation du sac qu'on constata que la tumeur appartenait au pancréas dans la queue duquel elle s'était développée. La poche a été partiellement réséquée et la plaie dranièe. La malade guérit après avoir présenté une eschare au sacrum, bien que pour faciliter le drainage elle fût constamment couchée sur le côté.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 27 Novembre 1896.

Régression d'un squirrhe du sein.

M. Pearce Gould rapporte l'observation d'une femme de 43 ans, qui en 1885 avait reçu un coup sur le sein gauche. 3 ans plus tard, il survint une induration qui augmenta peu à peu de volume, devint douloureuse, si bien qu'en 1890 il a fallu pratiquer l'amputation du sein. En 1892, une récidive dans les ganglions de l'aisselle nécessite une nouvelle opération.

En février 1894, la malade revint avec de nombreux nodules néoplasiques dans la cicatrice et dans le sein droit. Toutes ces tumeurs furent enlevées à leur tour, mais au mois de décembre de la même année de nouveaux noyaux apparurent au niveau des cicatrices et la respiration devint embarrassée. Il y avait de l'orthopnée et une toux quinteuse avec crachats abondants parfois teintés de sang et il existait des paquets de ganglions tuméfiés dans les deux aisselles et dans les creux sus-claviculaires. Quelque temps après des noyaux métastatiques furent trouvés à la base du poumon droit; plainte de douleurs dans la cuisse gauche au-dessous du grand trochanter.

La malade semblait donc se trouver à la période de généralisation de la carcinose, lorsqu'il survint une amélioration frappante : les foyers cancéreux qui se trouvaient auparavant au niveau des cicatrices avaient tous disparu; on ne constatait plus ni tuméfactions ganglionnaires, ni dyspnée; la matité du côté droit n'existait plus que tout à fait à la base du poumon; enfin la tumeur sous-trochantérienne avait considérablement diminué de volume et bientôt elle fondit presque complètement.

Les diverses tumeurs observées dans ce cas furent examinées à plusieurs reprises par deux histologistes qui constatèrent qu'il s'agissait bien d'un squirrhe typique.

M. Bowlby a observé un fait analogue. Il s'agit notamment d'une tumeur du sein récidivée après l'opération sous la forme de trois nodules distincts offrant tous les caractères du squirrhe et qui furent extirpés à leur tour. Il y eut plus tard de nouveaux noyaux secondaires qui ne tardèrent pas à donner lieu à un véritable cancer en cuirasse. Enfin, le foie se tuméfia, les tumeurs s'ulcérèrent, la malade devint ictérique et cachectique et on la croyait déjà presque agonisante lorsque survint une amélioration inattendue et rapide; l'ictère et la tuméfaction du foie se dissipèrent, les noyaux néoplasiques de la cicatrice opératoire subirent une régression presque complète et le poids du corps augmenta. La malade est encore en observation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 26 Octobre 1896.

Traitement des calculs de la vessie.

M. P.-J. Freyer considère la litholapaxie par la méthode de Bigelow comme le procédé le plus rapide et le plus sûr d'extraction des calculs vésicaux. Sur 300 interventions qu'il a faites dans le courant des dernières années, il a pratiqué 293 litholapaxies, 2 lithotomies sus-pubiennes, 4 périnéales et 1 vaginale. Sur ces 106 dernières litholapaixes il n'a perdu qu'un seul opéré.

Dans 49 cas il s'agissait de gros calculs pesant plus de 70 grammes, dans des vessies enflammées, indurées, quelquefois chez des individus présentant encore une hypertrophie de la prostate ou un rétrécissement de l'urèthre. Chez 31 de ces malades M. Freyer a pu pourtant faire avec succès la litholapaxie. Toutefois pour les cas où à côté d'un calcul très volumineux nécessitant l'emploi d'un lithotriteur puissant, on trouve une grave hypertrophie de la prostate ou un rétrécissement serré de l'urèthre, il est préférable de faire la lithotomie.

Il arrive quelquefois que la vessie est tellement contractée qu'elle emprisonne le calcul dont la saisie par le lithotriteur est dans ces cas très difficile. Si après avoir rempli la vessie d'un liquide on n'arrive pas à insinuer l'instrument entre les parois vésicales et le calcul, il vaut mieux, d'après M. Freyer, ne pas insister et faire la lithotomie.

La durée de la litholapaxie varie avec les dimensions de la consistance du calcul. Dans aucun des cas opérés par M. Freyer cette durée n'a pas dépassé 35 minutes. Souvent les malades peuvent quitter l'hôpital déjà 4 à 6 jours après l'opération.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Octobre-Novembre.

Méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Kaufmann revenant sur les cas de méningite cérébro-spinale observés par M. Schlesinger (voir *Gaz. hebd.*, p. 1068, n° 89), fait remarquer qu'à la clinique otiatrique, on observe depuis quelques années des cas de méningite cérébro-spinale compliqués d'affections graves et rebelles de l'oreille interne.

M. Singer attribue les bons résultats des enveloppements chauds à la diaphorèse. Il a également noté la coexistence de la méningite avec des otites et il estime que, dans un certain nombre de cas, le point de départ de la méningite doit être cherché dans l'oreille.

M. Müller pense qu'il y a une grande ressemblance entre les symptômes de la méningite cérébro-spinale épidémique et ceux de certaines formes d'otite, et que c'est peut-être là la raison qui fait croire à une relation entre ces 2 affections.

Développement des conduits uréthraux.

M. Ehrmann. — On voit souvent sur les parties latérales et inférieure du prépuce s'aboucher des conduits d'un centimètre de profondeur qui s'enfoncent dans le frein de la verge et se dirigent vers la commissure postérieure de l'orifice uréthral; sur la muqueuse de l'urèthre, on voit aussi des conduits analogues se dirigeant vers le raphé. Ces conduits ont une importance assez grande, car ils fournissent un excellent terrain pour le développement du gonocoque qui y pénètre et s'y cantonne. A la base du frein et à la face interne du prépuce on voit souvent de petits diverticules qui se remplissent de matière sébacée et dont l'inflammation peut simuler l'induration chancreuse.

D'après M. Ehrmann ces conduits accessoires ne seraient pas autre chose que des malformations produites au moment où les bords de la gouttière uréthrale se soudent, ce qui expliquerait également la fréquence de ces conduits chez les hypospades.

M. Fischer fait remarquer que des conduits analogues se rencontrent aussi chez les femmes, bien qu'il n'y ait aucune analogie dans le développement entre l'urèthre féminin et celui de la portion pénienne de l'homme. Il pense donc que ces courts conduits sont dus à des bourgeonnements épithéliaux de l'urèthre.

M. Grünfeld a observé un malade atteint d'une blennorrhagie aiguë qui s'était étendue à un conduit para-uréthral. Le conduit envahi laissait sourdre un pus crémeux, et présentait un orifice ponctiniforme au milieu de la lèvre gauche de l'orifice uréthral. Une soie introduite dans cet orifice s'enfonçait à

1 centim. 1/2 parallèlement à la direction de l'urèthre en restant dans l'épaisseur de sa paroi. Ce malade avait un hypospadias modérément prononcé.

En outre de l'envahissement du canal para-uréthral, le malade présentait ancore une lymphangite avec œdème des téguments de la verge.

Oblitération du sinus caverneux.

M. Schlesinger a présenté une femme dont l'affection a débuté par de vives douleurs dans la face et un gonflement des paupières et qui présente actuellement des vertiges, de la diplopie, des maux de tête et des paresthésies du membre supérieur. Du côté des yeux il existe une amaurose complète avec atrophie du nerf optique. La face est cyanosée, surtout du côté droit et présente une ectasie des veines des paupières et de la peau du visage. Il s'agit dans ce cas d'un trouble de la circulation veineuse encéphalique, dû probablement à une oblitération des sinus caverneux.

Endartérite oblitérante.

M. Schlesinger a présenté un malade dont l'affection a débuté il y a 2 ans par des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Peu après il eut un panaris du gros orteil gauche et de vives douleurs dans les autres orteils. Les extrémités inférieures sont cyanosées ; l'artère radiale n'est pas sclérosée, mais épaissie, de même que les autres artères. Au niveau des artères poplitée et tibiale gauches le pouls est plus faible qu'à droite. On se trouve ici en présence d'une endartérite oblitérante.

Du filmogène.

M. Schiff désigne sous ce nom une solution de nitrocellulose dans l'acétone, à laquelle on a ajouté un peu d'huile grasse pour éviter toute irritation de la peau. Le filmogène est insoluble dans l'eau et sert de véhicule à tous les agents employés en dermatologie ; il forme sur la peau une pellicule très fine qui ne gêne pas les mouvements de la partie atteinte. Il est surtout indiqué pour le traitement des dermatoses sèches ; sur la peau humide, l'évaporation de l'acétone détermine une vive cuisson.

M. Nobl dit avoir employé le filmogène avec succès dans le traitement du psoriasis.

Muguet des organes génitaux chez la femme.

M. Fischer a eu l'occasion d'observer dans le courant des deux dernières années 4 cas de muguet des organes génitaux chez la femme. Deux fois il existait en même temps une gonorrhée, une fois, chez une femme enceinte de 4 mois, le muguet s'est développé en même temps qu'un chancre mou ; dans le 4e cas, le muguet existait seul.

Dans tous ces cas, la vulve et les petites lèvres congestionnées et tuméfiées étaient couvertes de flocons blancs qui se continuaient sous forme de traînées dans le vagin. L'examen microscopique permit de faire le diagnostic d'oïdium albicans.

En fait de symptômes on a noté dans ces cas un écoulement assez abondant et une sensation de brûlure à la vulve. L'urine de ces malades était normale. L'affection céda assez rapidement aux lavages avec du permanganate de potasse.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE.

Octobre-Novembre.

Valeur de la thyroïodine dans le traitement de la cachexie strumiprive.

M. Notkine (de Kiew) a fait une série d'expériences avec la thyroïodine de Baumann sur des chiens ayant subi l'extirpation totale du corps thyroïde.

Dans une première série d'expériences, la thyroïodine fut administrée pendant 2 jours à la dose de 3 et de 4 grammes le surlendemain de la thyroïdectomie, alors que l'animal présentait déjà des tremblements fibrillaires et parfois aussi des secousses cloniques dans les membres. Le syndrome de la cachexie strumiprive n'en continua pas moins à évoluer comme d'habitude. Chez un chien presque à l'agonie, M. Notkine introduisit alors dans l'estomac, au moyen de la sonde œsophagienne, 3 grammes de corps thyroïde desséché. Dès le soir même, les phénomènes convulsifs disparurent. Le lendemain, on administra encore 3 grammes de la même préparation, et ce jour-là, comme aussi le jour suivant, l'animal ne présenta pas de mouvements convulsifs. On lui fit ingérer ensuite pendant 2 jours 12 grammes de thyroïodine, ce qui n'empêcha pas les tremblements fibrillaires de se manifester ; il se produisit même des convulsions généralisées toniques et cloniques.

Chez 2 autres chiens privés de corps thyroïde, la thyroïdine, même administrée en injections sous-cutanées, n'a également exercé aucun effet appréciable sur les symptômes de la cachexie strumiprive.

Enfin, les 3 chiens en expérience ont continué, malgré la thyroïodine, à sécréter une urine albumineuse, ainsi qu'il arrive régulièrement chez les animaux thyroïdectomisés.

De ces divers faits, M. Notkine conclut que la thyroïodine est impuissante à combattre les accidents de la cachexie strumiprive.

Ptosis congénital.

M. Hitschmann a présenté un jeune homme de 27 ans atteint de ptosis congénital de la paupière supérieure droite. Le malade ne peut relever sa paupière que lorsqu'il ouvre la bouche et dévie le maxillaire inférieur du côté gauche. Il ne présente, d'ailleurs, aucun signe d'hystérie et ses antécédents héréditaires n'offrent rien à signaler.

Pathogénie de l'ictère.

M. Pick ne croit pas à la théorie mécanique de l'ictère catarrhal par le bouchon muqueux, qui ne saurait être un obstacle à l'écoulement ne la bile. D'ailleurs, on l'a trouvé à l'autopsie de gens qui n'avaient jamais eu d'ictère.

L'ictère qui se montre au cours des coliques hépatiques n'est pas davantage pour M. Pick un ictère par rétention, car il apparaît souvent au bout de 3 à 12 heures, c'est-à-dire beaucoup trop tôt pour qu'on puisse admettre l'action d'un simple obstacle mécanique. Dans les expériences faites sur les animaux, ce n'est que 24 heures après la ligature du cholédoque qu'on voit apparaître les matières colorantes biliaires dans les urines, mais il ne se produit pas d'ictère.

D'un autre côté, un grand nombre des coliques hépatiques ne s'accompagnent d'aucun ictère, et l'on sait que la présence d'un calcul de la vésicule biliaire suffit pour provoquer une colique hépatique avec ictère. Enfin, on peut voir survenir un ictère chez des individus porteurs d'une fistule biliaire donnant lieu à un écoulement abondant de bile. Pour tous ces motifs, la théorie mécanique de l'ictère n'est pas acceptable.

La bile est fabriquée par les cellules hépatiques et ce sont celles-ci qui sont la cause directe de l'ictère. L'ictère résulte de ce qu'une partie plus ou moins considérable de la bile ne prend pas la direction des capillaires biliaires, mais se dirige vers les capillaires lymphatiques et, par cette voie, gagne le torrent circulatoire. Ce trouble fonctionnel, dont le résultat est l'ictère, pourrait être appelé paracholie.

Myomes de la peau.

M. Neumann a communiqué l'observation d'une malade atteinte d'ulcération syphilitique à la racine du nez et qui présentait sur la peau des bras et du dos des tumeurs douloureuses variant du volume de grain de plomb à celui d'une lentille. Ces tumeurs donnaient l'impression d'une urticaire papuleuse ou d'un xanthome tubéreux. L'examen biopsique d'une de ces tumeurs permit d'y constater des fibres musculaires lisses disposées irrégulièrement et une prolifération de cellules autour des glandes sébacées et dans la couche papillaire. Il s'agit donc des dermatomyomes décrits pour la première fois par Besnier.

D'après M. Neumann, il faut distinguer parmi ces tumeurs les dermatomyomes purs et les dermatomyomes caverneux. Ces néoplasmes se développent surtout au niveau du scrotum, des grandes lèvres, etc., partout où il existe de grandes quantités de fibres lisses. Au niveau des parois vasculaires, il n'y a pas d'altérations des fibres lisses, mais seulement infiltration. Cette affection, dont on ne connaît encore que 16 cas, se montre surtout chez des femmes d'un âge avancé.

De la fatigue périphérique et cérébrale.

M. Bum a entrepris des recherches à l'aide de l'ergographe de Mosso sur la fatigue physique et psychique. Chez 9 jeunes gens âgés de 12 à 23 ans, il a déterminé d'abord le tracé typique de la fatigue, puis il a étudié les modifications de ce tracé sous l'influence d'un travail physique et intellectuel. Il a trouvé constamment, après le travail intellectuel de même qu'après le travail physique, une diminution notable de la force musculaire. Il résulte de ces expériences que les enfants ne devraient pas se livrer à des exercices gymnastiques lorsqu'ils viennent d'accomplir un travail intellectuel.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance des 9 et 16 novembre.

Du moment de l'intervention dans l'appendicite.

M. Gersuny a fait observer que si la clinique et l'anatomie pathologique de l'appendicite sont actuellement bien connues grâce aux interventions chirurgicales, on n'en discute pas moins sur le traitement. Tandis que les chirurgiens ont une tendance à intervenir dans presque tous les cas, les médecins soutiennent que la plupart des appendicites guérissent sous l'influence d'un traitement médicamenteux. La statistique ne permet pas de fixer le pronostic d'une façon certaine, car les complications tardives de l'appendicite (récidive, adhérences de l'appendice aux organes voisins, etc.), sont d'habitude rarement envisagées dans les statistiques.

La guérison de l'appendicite peut s'effectuer soit par résorption de l'exsudat, soit par formation d'un abcès qui tantôt s'enkyste, s'épaissit, tantôt s'ouvre dans un organe voisin (vessie, intestin) ou au dehors après avoir perforé la paroi abdominale.

Quant au diagnostic de l'appendicite, il n'est pas toujours facile à faire, car, si d'un côté l'appendicite peut évoluer avec les symptômes d'un néoplasme de la région cæcale, de l'autre elle peut se compliquer rapidement de phénomènes de péritonite par perforation sans avoir été précédée de phénomènes aigus. Dans d'autres cas encore, la collection purulente descend dans le petit bassin et provoque une péritonite diffuse.

La péritonite se manifeste en premier lieu par la rapidité et la petitesse du pouls, et l'apparition de ce symptôme est une indication formelle pour l'intervention. Pourtant, on a vu des guérisons spontanées se produire après l'ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale; d'un autre côté, le malade peut se trouver dans un état de collapsus tel que l'opération n'a aucune chance de réussir.

Si l'on prend en considération toutes ces éventualités et l'état de chaque malade en particulier, l'opération semble à M. Gersuny indiquée dans les conditions suivantes : 1° dans les cas où l'appendicite provoque des troubles abdominaux chroniques, et dans ces cas, ce sont ordinairement les malades qui réclament l'intervention; 2° dans les cas où la suppuration progresse, où l'apparition des phénomènes de pyohémie fait craindre l'ouverture de l'abcès dans la cavité abdominale; 3° dans les cas où l'ouverture de l'abcès dans la cavité abominale a provoqué une péritonite généralisée. Dans tous ces cas, l'opération est contre-indiquée, quand le cœur paraît affaibli au point de ne pouvoir supporter la narcose.

D'une façon générale, l'appendicite typique doit, d'après M. Gersuny, être traitée par l'opium, le repos et la diète. Dans l'appendicite atypique, il faut se tenir prêt à opérer aussitôt que les chances de la guérison spontanée paraissent diminuer.

M. Teleky, qui a vu un grand nombre d'appendicites, même d'appendicites à répétition, croit qu'il faut opérer aussitôt qu'on trouve de la fluctuation.

M. Schnitzler intervient dans l'appendicite circonscrite quand la résistance au toucher persiste plus de 8 jours. Quand la péritonite est déclarée, il n'opère que s'il y a doute sur l'existence d'un iléus ou d'une péritonite par perforation.

Valeur clinique de l'hématologie.

M. Limbeck pense que l'examen du sang fait au lit du malade peut rendre de grands services au point de vue diagnostique. Souvent, il est possible de se rende compte à l'œil nu des modifications que présente le sang, au moment où on le recueille par piqûre au doigt. C'est ainsi qu'un sang couleur chocolat doit faire supposer l'existence d'une intoxication avec des substances ayant la propriété de former de la méthémoglobine (phénacétine, antifébrine, chlorate de potasse, etc.).

La forme et les dimensions des éléments figurés du sang, tels qu'on les voit sous le microscope, ont une grande valeur diagnostique. C'est ainsi qu'on trouve des mégalocytes dans l'anémie grave, des microcytes dans des états caractérisés par la destruction des hématies, c'est-à-dire dans les intoxications. Quelquefois, les hématies présentent des taches blanches dues à l'absence d'hémoglobine : d'après Maragliano, il s'agirait, dans ces cas, d'une affection générale grave. Des modifications de forme des hématies, la polkilocytose se rencontrent dans les anémies graves et résultent de la dégénérescence des corpuscules rouges.

L'augmentation du nombre d'hématies s'observe chez le nouveau-né, et, en second lieu, chez les individus habitant des altitudes élevées, mais cette dernière polycythémie diminue rapidement quand les individus retournent dans la plaine. Une polycythémie pathologique s'observe dans les lésions valvulaires, et, en particulier, dans les lésions mitrales, ensuite dans l'intoxication par le phosphore et dans le coma diabétique.

Une diminution du nombre d'hématies se trouve dans l'anémie essentielle primitive; quand l'anémie s'améliore, on observe d'abord une augmentation du nombre d'hématies, et plus tard, une augmentation de l'hémoglobine des érythrocytes.

Le nombre des leucocytes sujet physiologiquement à de plus grandes variations que celui des hématies est diminué chez les vieillards et les individus affaiblis, et augmenté chez les individus vigoureux. L'apparition d'une leucocytose alimentaire dans l'ulcère de l'estomac peut être utilisée dans le diagnostic différentiel avec le cancer.

La leucocytose dans les maladies infectieuses est importante à connaître. Dans la *pneumonie* légère ou d'une intensité moyenne, on observe ordinairement une leucocytose abondante qui fait défaut dans la pneumonie grave. Dans la *fièvre typhoïde*, le nombre de leucocytes reste normal au début et diminue à la fin de la maladie. Le nombre de leucocytes reste normal dans la *tuberculose*. Dans les *inflammations des séreuses*, la non-augmentation du nombre de leucocytes doit faire penser à la nature tuberculeuse, une leucocytose moyenne à la nature séreuse, une leucocytose abondante à la nature purulente de l'inflammation. Dans l'infiltration tuberculeuse primitive, le nombre de leucocytes reste normal, une augmentation du nombre s'observe après les hémorrhagies et dans les cas d'infection mixte avec formation des cavernes. La leucocytose fait défaut dans la *septicémie* grave à marche rapide, et existe dans les cas où le processus aboutit à la suppuration, que celle-ci s'accompagne ou non de fièvre. Dans la *scarlatine*, le nombre de leucocytes est augmenté pendant la période fébrile, et dans les cas où la leucocytose persiste après la fièvre, on doit conclure à l'élimination incomplète des toxines. Dans l'*érysipèle*, la leucocytose se comporte de la même façon que dans la pneumonie. Dans la *diphthérie*, la leucocytose est toujours très accusée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE MENTALE

Folie à deux,

Par le Dr Paul Kovalevsky,

Recteur de l'Université impériale de Varsovie.

Il y a des cas où les personnes qui soignent des aliénés sont atteintes de la même forme de maladie mentale. Il arrive que 2, 3 et plus de personnes prennent la même maladie; cette forme porte le nom de folie à deux, à trois, etc. La folie d'une personne semble passer à une autre, voilà pourquoi Lehmann l'a nommée folie inductive.

Cette forme ne diffère essentiellement en rien des formes ordinaires. Nous voyons passer d'une personne à une autre la lypémanie, la manie, la paranoïa, etc. Le plus souvent, presque toujours même, c'est la paranoïa qui prend la forme de folie à deux.

La folie à deux se développe dans des conditions qui se laissent plus ou moins préciser. Avant tout il faut qu'il y ait la personne agissant inductivement et celle ou celles qui se laissent influencer. Presque toujours la personne active se distingue par sa force de caractère, sa fermeté, son énergie et sa capacité de dominer. A ces qualités se joint souvent une supériorité intellectuelle donnée par l'éducation, une conception vive, beaucoup d'initiative, etc. Les personnes qui se laissent influencer se distinguent par leur manque de caractère et d'indépendance, leur tendance à se soumettre et à imiter.

Un pareil caractère adopte facilement la manière de penser de la personne dominante. Telles sont les propriétés personnelles des individus qui agissent inductivement et de ceux qui se soumettent à cette induction.

Mais ce n'est pas tout. Les personnes qui tombent malades de folie à deux sont toujours des dégénérés, affligés d'une hérédité psychopathologique, par conséquent elles possèdent dès leur naissance des traits d'esprit et de caractère communs avec la personne malade. Cette ressemblance augmente encore, grâce à une éducation commune, sous l'influence des mêmes opinions, des mêmes convictions, préjugés et superstitions. Ces convictions rapprochent encore plus les deux personnes et les rendent presque semblables. Tant que la personne active se porte bien, elle est généralement l'idole de sa famille, dont tous les membres l'adorent, la vénèrent, lui obéissent et se soumettent à elle.

Il faut ajouter à ces conditions-là des circonstances de vie peu favorables, qui affaiblissent et épuisent les forces de la personne se soumettant à l'induction, comme par exemple les soins prolongés d'un malade qui nous est cher, des nuits sans sommeil, le manque de nourriture, le chagrin qu'on éprouve en voyant malade la personne qu'on aime, l'inquiétude, les craintes, l'agitation, un malaise physique, l'épuisement, etc.

C'est ce qui explique pourquoi dans la plupart des cas ce sont les femmes qui succombent à l'induction. Entre les raisons qui prédisposent à la maladie il faut nommer la jeunesse et la vieillesse. D'après le Dr Jakavenko, les causes provoquant l'éclosion de la maladie peuvent être : la ruine, une perte d'argent, un procès perdu, la perte d'une situation donnant les moyens d'existence, la misère, la faim, des désagréments de famille, des querelles, des scènes désagréables et autres conditions, troublant la vie de famille. En outre, les personnes qui souffrent de folie à deux portent très souvent des tares visibles de dégénération physique.

Le cours des circonstances qui amènent la folie à deux est pour la plupart du genre suivant : la maladie d'un des membres de la famille rend tous les autres d'humeur triste et déprimée. Ils tâchent de tranquilliser le malade et de le persuader que sa maladie n'est pas grave. Il se trouve bientôt que cette manière d'agir, au lieu de tranquilliser le malade, ne fait que l'irriter davantage et confirmer ses craintes. On change donc de tactique et on ne le contredit en rien. Avec le temps on ne se contente pas de se taire, mais on consent à tout ce que le malade dit, d'autant plus que son délire se rapporte, dans la plupart des cas, à des circonstances qui concernent toute la famille. Si des hallucinations viennent s'y joindre, nous voyons la folie à deux toute développée. C'est ainsi que deux, trois et plus de personnes tombent malades de la même maladie.

Si une pareille famille reste livrée à elle-même, la maladie s'aggrave, les malades s'éloignent de tout le monde et finissent par le suicide ou la démence, ou bien provoquent des scènes scandaleuses et commettent même des crimes. L'issue est tout autre si l'on isole ces malades au commencement de leur maladie. Les personnes souffrant de folie à deux se remettent ordinairement vite, abandonnent leur délire et redeviennent tout à fait bien portantes. La situation des personnes qui ont agi inductivement est tout autre et ne diffère pas de celle des malades ordinaires.

La folie à deux a une grande importance sous ce rapport que, des dizaines et des centaines de personnes pouvant souffrir du même délire, la folie devient *épidémique*. Les circonstances contribuant à l'apparition de la folie épidémique sont : l'ignorance de la foule partageant les mêmes superstitions, une calamité commune, comme la guerre, la famine, de grands froids, la soif dans un

désert, etc. C'est surtout au moyen âge que de pareilles épidémies arrivaient souvent et prenaient une grande étendue. De notre temps aussi elles surgissent parfois.

Ainsi, un pareil cas de folie épidémique a été décrit il n'y a pas longtemps par le Dr Sikorcky, un malade atteint de paranoïa ayant fondé une secte religieuse assez nombreuse. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de folie épidémique analogue dans la maison des aliénés à Kharkoff, où l'on avait placé, pour observer leur état mental, le fondateur d'une secte, un néochrist souffrant de paranoïa et tombant en démence, avec sept ou huit de ses apôtres. La raison essentielle de toutes ces sectes est un profond besoin de foi et de consolation religieuse, l'absence d'ecclésiastiques qui auraient pu suffir à ce besoin, l'ignorance, la masse de superstitions, etc. Si un paranoïque apparaît dans un pareil milieu et se fait passer pour un réformateur religieux, il entraîne facilement cette foule ignorante, lui impose son délire et devient le fondateur d'une secte. Le Dr Stephanovcky (1) nous cite un cas de folie épidémique d'une autre espèce.

Woods (2) décrit l'exemple suivant de folie à cinq. C'était une famille composée de la mère, âgée de 45 ans, de trois filles de l'âge de 24, 18 et 15 ans, et d'un fils de 22 ans. Ces cinq personnes tuèrent, sous l'influence d'hallucinations et d'idées délirantes communes, leur frère épileptique, qu'elles prenaient pour un sorcier et pour le diable; le meurtre fut commis, d'après la décision de de tous les cinq, par la mère et le frère.

Très intéressant est le cas de Martinenq (3) où quatre membres de la même famille souffraient du délire de persécution démonomaniaque; sous l'influence des hallucinations et d'idées délirantes communes, ils se rendirent coupables de toute une série d'actes scandaleux et insolites.

Roller (4) cite le cas suivant d'une folie à trois. Les malades sont deux sœurs et un frère, atteints de dégénération héréditaire. Après une maladie de la matrice, la sœur cadette commença à souffrir d'un délire paranoïque, portant le caractère de persécutions et de chicane. Ces idées furent partagées par sa sœur aînée chez laquelle elles atteignirent le même degré de développement. Les deux malades écrivaient des pétitions, inséraient des plaintes dans les journaux contre des prêtres, des médecins et des dames qui avaient formé une coalition, prétendaient-elles, pour leur nuire et leur rendre la vie insupportable. Quelque temps après, leur frère se joignit à elles.

W. Ergolcky (5) nous fait part d'un cas où le délire démonomaniaque s'empara de trois personnes dans des conditions d'existence assez intéressantes. Ce n'est pas une folie à trois dans toute l'acception du mot, mais en revanche c'est un exemple très frappant de délire à trois. La veuve d'un petit bourgeois, Pélagie B..., âgée de 57 ans, vivait à Jizdra avec sa fille Marie, âgée de 18 ans. Outre Marie, Pélagie B..., avait encore une fille, Agathe, mariée à un paysan, qui venait souvent voir sa mère et sa sœur. Pendant la semaine sainte de l'année 1893, Pélagie et sa fille Marie allèrent assister à une cérémonie religieuse dans un village voisin. Le service religieux, avec la représentation solennelle du tombeau de Notre-Seigneur, fit une vive impression sur Marie. Une tristesse extrême s'empara d'elle et elle se mit à pleurer. Quand on lui demanda la raison de ses larmes, elle répondit qu'elle pleurait la mort du Seigneur. Cette disposition d'esprit triste ne la quitta non plus quand elle revint à la maison. Elle était absorbée par des idées tristes et pénibles et pleurait souvent. Elle devint très dévote, passant des journées à faire ses prières à la maison et à l'église, qu'elle visitait sans laisser passer un seul service. Pendant la prière elle entrait parfois dans une extase religieuse, sous l'influence de laquelle elle arrachait même les fleurs artificielles, ornant les images saintes, et les mangeait. Cette disposition d'esprit triste et tournée à la religion dura jusqu'à la fin de la semaine de Pâques. Pendant les derniers jours de Pâques, Marie semblait avoir complètement perdu l'esprit, d'après l'expression de sa mère : elle errait sans but, marmottant des paroles inintelligibles. La semaine après Pâques elle ne comprenait plus ce qu'elle disait et à la fin d'avril elle eut des accès d'excitation furieuse. Elle se jetait pendant ces accès sur sa mère, la battait et l'insultait en employant les mots les plus indécents, ce qui forçait la mère de la lier tant que l'accès durait; quelques voisines venaient l'aider à le faire. Une fois qu'on la liait, elle se mit à prier qu'on ne la tourmentât pas et exprima la supposition qu'elle était possédée. Le diable l'avait tourmentée à mort, disait-elle; il la faisait tant souffrir qu'elle était prête à mourir. Elle sentait souvent que le diable entrait en commerce criminel avec elle. Les accès finissaient ordinairement par des cris perçants et prolongés et des convulsions de tout le corps. « Elle se tordait », disaient les voisines. Durant toute la maladie de sa fille, Pélagie la soignait presque seule, passait souvent des nuits sans sommeil et, quoiqu'elle se fût portée parfaitement bien jusqu'alors, elle commença à souffrir de maux de tête et à ressentir une grande faiblesse. Elle essaya de placer la malade à l'asile du district, mais elle la reprit 2 jours après et continua à la soigner elle-même. Elle avait décidé que sa fille n'était pas folle, mais qu'elle était possédée et comme telle ne réclamait pas de soins médicaux. Le traitement qu'elle entreprit tendait à l'expulsion du diable. Un Te Deum fut officié. Pendant le service la malade se sentit mieux et, revenue à la maison, elle semblait se porter parfaitement bien. Mais ce rétablissement n'était que passager. Deux jours plus tard les accès de fureur recommencèrent, accompagnés de convulsions et du délire d'être possédée par le diable.

D'après le conseil de quelques-unes de ses voisines, Pélagie se décida à essayer le sortilège et s'adressa à un certain sorcier K..., qui ne réussit non plus à soulager la malade. Il fut décidé d'essayer la fumée du chardon. On ferma soigneusement les portes et les fenêtres et on se mit à brûler le chardon. La malade fut liée à un banc, de manière à ne pas pouvoir faire un mouvement, et on plaça sous sa tête, sur le plancher une poêle, remplie de charbons ardents, sur lesquels on jetait des poignées d'herbes. L'herbe se mit à brûler et la chambre se remplit peu à peu de fumée et de vapeur. La malade suffoquée criait et se tordait plus que jamais. Pélagie et Agathe croyaient y voir la preuve que la fumée était désagréable au diable et redoublèrent de zèle à jeter l'herbe sur les charbons. La fumée augmentait. La lampe jetait à peine une lueur faible. Les deux femmes, fatiguées et épuisées par les soins que la malade avait réclamés, étaient agitées au plus haut degré par l'attente du résultat de l'opération, ainsi que par la crainte superstitieuse qu'elles pourraient

1. Dr D. Stephanovsky, *Archives psychiatriques*, 1894.

2. Woods, Notes on a case of folie à deux (*The journal of mental science*, 1889, 1).

3. Martinenq, Délire à quatre (*Annales médico-psychologiques*, 1889). — Kovalevsky *in Psychiatrie*, II, p. 287.

4. Roller, Ueber inducirten Irrsinn und ueber einzelne inducirte Erscheinungen (*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1894).

5. W. Ergolsky, Crime commis sous l'influence d'hallucinations démonomaniaques (*Archives de psychiatrie*, mai 1894).

pâtir pour avoir demandé aide et conseil à une telle « mécréante » et avoir même lu les prières dans son livre « païen »; le sorcier K... les avait menacées que malheur leur en arrivera. La fumée et la vapeur devaient certainement aussi avoir une influence sur elles. Le tout ensemble tendit leurs nerfs à un tel point, qu'elles commencèrent à avoir les mêmes hallucinations que la malade. Elles virent clairement un diable avec une queue et des cornes sortir de Marie. Au lieu de disparaître, il se jeta sur Marie et commit un grand péché, « comme les hommes le font avec les femmes », racontait Pélagie après. Une terreur mortelle s'empara des deux femmes. Elles jetèrent l'herbe à poignées sur les charbons, qu'elles attisaient à la hâte, employant tout matériel qui pouvait sous la main. Pélagie, par exemple, déchira toute sa chemise et en brûla les haillons un à un. Les diables continuaient à sortir de la malade, hallucinaient les deux malheureuses. Bientôt toute la chambre en fut remplie. Ils firent un sabbat infernal, leur « diablerie », d'après l'expression de Pélagie; on entendait un bruit impossible, des hurlements, des trépignements. Ce qui se passa plus loin, ni Pélagie, ni Agathe ne pouvaient le raconter, et elles étaient les seuls témoins.

Voici ce qui fut constaté le matin par les voisines qui vinrent voir Pélagie et plus tard par la police. Agathe courait d'un bout de la cour à l'autre et était comme folle. Elle jetait par terre tout ce qui lui tombait sous la main; marmottait quelque chose d'inintelligible, ne reconnaissait personne, ne pouvait raconter aucun détail, ne pouvait même pas dire quelle parenté existait entre elle et Marie. Une des voisines put seulement comprendre qu'il était question d'église et d'images saintes dans ses paroles incohérentes. Elle ne répétait à l'une de ses voisines qu'une seule phrase sensée : « Fais le signe de la croix, tante, pour que notre Marie ressuscite », et elle se signait elle-même. Il fallut immédiatemment placer Agathe dans une maison d'aliénés. Pélagie fut trouvée assise dans l'antichambre devant une image sainte; elle était en jupon et en jaquette, sans sa chemise, dont on trouva dans la chambre les haillons à demi-brûlés; Pélagie avait aussi l'air d'être folle. Ses yeux étaient ternes, son visage pâle. Elle se frappait la poitrine en regardant l'image et ne faisait que répéter : « Que nous arrive-t-il? Qui nous a troublé l'esprit? Malheur à moi! » Pendant deux heures elle ne put rien dire d'autre; ensuite elle raconta quelques-uns des détails cités plus haut, mais ne put continuer son récit que jusqu'au moment où elle avait vu le diable sur la poitrine de Marie, et où, saisies de terreur, elle et Agathe s'étaient mises à attiser les charbons et à brûler l'herbe, tandis que la chambre s'était remplie du sabbat des diables, de leurs hurlements et de leurs sauts. Ce qui était arrivé ensuite, elle ne s'en rendait pas compte. Marie était couchée morte, dans le coin sous les images saintes. Elle était habillée comme on habille les défuntes. Les cheveux étaient en désordre et son corps était couvert de brûlures.

Le Dr Constantinovsky nous cite le cas suivant de folie à cinq qui eut une fin fort triste. Il est question de cinq sœurs qui finirent leur vie par un suicide commun. La sixième sœur est atteinte de paranoïa et internée dans une maison d'aliénés. Les demoiselles D... provenaient d'une famille qui possédait une assez belle fortune; depuis leur enfance elles se distinguaient par leur originalité. A l'âge de 8 à 10 ans les trois sœurs aînées, par exemple, élevées à la maison, ne voulurent pas prendre de leçons chez un maître qui leur déplaisait; elles quittèrent la maison en laissant une lettre dans laquelle elles expliquaient qu'elles s'en allaient parce qu'on les forçait d'agir contre leurs conviction; elles prirent avec elles un sac rempli de biscuits et de pain noir et allèrent dans la forêt; on les y retrouva à grande peine. Après la mort de leur père, les deux sœurs cadettes furent rendues au gymnase, mais ne purent y achever leurs études à cause de malentendus avec les maîtres, comme c'était le cas avec leurs sœurs aînées. Les rapports entre les filles et la mère étaient touchants et la mère adorait ses filles.

En 1875 la famille déménagea à Moscou, ayant à disposer d'une jolie fortune. Au moment de la catastrophe, les sœurs avaient de 24 à 35 ans. Après la mort de leur père, les sœurs aînées ne quittaient pas un instant leurs sœurs cadettes, craignant pour elles une mauvaise influence. La sœur aînée se distinguait par un esprit froid et pratique et c'est elle qui menait toute la maison; la seconde exécutait ses ordres; les cadettes leur étaient parfaitement soumises. S'étant fixé le but de venir en aide à tous ceux qui souffrent et de faire naître le bien-être général, les sœurs s'adonnèrent à la bienfaisance et à la charité; elles fondèrent une bibliothèque, où, sous prétexte d'occupations, elles donnaient asile à toutes les personnes persécutées. Elles rassemblaient dans la rue tous les chiens et surtout tous les chats abandonnés et les gardaient chez elles (16 chats et 3 chiens). L'élément fantastique prédominait dans leurs paroles comme dans leurs actions; elles racontaient à leurs connaissances des miracles de leur courage et de leur adresse. Leur train de vie était très retiré, elles ne voyaient que très peu de personnes. Même en présence de personnes proches, elles ne parlaient jamais haut de leurs intérêts, mais toujours à voix basse. Elles évitaient la présence de personnes étrangères; si quelqu'un venait leur faire visite et trouvait dans la chambre une autre sœur que celle qui menait la conversation, la première se couvrait ou bien se couchait sur un sofa, ou plus souvent par terre, tournant le dos aux personnes présentes et ne se mêlant pas à la conversation. Pour avoir la possibilité de faire plus de bien, l'une d'elle se fit sage-femme, mais pratiquait peu. Toutes les sœurs montraient une certaine hostilité envers le mariage, la famille, les enfants, prétendant que la famille empêchait de s'occuper de charité. Malgré leur train de vie retiré, elles s'imaginaient être sous la surveillance de la police; elles racontaient que tant qu'elles habitaient la province, des espions ne faisaient que marcher devant leurs fenêtres et qu'on avait fait plusieurs perquisitions à leur domicile; tous ces soupçons étaient au moins très outrés. Peu à peu leurs moyens d'existence s'épuisèrent. Elles devaient constamment avoir recours à des emprunts à taux très élevés, et la plus grande misère les menaçait d'heure en heure. Le 1er avril 1890, leur mère mourut. Elles exprimèrent à leurs connaissances l'idée qu'après la mort de leur mère leur vie n'avait plus de raison d'être, que ce n'est que tant que leur mère vivait que toutes leurs entreprises avaient du succès, malgré les persécutions et l'oppression de l'administration; la nuit du 3 avril 1890, elles exécutèrent leur idée de suicide, en faisant preuve d'une rare prévoyance. Elles envoyèrent l'argent qui leur restait à leurs créanciers, laissant la somme nécessaire pour l'enterrement de leur mère entre les mains de l'une de leurs connaissances, empoisonnèrent leurs animaux, écrivirent une quantité de lettres, entre autres à une dame qui était au nombre de leurs créanciers et à laquelle elles adressèrent quelques prières et les souhaits d'une longue vie, réussirent à éloigner de la maison leur unique servante, se procurèrent la quantité nécessaire de charbon et, fermant soigneuse-

ment toutes les portes, les fenêtres et les fentes, se couchèrent l'une près de l'autre et moururent toutes d'asphyxie.

PATHOLOGIE OBSTÉTRICALE

Sur un cas d'infection puerpérale généralisée et traitée par la sérothérapie.

Communication à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Bordeaux,

Par M. le Dr Chaleix.

L'étude de la sérothérapie dans l'infection puerpérale est encore si incomplète, les résultats obtenus par les divers chirurgiens sont si peu concordants, la technique même en est si peu fixée, qu'il nous a paru légitime de publier l'observation suivante qui apporte un document de plus à cette question si discutée. Quoique privée du contrôle de l'analyse bactériologique, l'histoire de notre malade nous semble en effet, tant les caractères cliniques ont été nets et manifestes, constituer un document de quelque intérêt dans le procès à peine ouvert de la sérothérapie dans la puerpéralité.

Observation. — Nous sommes appelé le 22 février 1896 au soir auprès de Mme X..., jeune femme de 25 ans, habituellement débile, chétive, déjà mère de 2 enfants, âgés l'un de 4 ans, l'autre de 2 ans; ses accouchements ont, paraît-il, été normaux, ainsi que les suites de couches. En juin 1895, Mme X... a fait une fausse couche de 5 mois, suivie d'accidents fébriles et abdominaux graves qui se sont prolongés plus de 2 mois. Depuis, elle a toujours été languissante et maladive.

Il nous est raconté que, depuis 15 jours, elle perd par intermittence du sang en abondance. Cette perte est incolore et n'est pas accompagnée de coliques. Il y a 8 jours, elle a expulsé un fœtus paraissant âgé de 3 mois; mais la délivrance ne s'est pas faite, il n'a été rendu ni membranes ni placenta. Depuis 4 jours se sont montrés deux ou trois fois dans la journée de petits frissons, quelques saignements de nez. Inappétence, constipation.

L'utérus dépasse le pubis de 4 travers de doigts. La pression, qui est indolore en tous points, fait sourdre un peu de sang d'une certaine fétidité. T. 39°, P. 120°.

En raison de cette longue rétention placentaire, de la fréquence des hémorrhagies qui ont fait plusieurs apparitions soudaines et menaçantes, ainsi que de l'état infectieux déjà existant, nous décidons de hâter de notre mieux l'expulsion du délivre. Comme les circonstances ne permettent guère de procéder sur-le-champ à une intervention plus complète, nous pratiquons avec une sonde dilatatrice, une longue injection utérine d'eau chaude sublimée à 20 centigrammes par litre. Cette injection est suivie d'un certain écoulement de sang, mêlé de caillots.

Le lendemain matin, 22 février, T. 38°6. La nuit a été mauvaise; l'état est le même.

Après avoir fait évacuer le rectum au moyen d'un lavement nous faisons chloroformer la malade. Nous complétons notre examen et constatons que le col gros, rouge, atteint d'ectropion des deux lèvres, est largement ouvert; le canal cervical est perméable: le toucher utérin permet de constater que le placenta, situé tout au fond de l'utérus, très développé, est inaccessible. Le curage digital est, par conséquent, impossible. Nous décidons alors de recourir au curettage et le pratiquons avec l'aide de notre distingué confrère, M. Gibert, interne des hôpitaux. La curette amène peu à peu, par gros fragments, un placenta légèrement fétide, puis elle abrase la muqueuse utérine. Nous usons pour cette opération de la grosse curette annulaire tranchante et irrigatrice. Le liquide employé pour l'irrigation est la solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000.

Après le curettage, pendant que la main gauche déprime fortement la paroi abdominale et, à travers cette paroi, abaisse le globe utérin, la main droite pénètre tout entière dans le vagin, ce qui est rendu possible par l'anesthésie chloroformique, et l'index, accompagné du médius, explore lentement et méthodiquement la cavité utérine en tous points. Cette exploration est facilitée par la diminution rapide du volume de l'utérus sous l'influence du curettage. Nous retirons de cette investigation, pratiquée dans les meilleures conditions d'efficacité, la certitude absolue qu'il ne reste plus dans la matrice aucun fragment placentaire ou membraneux.

Ecouvillonnage avec un écouvillon imprégné de glycérine créosotée au tiers, puis injection utérine.

Comme il s'est écoulé un peu de sang pendant l'opération, nous laissons dans la cavité utérine, à titre de tamponnement léger, une bandelette de gaze iodoformée. Le soir, T. 39°, P. 120°. Cependant la malade s'alimente et paraît dans un meilleur état moral.

24 février. — La nuit a été assez bonne. T. 38°, P. 100°. Ablation du tampon utérin et lavage intra-utérin soigneux et prolongé. Le soir T. 38°5.

Le 25 et le 26, la température varie entre 38°, 38°2 ou 38°3. Il est fait chaque jour un lavage utérin. L'utérus revient peu à peu sur lui-même.

27 février. — T. 38°. Comme il n'existe ni écoulement fétide ni aucune douleur abdominale, il n'est plus fait d'injections utérines et l'on se borne à un lavage vaginal à l'eau bouillie. Pas de constipation; appétit. Dans la soirée, frisson brusque, intense, d'une demi-heure de durée, accompagné de pâleur et d'altération extrême des traits. T. 40°8. P. dépasse 140°. L'examen des organes thoraciques et abdominaux, pratiqué après la cessation du frisson, ne révèle aucune lésion. Urination et urine normales.

28 février. — A 6 heures, T. 38°5. A 8 heures, nouveau frisson au cours duquel T. 41°, P. 140°. Le palper abdominal et le toucher vaginal ne montrent rien d'anormal. L'utérus est mobile, le ventre est souple, complètement indolore.

En présence de ces accidents d'ordre purement général, nous nous décidons à pratiquer une injection de sérum antistreptococcique et à 11 heures nous injectons 30 grammes de sérum qui nous a été très obligeamment envoyé de l'Institut Pasteur, par M. Marmorek.

A 3 heures de l'après-midi, la malade va beaucoup mieux, elle a mangé, elle cause avec un certain entrain. T. 30°6, P. 110° et le soir, T. 38°.

Il faut noter que depuis 3 jours déjà on se bornait à faire des lavages vaginaux à l'eau bouillie en raison de l'absence de tout accident localisé aux organes génitaux. Ce fait est important à noter: les promoteurs de la méthode sérothérapique proscrivent en effet l'usage des antiseptiques pendant l'application de cette cure spéciale.

29 février. — La nuit a été assez bonne. Nouvelle injection de 10 grammes de sérum de Marmorek. T. 38°2, P. 100°. A midi, T. 37°8. Le soir, T. 38°8, P. 100°. Frissons dans la nuit. La malade s'alimente un peu, elle prend des toniques liquides, du jus de viande, etc.

1er mars. — La nuit a été mauvaise. Frissons, cauchemars. T. 39°, P. 120°. Nouvelle injection de 10 grammes de sérum de Marmorek. Inappétence, constipation combattue par un lavement. Le soir, violent frisson, agitation extrême. T. 41°, P. 140°. Il est fait par tout le corps des affusions froides qui amènent quelque soulagement. Depuis ce moment, la malade les a réclamées chaque jour, d'une façon presque constante.

2 mars. — Journée très mauvaise. La prostration alterne avec l'agitation. La malade dit souffrir de partout, la pression de la peau et de presque tous les muscles du corps est douloureuse, sans qu'il soit possible de reconnaître en aucun point une lésion localisée. La température varie à diverses reprises avec des oscillations brusques, entre 38°6, 39°2 et 40°. Sulfate de quinine, inhalations d'oxygène, champagne, glace, jus de viande.

3 mars. — L'état général est très mauvais, quoique la température ne soit qu'à 39°4. P. 120°, peu d'urine, pas d'albumine.

En raison de l'insuccès des injections de sérum antistreptococcique, nous tentons, selon la méthode de M. le professeur

Fochier (de Lyon), la création d'un abcès artificiel de dérivation et pour cela nous injectons sous la peau de la cuisse 2 grammes d'essence de térébenthine.

4 mars. — Même état. La température varie entre 38°8 et 40°. Grand frisson dans l'après-midi. Nouvelle injection de 2 grammes d'essence de térébenthine.

5 et 6 mars. — Même état. Il ne s'est produit aucune suppuration au niveau des piqûres faites la veille et l'avant-veille, il y existe simplement une phlytène contenant de la sérosité claire.

Le 7 mars, nous recommençons une série d'injections de sérum de Marmorek et injectons, le 7, 20 grammes, le 8 et le 9 10 grammes chaque jour. Pendant ces 3 jours il ne se produit aucune amélioration. Les frissons ont été fréquents dans la journée et la température a varié par brusques oscillations entre 38°, 37° et 40.

10 mars. — Nous sommes appelé en toute hâte auprès de la malade; elle est plongée dans une prostration extrême. T. 36°, P. petit, presque insensible, peau froide. Il n'y a pas eu d'urination depuis la veille au matin.

Nous pratiquons sur-le-champ une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel préparé selon la formule suivante :

Chlorure de sodium.	5 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau bouillie.	1 litre.

(Hayem.)

Une heure après T. 40°. Le visage est coloré et d'aspect fébrile. Dans l'après-midi, urination profuse, la malade paraît beaucoup mieux. Le soir, nous faisons une nouvelle injection sous-cutanée de 300 grammes du même sérum.

11 mars. — La nuit a été assez bonne. Nous injectons, en deux fois dans la journée, 800 grammes de sérum artificiel. T. matin, 37°, T. soir, 39°. L'alimentation est prise volontiers. Pas de frisson, il semble qu'il y ait une grande amélioration de l'état général.

12 mars. — T. midi, 37°; T. soir, 38°5. Injection sous-cutanée de 700 grammes de sérum. La malade se dit beaucoup mieux et paraît en effet dans une bien meilleure situation, elle prend quelques aliments avec plus de plaisir. Urination abondante, selle spontanée.

13 mars. — Même état. T. varie entre 38° et 38°5. Injection de 500 grammes de sérum. Dans la soirée se produit brusquement un frisson d'une extrême violence et qui dure pres de trois quarts d'heure.

Comme la dernière piqûre de sérum avait été un peu douloureuse, la famille s'autorise de la production de ce dernier frisson pour s'opposer formellement à ce qu'il soit fait désormais d'autres injections sous-cutanées.

14 mars. — T. matin, 39°. Inappétence, faiblesse générale. Dans la journée, plusieurs frissons au cours desquels le visage prend un aspect presque cadavérique. Sulfate de quinine, oxygène, champagne.

Depuis ce jour, la température s'est tenue aux chiffres de 40°, 38°, 39°, variant brusquement à diverses reprises dans la même journée. Il ne nous a pas été possible de revenir aux injections sous-cutanées de sérum.

La malade s'éteignit doucement, le 20 mars, après 2 jours d'un délire calme.

Nous avons tenu à rapporter en détail cette observation pour en faire ressortir plusieurs points importants :

Il faut d'abord remarquer la marche lente et la longue durée de cet état infectieux qui n'a emporté la malade que près de 40 jours après le début des accidents, sans qu'il se soit produit aucune localisation apparente.

Quoique nous nous soyons conformé le plus exactement possible à la technique conseillée par M. Marmorek, l'injection sous-cutanée de sérum antistreptococcique, faite en deux séries de trois injections chacune, n'a donné aucun résultat sérieux et durable.

C'est sans une très grande surprise que nous n'avons pas réussi à amener un *abcès de fixation* par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, préconisée par M. Fochier. Jamais d'ailleurs nous n'avons eu de suppuration au siège d'une piqûre, quel qu'ait été le liquide médicamenteux injecté : ergotine, sels de quinine, caféine, éther, etc. ; il est vrai de dire que nous avons toujours eu le soin de laver la peau et de désinfecter nos aiguilles. Dans le cas actuel, nous n'avons pu nous résoudre à négliger ces précautions élémentaires. Nous ne savons s'il faut attribuer à une omission voulue de ces détails d'asepsie, la production d'abcès artificiels entre les maine de M. Fochier et de ses élèves. Nous ne voulons cependant contester en rien les succès obtenus par cette méthode et dont nous avons vu nous-même à Lyon, dans le service de M. le professeur Fochier, de saisissants exemples. Du reste nous n'oublions pas que cet éminent accoucheur a lui-même signalé les cas où, chez des sujets très atteints, dont l'organisme n'a plus la force de réagir en présence des irritations, les injections de térébenthine demeurent sans amener de suppuration ou même de réaction locale.

Le seul traitement qui, chez notre malheureuse malade, a paru produire une amélioration sensible et durable, caractérisée, pendant quelques jours, par le rétablissement de la diurèse, le relèvement de l'état général, de l'appétit, etc., a été la transfusion sous-cutanée profuse et répétée de sérum artificiel. Nous savons déjà quels merveilleux effets de résurrection donne chez les hémorrhagiées cette pratique, que nous préconisons très ardemment aussi chez les éclamptiques. M. Duret (de Lille) vient, il y a quelques mois, de montrer les heureux résultats que l'on peut en attendre dans les cas graves de septicémie; il insiste sur la nécessité qu'il y a d'agir avec des doses massives et longtemps continuées jusqu'à disparition des accidents. Il nous a fallu interrompre nos injections plus tôt que nous ne l'aurions voulu, c'est peut-être là la cause de notre insuccès.

Notons, en terminant, que nous avions affaire à une malade chez laquelle l'avortement, après avoir traîné en longueur, pendant une semaine, s'était fait, avec rétention placentaire, depuis une huitaine de jours déjà, lorsque nous fûmes appelé. L'infection, favorisée par la débilité du sujet, par de déplorables conditions hygiéniques et par *la moindre résistance* qu'avaient établie des accidents septiques graves antérieurs, avait eu déjà le temps de se rendre assez maîtresse du terrain pour résister à tout traitement local et général.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses d'octobre et novembre 1896.

M. Cogrel (Fernand). *L'hystéroscopie*. N° 8. (Soc. d'édit. scientif.)

M. Champion (E). *Traitement palliatif du cancer utérin inopérable*. N° 10. (Soc. d'édit. scientif.)

Hurtaud (Georges). *Des règles supplémentaires et déviées*. N° 12. (H. Jouve.)

M. Plancke (J.). *Des complications rapidement mortelles au cours des affections auriculaires*. N° 19. (Noizette et Cie.)

M. Paquet (Félix). *Contribution à l'étude de la lithotritie*. N° 32. (G. Steinheil.)

M. Clado ayant tenté l'hystéroscopie dans le service du professeur Duplay, M. Cogrel a pris ce sujet pour thème de sa thèse inaugurale. Il nous décrit l'instrumentation et nous montre

que dans quelques circonstances ce moyen d'exploration peut être utile : il a permis de constater et d'extraire un corps étranger pris pour un embryon macéré; peut-être la vue de quelque végétation filiforme en un point sera-t-elle précieuse pour diagnostiquer une grossesse extra-utériue ; peut-être enfin l'inspection permettra-t-elle d'éviter parfois l'erreur entre un néoplasme et une métrite.

Le cancer utérin, nous dit M. Champion, est inopérable 80 fois sur 100 dès le premier examen médical, et, dans les nombreux cas de récidive après opération curatrice, il relève encore des médications palliatives. La sérothérapie et la bactériologie nous laissent déçus. Les méthodes sclérogènes et surtout le traitement par l'alcool semblent entraver la marche du cancer, mais ne donnent cependant pas une amélioration symptomatique ni une survie supérieures à celles obtenues par toute autre méthode.

Les nouveaux essais sont louables, mais jusqu'à présent ils n'ont pas donné grand'chose, et à la plupart des accidents du cancer du col suffisent le curage et l'antisepsie, mais une antisepsie intelligente.

On dit qu'il y a des règles supplémentaires ou déviées lorsqu'il se produit; en même temps que les règles ou à l'époque présumée de leur apparition, un écoulement sanguin par un autre organe que l'utérus, accompagné des symptômes habituels au molimen cataménial, surtout lorsque cet écoulement présente dans son apparition et sa durée les signes de régularité et de périodicité qui sont caractéristiques des règles. Elles s'observent chez des femmes atteintes de maladies organiques ou générales, et fréquemment chez des chloro-anémiques et des nerveuses. La déviation se produit de préférence en un *locus minoris resistentiæ* et, en l'absence de lésions organiques ou de traumatisme, en un point quelconque de l'organisme. Elle peut apparaître à tous les âges de la vie génitale, mais plutôt dans les premières années qui suivent la puberté. Elle se produit au moment et à cause de l'ovulation; elle n'implique pas la stérilité à moins de complications du côté de l'utérus (atrésie, etc.), et en effet la grossesse est possible et a été observée. Elle entraîne un pronostic réservé, plus sérieux à cause des complications organiques que par le fait de l'anémie consécutive qu'elle peut amener à sa suite.

Aux emménagogues classiques, on a récemment ajouté le séneçon dont M. Hurtaud a étudié les effets sous la direction de M. Dalché.

Les rapports des cavités de l'oreille avec les vaisseaux et les méninges expliquent la propagation et la diffusion rapide des infections otiques, dont M. Plancke nous entretient. Les complications mortelles de ces infections ne sont pas d'une extrême fréquence, puisque Barker évalue à 2,5 p. 100 leur fréquence par rapport au nombre des otites. D'une façon générale la proportion des cas mortels varie avec chacune de ces complications. Körner sur 115 morts trouve : méningites. 31 ; abcès du cerveau, 43 ; phlébites des sinus, 41. Il est difficile de préciser les différents facteurs de gravité qui amènent, avec la même lésion, la marche rapide ou lente des accidents mortels. Les anomalies d'évolution et le caractère quelquefois latent de ces complications font souvent errer le diagnostic, et la mort rapide par accidents suraigus est, dans certains cas, imputable à l'absence d'un traitement approprié et institué en temps opportun. En présence de symptômes mal définis survenant chez un malade porteur d'une affection auriculaire aiguë ou chronique, il faut toujours songer à l'existence d'une complication à évolution anormale, et, dans l'ignorance des conditions qui la provoquent ou qui pourront aggraver sa marche, craindre l'éventualité d'un dénouement rapidement mortel.

En rapportant l'observation de 26 malades opérés par Guyon et Albarran, M. Paquet conclut que la lithotritie est une opération simple et sans danger, si l'on apporte dans ses manœuvres toute la prudence et l'attention nécessaires. Elle est de courte durée et n'exige donc pas une longue chloroformisation; la convalescence est rapide, puisqu'elle ne demande guère un séjour au lit de plus de 2 ou 4 jours. Ses suites sont toujours bonnes, et l'on évite toute complication à condition de pousser à fond le broiement, et de faire une évacuation complète des fragments. Dans tous les cas de lithotrities pratiquées dans de mauvaises vessies tant au point de vue de leur état anatomique que de leur état pathologique, il est nécessaire de pratiquer une vérification consécutive pour s'assurer de l'absence de tout débris. On ne doit plus admettre, comme obstacle à la lithotritie, tous les états pathologiques de l'urèthre, de la prostate et de la vessie : il faut y remédier au préalable par les moyens spéciaux à chacun d'eux. Un volume trop considérable, dépassant 5 centim., ou une dureté trop grande du calcul, sont les seules contre-indications de l'opération. Enfin, pour rendre la lithotritie une opération curative, il faut la faire suivre du traitement approprié à la lithiase rénale ou à l'affection vésicale qui a donné naissance au calcul.

Thèses de la Faculté de Toulouse.

Novembre 1896.

M. Pratx (Achille). *Contribution à l'étude des paralysies partielles dans la paralysie générale.* N° 173.

M. Grand (Jean). *Contribution à l'étude du sarcome du larynx,* N° 172.

M. Thomas (Paul). *De la détroncation par arrachement.* N° 171.

M. Maurette (Bernard). *Résultats éloignés du traitement palliatif dn carcinome utérin inopérable.* N° 170.

Il existe dans la paralysie générale des paralysies partielles, dont M. Pratx nous donne la description. Elles succèdent d'ordinaire à une attaque et sont les unes transitoires, les autres définitives. Surtout lorsqu'elles se produisent au début de la périméningo-encéphalite, elles peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, et faire croire à une lésion circonscrite, hémorrhagie, ramollissement, tumeur; or, sans contester absolument l'existence de lésions circonscrites proprement dites dans la paralysie générale, il est permis de dire qu'elles sont exceptionnelles.

Les paralysies partielles transitoires peuvent être dues soit à une congestion, soit à une intoxication portant plus spécialement, l'une et l'autre, sur certaines parties de l'encéphale; elles peuvent dépendre aussi de la prédominance dans des points déterminés de la zone psycho-motrice des lésions diffuses de la paralysie générale.

Les paralysies partielles définitives s'accompagnent de contracture, et reconnaissent alors pour cause une altération profonde, prédominante des centres psycho-moteurs correspondants, et vraisemblablement aussi une dégénérescence du faisceau pyramidal.

Le sarcome du larynx est une tumeur relativement rare, alors que les cas de tumeurs épithéliales sont d'une extrême fréquence; M. Grand n'a pu en effet en réunir que moins de 60 observations; il en relate 2 inédites, avec examen anatomique par le professeur Tapie. L'étiologie est encore entourée d'obscurités comme celle du sarcome en général. On observe cette tumeur à tout âge et même chez l'enfant. Comme les tumeurs épithéliales, elle semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La symptomatologie a bien des caractères communs avec la symptomatologie générale des tumeurs malignes du larynx. Les observations publiées jusqu'à ce jour sont encore trop disparates et trop peu nombreuses pour qu'il soit permis de tracer un tableau clinique général. Son évolution clinique se distingue toutefois de celle des tumeurs épithéliales par : *a*) une marche plus rapide; *b*) un développement plus considérable; *c*) l'absence d'adénopathie. Les formes cliniques semblent pouvoir se réduire à deux types : *a*) forme infiltrée, caractérisée par le développement excentrique du néoplasme, la tendance à envahir de proche en proche les parties voisines et l'arrivée tardive ou même l'absence d'ulcération du côté du larynx ; *b*) forme végétante. — Caractérisée par la formatiou d'énormes polypes intralaryngés, pouvant s'éliminer spontanément par les voies naturelles.

Les formes histologiques sont : *a*) le sarcome à cellules embryonnaires; *b*) le sarcome à cellules fusiformes; *c*) le sarcome à grandes cellules polymorphes et peut-être à myéloplaxes.

Le pronostic est très grave. Le traitement chirurgical donnant seul quelques résultats comprendra : la trachéotomie et surtout

la crico-trachéotomie applicable à tous les cas comme traitement palliatif; *b*) l'ablation endo-laryngée si la tumeur, diagnostiquée au début est *très limitée* et peut être enlevée radicalement par cette voie; *c*) la thyrotomie, quand le néoplasme, ne pouvant être extirpé par voie endo-laryngée, est encore assez peu étendu pour pouvoir être enlevé en totalité.

M. Thomas, à propos d'une observation inédite qu'il a recueillie sous la direction de M. Penières, déclare que la détroncation avec un fœtus normal chez une femme bien conformée ne devrait jamais se produire. Il faut la considérer comme un accident dû à « l'impéritie » de l'opérateur, accident dont les suites peuvent devenir très dangereuses pour la mère. Pour éviter la détroncation, la première des choses à faire est de porter un diagnostic aussi exact que possible de l'état de la mère et de celui du fœtus. Il faut ensuite ne point pratiquer sur le tronc ou sur la tête saisie par le forceps des tractions dont la violence déterminerait l'arrachement de la partie à extraire et souvent des lésions de l'organisme maternel. Si la détroncation a déjà été pratiquée, il faut débarrasser sans tarder la cavité utérine de la portion fœtale qui y est restée enfermée; si c'est la tête, employer la main, le forceps ou le basiotribe; si c'est le tronc, l'extraire par les bras ou pratiquer la version. L'extraction entière du fœtus une fois obtenue, s'inquiéter de l'état de la mère (état local, état général) et prévoir l'infection et ses dangers par les moyens puissants que fournissent l'antisepsie et la thérapeutique.

D'après les faits qu'il a observés à la clinique du professeur Jeannel, M. Maurette conclut qu'il convient de se borner aux moyens palliatifs dans le cas où le cancer s'est propagé aux parties voisines, vagin, vessie, rectum, tissu cellulaire péri-utérin. L'enlèvement par la curette des fongosités néoplasiques rend alors les plus grands services. Il supprime la cause des hémorrhagies et de l'écoulement leucorrhéique fétide qui affaiblissent et infectent les malades. En ajoutant au curettage la cautérisation ignée et les caustiques, on détruit en partie les traînées néoplasiques, on obtient un arrêt momentané de la marche fatale du mal. On soulage en même temps les malades des coliques douloureuses dues à la rétention. Enfin, un résultat constamment réalisé par ce traitement, c'est de rendre aux malades leur existence supportable. Après les douleurs atroces et les pertes fétides abondantes, les opérées goûtent une existence plus paisible. Elles se sentent revivre jusqu'au jour, plus ou moins lointain, de la récidive.

Thèse de la Faculté de Montpellier.

M. Vires (J.) *Contribution à l'étude des associations organiques, Hystéro-tabès*. (J.-B. Baillière et fils.)

L'hystérie et le tabès, ces deux affections nerveuses si communes, peuvent se rencontrer chez un même malade. C'est cette association hystéro-tabétique, étudiée par Charcot, que M. Vires, inspiré par le professeur Grasset, a pris pour sujet de sa thèse. Cette association paraît peu commune, à en juger par le petit nombre des observations publiées. Les deux maladies juxtaposées gardent chacune leur indépendance, sans former un hybride nouveau et sans se modifier l'un l'autre. En général, chez la femme, c'est l'hystérie qui apparaît la première, et chez l'homme c'est au contraire le tabès. Les deux affections ne marchent pas toujours du même pas et l'hystérie peut s'atténuer devant le tabès et lui céder la place.

Au point de vue pathogénique, on sait que la théorie infectieuse a été appliquée au tabès et aussi, notamment par M. Grasset, à l'hystérie. Mais l'infection n'a pas le rôle principal dans cette pathogénie de l'hystéro-tabès. Il ressort de la statistique établie par M. Vires que l'hérédité, ou plutôt les hérédités capables d'altérer la nutrition du système nerveux jouent un rôle fondamental vraisemblablement en déterminant un trouble de développement du myélencéphale. Chez les porteurs de cette tare héréditaire, l'hystéro-tabès se développe à la faveur des agents provocateurs, tels que les infections, les intoxications, les diathèses, les traumatismes. Il est à remarquer qu'ici la syphilis est exceptionnelle.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE

Tuberculose des ovaires (Ueber die Tuberkulose des Eierstocks), par Wolff (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 235). — A l'autopsie de 17 tuberculeuses prises au hasard et ayant succombé à une période avancée de leur tuberculose, l'auteur trouva trois fois une tuberculose des ovaires.

Ces trois cas avaient ceci de commun que : 1° il existait une tuberculose plus ou moins avancée du péritoine; 2° les ovaires tuberculeux n'étaient pas entourés d'adhérences; 3° les deux ovaires étaient pris dans chaque cas; 4° les ovaires paraissaient sains à l'œil nu.

Les caractères anatomiques et histologiques de cette tuberculose étaient les suivants : 1° la forme histologique de la tuberculose était celle de la tuberculose miliaire; 2° les tubercules étaient situés principalement dans la zone périphérique et étaient peu étendus; 3° il manquait toute trace de caséification; 4° chaque tubercule était ordinairement entouré d'une zone de tissu conjonctif qui pénétrait au centre du néoplasme.

La présence des lésions péritonéales avancées et la forme miliaire de la tuberculose doivent, d'après l'auteur, faire admettre que la tuberculose des ovaires était secondaire et due à une infection par contact avec le péritoine.

Trente-trois hystérectomies vaginales d'après le procédé de Péan-Richelot (Drei und dreissig vaginale Uterus-Exstirpationen nach Péan-Richelot), par Schramm (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 355). — Les avantages que l'auteur reconnaît, d'après sa pratique personnelle, au procédé de Péan-Richelot sont :

1° La courte durée et la facilité d'exécution.

2° L'hémostase sûre et l'hémorrhagie minime.

3° Dans les cas où l'opération est faite au milieu de tissus douteux, possibilité d'élimination spontanée de ces tissus par nécrose consécutive à l'application des pinces.

4° La possibilité d'opérer sans danger les cas avancés.

5° Le traitement post-opératoire simple, ne nécessitant pas l'ablation des fils.

Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse, l'accouchement et les suites des couches (Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), par Hohl (*Arch. f. Gynäkol.*, 1896, vol. LII, p. 410). — 1° Pendant la grossesse il est indiqué de faire l'ovariotomie pendant les premiers mois de grossesse. L'accouchement provoqué pourra trouver son indication dans les cas de tumeurs intraligamentaires ou entourées d'adhérences solides.

La ponction en tant qu'intervention thérapeutique doit être rejetée.

2° Pendant l'accouchement, il faut d'abord essayer de replacer la tumeur sous le chloroforme; si l'on échoue, on pourra faire la ponction des tumeurs septiques ou leur incision à travers le vagin. En cas de tumeurs solides et d'enfant vivant, on fera l'opération césarienne, suivie d'ovariotomie qu'on fera immédiatement ou pendant les suites des couches, d'après les indications présentes.

4° Pendant les suites des couches, on fera l'ovariotomie de bonne heure, au cours de la seconde semaine après l'accouchement.

L'ovarine dans le traitement des troubles consécutifs à la ménopause et à la castration (Weitere Mittheilungen über die Einverleiburg von Eierstockssubstanz, etc.), par Mond (*München. med. Wochenschr.*, 1896, n° 36, p. 837). — L'auteur rapporte dans son travail douze nouvelles observations de traitement ovarien pour des troubles consécutifs à la castration ou survenus pendant la période de la ménopause. Dans tous ces cas, l'effet du traitement a été des plus remarquables : atténuation progressive des troubles à partir du troisième ou quatrième jour, leur disparition complète au bout

de dix à douze jours. La dose employée a été de 10 tablettes d'ovarine par jour, chaque tablette correspondant à 50 centigrammes de substances ovarique fraîche. L'auteur est d'avis de commencer toujours par des doses massives, qu'on peut diminuer progressivement, pour les repreudre aussitôt que la dose paraît insuffisante. Dans aucun cas il n'a observé le moindre symptôme d'intoxication.

Chez plusieurs malades on a substitué, aux tablettes d'ovarine, d'autres qui avaient le même goût, la même couleur, le même aspect, mais ne contenaient que de l'extrait de viande et du sel de cuisine. L'administration de ces pseudo-tablettes d'ovarine était régulièrement suivie du retour de tous les troubles. Les vraies tablettes d'ovarine n'agissent donc pas par suggestion.

Cœliotomie vaginale dans l'ascite tuberculeuse (Der hintere Scheiden-Bauchhöhlenschnitt bei tuberculösem Ascites), par Lohlein (*Therapeut. Wochenschr.*, 1896, n° 38, p. 201). — En s'appuyant sur deux observations personnelles, l'auteur propose de remplacer, dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, la laparotomie classique par la cœliotomie vaginale, c'est-à-dire par l'ouverture du péritoine à travers le cul-de-sac postérieur du vagin. Les avantages de la cœliotomie vaginale consistent tout d'abord en ce qu'elle est plus facilement acceptée par les malades que la laparotomie; en second lieu, la cœliotomie est une intervention moins grave et assure mieux que la laparotomie l'écoulement du liquide ascitique et le drainage du péritoine, tout en permettant d'enlever aussi complètement que possible les annexes tuberculeuses, à la condition qu'elles ne soient pas trop fixées par les adhérences, auquel cas la laparotomie serait préférable.

CHIRURGIE

Rhinolithe (Rhinopharyngolith), par Janatka (*Wien. klin. Rundschau,* 1896, n° 38, p. 643). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de 9 ans amené à la clinique pour un catarrhe chronique fétide du nez. D'après les parents, l'affection nasale se serait déclarée huit ans auparavant, après que l'enfant laissé, un moment seul, avait avalé un dé à coudre qu'on lui avait donné pour jouer.

A l'examen on trouva dans le nasopharynx une tumeur de consistance solide qui paraissait enclavée entre la paroi postérieure du pharynx et les choanes. Son extraction ne présenta aucune difficulté et la tumeur montra une sorte de rhinolithe dont le centre était formé par le dé que l'enfant avait avalé, il y a huit ans.

Coxa vara d'origine congénitale, par Kredel (*Centralb. f. Chir.*, 1896, n° 42, p. 269). — On sait que d'après Hofmeister, auquel on doit la description de la coxa vara (incurvation du col du fémur) on distingue à cette incurvation deux formes, qu'on observe l'une chez les enfants, l'autre chez les adolescents.

L'auteur rapporte dans son travail deux observations de coxa vara qui semblent prouver qu'à côté des deux formes précédentes il existe une troisième d'origine congénitale. Dans l'un des cas observés par l'auteur, il s'agissait d'un enfant de trois ans qui, à côté d'une incurvation du col du fémur, présentait encore un genu valgum et un pied varus equin. Toutes ces lésions étaient bilatérales. Bien que l'enfant eût déjà trois ans, il était certain que les lésions étaient congénitales. Dans le second cas, où il s'agit d'un garçon de 3 mois, on trouvait les mêmes lésions (incurvation du col du fémur, genu valgum, pied varus équin), seulement elles étaient unilatérales et occupaient le membre inférieur droit.

D'après l'auteur il y aurait là un type spécial de malformation d'origine intra-utérine.

Tératome du cou avec une modification des ganglions de la région (Ein Fall von Teratoma Colli mit Veränderungen in den regionären Lymphdrüsen), par Pupovac (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, vol. LIII, p. 59). — Il s'agit d'un garçon de 2 mois, entré à l'hôpital pour une tumeur de la moitié gauche du cou. La tumeur, des dimensions d'un gros œuf de poule, s'étendait du bord inférieur de la mâchoire jusqu'à la clavicule, présentait une surface inégale et n'était adhérente ni aux tissus sous-jacents ni à la peau qui avait conservé son aspect normal. L'extirpation de la tumeur, prise pour un kyste congénital du cou, n'a pas présenté de grandes difficultés et l'opération au cours de laquelle on avait aussi extirpé plusieurs ganglions lympathiques voisins très hypertrophiés, a duré en tout une demi-heure. L'enfant succomba le lendemain, et l'autopsie montra qu'on avait extirpé avec la tumeur la moitié gauche de la glande thyroïde, et compris dans une ligature la jugulaire interne gauche.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un tératome composé de tissu embryonnaire, de tissus osseux, cartilagineux, musculaire, etc. Les ganglions lympathiques voisins extirpés au cours de l'intervention présentaient la même structure.

NEUROPATHOLOGIE

Système nerveux et toxines diphthériques (Gli effetti della tossina difterica sugli elementi istologici del sistema nervoso), par C. Ceni (*Riforma medica*, 5, 6 et 7 février 1896, p. 339, 351 et 363). — Les lésions consécutives du système nerveux à l'action du virus diphthérique et de ses toxines sont beaucoup plus accusées chez les animaux de laboratoire que chez l'homme atteint de diphthérie; elles se limitent dans tous les cas aux prolongements protoplasmiques et laissent intacts le corps cellulaire et le prolongement nerveux; le corps cellulaire et le prolongement nerveux ne sont atteints que dans de rares cas spéciaux, par suite de l'action prolongée de la toxine diphthérique et alors seulement, sur un petit nombre d'éléments isolés, disséminés irrégulièrement dans la masse encéphalique.

Amblyopie morphinique (L'ambliopia da morfinismo cronico), par F. Grippo (*Riforma medica*, 12 octobre 1895, p. 122). — Le morphinisme chronique produit des altérations visuelles consistant en diminution progressive de l'acuité visuelle, rétrécissement irrégulier du champ visuel, scotomes centraux. Tous ces troubles peuvent exister sans lésions ophthalmoscopiques expliquant leur existence et leur persistance, de même que l'on l'observe souvent dans l'alcoolisme, le tabagisme et le saturnisme. En l'absence d'observations se rapportant à ce cas, on ne peut parler d'atrophie progressive de la papille en rapport avec le morphinisme chronique.

Tumeurs des centres nerveux (Altri cinque casi di tumori dei centri nervosi con una guarigione e con una craniotonia), par O. d'Allocco (*Riforma medica*, 7, 8, 9 et 10 avril 1896, p. 51, 63, 74 et 87). — 1° Tumeur gommeuse du cervel, alcoolisme chronique probable, guérison par le traitement mercuriel. 2° Gros tubercule primitive du cervelet, méningite circonscrite de voisinage, tuberculose pulmonaire secondaire, mort. 3° Gliosarcome télangiectasique étendu du cervelet; gliosarcomatose diffuse de la partie postérieure de l'isthme de l'encéphale, du bulbe et de la moelle, trépanation; mort. 4° Sarcome cystico-télangiectasique de la partie supérieure des circonvolutions rolandiques droites; mort. 5° Sarcome du lobe temporal droit; mort.

Tics (Contributo allo studio dei tic convulsini), par L. Battistelli (*Riforma medica*, 17, 18 et 19 mars 1896, p, 746, 759 et 770). — Le tic peut être considéré comme la reproduction involontaire d'une image de mouvement fixée dans les centres corticaux. Ce phénomène peut avoir pour cause déterminante une lésion organique centrale ou phériphérique ou quelque émotion, mais sa cause véritable est une altération fonctionnelle du système nerveux, un état neuropathique héréditaire de faiblesse, constitué par une faiblesse des forces inhibitrices. Les régions du corps le plus souvent atteintes de tics sont les régions innervées par le facial, par les nerfs ayant pour origine la partie la plus élevée des segments cervical et lombaire. Le signe différentiel le plus important entre les tics, d'une part, le spasme, la chorée, le paramyoclonus d'autre part, est l'influence que la volonté exerce sur le tic et qu'elle ne peut jamais exercer sur les autres affections. L'écholalie, l'échocynésie, la coprolalie, les idées fixes ont le même point de départ que le tic, il s'agit d'ex-

plosions d'énergies accumulées dans les centres nerveux trop excités et non tempérées par des puissances d'arrêt congénitalement faibles. La maladie des tics dans ses diverses formes est une manifestation extérieure d'une forme psychopathique de dégénérescence héréditaire.

Traitement thyroïdien de la tétanie infantile (La tiroidoterapia nella tetania idiopatica dell' età infantile), par L. Maestro (*Riforma medica*, 19 et 20 mai 1896, p. 468 et 480). — Dans 3 cas de tétanie infantile, l'auteur a tiré des résultats favorables du traitement thyroïdien. Cette médication rend les accès moins intenses et plus rares et abrège la durée de la maladie ; elle est très bien tolérée par les enfants, et ne produit pas de troubles notables des échanges organiques, des fonctions digestives et de la diurèse ; chez les petits enfants, il est utile d'administrer par la bouche la glande thyroïde crue ou légèrement cuite ; la dose moyenne est de 2 à 4 grammes par jour. Ce traitement n'empêche pas l'emploi simultané d'une médication symptomatique et n'est incompatible avec aucun des médicaments usuels.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Gaïacol.

Définition. — Le *gaïacol ordinaire* du commerce est l'un des principes actifs de la créosote : c'est un liquide incolore, de densité variable qui est un mélange complexe de divers phénols (gaïacol, créosol, homocréosol, crésylols et xylénols).

Le *gaïacol cristallisé ou synthétique* est un corps solide, blanc, cristallisé en prismes volumineux, ayant un point de fusion (28°) et un point d'ébullition (205°) constants (Béhal et Choay). Il est encore désigné sous le nom de *gaïacol* α.

Le gaïacol α doit être désormais employé, en hypodermie, à l'exclusion du gaïacol ordinaire dont on ne doit plus se servir, en thérapeutique, que pour l'usage externe. Nous n'avons donc par conséquent en vue, dans cet article, que le gaïacol α, cristallisé ou synthétique.

Solubilité. — Soluble dans 60 parties d'eau, en toutes proportions dans l'alcool, le chloroforme, l'éther, les huiles grasses et fixes, à peine soluble dans la glycérine, le gaïacol α est principalement employé en solution huileuse.

Propriétés thérapeutiques. — De tous les médicaments hypodermiques appliqués au traitement de la tuberculose pulmonaire, le gaïacol est celui qui a donné le maximum de résultats positifs. L'un des premiers, notre maître M. le professeur Picot (de Bordeaux) en signala les heureux effets chez les phthisiques, bien qu'il n'eût à sa disposition qu'un produit impur (gaïacol ordinaire) et qu'il n'eût employé que de faibles doses (5 à 25 centigrammes). Après lui, Pignol, Peter, Labadie-Lagrave, plus récemment P. Langlois et G. Maurange (*in* Devauchelle, th. de Paris, 1896), Sahli en Suisse, Max Schüller en Allemagne, Rumno en Italie, confirmèrent les résultats obtenus en apportant de nombreuses observations favorables. La découverte du gaïacol α par Béhal et Choay, a permis d'en faire l'étude pharmacodynamique, en sorte que nous pouvons dès maintenant, établir la posologie et les indications d'un médicament que l'on peut considérer comme l'agent thérapeutique le plus actif connu contre la tuberculose pulmonaire.

1° A la première période (induration), le gaïacol injecté tous les 2 ou 3 jours, à la dose de 40 à 50 centig. dans 10 cent. cubes d'huile stérilisée diminue rapidement la toux, facilite l'expectoration, relève la nutrition générale, arrête la marche de la maladie et prépare la guérison.

L'hémoptysie du début, une dyspnée excessive, une fièvre élevée (bacillémie), sont les seules contre-indications.

2° A la période de ramollissement, lorsqu'il y a apyrexie, ou que l'élévation thermique vespérale ne dépasse pas un degré, le gaïacol, à la dose de 80 centig. à 1 gramme par jour, diminue le nombre des crachats, les fluidifie et les rend plus aérés, supprime les sueurs nocturnes, ramène la température à la normale, relève les forces et la nutrition du malade. L'amélioration est surtout très appréciable vers la fin de la première quinzaine du médicament.

Si la température atteint ou dépasse 39°, la médication est contre-indiquée.

3° A la période des cavernes, le gaïacol facilite l'élimination des produits de la fonte tuberculeuse, combat la fétidité de l'haleine, peut même dans quelques cas heureux, favoriser la cicatrisation des lésions.

A cette période, en dehors de la fièvre hectique qui constitue une contre-indication formelle, il faut graduer les doses, débuter par 5, 10 centig. par jour, gagner progressivement les doses utiles de 80 centig. et 1 gramme, en surveillant de près le malade : l'élimination du gaïacol par une surface pulmonaire insuffisante et hyperémiée pouvant amener des poussées congestives et provoquer des hémoptysies dangereuses.

A ces contre-indications, ajoutons l'albuminurie et la coexistence de lésions valvulaires graves.

Ainsi employé, le gaïacol donnera au praticien — notre expérience personnelle nous permet de l'affirmer — des résultats supérieurs à ceux obtenus par la plupart des agents thérapeutiques en usage.

Ce qui rend en outre très pratique l'emploi hypodermique du gaïacol, c'est l'absence de douleur pendant et après l'injection. Quelques minutes après la piqûre, il se produit même une zone d'analgésie qui a pu être utilisée pour accomplir certaines opérations de petite chirurgie (avulsion dentaire, incisions, etc.) (Lucas-Championnière, Bazy). Cette propriété analgésique du gaïacol a conduit à l'employer au traitement de certaines névralgies (sciatique, Colleville ; sus-orbitaire, J.-M. Anders). Dans ces cas, l'injection est poussée au point douloureux.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* de 1 à 5 ans, 5 centig. par injection et par jour ; de 5 à 10 ans, jusqu'à 25 centig. ; de 10 à 20 ans, jusqu'à 50 et même 80 centig. — *Chez l'adulte :* jusqu'à 1 gramme et 1 gr. 20. S'en rapporter, pour les indications de dosage, aux observations qui précèdent.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — L'injection est, nous l'avons dit, absolument indolore : à peine à l'endroit de la piqûre une sensation de tension, qui cesse même d'être perçue si l'injection est poussée très lentement.

b) *Eloignés.* — L'huile gaïacolée se résorbe facilement et rapidement. Après la disparition de la zone analgésique, il ne reste que peu de sensibilité dans la région, au point que dès le lendemain, le malade a quelque peine à retrouver le lieu de la piqûre. La température du corps s'abaisse de 5/10 de degré environ dans l'heure qui suit l'injection. Il est exceptionnel que l'on ait de l'hypothermie avec les doses indiquées, comme cela a été observé avec les badigeonnages de gaïacol faits sur une large surface. En tous cas, n'observe-t-on jamais, après les injections, les accidents graves qui marquent les applications externes conduites inconsidérément. Il s'agit moins en effet de phénomènes toxiques que de paralysies vasomotrices, qui sont peu à redouter dans l'administration hypodermique du médicament.

Le gaïacol enfin s'élimine par la surface pulmonaire et par les reins : le malade *sent* le gaïacol, quelques minutes à 1/2 heure au plus après l'injection.

FORMULES

Gaïacol synthétique . . . . 8 gr.
Huile d'olives neutre stérilisée Q. s. p. 100 c. c.
5 à 10 centim. cubes.

(G. Maurange.)

Gaïacol synthétique . . . . 1 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée . . 10 gr.
1 à 2 centim. cubes comme analgésique.

(Lucas-Championnière.)

Associations. — Le gaïacol a été primitivement associé à l'iodoforme par M. Picot. Sans méconnaître ici l'action favorable possible de l'iodoforme dans certaines formes de tuberculose torpide, nous réprouvons d'une façon générale une telle combinaison. C'est à l'introduction de l'iodoforme dans les formules que sont dues la plupart, sinon toutes les observations publiées d'hémoptysies consécutives au traitement par le gaïacol. Pour notre part, nous avons fait ou fait faire depuis 5 ans plus de 3 000 injections de gaïacol *non iodoformé* et nous n'avons jamais observé d'hémoptysies pendant les périodes actives du traitement. Au contraire, au début, lorsque nous injections le gaïacol iodoformé, fréquemment nous avons dû suspendre les piqûres pour cause d'hémoptysies. Cette action congestive de l'iodoforme est du reste aujourd'hui bien établie. Hogges a récemment signalé les hémorrhagies violentes qui surviennent chez les animaux intoxiqués par cette substance. Rappelons néanmoins la formule de M. Picot :

FORMULE

Gaïacol *synthétique* . . . . . 5 gr.
Iodoforme . . . . 1 gr.
Huile d'olives stérilisée. . . } āā q. s. p. 100 c. c.
Vaseline liquide. . . . . . }
2 à 5 centim. cubes.

(Picot.)

On a associé le gaïacol à l'eucalyptol — ce qui était défendable avant la découverte du gaïacol α, car le gaïacol ordinaire ne pouvait être employé qu'à petites doses en raison de la présence dans sa composition de crésylols qui lui donnaient une action irritante.

Gaïacol *synthétique* . . . . 12 gr.
Eucalyptol . . . . 8 gr.
Huile d'olives. . . . . . . Q. s. p. 120 c. c.
5 centim. cubes par jour.

(P. Langlois.)

Aujourd'hui il vaut mieux employer le gaïacol seul, car l'injection eucalyptol-gaïacol est un peu douloureuse et s'absorbe moins facilement.

L'association eucalyptol-gaïacol-iodoforme ne doit être admise qu'avec les réserves que nous avons faites plus haut.

Gaïacol *synthétique* . . . . 5 gr.
Eucalyptol . . . . 14 gr.
Iodoforme . . . . 1 gr.
Huile d'olives stérilisée. . . Q. s. p. 100 c. c.
5 à 10 et même 20 centim. cubes.

(Pignol.)

L'association au camphre est plus légitime : elle donne d'heureux effets dans les cas où le tuberculeux est déprimé, adynamique.

Camphre . . . . 1 à 2 gr.
Gaïacol α . . . . 8 gr.
Huile d'olives stérilisée. Q. s. p. 100 c. c.
5 à 10 centim. cubes par jour.

(G. Maurange.)

La spartéine est utilement réunie au gaïacol chez les tuberculeux tachycardes (1).

Gaïacol α. . . . . 8 gr.
Sulfate de spartéine . . . . . . 0 gr. 40
Huile d'olives stérilisée. Q. s. p. 100 c. c.

(G. Maurange.)

Enfin on renforce l'action analgésique du gaïacol en le dissolvant dans le chloroforme.

Gaïacol. . . . . II gouttes.
Chloroforme. . . . . X —
Alcool à 22° . . . . . . Q. s. p. 1 cent. cube.
Pour une piqûre au voisinage du nerf lésé.

(Anders.)

1. Voir *Gaz. hebd.*, 1896, n° 44, p. 519 et suiv.

Chloroforme. . . . . 8 gr. 60
Gaïacol. . . . . 6 gr. 76
XV à LX gouttes pour une injection (1).

(Colleville.)

G. Maurange.

Traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorrhagies par les lavements salés,

Par le Dr Milour.

On sait la gravité des accidents présentés par les malades anémiés par une perte de sang considérable. Quelle que soit l'origine de cette effusion de sang on voit bientôt apparaître : l'insomnie, l'angoisse, la stupeur, quelquefois les convulsions, un anéantissement très marqué, la syncope ou un coma mortel.

Pour parer à ces symptômes alarmants les ressources actuelles de la thérapeutique sont : les injections de caféine, d'alcool d'éther, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel, enfin la transfusion comme dernier remède.

Tous ces moyens sont bons, mais ils nécessitent généralement un outillage spécial, l'antisepsie des instruments, de la peau, ce qui occasionne une perte de temps considérable. D'autre part, il peut arriver que le malade ou la famille s'apposent à ces pratiques; on est donc conduit à tenter autre chose.

Réfléchissant aux divers moyens de faire pénétrer l'eau dans l'organisme des malades déprimés par des pertes sanguines, j'ai songé à profiter de la voie rectale. Il est maintenant bien démontré que la muqueuse du rectum absorbe avec facilité les liquides médicamenteux, je ne citerai pour mémoire que les lavements alimentaires.

Ayant observé chez des malades très anémiés et en état de défaillance que des lavements alimentaires étaient absorbés et produisaient rapidement une sensation marquée de bien-être avec régularisation du pouls, j'ai pensé pouvoir mettre à profit cette observation.

Aussi, dans plusieurs cas ou des hémorrhagies successives et copieuses avaient presque anéanti mes malades, je donnai de parti pris des lavements salés, des lavements laiteux ou des lavements de bouillon. Une série de 5 cas très graves, suivis de succès, m'autorise à espérer qu'il est possible de généraliser cette méthode. Cette série comprend :

1° 3 hémorrhagies graves d'origine *ulcus simplex* ;
2° 1 hémorrhagie d'origine utérine;
3° 1 hémorrhagie d'origine hémorroïdaire.

J'ai eu encore ces jours derniers à observer un cas d'épistaxis très rebelle où notre méthode a amélioré l'état de la malade. Mais n'ayant pu suivre complètement ce cas, je ne veux pas l'incorporer à la série précédente.

J'ai fait, à la suite de ces différents accidents d'origine hémorrhagique, des recherches bibliographiques, et dans les modernes je n'ai pas trouvé trace de cette méthode.

Chez les anciens, Fernel (1597), Fontanon (1553), Sauvages (1723), parlent bien de lavements dans certains cas d'hémorrhagie, mais n'en font pas une méthode.

Je pense que ces lavements salés doivent être donnés même pendant la syncope, les défaillances, et dès que l'hémorrhagie cesse un peu.

J'ai remarqué qu'ils calment l'hémorrhagie et deviennent ainsi d'utiles adjuvants des hémostatiques. De plus, de l'eau salée, une seringue, se trouvent partout et tout le monde peut exécuter la prescription du médecin.

Méthode des lavements salés :

1° Lavement évacuateur d'eau tiède quelques minutes avant le lavement médicamenteux.

2° *Lavement médicamenteux* à garder au moins 1/2 heure : eau tiède de 1 verre à 1 litre; sel marin d'une demi-cuillerée à café à une forte cuillerée à café.

1. Voir, pour le mode de préparation de cette formule, *Gaz. hebd.*, 1896, p. 925.

A donner un toutes les heures et même toutes les 1/2 heures le premier jour dans les cas graves; toutes les 2 heures le deuxième jour; toutes les 6 heures le troisième jour.

3° On alterne ces lavements salés avec des lavements alimentaires (2 par jour). Lavement alimentaire à garder : lait bouilli écrémé et tiède (1 à 2 verres), sel marin 1/2 cuillerée à café, jaune d'œuf n° 1.

4° On peut remplacer ces lavements de lait par des lavements de bouillon dégraissé qui sont mieux tolérés (*Médecine moderne*, 1896, n° 775.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nouveau projet de création d'un ordre des médecins. — Mort du professeur I. Straus.

« Je suis d'accord en principe avec vous. Comptez sur moi pour faire triompher vos légitimes revendications. Mais craignez que le Parlement ne nous suive pas dans la voie que nous prétendons tracer », ou bien : « Je vous promets tout mon appui; comptez sur moi; il est probable que nous n'obtiendrons rien, mais nous aurons lutté pour défendre une cause juste. »

C'est en ces termes où à peu près que, dans toutes les réunions officielles, les sénateurs, les députés, les personnages conviés à prendre la parole en raison de l'influence dont ils jouissent et de l'autorité légitime que leur confère une situation prééminente répondent aux vœux exprimés.

Et lorsque, les applaudissements qui ont accueilli leurs paroles ayant pris fin, on leur demande : « Vous croyez donc qu'il faut espérer? — Allons donc, répondent-ils, jamais une proposition de ce genre n'aboutira devant les chambres; mais il ne faut décourager personne. A chaque jour suffit sa peine. » Et le lendemain tous les organes de la presse proclament l'adhésion unanime à une proposition morte-née.

Loin de moi l'idée d'exprimer ici un blâme. Je constate un fait. Il m'est apparu plus évident que jamais à l'occasion de la proposition défendue au banquet de l'Union des Syndicats par M. le Dr Lassalle. Tout le monde a cru que le projet de création d'un *ordre des médecins* avait fait un grand pas. Je l'ai cru un instant moi-même et je dois reconnaître que je m'étais trompé. Si jamais l'on demande qu'une loi nouvelle reconnaisse la création de *chambres de discipline* ou de *chambres médicales* ou d'un *conseil de l'ordre des médecins* avec la sanction pratique qu'exigeraient les décisions qu'ils auraient rendues, il paraît certain qu'on ne trouverait pas vingt députés ou sénateurs pour la voter.

Mais une loi est-elle nécessaire? Ne peut-on pas, comme on l'a proposé, créer d'abord des chambres médicales, leur faire élire un bureau et soumettre ensuite à celui-ci toutes les questions litigieuses? J'avoue qu'il m'est difficile de comprendre ce que pourront faire ces chambres et ces bureaux. Quelle influence moralisatrice pourront-elles exercer alors que les associations et les syndicats ne peuvent qu'à grand'peine réussir dans la tâche qu'ils ont entreprise?

Je viens de relire la discussion soulevée il y a dix ans devant l'Association générale à l'occasion du projet présenté par M. Surmay (de Ham). Tous les arguments que l'on a fait valoir pour obtenir le vote de l'Assemblée qui déclarait « qu'il y a pas lieu de créer un ordre des médecins » gardent de nos jours la même valeur.

Il a fallu quinze années de lutte aux avocats pour obtenir la création de leur ordre et les règles qu'il impose sont si rigoureuses que jamais le corps médical n'en accepterait de semblables. D'ailleurs l'avocat rayé du tableau ne peut plus exercer, parce que la plaidoirie est son principal apanage et qu'on peut lui interdire de plaider; mais il lui est licite de donner des consultations dans son cabinet ou au dehors; il peut même s'inscrire à un autre barreau et y être admis si les motifs qui s'opposaient à son admission ou qui motivaient sa radiation sont jugés différemment à Paris, Lyon ou Marseille.

Le médecin, au contraire, vit de ses consultations ou de ses visites, et la loi qui autoriserait à lui interdire l'exercice de la médecine, c'est-à-dire qui permettrait de le poursuivre pour exercice illégal, ne sera jamais assez rigoureuse pour frapper de suspension ou d'interdiction celui qui n'aura manqué qu'aux lois de la déontologie professionnelle.

Si dès lors il ne peut être privé du droit d'exercice et s'il est condamné cependant par ses confrères et exclu des chambres médicales, quelle sera, au point de vue social, la situation du médecin?

Si l'on crée dès aujourd'hui les chambres médicales, comment seront-elles constituées? Si l'on demande l'adhésion du corps médical à cette organisation nouvelle, n'est-il pas à craindre que ceux-là surtout qui se sentent coupables, qui n'ont pas toujours rigoureusement observé les règles professionnelles seront les premiers à s'y inscrire? Comment les refuser? Et, si on les accepte, comment les rayer plus tard? Par quelle procédure saisir les chambres médicales des cas d'indignité? Faudra-t-il écouter les délations créées par des conflits d'intérêt, par des querelles d'amour-propre, par les hostilités que font naître dans une petite ville les rivalités administratives ou politiques? Nous avons souvent été saisis de plaintes de ce genre et nous connaissons les difficultés que l'on éprouve quand on veut les résoudre.

La chambre médicale frappera-t-elle le médecin qui, au détriment de ses collègues, accepte à un taux dérisoire de faire le service d'une Société de secours mutuels et vient s'installer dans une ville où, après mûre délibération, tous ses confrèresse seront entendus pour refuser des offres désobligeantes et parfois déshonorantes?

Saura-t-elle et pourra-t-elle sévir contre le médecin qui aura desservi ses confrères par des insinuations malveillantes ou des procédés injustifiables? Et si elle se contente de le rayer, de l'exclure, en quoi son action différera-t-elle de celle que peut exercer un syndicat ou une association confraternelle?

Aura-t-elle le courage de frapper ceux même qui occupent une haute situation professionnelle, de défendre et de couvrir ceux qui sont victimes d'injustes accusations.

Je ne parle pas des crimes de droit commun. La justice s'en charge.

Avant donc de préparer et de discuter publiquement un projet, aussi souvent déjà soumis à un examen contradictoire, il importerait de fournir des arguments *nouveaux* permettant d'en juger l'opportunité. Il faudrait prouver que l'ordre des médecins pourra être institué par une loi, seule capable de donner à ses décisions une sanction efficace. Il faudrait tout au moins démontrer que les chambres médicales pourront exercer sur la moralité professionnelle une action utile.

Tous nous sommes d'accord sur le principe. Tous nous voudrions pouvoir frapper nous-mêmes et répudier hautement ceux qui, parmi les médecins, déshonorent le titre que nous portons par des actes notoirement condamna-

bles. Mais ceux-là surtout qui seraient les plus disposés à voir une pénalité rigoureuse réprimer les actes délictueux au point de vue professionnel hésitent avant d'entrer dans une organisation qui, si elle est impuissante à faire le bien, passera bientôt aux yeux du public pour excuser ou encourager le mal.

Je dois un souvenir d'affectueux regrets à la mémoire de mon ami I. Straus. Il était l'un des plus aimés, l'un des plus dignes d'estime parmi nos anciens camarades de Strasbourg. Il y avait commencé ses études avec Mathias Duval dont il devint bientôt le plus fidèle ami, auquel jusqu'à sa dernière heure il resta attaché par les liens de la plus étroite affection.

Élèves de Küss et de Morel ils avaient, sous la direction de ces deux maîtres, pris le goût des études anatomiques et histologiques et, c'est à leur collaboration qu'est dû un intéressant mémoire : *Recherches expérimentales sur l'inflammation*, qui parut en 1870. Mais, tandis que Mathias Duval se donnait tout entier à ses premières études et devenait aide d'anatomie, puis prosecteur de la Faculté, I. Straus me succédait en 1866 comme interne des hôpitaux dans le service du professeur Schutzenberger et marquait rapidement sa place à la tête des étudiants d'élite qui concouraient alors de bonne heure pour l'agrégation. C'est ainsi que, dès l'année 1869, il crut pouvoir affronter la lutte dans le concours de chirurgie et d'accouchements. La guerre franco-allemande le détermina à venir à Paris où, sur la recommandation de son maître Hirtz, Béhier le choisit comme chef de clinique en 1873, l'année même où Mathias Duval conquérait de haute lutte les titres d'agrégé, de professeur à l'École des Beaux-Arts, de directeur du laboratoire d'histologie.

Trois années plus tard I. Straus était nommé médecin des hôpitaux et, en 1878, il obtenait la première place au concours d'agrégation de la Faculté de Paris. Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, auteur de travaux déjà remarqués sur le choléra et la tuberculose, d'articles de vulgarisation et de critique, de la traduction de la *Pathologie cellulaire* de Virchow (1873) et de la 3e édition du *Traité de diagnostic* de Racle (1876), I. Straus, qui avait été des premiers élèves de Pasteur, fut désigné par lui pour aller en 1883 étudier avec Roux, Nocard et Thuillier l'épidémie de choléra qui sévissait en Egypte et plus tard, avec Roux, l'épidémie cholérique de Toulon. Les travaux qui résument ces recherches et les intéressantes communications qu'il fit à la Société de biologie sur le *charbon* lui valurent en 1888 l'honneur de succéder à Vulpian dans la chaire de pathologie expérimentale et comparée qui devint dès lors une chaire de bactériologie. C'est du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté que sont sortis les travaux les plus remarquables dûs à notre confrère et en particulier le beau livre qu'il a intitulé : *La tuberculose et son bacille*. Rédacteur des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* fondées par Charcot, Straus y a fait paraître un grand nombre de mémoires originaux, en particulier des études sur la *cirrhose alcoolique du foie*, sur les *lésions rénales dans le diabète sucré*, etc. Collaborateur des *Annales de l'Institut Pasteur*, il y a publié des recherches bactériologiques importantes. A l'Académie de médecine il était désigné comme rapporteur toutes les fois qu'était soulevée une question intéressant la pathologie microbienne dans ses rapports avec la clinique. Ses élèves diront ce qu'il fut comme directeur d'études. Il ne nous appartient que de louer son désintéressement, sa probité scientifique et professionnelle, la fidélité de ses affections, la dignité de sa vie et la loyauté de son caractère.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Les pharmaciens ne peuvent pas saisir la juridiction correctionnelle d'un délit d'exercice illégal de la médecine. — Dans son audience du 24 novembre dernier, le tribunal correctionnel de Paris a rendu un jugement qui déboute un pharmacien de sa poursuite contre un médecin pour violation de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

En effet, aux termes des articles 1er et 63 du Code d'instruction criminelle, le droit de la partie civile de saisir d'un délit la juridiction correctionnelle est subordonné à un intérêt exclusif et direct. Or, celui qui dirige une officine de pharmacie ne saurait soutenir avoir été lésé par le délit dont un médecin se serait rendu coupable en exerçant la médecine sous un pseudonyme. Son action, manquant de base, est non recevable.

Au surplus, il ressort manifestement des termes restrictifs de la loi du 30 novembre 1892 et des travaux préparatoires de cette loi que l'intervention civile devant le tribunal correctionnel n'appartient qu'à une catégorie de personnes et d'associations régulièrement constituées, au nombre desquelles les pharmaciens ne figurent pas; qu'à ce second point de vue, un pharmacien est sans droit pour réclamer une condamnation contre un médecin.

Les médecins ou les internes des hôpitaux peuvent-ils procéder à l'autopsie d'une personne décédée en arrivant à l'hospice? — La Cour de Lyon a rendu il y a quelques mois un arrêt portant que, lorsqu'aux termes du règlement, ce sont seulement les corps des personnes décédées à l'hospice qui peuvent y être soumis à l'autopsie, l'administration de l'hospice ne peut avoir aucun droit sur le corps de personnes decédées avant d'y avoir été reçues.

La même solution devrait être donnée en l'absence de règlement.

En conséquence, ladite administration est responsable si le corps d'une personne décédée en arrivant à l'hospice a fait l'objet d'une autopsie; et elle doit être condamnée à payer des dommages-intérêts à la famille de la personne défunte.

— On sait que dans les Universités allemandes le professeur est payé par ses élèves et que ces honoraires (Collegien Gelder) représentent le plus clair de ses bénéfices.

Le gouvernement autrichien, malgré la résistance de la majorité des médecins, vient de décider de modifier cet état de choses en présentant un projet de loi qui réglemente le salaire des professeurs d'Université.

Ce projet de loi supprime les honoraires d'étudiants à professeur et attribue le payement des professeurs directement au gouvernement. Les étudiants n'en payeront pas moins, mais ils payeront au gouvernement et non au professeur. C'est le système français.

Ce changement profitera à certains professeurs, ceux qui enseignent des matières abstraites ou théoriques et qui n'ont qu'un maigre auditoire. Mais d'autres, et en particulier les professeurs de clinique, qui ont parfois jusqu'à 300 et 400 élèves, vont voir leurs revenus singulièrement diminués.

Il est à craindre que ces professeurs n'hésitent plus à répondre aux appels des Universités allemandes et d'autre part que les professeurs allemands refusent désormais d'accepter une chaire dans une Université autrichienne.

La nouvelle loi pourrait être fatale à la vieille renommée de l'école médicale de Vienne. *(Médecine moderne.)*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Hystérie à forme de sclérose en plaques,

Par M. Bonne,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Depuis les premiers travaux de Charcot, Rendu, Souques, Dutil, des cas d'hystérie simulant la sclérose en plaques ont été publiés en assez grand nombre pour enlever tout intérêt, semble-t-il, aux observations ultérieures. En voici une cependant où l'on pourra remarquer que la névrose s'est bornée presque exclusivement à reproduire la plupart des symptomes de la maladie organique, sans s'affirmer, en dehors des crises et de quelques stigmates, par aucun de ces faits cruciaux (attaques suivies de mutisme, d'hémianesthésie, de contracture permanente, etc.) que signalent ordinairement les observations analogues.

N. J..., 26 ans, plongeur, entre le 7 octobre 1896, dans le service de M. le professeur Bondet, suppléé par le Dr Sallès, chef de clinique.

Sa mère est morte d'une fièvre typhoïde. Elle n'avait jamais fait de fausses couches; son père, d'une affection chronique des poumons. Deux frères et une sœur morts en bas âge, un frère et deux sœurs bien portants. On ne trouve pas trace de nervosisme parmi ses ascendants ni ses collatéraux, mais son père était très alcoolique.

Célibataire; pas de syphilis; pas d'alcoolisme.

A porté jusqu'à l'âge de 5 ans des appareils orthopédiques pour déformations rachitiques des membres inférieurs aujourd'hui disparues.

L'incontinence urinaire du premier âge a cessé à l'époque habituelle. A 8 ans, rougeole bénigne. Pas d'autre maladie infectieuse grave.

S'est bien porté jusqu'en 1891. Le 15 mai de cette année, à l'occasion d'une contrariété, le malade, qui depuis plusieurs semaines avait des palpitations et souffrait de la tête depuis quelques heures, perdit connaissance en montant un escalier et roula une quinzaine de marches. On lui aurait raconté qu'il avait dans sa chute poussé un cri, puis écumé. Le même jour, 9 heures plus tard, deuxième crise, mais sans perte complète de connaissance.

Depuis, les attaques se sont succédé au nombre de 2 à 4 par 24 heures, sans laisser de répit de plus de 1 à 2 jours. En outre, fréquents étourdissements, surtout pendant la première sortie du matin.

Les auras sont très variables et de courte durée. Elles consistent ordinairement en une sensation de constriction de la poitrine et de boule remontant au gosier, quelquefois ballonnement de l'abdomen. Puis J... tombe par terre dans les rares cas où le temps lui manque de trouver un appui; il a quelques mouvements toniques uniformément généralisés et des mouvements cloniques. Il ne paraît pas avoir jamais présenté des attitudes passionnelles, mais dit avoir après la crise des idées tristes ou terrifiantes qu'il ne traduit du reste ni par la mimique, ni par la parole. Elles font rapidement place à une sensation de calme et de bien-être absolu.

Par période de 3 semaines environ, espacées par un laps de temps à peu près égal, les crises sont plus complètes et plus rapprochées, et J... a de l'incontinence nocturne d'urine.

Elles ont été considérablement espacées par 15 jours de repos et d'hydrothérapie, et actuellement ne se produisent plus guère que sous l'influence des émotions et de de la pression des zones hystérogènes (les fosses iliaques) et sont réduites à quelques contorsions avec sensation de boule et rougeur de la face, sans perte de connaissance.

J... est un homme de petite taille, à front bas, mandibule très développée, face légèrement asymétrique, assez intelligent, très émotif, pleurant facilement.

Sa parole est pénible, embarrassée, nettement spasmodique, mais non régulièrement scandée. A voix basse, en dehors de toute cause émotionnante, des mots entiers peuvent être prononcés normalement avant que le verbe ne s'échappe à une labiale ou à une sifflante qui réveille le spasme et détermine un bégaiement anxieux avec contractures des muscles de la face, rappelant d'assez près celui qu'ont décrit Ballet et Tissier en 1890. Mais chez J... ce symptôme est ancien : il a débuté progressivement, il y a 2 ans, sans aphasie préalable; de plus il n'existe aucun trouble moteur de la langue en dehors du langage.

Depuis la même époque, J... marche difficilement; au moment de l'entrée, sa démarche était titubante et nettement spastique. Maintenant elle n'est que mal assurée; il n'y a plus de titubation véritable. Le même caractère se retrouve dans la station debout sur une seule jambe, les yeux étant fermés.

Les membres supérieurs sont animés d'un tremblement massif, nul au repos, en dehors des émotions, nul aussi quelquefois pendant les mouvements de petite amplitude, un peu plus rapide et peut-être plus égal que dans la sclérose en plaques, lors des mouvements de grande étendue ou qui demandent une certaine précision. Certains jours il se produit plus facilement, soit sous l'influence des contractions statiques. Les mains étendues sont animées d'oscillations massives sur leur axe longitudinal, soit sans cause directe, même pendant le décubitus, lorsque le malade paraît plus émotionnable que d'ordinaire, soit pendant la marche. C'est sous cette modalité qu'il aurait débuté 2 ans environ après les premières crises.

L'écriture de J... en donne un graphique exact : peu marqués aux jambages courts, les festons sont plus profonds et plus larges au niveau des lettres allongées; mais l'ensemble est moins accidenté que dans la sclérose en plaques.

Tous les réflexes tendineux sont notablement exagérés. Le réflexe plantaire se transforme parfois en secousses désordonnées du membre inférieur. On obtient avec la plus grande facilité le clonus du pied et du genou. Lorsque après plusieurs minutes la trépidation diminue, elle peut être, ou reveillée par une percussion même légère des masses musculaires de la cuisse ou du mollet, ou arrêtée quand à un commendement brusque le malade contracte fortement tous ces muscles.

Elle cesse toujours rapidement par flexion du gros orteil. L'application de la bande d'Esmarch l'exagère d'abord, ainsi que les réflexes rotuliens. On la trouve ensuite un peu diminuée lorsque la constriction est maintenue jusqu'à devenir doulou-

reuse; mais elle récupère son intensité première dès que la bande a été enlevée.

Aucun muscle ne présente de tremblement fibrillaire. Le dynamomètre donne 25 à droite et 15 à gauche. La circonférence de l'avant-bras droit est de 27 centimètres, celle du gauche de 26. Aux mollets on trouve 34 à droite et 32 à gauche.

Les troubles de la sensibilité générale sont nets, mais peu étendues : anesthésie pharyngée; quelques retards de perception; aux deux avant-bras et au bras droit, larges zones à contours précis et invariables où les contacts légers ne sont pas perçus; à la face externe du mollet gauche, zone d'anesthésie aux températures basses.

Le champ visuel des deux yeux est très rétréci. Son contour délimite dans le voisinage du 15° degré une surface à peu près régulière. Pas de scotome central. Amblyopie bilatérale égale. Le fond de l'œil est absolument normal. Myosis permanent avec parésie de la réaction à la lumière et à la vision des objets éloignés. Légères secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes des globes oculaires. Dyschromatopsie pour toutes les couleurs, sauf pour le rouge qui seul est encore perçu nettement.

L'examen des différents viscères ne décèle rien d'anormal.

Sans invoquer la « pseudo-sclérose » de Westphall, dont la cause est aujourd'hui bien mauvaise depuis les expériences de la Salpêtrière et la réquisitoire de Rendu; sans mettre en doute l'existence chez J... de l'hystéro-épilepsie, on pourrait supposer la coexistence de cette affection avec la sclérose en plaques, coexistence dont Charcot, à plusieurs reprises, et Souques ont signalé la fréquence : la sclérose préexistant le plus souvent et jouant le rôle d'agent provocateur de la névrose.

Dans la plupart des observations, en effet, l'hystérie n'apparaît qu'à titre purement épisodique, d'une façon passagère, réduite à quelques « accidents » et disparaissant sous l'influence d'une émotion ou de la suggestion.

Chez J..., l'évolution a été toute différente : les crises d'hystéro-épilepsie précédèrent de plusieurs années l'apparition des autres symptômes, et se reproduisirent régulièrement jusqu'à ce que le traitement approprié vint les espacer. On ne pourrait donc admettre qu'une sclérose en plaques apparaissant secondairement sur un terrain névropathe. Or, l'étiologie est contraire à cette idée : le malade a dans ses antécédents une cause de dégénérescence : l'alcoolisme de son père; mais il n'a pas eu d'autre maladie infectieuse qu'une rougeole bénigne, à l'âge de 8 ans. De plus, plusieurs symptômes, les troubles de la marche et de la parole surtout, ont été aussi très améliorés par le traitement, ou présentent certaines particularités permettant d'entrevoir leur nature hystérique. Rappelons seulement l'ordre d'évolution de la dyschromatopsie, la forme de l'écriture, la topographie des troubles de la sensibilité, et, parmi les caractères du tremblement, sa persistance — non constante ni durable d'ailleurs — au repos, dans le décubitus, sous l'influence de l'émotion. Le nystagmus, il est vrai, est rarement mentionné : une seule fois dans les observations de Souques. Mais si son existence dans l'hystérie va jusqu'à être douteuse, Ferré insiste sur sa fréquence dans l'épilepsie.

Quant aux phénomènes de clonus des membres inférieurs, considérés autrefois comme toujours symptomatiques d'une lésion des cordons pyramidaux, mais signalés depuis dans plusieurs affections inorganiques : convalescence de la fièvre typhoïde (Fleury, 1884), hystérie, ils n'ont plus actuellement cette valeur diagnostique et peuvent, avec l'exagération des réflexes, être imputés à la névrose (1).

1. *Lyon médical*, décembre 1896.

REVUE DES CONGRÈS

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 20 au 23 octobre 1896.

L'insuffisance cardiaque dans les cardiopathies sans lésions valvulaires.

M. Queirolo (de Pise). — Toutes les fois que l'énergie cardiaque ne suffit pas aux exigences de la circulation, il se produit ce qu'on est convenu d'appeler « insuffisance cardiaque », et la vie est sérieusement menacée.

Dans les cardiopathies, l'insuffisance du cœur est due essentiellement à des lésions du muscle cardiaque et précède de peu la terminaison fatale; dans les maladies infectieuses, au contraire, ce sont ordinairement des troubles d'innervation que provoque généralement cette insuffisance pouvant se terminer par la guérison et ne s'accompagnant jamais de lésions anatomiques de l'appareil circulatoire.

Le mécanisme de l'insuffisance cardiaque dans les maladies du cœur est des plus simples et relève d'un surcroît de travail imposé à un moment donné au cœur : le cœur, déjà fatigué, doit nécessairement faillir à sa tâche.

L'atrophie et la sclérose du myocarde, les maladies par ralentissement de la nutrition, dans lesquelles l'excrétion insuffisante des produits de désassimilation amène l'intoxication de l'organisme, peuvent fréquemment aboutir à l'insuffisance cardiaque en l'absence complète de toute lésion valvulaire. L'athérome généralisé avec diminution de l'élasticité des vaisseaux agit de la même façon en demandant au cœur, insuffisamment nourri, une augmentation de travail qu'il est par là même incapable de fournir. Une insuffisance sans lésion peut se produire encore en cas d'adhérences du péricarde, par l'anémie du muscle cardiaque provoquée par la compression des coronaires.

Un travail excessif répété, s'il alterne avec des périodes de repos, provoque dans un cœur sain de l'hypertrophie; mais si l'effort persiste trop longtemps et que le cœur ne puisse disposer d'une certaine réserve d'énergie, la dilatation se produit, bientôt suivie de l'insuffisance cardiaque. Celle-ci peut encore dépendre de toutes les causes qui produisent une excitation de l'appareil vasomoteur.

Un des premiers indices de l'insuffisance, c'est la dyspnée, dans laquelle interviennent deux facteurs : un mécanique, l'autre toxique. Le même mécanisme qui détermine la dyspnée provoque aussi le catarrhe bronchique et les hémoptysies, les œdèmes (œdème pulmonaire, stase des viscères, etc.), dont le danger consiste dans l'oligurie et dans l'urémie. Quant aux relations qui existent entre les fonctions du cœur et les troubles gastro-intestinaux elles semblent relever surtout de l'intoxication urémique. En effet, dans les cas de stase de l'appareil digestif, tant que la fonction rénale s'accomplit d'une façon normale, on ne voit survenir ni l'anorexie, ni les vomissements, ni la diarrhée, etc., qu'on observe dans les cardiopathies. D'autre part, dans la cirrhose hépatique avec stase considérable de l'estomac et de l'intestin, il ne se produit pas de troubles de l'appareil digestif.

De tous ces faits on peut conclure que l'importance clinique des cardiopathies réside principalement dans les altérations du myocarde, les lésions valvulaires ne devant être considérées que comme des épisodes qui peuvent aboutir au phénomène capital, la lésion du myocarde. Quant à la thérapeutique de l'insuffisance, elle est absolument impuissante lorsque la fibre musculaire est détruite. Il convient avant tout de recommander aux malades le repos et surtout de veiller au bon fonctionnement de l'appareil digestif. Le régime lacté doit être associé à l'usage des diurétiques et des purgatifs, notamment du sulfate de soude ou du sulfate de magnésie. Quant au calomel, il agit comme diurétique dans les cardiopathies, non pas dans tous les cas toutefois, mais seulement chez les sujets dont l'insuffisance relève de troubles gastro-intestinaux. La digitale exerce une action à la fois sur le myocarde et sur l'innervation cardiaque. Elle re-

lève la pression artérielle en forçant le cœur à se contracter plus énergiquement. Il ne faut pas oublier que ce médicament agit principalement sur le ventricule gauche en provoquant une dissociation fonctionnelle thérapeutique. Quand on prescrit la digitale, il faut avoir bien soin de l'associer aux médicaments susceptibles de modifier son action vaso-constrictive, tels que l'iodure de potassium et la trinitrine.

La saignée trouve son indication dans les cardiopathies lorsqu'il existe une stase veineuse notable en même temps qu'un pouls artériel extrêmement faible et petit. La phlébotomie, en diminuant la quantité du sang circulant et en provoquant la déplétion du système veineux, aide le ventricule gauche à se contracter.

M. Forlanini (de Turin) envisage principalement l'insuffisance motrice du myocarde liée à des maladies infectieuses. On sait depuis longtemps que le cœur participe aux processus infectieux aigus, et que dans ces cas il existe des lésions anatomiques du myocarde. C'est aux médecins français qu'on doit la connaissance de ce fait, à savoir que souvent les infections touchent non seulement le cœur, mais encore tout le système cardio-vasculaire (artérites infectieuses). Le cœur peut être ainsi doublement lésé, et dans son tissu musculaire et dans son système artériel (coronaires). D'autre part, divers auteurs ont pu constater que l'endocardite aiguë s'accompagne presque constamment de myocardite, et que dans les lésions valvulaires reliquat d'endocardite aiguë, il existe aussi de la myocardite chronique.

Ces myocardites sont toutes anatomiquement identiques : interstitielles ou parenchymateuses, elles frappent principalement le ventricule gauche, puis le droit, enfin les oreillettes. Elles produisent rarement des lésions en foyer ; celles-ci, lorsqu'elles existent, affectent, par ordre de fréquence, la pointe du cœur, les muscles papillaires, puis les parois. L'insuffisance motrice du myocarde constitue le symptôme fondamental direct de la myocardite.

Les myocardites peuvent être aiguës (celles qui sont provoquées par des infections aiguës) ou chroniques (groupe des infections rhumatismales).

Les myocardites aiguës diphthéritiques, typhiques, scarlatineuses, grippales sont les plus connues : elles apparaissent, en général, après que le processus infectieux s'est éteint, et se terminent rarement par la guérison; plus fréquemment elles prennent la forme chronique ou bien le malade succombe. Ce qui caractérise principalement la forme chronique, c'est son évolution progressive qui aboutit fatalement à l'insuffisance.

Les myocardites chroniques sont de beaucoup les plus importantes ; leur syndrome se confond avec celui de la lésion valvulaire qui les accompagne généralement.

Le fait qui préoccupe réellement les pathologistes, c'est la cause immédiate de la cessation brusque, imprévue, de la faculté de compensation du myocarde. Strümpell admet dans ce cas un myocarde cardiaque analogue au foie cardiaque.

Pour d'autres, le myocarde dégénère parce qu'il n'est pas suffisamment nourri par les coronaires. Cohnheim attribue au défaut d'oxygène la dégénérescence graisseuse des tissus, théorie aujourd'hui abandonnée par la plupart des pathologistes. La théorie de la myocardite chronique progressive nous donne l'explication de l'insuffisance. Dans le myocarde, l'hypertrophie compensatrice est constamment accompagnée par la localisation insidieuse du processus infectieux en quelque point, de sorte qu'il arrive un moment où il y a une portion si considérable de myocarde de lésée, que l'insuffisance se trouve réalisée.

Les principaux symptômes de l'insuffisance myocardique sont encore assez peu précis et assez mal déterminés pour qu'en général un diagnostic certain soit facile à poser, exception faite pour les cas où l'insuffisance a atteint un degré avancé. Le symptôme qui sous ce rapport a une valeur de premier ordre est l'abaissement de la tension artérielle.

Dans la thérapeutique de l'insuffisance myocardique, on pense tout d'abord aux médicaments qui relèvent la pression, et avant tout à la digitale. Mais il faut savoir que la pression artérielle, qui est abaissée dans ces cas, ne s'élève pas par l'usage des médicaments du groupe de la digitale, ou ne s'élève qu'à un degré souvent insignifiant, car le myocarde intoxiqué ne répond plus aux stimulants normaux. Cette inexcitabilité du myocarde doit donc faire rejeter la digitale et ses dérivés et s'adresser aux substances vasculaires pures ou aux cardiovasculaires, c'est-à-dire au nitrate d'amyle et au groupe de la caféine.

Dans les cas dans lesquels l'intoxication n'existe plus et où l'on rencontre seulement, comme reliquats de l'infection, les lésions anatomiques de la myocardite, il existe des segments musculaires fonctionnellement insuffisants ou impuissants, interposés à des portions de muscle encore saines mais destinées à être envahies par le même processus. Le traitement doit alors viser, d'abord à combattre directement la myocardite, puis à préserver le myocarde d'un envahissement ultérieur. Pour ce qui concerne le premier point, nous ne connaissons pas assez l'essence intime de ces processus pour leur opposer une thérapeutique rationnelle, et, d'autre part, nous ne pouvons que favoriser l'évolution destructive des éléments malades à l'aide des médicaments dits accélérateurs des échanges organiques. Quant à la deuxième indication, qui consiste à conserver l'intégrité des fibres normales, nous avons à notre disposition tous ces moyens thérapeutiques et hygiéniques qu'on désigne sous le nom de toniques, reconstituants, etc., tant du cœur que de l'organisme entier.

M. Tedeschi (de Naples) a observé 16 cas de gastro-entéropathies, et a pu se rendre compte que les troubles gastro-intestinaux sont susceptibles de déterminer des cardiopathies ou des pseudo-cardiopathies. Il croit qu'on peut distinguer trois formes spéciales de troubles fonctionnels du cœur d'origine toxique chez les gastro-entéropathes, savoir : 1° le vertige arythmique du cœur; 2° l'arythmie confirmée; 3° l'arythmie pseudo-anginoïde du cœur.

Dans les deux premières variétés, le trouble fonctionnel ne s'accompagnait d'aucune altération cardiaque; dans la dernière, par contre, il existait une dilatation aiguë et passagère du cœur.

M. Maragliano appelle l'attention sur un signe physique, qui, lorsqu'il existe, permet de différencier sûrement la dilatation cardiaque d'avec les épanchements péricardiques. Il consiste dans une réduction du diamètre transverse du cœur lorsque le malade est assis; quand cette condition est réalisée, c'est un signe certain d'épanchement péricardique, attendu que lorsque le cœur est augmenté de volume, soit par hypertrophie, soit par dilatation, son diamètre transverse, en passant de la position de décubitus à la position assise, ne diminue pas, mais augmente au contraire.

Quant à la part qui revient à l'appareil gastro-intestinal dans la genèse de l'insuffisance myocardique, M. Maragliano pense, comme M. Queirolo, que dans certains cas l'insuffisance myocardique tient incontestablement à des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale. Ces auto-intoxications relèvent d'une insuffisance fonctionnelle du foie, dont les conditions nutritives et par conséquent les fonctions sont altérées du fait des troubles circulatoires; d'où l'importance de la restriction de l'alimentation chez les cardiopathes, ainsi que du régime lacté, qui trouve précisément son indication dans ces auto-intoxications.

M. De Renzi (de Naples) a constaté que chez des malades atteints d'insuffisance cardiaque d'origine toxique ou de dégénérescence du myocarde, l'usage de la digitale fait revenir à un volume normal le cœur et le foie et fait en même temps augmenter la sécrétion urinaire d'une façon considérable. Dans le doute, il ne faut donc pas s'abstenir, mais avoir recours à la digitale. Quant à la saignée, il admet qu'en certains cas la phlébotomie ait son utilité pour diminuer la masse sanguine et la mettre ainsi mieux à l'unisson de l'affaiblissement du cœur, mais il ne croit pas aux bénéfices durables de la saignée : au contraire, il estime qu'à l'amélioration rapide succèdent ordinairement des troubles plus ou moins graves et persistants et que le régime lacté absolu peut rendre des services plus signalés.

M. Lucatello (de Gênes) qui a fait l'étude comparée de l'action des poisons de l'infection pneumonique et de l'action antagoniste supposée de la digitale, a constaté les faits suivants :

1° La digitaline possède un pouvoir bactéricide très marqué à l'égard du pneumocoque de Fraenkel.

2° Le pouvoir bactéricide de la digitaline est spécifique pour le pneumocoque, et ne s'exerce pas ni envers le bacille typhique, ni envers le staphylocoque doré, ni envers le vibrion cholérique.

3° On peut extraire de cultures de pneumocoque dans du

bouillon peptonisé et alcalinisé les principes toxiques suivants : *a*) une protéine qui résiste à la chaleur et qui, concentrée au dixième au bain-marie, tue le cobaye à la dose de 2 p. 100 du poids de l'animal; *b*) une toxalbumine obtenue par filtration amicrobienne et qui, concentrée dans le vide à froid, fait périr le cobaye à la dose de 1 p. 100, tandis que si elle est concentrée au bain-marie, l'animal succombe seulement à la dose de 1,5 p. 100.

4° La digitaline ne parvient pas à neutraliser l'action mortelle des protéines pneumoniques.

5° Par contre, la digitaline donnée à la dose de 0gr001 par hectogramme du poids de l'animal préserve constamment le cobaye qui a reçu la dose mortelle de toxalbumines pneumoniques, ou du moins elle retarde longtemps la mort.

6° La digitaline, injectée préventivement à la dose de 1/4 à 1 milligramme par hectogramme de lapin pendant 2 à 12 jours empêche complètement la septicémie pneumococcique, ou du moins parvient à l'entraver, de sorte qu'on a des lapins qui survivent à l'inoculation de pneumocoques virulents et d'autres qui résistent longtemps avant de succomber.

Il découle de ces recherches que la digitale possède une action antitoxique indéniable à l'égard d'une partie des poisons élaborés par le virus pneumonique. On ne doit donc pas craindre de l'administrer, même suivant la méthode de Petrescu, dans les cas de pneumonie.

M. Baccelli (de Rome) a eu l'occasion d'observer un jeune homme très robuste, avec un cœur parfaitement physiologique, et qui était atteint d'*angor pectoris* typique. L'examen clinique ne lui permit de reconnaître ni la syphilis, ni l'arthritisme, ni la diathèse goutteuse; le malade n'accusait ni abus de tabac ou d'alcool, ni excès vénériens, de sorte qu'il fut impossible de se prononcer sur le pronostic. A l'autopsie, on ne trouva rien ni dans le myocarde, ni dans l'endocarde, ni sur les valvules, ni dans les artères coronaires; seule une petite plaque athéromateuse existait en dehors des gros vaisseaux, juste au niveau de l'entrecroisement de l'aorte et de l'artère pulmonaire; cette plaque irritait et comprimait les nerfs qui animent cette région.

Sérothérapie dans l'infection pneumonique.

M. Pane (de Naples) a obtenu un sérum de lapins immunisés au plus haut degré contre du virus pneumonique de virulence extraordinaire. Ce sérum sauve les animaux infectés. Cette action thérapeutique se manifeste encore plus nettement lorsque le sérum est injecté dans les veines. Les résultats obtenus sur les animaux permettent de conclure qu'on peut recourir avec avantage à la sérothérapie dans la pneumonie fibrineuse de l'homme. Les expériences entreprises par M. De Renzi, dans ces deux dernières années, avec le sérum antipneumonique préparé par M. Pane pour le traitement de la pneumonie fibrineuse de l'homme, confirment entièrement les données acquises par les recherches expérimentales.

M. De Renzi fait observer qu'en 1894-1895, la mortalité des pneumoniques non traités par la sérothérapie a été de 23 p. 100 (3 décès sur 13 cas), tandis que celle des pneumoniques traités par l'alcool et la sérothérapie n'a été que de 14 p. 100 (2 décès sur 14 cas). L'un de ces deux derniers décès est du reste survenu chez un sujet qui était entré agonisant dans le service; dans l'autre cas, on trouva à l'autopsie des lésions artérielles et rénales qui avaient provoqué la mort indépendamment de la pneumonie.

Après l'injection de sérum la température ne tarde pas à baisser d'une façon notable (1° à 3°), et les forces se relèvent. Chez une malade atteinte de pneumonie, on vit se produire, non sans surprise, malgré l'hépatisation totale du poumon, une apyrexie complète. Le sérum n'a jamais causé le moindre accident.

Diffusion du virus rabique inoculé dans la chambre antérieure.

M. Calabrese (de Naples), a constaté que l'inoculation de virus rabique dans la chambre antérieure est un moyen certain pour donner la rage, mais qu'à ce point de vue il est inférieur à l'inoculation par trépanation. Pour ce qui concerne la transmission du virus, il a cru voir qu'elle s'effectue par les nerfs ciliaires, qui sont très largement représentés dans la cornée et dans l'iris, et qui pour cette raison se mettent très facilement en contact avec le virus. Cependant, on ne peut nier qu'une partie du virus ne se propage par les voies lymphatiques de la chambre antérieure.

Les échanges azotés dans la cirrhose hépatique.

M. Calabrese (de Naples). — Dans la cirrhose, l'absorption des principes azotés et des graisses est profondément troublée; elle s'améliore après la ponction de l'ascite. On note aussi. dans la cirrhose, une légère rétention d'azote, qui augmente dans les premiers jours après la ponction, pour diminuer de nouveau. Le taux de l'azote uréique baisse constamment, ainsi que celui de l'urée; l'azote non uréique augmente, de même que la quantité absolue et relative d'ammoniaque. L'ammoniaque, au début de la cirrhose, est partiellement transformé en urée.

Sur un souffle veineux de la région hépatique,

M. Piazza-Martini (de Gênes) attire l'attention sur un souffle continu que l'on peut percevoir au niveau de la région hépatique dans certaines conditions. Il se rapproche du bruit de diable; son intensité est très variable, de même que sa diffusion. Il augmente avec l'inspiration; il augmente également dans les cas d'hydrothorax du côté droit et dans les cas d'ascite; par contre, il diminue après la thoracentèse et la ponction de l'ascite. On peut l'entendre sur la ligne axillaire antérieure, dans le cinquième espace intercostal, quelquefois au septième, rarement à la dernière côte, très rarement 2 centimètres au-dessous du rebord costal. Ce souffle a été rencontré 6 fois. Dans un cas de cancer du foie il était provoqué par un nodule cancéreux qui obstruait les veines sus-hépatiques à leur abouchement dans la veine cave. Dans 3 cas d'hépatite interstitielle le souffle tenait à ce que le foie s'était déplacé vers le côté droit et avait entraîné la veine cave dans le même sens; celle-ci se trouvait comprimée.

La lévulose dans le diabète; valeur de la lévulose comme agent d'épargne de l'albumine.

MM. De Renzi et **Reale** (de Naples) rappellent qu'en 1893 ils ont fait des expériences desquelles il résulte que l'ingestion de lévulose ne produite pas de glycosurie chez les diabétiques non glycosuriques soumis à une alimentation azotée ou nourris de légumes verts.

De même, la lévulose ne détermine pas de glycosurie chez les chiens dont la glycosurie (produite par l'extirpation du pancréas) a disparu. Ils font remarquer à ce propos que la glycosurie des chiens ne cesse que lorsqu'on les nourrit exclusivement avec des légumes verts.

En 1894, divers auteurs (Haycroft, Bohland, etc.), ont affirmé que la lévulose n'est pas favorable aux diabétiques, attendu qu'elle augmente l'élimination du sucre par les urines. Ces physiologistes donnent de la lévulose aux diabétiques nourris avec une quantité fixe d'hydrates de carbone dextrogyres; ils examinent ensuite si par l'adjonction de lévulose aux aliments la glycosurie augmente.

MM. de Renzi et Reale critiquent vivement ce système d'expérimentation. Ils affirment que cette méthode ne révèle pas le pouvoir de destruction de la lévulose dans l'organisme des diabétiques. L'existence de ce pouvoir ne peut être décelée qu'en supprimant les hydrates de carbone dextrogyres de l'alimentation. Après la cessation de la glycosurie, on doit donner de la glycose et analyser les urines.

MM. de Renzi et Reale ont appliqué cette méthode dans 8 cas de diabète assez graves. Ils donnaient de 25 à 100 grammes de lévulose et ils n'ont jamais pu constater dans les urines de traces de sucre d'aucune sorte.

Pour démontrer la valeur de la lévulose comme agent d'épargne de l'albumine, ils ont fait prendre à une chienne, pendant 3 jours, 450 grammes de viande pour tout aliment. La quantité d'azote des urines était supérieure à l'azote introduit avec les

aliments. Par l'adjonction à la viande de 150 grammes de dextrose on réalisa *l'équilibre de l'azote*. Le même résultat fut obtenu par la substitution de 150 grammes de lévulose à la dextrose. D'où cette conclusion que les sucres lévogyres sont, comme les dextrogyres, des agents d'épargne de l'albumine.

En terminant, MM. de Renzi et Reale déclarent que la méthode de traitement du diabète par les substances hydrocarbonées, préconisée par M. de Renzi il y a 20 ans, doit être préférée aux autres médications.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX DE 1896

Prix de l'Académie. — 1 000 fr. (Annuel.) — Question : Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose. Prix de 600 fr. à M. Georges Küss (de Paris). Encouragement de 400 fr. à M. Ausset (de Lille).

Prix Alvarenga (de Piauhy, Brésil). — 800 fr. (Annuel.) — Prix partagé entre MM. E. Cassaët (de Bordeaux), et Ferrier.

Prix Amussat. — 1 000 fr. (Bisannuel.) — Prix partagé entre MM. Delorme 600 fr., Mauclaire et de Bovin 400 fr.

Prix Baillarger. — 2 000 fr. (Bisannuel.) — Prix de 1 000 fr. à M. Paul Sérieux.

Prix Barbier. — 2 000 fr. (Annuel.) — Encouragements de 1 000 fr. à M. Adrien Lucet (de Courtenay); 400 fr. à M. Séné (de Pauillac) ; 200 fr. à M. Loewenberg (de Paris); 200 fr. à M. E. Marchoux ; 200 fr. à M. P. de Nucé (de Souillac).

Prix Charles Boullard. — 1 200 fr. (Bisannuel.) — 800 fr. sont partagés à titre de prix entre MM. E. Régis (de Bordeaux) et Ed. Toulouse (de Paris); 400 fr. partagés entre MM. Samuel Garnier et Alexandre Paris.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr. (Annuel.) — Prix partagé entre MM. E. Thérémin (de Saint-Pétersbourg) et Paul Launay (de Paris). Mentions très honorables à MM. E. Biétrix et Léon Germe (d'Arras).

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr. (Annuel.) — Prix à M. G. Bertrand (de Paris). Mentions honorables à MM. G. Hautrelet (de Vichy); Moreigne (de Paris) et M. Maurice Arthus (de Fribourg).

Prix Capuron. — 1 400 fr. (Annuel.) — Question : De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus. M. Chambrelent (de Bordeaux).

Prix Chevillon. — 1 500 fr. (Annuel.) — Partagé entre MM. Boinet (de Marseille) et Melville Wassermann (de Paris).

Prix Civrieux. — 1 000 fr. (Annuel.) — Question : De l'hallucination dans les maladies mentales. M. Paul Sérieux. Encouragement à M. Albert Pégurier.

Prix Daudet. — 1 000 fr. (Annuel.) — Question : Des angines couenneuses non diphthériques. Prix à M. Jacquemart (de Paris). Mention honorable à M. Cassedebat.

Prix Desportes. — 1 300 fr. (Annuel.) — Prix partagé entre MM. F. Dubergé (700 fr.); Paul Claisse (300 fr.); Goldschmidt (300 fr.).

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel.) — Question : Le morphinisme et la morphinomanie. Prix partagé entre MM. Jacquemart (de Paris), 300 fr.; Paul Rodet (de Paris), 300 fr.; André Antheaume et Raoul Leroy (de Paris), 300 fr. Mention honorable à M. L. Guinard (de Lyon).

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1896, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1 500 fr. à M. Griner; 1 500 fr. à M. Page; 500 fr. à M. Ranglaret; 500 fr. à M. Leblanc.

Prix Ernest Godard. — 100 fr. (Annuel.) — Prix partagé entre MM. E. Barié, 600 fr.; F. Bezançon, 200 fr.; P. Bonnier, 200 fr.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3 000 fr. (Annuel.) — Prix à M. Gilles de la Tourette (de Paris). Mentions honorables à MM. Arthur Claus (d'Anvers), Omer Van der Stricht (de Gand), et Gustave Durante (de Paris).

Prix Hugo. — 1 000 fr. (Quinquennal.) — Prix partagé entre MM. Maurice Albert, 500 fr.; G. Pery, 500 fr. Mentions honorables à MM. Buret, Cabanès, Edmond Dupouy (de Paris), Binet (de Toul), Edward Ehlers (de Copenhague), Samuel Garnier (de Saint Ylie), Constantin Lambros (d'Athènes), Neumann (de Toulouse), et Auguste Brachet (de Menton).

Prix Laborie. — 5 000 fr. (Annuel.) — Prix de 4 500 fr. partagé entre MM. Delorme et Mignon. Encouragement de 500 fr. à M. Mauclaire.

Prix du baron Larrey. — 500 fr. (Annuel.) — Prix à M. Du Cazal (de Paris). Mentions honorables à MM. Henri Blaise (de Montpellier), F. Burot et A. Legrand (Rochefort-sur-Mer), Marty (de Belfort).

Prix Laval. — 1 000 fr. (Annuel.) — Prix à M. Léon Babonneix (de Paris).

Prix Lefèvre. — 1 800 fr. (Triennal.) — Question : De la mélancolie. — Prix à MM. Roubinovitch et Toulouse (Paris). Mention honorable à MM. J. Toy et Th. Taty (de Lyon).

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr. (Annuel.) — Prix partagé entre MM. F.-J. Collet, 1 600 fr.; E. Menière, 600 fr.; P. Bonnier, 600 fr.

Prix Adolphe Monbinne. — 1 500 fr. — Prix partagé entre MM. Emile Legrain (de Bougie), 1 000 fr. et J.-B. Piot, 500 fr. Mentions honorables à M. S.-A. Knopf (New-York), et Mme Dorothée Chellier (Paris).

Prix Orfila. — 2 000 fr. (Bisannuel.) — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale? — Prix à MM. O. Arnaud (Limoges). Mention honorable à MM. Louis-Edmond Bertrand (Toulon) et Pierre Bouquet (Roissy-en-Brie).

Prix Oulmont. — 1 000 fr. (Annuel). — Prix à M. Samuel Banzet (de Paris).

Prix Portal. — 600 fr. (Annuel). — Question : Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions) dans la sphère des néoplasmes malins. — Prix partagé entre M. et Mme Cristiani (Genève) et MM. François Barjon et Claudius Regaud (de Lyon).

Prix Pourat. — 1 000 fr. (Annuel.) — Question : Des relations qui existent entre la thermogénèse et les échanges respiratoires. — Prix à M. le Dr F. Laulanié (de Toulouse).

Prix Saintour. — 4 400 fr. (Bisannuel.) — Prix de 2 000 fr. partagé entre MM. Albert Péron, et Emile Boix (de Paris). Des récompenses sont accordées à : MM. E. Gaucher (de Paris), 400 fr.; G.-H. Lemoine (Paris) 400 fr.; Adolphe Leray (de Paris), 400 fr.; J. Roubinovitch (de Paris), 400 fr.; Lecerf (de Saint-Julien-de-Concelles), 400 fr.; H. de Brun (Beyrouth), 400 fr. Mentions honorables à : MM. C. Fournier (d'Amiens), G. Lauth (du Vésinet), B. Lœwenberg (de Paris), Ch. Pépin (de Dinan), et Em. Sergent (de Paris).

Prix Saint-Paul. — 25 000 fr. — Prix partagé entre MM. Roux (de Paris) et Émile Behring (de Marbourg-sur-Lahn).

Prix Stanski. — 1 800 fr. (Bisannuel.) — Prix à M. L. Rénon (de Paris).

Prix Vernois. — 700 fr. (Annuel.) — Prix décerné entre MM. Labit (de Verdun) et Polin (de Châlons-sur-Saône), 200 fr.; P. Just Navarre (de Lyon), 200 fr.; Charles Viry (d'Amiens), 200 fr.; Mongenot (de Paris), 100 fr. Mention honorable à M. Chuquet (de Cannes).

Service des eaux minérales. — 1° Médaille d'or à M. Planche (de Balaruc-les-Bains).

2° Rappel de Médaille d'or à M. Caulet (de Saint-Sauveur).

3° Médailles d'argent à MM. Bordas (de Paris), Choux (de Bourbonne), Elevy (de Biarritz), Mallat (de Vichy).

4° Rappels de Médailles d'argent à MM. Chiaïs (Evian-les-Bains), Laissus (de Salins-Moutiers), Laussedat (de Royat).

5° Médailles de bronze à MM. Barrabé (Bagnoles-de-l'Orne), Darroze (de Préchacq-les-Bains), Dresch (Aix-les-Bains), Jules Félix (de Bruxelles), Van Merris (Amélie-les-Bains).

Service des épidémies. — 1° Médailles d'or à MM. Vincent (Alger), Dubrulle et Marotte (Bourg), Lacour et Gavin (de Versailles), Hébert (Audierne), Camus (de Saint-Omer).

2° Rappels de Médailles d'or à MM. Aubert (de Tunis), Blanquinque (de Laon), Chabenat (La Châtre), Legée (Abbeville).

3° Médailles d'argent à MM. Bassères (Alger), Dardignac (de Beauvais), Meyer (El-Aricha), Trouillet (de Dijon).

4° Rappels de médailles d'argent à MM. André (de Toulouse), Bard (de Lyon), Geschwind (de Saint-Etienne), Jaubert (Mont-Dauphin), Lesueur (de Bernay), Mathieu (de Vassy), Pauthier (de Senlis), Raynaud (Alger), Rousseaux (de Vouziers), Vergely (de Bordeaux).

5° Médailles de bronze à MM. Rousseau (de Cholet), Dommartin, Dupuy (de Saint-Denis), Foucault (de Fontainebleau), Herland (de Rosporden), Lallemant (de Saint-Etienne), Matignon (de Pékin), Muller (de Saint-Quentin), Omont (de Pont-Audemer), Pinatel (Urt), Spiral (de Montmédy), Szczypiorski (Mont-Saint-Martin).

6° Rappels de médailles de bronze à MM. Boyer (de Commercy), Gassedebat (Oran), Cerfmayer (de Brest), Legros (de Rochefort-sur-Mer), Lop (de Marseille), Richer de Forges (de Morlaix), Thibaudet (de Châtillon-sur-Chalaronne).

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° Médaille d'or, à M. Savouré-Bonville (Evreux).

2° Médailles de vermeil, à MM. Béretta (Amiens), Delobel (Noyon), Doumic (Pontoise), Durand (Saint-Martin-d'Auxigny), Edelga (Toulon), M. Fonné (Besançon), Gaudeffroy (Vatan), Gierszynski (Ouarville), Mme Félicie Hervieu (Sedan), MM. Rivière (Bordeaux), Rome (au Puy), Serrès, (Nevers), Vidal (Hyères).

3° Rappels de Médailles de vermeil à MM. Barthès (Caen), Capelle (Hermies), Delage (Bordeaux), Denizet (Melun), Jenot (Dercy), Mazade (Marseille), Picard (Selles-sur-Cher), Regnoul (Villeneuve-la-Guyard), Rollet (Bourg), Sutils (La Chapelle-la-Reine), Thiébaut (Bar-le-Duc).

4° Médailles d'argent à MM. Bauzon (Châlon-sur-Saône). Brallet (Le Thillot), Brun (Ladon), Delfau (de Paris), Drucker (Paris), Espagne (Montpellier), Joly (Fauquembergues), John Lemoine (de Paris), Nory (Sainte-Suzanne), Veillard (Lorris),

5° Rappels de Médailles d'argent à MM. Auge (Reuilly), Baratier (Jeugny), Burlet (Valence), Dumée (Nemours), Grosjean (Montmirail), Lehec (Châtillon-sur-Indre), Picard (Lagny), Surbled (Corbeil), Trotignon (Issoudun).

6° Médailles de bronze, à MM. Ansaloni (Romorantin), Auvert (Aurillac), Bec (Avignon), Beullard (Villefranche), Boucoiran (Saint-Brieuc), Bourdon (Méru), Bru (Tournon-Saint-Martin), Caillot (Bourges), Cantin (Brie-Comte-Robert), Cornilleau (Boëssé-le-Sec), Delavalle (Sailly-sur-la-Lys), Dermigny (Saint-Simon), Desplantes (Nogent-le-Rotou), T. Dodeuil (Ham), Dupont (Nogent-sur-Vernisson), d'Eichtal (Sainte-Geneviève-des-Bois), Eltchinanoff (Saint-Calais), Féraudi (Nice), Foucart (Sézanne), Girat fils (Neuvy-Saint-Sépulcre), Girat père (Neuvy-Saint-Sépulcre), Gruson (Marquise), Ladevèze (Saint-Florent), Lauth (Saint-Germain-en-Laye), Lautré (Toulouse), Lebault (Saint-Vit), Lesueur (Bernay), Limasset (Dormans) P.-A. Lop (Marseille), Meige (Niort), Morère (Palaiseau), Paintevin (Fresnois-le-Grand), Paté (Le Thouar), Tassin (Leugny), Tissié (Bordeaux), Villard (Verdun).

Service de la vaccine. — Prix de 1 500 fr., partagé entre MM. G.-H. Lemoine (de Paris), 600 fr., Ausset (de Lille), 500 fr., Duvigneau, 400 fr.

Médailles d'or, à MM. J. Delobel, P. Cozette (Noyon), Haueur, Loir (Tunis), A. Loir (Marseille).

Plus 100 médailles d'argent.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 Décembre 1896.

Fibrome utérin avec torsion du pédicule.

M. Delaunay communique l'observation d'une femme de 41 ans, présentant depuis 4 ans des douleurs abdominales, s'accompagnant d'irrégularité des règles. Il y a 20 jours, elle ressentit au côté droit du ventre, dans la région cæcale, une douleur extrêmement intense, qui la décida à voir un chirurgien. A l'examen, on hésita entre le diagnostic de kyste de l'ovaire et de fibrome utérin. On pratiqua la laparotomie et l'on trouva, au niveau de la corne utérine du côté droit, une grosse tumeur réniforme, rattachée à l'utérus par un pédicule tordu. Cette tumeur était verdâtre et fluctuante. On sectionna le pédicule et l'on enleva la tumeur. On trouva de plus un kyste du ligament large, qui repoussait le fibrome en haut et en arrière.

Syndrome de Weber.

M. Bonnus communique l'observation d'une femme qui, à la suite d'un ictus apoplectique, présenta une hémiplégie droite. Quinze jours plus tard, le moteur oculaire commun gauche était atteint. A l'autopsie, on trouva un petit foyer de ramollissement, au niveau de l'origine du moteur oculaire commun.

Infection généralisée à staphylocoques.

M. Dufour communique l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une course à bicyclette, fut pris de phénomènes graves, rappelant ceux de la fièvre typhoïde : élévation de température, angine folliculaire, hypertrophie de la rate, état typhoïde. Il présentait, en outre, une plaque de sphacèle au niveau du scrotum. Dans ce foyer gangréneux et dans le sang, on put constater la présence du staphylocoque doré virulent. La guérison survint sans autres complications.

Dilatation bronchique.

MM. Herbet et **L. Guillemot** présentent un poumon droit atteint de dilatation bronchique, avec sclérose broncho-pulmonaire presque totale, ayant donné lieu à une erreur de diagnostic, à cause des commémoratifs : une ponction antérieure aurait ramené un liquide clair comme de l'eau de roche, ce qui avait fait penser à un kyste hydatique. L'intervention chirurgicale conduisit dans une cavité renfermant du pus, et communiquant avec une grosse bronche. Cette cavité se combla peu à peu. Le malade mourut 3 mois après avec des phénomènes d'hecticité.

Epithélioma primitif de la vésicule biliaire.

MM. Archambaud et **Weinberg** présentent un épithélioma primitif de la vésicule biliaire qu'ils ont trouvé chez une femme de 72 ans.

La vésicule biliaire, à la lumière très rétrécie et remplie de calculs, à parois très épaisses, est le point de départ d'une tumeur blanchâtre, grosse comme une petite orange, et s'enfonçant dans le parenchyme hépatique. Pas de noyaux métastatiques dans le foie augmenté de volume et gorgé de bile. Le canal cholédoque est obstrué et englobé dans la masse cancéreuse.

Comme phénomènes cliniques, la malade a été toujours bien portante, jusqu'à il y a 3 mois, date d'apparition de l'ictère qui a persisté jusqu'à la mort, avec selles décolorées.

La palpation était à peine douloureuse, et on trouvait, au niveau de la vésicule biliaire, une petite masse dure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 Décembre 1896.

Trois observations de suture intestinale.

M. Jalaguier fait un rapport sur trois observations de suture intestinale envoyées par **M. Barette** (de Caen) Les deux premières ont trait à des anus contre nature, consécutifs à de la gangrène herniaire. La troisième observation se rapporte à une fistule pyo-stercorale de la région ombilicale constatée sur une femme de 53 ans. La fistule siégeait à la partie médiane d'une tuméfaction, qu'une incision a circonscrite; dans le sac, qui offrait de nombreuses adhérences, se trouvait de l'épiploon et en arrière l'intestin.

Dans ce cas comme dans les deux cas précédents, M. Barette a eu recours avec succès au détachement de l'anse intestinale et à l'entérorrhaphie circulaire.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Broca se rallie entièrement à l'opinion soutenue par MM. Walther et Brun sur la pathogénie de l'appendicite, et considère la transformation de l'appendice en vase clos comme un processus de guérison. Parmi les appendicites qu'il a opérées il n'a trouvé que trois appendices clos.

M. Bazy a toujours défendu l'existence de la typhlite et soutenu que les accidents inflammatoires peuvent relever de l'état pathologique du cæcum. La clinique et l'anatomie pathologique en démontrent la réalité et, s'il n'y a pas à mettre en doute les véritables appendicites pour lesquelles M. Bazy n'accepte pas la théorie du vase clos, il est de plus en plus convaincu que le cæcum peut être parfois seul mis en cause, comme le prouvent du reste les cas où l'ablation de l'appendice ne met pas à l'abri d'accidents ultérieurs.

M. Tuffier insiste sur ce fait que du côté de l'appendice, on trouve les mêmes phénomènes qu'on observe à l'égard de tous les canaux, à savoir que l'infection atteint d'abord la muqueuse, puis gagne les autres tuniques. Pour l'appendicite, il y a lieu d'en distinguer deux variétés selon qu'il y a, ou non, rétention, et il faut tenir compte d'une particularité qui lui est propre, la gangrène, que l'on observe surtout quand il existe un corps étranger.

M. Quénu croit qu'il faut distinguer la pathogénie de la première attaque et celle des poussées appendiculaires consécutives. Pour ce qui est des accidents au début, il les croit en rapport avec une entérite primitive plus ou moins intense, sans qu'il y ait besoin d'invoquer un état général prédisposant. Quant aux poussées ultérieures, la pathogénie en est variable et les accidents peuvent être dus à l'existence des brides épiploïques, à l'adénite péri-cæcale, etc.

M. Paul Reclus se rattache à l'opinion de MM. Jalaguier, Brun et Walther, et pour lui l'existence de cette foule d'observations d'appendicite sans vase clos concomitant autorise du moins à dire que la pathogénie invoquée par MM. Talamon et Dieulafoy n'est pas générale et ne s'applique qu'à peu de cas.

Pour sa part, il trouve que la théorie de la *stagnation*, s'applique beaucoup mieux à la totalité des faits. Le cæcum forme normalement un de ces lieux de stagnation; aussi à lui seul est-il plus souvent malade que le reste de l'intestin gros ou grêle. A plus forte raison il en sera de même de l'appendice, diverticule d'un diverticule qu'on peut comparer à une fistule borgne interne.

D'après M. Reclus on peut diviser les appendicites en trois groupes. Dans un premier groupe il range les appendicites de cause locale, par corps étrangers. Corps étrangers dans l'appendice, sécrétions abondantes, fermentation de ces sécrétions, ulcération consécutive des parois, création d'une véritable fistule borgne interne avec tous les accidents qu'elle peut provoquer, perforation ou gangrène, voilà, en résumé, la pathogénie de ce groupe.

Le deuxième groupe est constitué par les appendicites consécutives à une affection des voies digestives. Une entérite, une côlite, une entéro-côlite éclatent, ou bien une dysenterie, une fièvre typhoïde, une tuberculose intestinale. Les altérations superficielles ou profondes peuvent guérir plus facilement sur le reste de l'intestin qu'au niveau du cæcum et surtout qu'au niveau de l'appendice où la stagnation des matières fécales, des mucosités et des suppurations de toutes sortes provoque des cultures plus fertiles et plus abondantes. La maladie, guérie ailleurs, peut se cantonner dans le processus vermiculaire dont la muqueuse altérée et suppurante crée, ici encore, comme l'équivalent d'une fistule borgne interne.

Le troisième groupe est encore mal connu. Ce seraient les appendicites de causes plus générales, mais qui n'en relèveraient pas moins de la stagnation. Une infection quelconque frappe les tissus lymphoïdes; les follicules clos qui tapissent si abondamment les parois de l'appendice se prennent à leur tour. Cette tuméfaction peut cesser ailleurs, tandis que, au niveau du processus vermiculaire, elle persiste, elle s'entretient elle-même comme s'entretiennent les ulcérations sous les endroits décollés, au fond des clapiers, dans les fistules borgnes, pour en revenir à notre comparaison habituelle. Qu'à ce moment une cause organique quelconque rende plus précaire la défense des tissus, l'inflammation gagne, inflammation qui tire toute sa gravité des rapports de l'appendice avec le péritoine. Sans séreuse voisine, pas d'appendicite ou appendicite avec des accidents négligeables.

M. Quénu communique les résultats de recherches expérimentales faites, avec M. Longuet, dans le but de provoquer des adhérences pulmonaires en cas d'opération sur cet organe (voir *Gazette hebdom.*, n° 99, p. 1181).

M. Ferraton présente un jeune homme atteint de mycose cervicale.

M. J. Faure présente une femme enceinte qui a subi la laparotomie pour une péritonite consécutive à une rupture de la vésicule biliaire. Pas d'interruption de la grossesse.

M. Beurnier montre un malade opéré par la suture de deux perforations intestinales faites par balle de revolver.

M. Delorme montre une photographie de Röntgen ayant révélé la présence d'une aiguille dans le premier espace métacarpien. Les recherches sanglantes ont été négatives.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 Décembre 1896.

Des tuberculides cutanées.

M. J. Darier. — L'attention des dermatologistes de tous pays se porte actuellement sur une série de dermatoses qui ont été jusqu'ici négligées ou rangées dans des chapitres divers ; je veux parler des affections qu'on a désignées sous les noms d'acné des cachectiques, d'acné scrofulosorum, de folliculite disséminée ou groupée, d'acnitis, de folliclis, d'hydrosadénite destruens ou suppurative, de granulome innominé ou même de lupus érythémateux disséminé (Bœck, etc.).

Deux points me paraissent mériter d'être mis en relief : 1° Toutes ces dermatoses ont entre elles de grandes analogies, elles forment un groupe naturel ; toujours il s'agit d'éruptions successives d'éléments débutant par des papules ou nodules intradermiques, indolents, se couronnant d'une vésico-pustule qui se crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse profonde et guérit en laissant une macule cicatricielle et pigmentée ; l'évolution des éléments est d'une lenteur caractéristique et s'étend sur des semaines et des mois. La topographie et le groupement des éléments sont très variables. On ne peut pas actuellement subdiviser ce groupe en types bien définis. Souvent on observe sur un même sujet plusieurs types décrits sous des noms différents et la malade que je présente en est un exemple.

2° Il ressort des observations publiées et des faits que j'ai vus, qu'il existe une relation certaine entre ces éruptions et la tuberculose ; très habituellement elles s'observent sur des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire ; quelquefois elles coexistent avec des tuberculoses cutanées telles que lupus

ou gommes tuberculeuses ; elles offrent ainsi des rapports avec le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux, le lupus pernio et les engelures.

Quoique la nature intime de cette relation ne soit pas élucidée, l'histologie n'ayant fourni jusqu'ici que des résultats discordants, elle est cliniquement évidente.

Il y a intérêt à donner un nom générique à ce groupe de dermatoses et, pour rappeler leurs relations pathologiquee, je propose celui de *tuberculides*. A côté de tuberculoses cutanées incontestables (lupus, gommes, ulcères), contenant le bacille, on a donc à étudier tout un groupe de tuberculides cutanées qu'il faudra analyser.

Pour contribuer à leur étude je présente 2 malades : 1° Un homme de 32 ans, ayant eu une pleurésie et atteint d'induration d'un sommet, qui a souffert d'engelures toute sa vie et offre depuis 5 ans sur les mains et les doigts des *tuberculides du type folliclis* tout à fait caractéristiques.

2° Une femme de 48 ans, cachectique, à antécédents tuberculeux très chargés, atteinte d'une caverne au sommet droit, d'adénopathie généralisée, de polyarthrite noueuse, et qui présente sur le corps une éruption diffuse à type d'*acne cachecticorum*, sur les genoux et les extrémités de la folliclis, et à la jambe une gomme tuberculeuse. Ce cas montre bien la parenté de ces diverses lésions et justifie la dénomination que je propose.

Fibro-lipomes chez un rhumatisant.

M. du Castel présente un malade qui offre des fibro-lipomes généralisés, disposés symétriquement. Ces tumeurs se retrouvent chez lui dans presque toutes les régions du corps, et particulièrement avec les localisations classiquement signalées par les auteurs, comme par exemple au niveau des apophyses crâniennes. Il est en outre franchement rhumatisant, et on constate au niveau de ses tibias des exostoses dont la nature ne nous est pas bien connue.

Folliclis.

MM. H. Hallopeau et **G. Bureau**. — L'examen histologique nous a démontré que les lésions de cette dermatose siègent au pourtour des vaisseaux : les glandes, contrairement à l'opinion émise autrefois par divers observateurs, n'y sont pas primitivement intéressées ; elle se complique rapidement de nécrose, la plupart des sujets qui en sont atteints sont des tuberculeux et présentent des phénomènes d'asphyxie locale ; on peut interpréter ainsi qu'il suit l'évolution de ces altérations : apport par la circulation de toxines probablement tuberculeuses dans les vaisseaux du derme, production de lésions proliféra- tives et nécrosiques, troubles réflexes dans l'innervation vasomotrice.

Ecthyma scrofuleux.

MM. Gastou et **Emery** montrent une malade dont les jambes sont recouvertes d'ulcérations profondes ayant la forme et le volume d'une bille, peu suppuratives et dont l'aspect rappelle celui des gommes syphilitiques.

Ces ulcérations débutent par une infiltration nodulaire profonde dont la surface tégumentaire se recouvre d'un léger soulèvement épidermique sans exsudat au-dessous. Le centre de ce soulèvement se perfore et le pertuis qui en résulte se creuse rapidement d'une ulcération en forme de cuvette. A la période d'état, les éléments comprennent 3 zones : l'ouverture ou la cupule au centre ; à la périphérie, une zone pigmentée ; au milieu la zone de soulèvement épidermique.

La malade n'est ni syphilitique héréditaire ou acquise, ni tuberculeuse. Elle a eu des infections multiples dans l'enfance, l'une d'elles lui a laissé une kératite.

Histologiquement, la lésion n'est pas du tubercule, c'est un amas nodullaire de cellules embryonnaires, qui semblent d'origine profonde et par place sont au voisinage des glandes. Il existe des cellules en karyokinèse dans le corps muqueux. Ni follicules ni bacilles tuberculeux dans les coupes.

Bactériologiquement on ne trouve qu'un diplo-bacille indéterminé seulement par la culture et non dans les coupes.

M. A. Fournier cite un cas qui montre que la ressemblance de ces lésions avec celles de la syphis est telle que les cliniciens les plus expérimentés s'y trompent journellement. Il s'agit d'une dame de la meilleure société qui vint trouver M. Fournier pour 5 ulcérations des jambes, ulcérations assez grandes, creuses, d'apparence absolument syphilitique. M. Fournier pensa à une syphilide gommeuse, mais la malade protesta énergiquement : c'était une femme fort honorable qui avait des enfants absolument indemnes ; cependant elle disait avoir eu une iritis soignée et guérie à l'aide du traitement spécifique. On institua le traitement antisyphilitique, mais sans rien obtenir.

Plus tard l'examen bactériologique des plaies permit de constater la présence de bacilles de Koch. Depuis lors de nouvelles lésions se sont produites chez la malade : elles ont l'apparence caractéristique des syphilides papulo-tuberculeuses non ulcérées.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure.

MM. H. Hallopeau et **G. Bureau**. — Ces injections ont été pratiquées suivant les règles fixées par Tarnowsky ; elles sont un des meilleurs moyens d'administration du mercure : elles sont beaucoup moins douloureuses que les injections de calomel et remarquablement bien supportées par presque tous les sujets ; elles ne déterminent presque jamais la salivation ; Tarnowsky ne les a vues que 12 fois sur 176 000 donner lieu à des suppurations locales ; nous n'avons eu aucun incident de cette nature à la suite de 360 injections : elles sont remarquablement actives et méritent, contrairement aux autres, d'entrer dans la pratique courante de la syphilothérapie : elles ne sont pas, comme on l'a dit, contre-indiquées dans les cas d'albuminurie si ce symptôme est d'origine syphilitique ; elles en amènent au contraire la disparition rapide ; il est invraisemblable que, comme on l'a dit, les récidives soient plus fréquentes après ce mode de traitement ; les diverses préparations mercurielles se dédoublent dans l'organisme ; leur métal se combine aux chlorures solubles ; les différences dans leur activité doivent donc tenir surtout aux conditions dans lesquelles elles s'absorbent : or ces conditions sont des plus favorables en ce qui concerne le salicylate.

Cellules éosinophiles dans le sang des malades atteints de dermatose.

MM. H. Hallopeau et **Laffitte**. — Nos recherches confirment les faits signalés par MM. Leredde et Perrin relativement à la présence simultanée de cellules éosinophiles dans le sang et les vésicules des sujets atteints de dermatite herpétiforme et à leur absence dans le pemphigus ; cependant, dans l'un des pemphigus, le sang contenait quelques-uns de ces éléments ; cette réaction importante pour le diagnostic n'établit donc pas une différence radicale de nature entre les deux maladies.

Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique.

MM. A. Fournier et **Sauvineau**. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, présentant les stigmates habituels de l'hérédo-syphilis, et, de plus, à son entrée à l'hôpital, des exostoses du tibia droit et des gommes ulcérées à la jambe gauche. En un mois, sous l'influence du traitement spécifique, ces derniers accidents disparurent complètement, ce qui ne permet pas de douter de leur origine.

Or, cette malade présente des lésions oculaires congénitales qui, sans aucun doute, relèvent également de l'hérédo-syphilis. Il existe chez elle une paralysie de la 6e paire gauche et des lésions du fond de l'œil gauche. Celles-ci sont de deux ordres : les unes sont constituées par des taches atrophiques pigmentées, lésions de chorio-rétinite analogues à ce qu'on rencontre dans la syphilis acquise ; les autres sont des taches simplement pigmentaires, ramifiées, offrant l'aspect de la rétinite pigmentaire congénitale, ce qui vient à l'appui de la théorie récente, qui prétend que cette dernière affection doit être attribuée à l'hérédo-syphilis plutôt qu'à la consanguinité des parents.

Syphilis tertiaire, mutilante, osseuse et cutanée, gomme géante du mollet.

MM. Charrier et **Rénon** présentent une malade atteinte de lésions gommeuses, réellement mutilantes, des deux bras, ayant évolué sur le tégument externe et sur le tissu osseux. Des lésions identiques ont existé sur le sternum, mais la guérison a été spontanée dans cette région. Sur le côté gauche du frontal, on remarque une dépression considérable, véritable enfoncement de cet os. La table externe a été complètement détruite par le processus ostéo-périostique gommeux. Fait des plus curieux, notre malade porte sur le mollet gauche une gomme véritablement géante de la grosseur d'une orange, datant de 3 années; cette gomme est ramollie, mais n'a aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur.

Cette observation semble des plus intéressantes : d'abord, parce que la plupart des ulcérations gommeuses se sont cicatrisées sans aucun traitement, depuis les 10 années que cette femme est en plein tertiarisme; ensuite, à cause du caractère mutilant de toutes ces lésions; enfin, par suite de l'existence de la gomme géante du mollet.

Chez cette malade, l'accident initial a passé inaperçu. La lenteur de l'évolution nous paraît être sous la dépendance du terrain scrofulo-tuberculeux qu'elle présente. Le traitement mixte, iodure de potassium et injections de biiodure de mercure, a amené une remarquable amélioration.

Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique.

M. L. Le Pileur rapporte l'observation d'un hérédo-syphilitique présentant de nombreux stigmates et qui, à la suite d'un coït, eut un chancre.

Ce malade a été vu pour la première fois en 1876. Il avait 10 ans. Sa mère, mariée en 1865, avait fait une fausse couche, 4 mois après son mariage, avait subi un traitement mercuriel et était accouchée à terme en 1866. Le père, alcoolique, avait contracté la syphilis 5 ans avant son mariage. Il est mort à 63 ans de delirium tremens, n'ayant pour ainsi dire pas cessé d'avoir des poussées de syphilis. Le malade qui fait l'objet de cette observation était petit, à intelligence peu développée; le crâne était remarquable par sa petitesse, la face hébétée, niaise, l'instruction presque nulle, la voûte palatine excessivement étroite, les dents petites, courtes, couvertes de stries et d'érosions. Comme la première enfance n'avait présenté ni convulsions, ni maladie grave, on était conduit, en présence de la syphilis préconceptionnelle du père, à admettre que ces malformations venaient d'un trouble de nutrition qui s'était produit *in utero* du fait de la syphilis.

En 1895, le malade, perdu de vue pendant 10 ans, et dont je montre le moulage des deux arcades dentaires, est plus développé au point de vue intellectuel, mais est encore hébété, fait des remarques frivoles ou niaises; méticuleux à l'excès dans ses moindres actes, on peut le ranger dans les simples d'esprit. Le coït infectant, le seul qu'on puisse incriminer, est suivi d'un chancre infectant type, puis la roséole, l'angine, etc., bref des signes d'une syphilis acquise classique.

Il ressort donc de cette observation que : ou un hérédo-syphilitique peut contracter la syphilis, ou les malformations, les troubles trophiques sus-énoncés doivent être rangés dans les lésions si bien décrites par M. Fournier sous le nom de *parasyphilitiques*, et ne dispensent en aucune façon le sujet qui les porte de contracter la syphilis.

Vitiligo, taches d'aspect insolite avec érythème induré.

M. Danlos montre une femme de 22 ans, lymphatique, ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire. Depuis 18 mois, nodules d'érythème induré aux jambes, et, sur le corps, vitiligo avec taches d'aspect insolite. Le vitiligo est nettement symétrique, maximum aux aisselles. A ce niveau, il y a lieu de signaler cette particularité, que les aires achromiques portent en leur milieu des vestiges d'hyperémie et de pigmentation. Des aisselles, il irradie sur le cou, avec l'aspect typique de la syphilide pigmentaire, ainsi que sur les bras et le tronc. Les *taches*, moins régulièrement symétriques que le vitiligo, prédominent sur la moitié inférieure du corps. Forme arrondie, surface lisse, bords nets, sans saillie; teinte d'emblée hyperémique et pigmentée, d'où aspect finement tigré. Evolution très lente, légère furfuration au grattage sur les taches anciennes, sensibilité intacte. Nombre de taches sont entourées d'un halo absolument achromique, tranchant à la fois sur elles et sur la peau voisine. Ces taches sont sur les cuisses, les fesses, les jambes et même les pieds, quelques-unes aux avant-bras. La présence des halos achromateux et celle des vestiges d'hyperémies dans les aires décolorées du vitiligo semblent indiquer que les taches sont la lésion initiale de celui-ci. L'étiologie est incertaine, la syphilis ne semble pas devoir être mise en cause.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Décembre 1896.

Recherches sur la réaction agglutinante dans la sérosité pleurale des typhiques.

MM. Widal et **Sicard**. — A l'autopsie de trois typhiques, nous avons constaté que la sérosité pleurale donnait une réaction très nette avec le bacille d'Eberth. Dans le cas fort intéressant que M. Ménétrier nous a apporté dans la dernière séance, la réaction manquait, mais les conditions étaient tout autres. Il s'agissait non plus de simple sérosité pleurale, mais d'un grand épanchement de la séreuse. La présence des bacilles d'Eberth dans le liquide épanché n'était pas, croyons-nous, la cause de l'absence de réaction agglutinante. Nous avons réalisé, chez des animaux, de vastes abcès expérimentaux, dont le pus fourmillait de bacilles d'Eberth; la sérosité de ce pus était douée pourtant de propriétés agglutinantes très actives. La cause de l'absence de propriétés agglutinantes dans un épanchement aigu de la plèvre est, peut-être, à chercher dans la rapidité avec laquelle le liquide exsude des vaisseaux pour se collecter dans la séreuse et dans les modifications que subit dans ces conditions le plasma épanché.

De l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie.

M. Merklen. — L'action de la digitale dans l'asystolie se traduit habituellement par le ralentissement et la régularisation du pouls, par une diurèse plus ou moins abondante, enfin par la diminution du volume du cœur dilaté et l'augmentation de son énergie. Ce triple résultat ne se produit que dans les cas favorables; il manque quand le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés, et cet insuccès de la digitale est d'un fâcheux pronostic. Mais, à côté de cet insuccès total, on peut observer des insuccès partiels. Parfois le pouls reste fréquent malgré la diurèse; ailleurs l'oligurie persiste et le cœur demeure dilaté, malgré son ralentissement.

Un premier mode de dissociation, la *diurèse sans ralentissement du pouls*, appartient à ces formes rares d'asystolie qui résultent de la compression des nerfs pneumogastriques dans le médiastin par des ganglions tuberculeux. La conséquence habituelle de cette compression est une accélération permanente du cœur aux environs de 160, pouvant persister des mois sans amener de troubles fonctionnels, mais se compliquant, dans des conditions non encore précisées, d'une asystolie également permanente. La digitale est sans action sur cette tachycardie, et néanmoins elle provoque la diurèse, s'il y a simultanément stase veineuse et anasarque par asystolie. Cette diurèse est d'ailleurs de courte durée, et n'est que rarement suffisante pour diminuer d'une manière notable les œdèmes et les stases viscérales.

Le *ralentissement du pouls sans diurèse*, deuxième mode de dissociation, a une signification bien différente, et relève d'une altération profonde du myocarde. Des deux modes de dissociation qui viennent d'être signalés, le premier, *diurèse sans ralentissement du pouls*, peut utilement servir au diagnostic. Les faits que j'ai observés tendent à établir que cette action diurétique de la digitale, indépendante de l'action modératrice, se produit

quand l'influence ralentissante des pneumogastriques est entravée sans que le myocarde soit sérieusement altéré, et sans que le cœur et les vaisseaux soient soustraits à l'influence du grand sympathique. C'est le lieu de rappeler que la physiologie expérimentale a permis de dissocier les effets multiples de la digitale et de réaliser avec une certaine précision ce qu'on clinique on n'observe que rarement et incomplètement. Elle nous a depuis longtemps appris que ce médicament est tout d'abord un *cardio-modérateur* qui ralentit le pouls en agissant sur les nerfs pneumogastriques et l'appareil modérateur intra-cardiaque. Cette action ne peut plus se produire quand les pneumogastriques sont coupés ou paralysés par l'atropine, ou, ce qui revient au même, quand ils sont comprimés par une tumeur du médiastin.

Mais la digitale est en même temps un *cardio-tonique* ayant la propriété d'augmenter l'énergie systolique du cœur et de diminuer son volume; or, cette action cardio-tonique est indépendante de l'action cardio-modératrice.

S'exerçant sur le myocarde directement et par l'intermédiaire des nerfs toni-accélérateurs, c'est-à-dire du grand sympathique, elle peut encore se produire quand les nerfs pneumogastriques sont sectionnés ou paralysés. Ce relèvement de l'activité cardiaque en l'absence de tout ralentissement suffit à expliquer la diurèse digitalique telle que je l'ai observée dans l'asystolie par compression des pneumogastriques. Mais cette diurèse résulte non moins d'une troisième propriété de la digitale, son action *vaso-constrictive* ou *vaso-tonique*, également indépendante de l'action modératrice, et de même ordre que l'action cardio-tonique.

Le deuxième mode de dissociation, *ralentissement du pouls sans diurèse*, avec *augmentation de la dilatation cardiaque*, s'observe dans les cas où le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés pour subir l'influence tonique de la digitale, alors que les pneumogastriques exercent encore sur le myocarde leur action modératrice. L'action tonique se produit non seulement par l'intermédiaire du grand sympathique, mais aussi grâce à une action directe du médicament sur le tissu musculaire. Mais, si le myocarde et la tunique musculaire des artérioles ont subi une dégénérescence telle que la digitale est impuissante à en relever l'activité, le cœur pourra se ralentir sans diminuer de volume, d'où une évacuation de plus en plus insuffisante, et, comme conséquence, l'augmentation de sa dilatation et de la stase veineuse.

C'est ainsi, ce me semble, qu'on peut expliquer la cyanose, les troubles cérébraux et dyspnéiques que j'ai observés plusieurs fois sous l'influence de la digitale administrée à dose thérapeutique. Il peut donc y avoir danger à ralentir un cœur dilaté, quand, par suite d'altérations dégénératives scléreuses, peut-être aussi d'adhérences généralisées du péricarde, ce cœur ne peut revenir sur lui-même et diminuer de volume en retrouvant un succroît d'énergie.

M. Hayem a observé des faits analogues à ceux auxquels M. Merklen fait allusion. Chez les cardiaques dont le cœur n'est pas affaibli, il a pu produire de la diurèse sans ralentissement du pouls, mais seulement en employant de faibles doses : si l'on augmente les doses et si l'on prolonge le traitement, le pouls se ralentit.

Parotidite saturnine.

M. Achard présente un malade atteint d'une parotidite saturnine double. Le malade est profondément intoxiqué par le plomb; il a eu plusieurs atteintes de coliques, une paralysie des extenseurs, de l'albuminurie. La parotidite a débuté il y a un an, et a subi depuis des variations assez grandes. Souvent, la tuméfaction augmente notablement après les repas. Lorsque le malade est entré à l'hôpital, il y a deux mois, le gonflement était à peine marqué, quelques jours après, il a subi un accroissement considérable. Il y avait, à ce moment, une stomatite très accentuée, et M. Achard se demande si cette stomatite n'a pas joué un rôle dans cette poussée d'accroissement, soit en provoquant une hypersécrétion salivaire, soit en déterminant un rétrécissement inflammatoire des voies d'excrétion.

Dans un autre cas, chez un malade non saturnin, M. Achard a vu une stomatite, entretenue par une dent cariée, s'accompagner de la tuméfaction de la muqueuse avoisinant l'orifice du canal de Sténon, et d'une parotidite chronique de ce côté. Le malade, qui était syphilitique, avait pris beaucoup d'iodure, et c'est peut-être l'iodure qui avait préparé le terrain, comme le saturnisme chez le premier malade.

Enfin, M. Achard cite encore un cas de parotidite saturnine qui avait subi une poussée considérable à la suite de l'administration d'un gramme d'iodure de potassium.

M. Chauffard a observé des parotidites chroniques, à la suite d'intoxication par le cuivre. D'ailleurs, une série d'intoxications à manifestations buccales peut produire le syndrome de l'hypertrophie parotidienne.

M. Merklen a également observé ces parotidites chroniques, et, notamment, à la suite d'oreillons.

Infection sarcomateuse améliorée par le naphtol camphré.

M. Fernet présente un malade âgé de quarante ans, qui a subi, il y a dix ans, une castration nécessitée par un sarcome du testicule; pendant les quatre années qui suivirent l'opération, la santé de cet homme fut parfaite. Ensuite survinrent des adénopathies sus-claviculaires et médiastines avec troubles graves de la circulation veineuse, occasionnés par la compression du tronc de la veine cave supérieure. Contre ces adénopathies, on pratiqua des injections interstitielles de naphthol camphré; au bout de quelques mois, la guérison fut complète. En 1896, nouvelle rechute, nouveau traitement par le naphthol camphré, nouvelle amélioration.

M. Rendu émet des doutes sur la nature sarcomateuse de ces hypertrophies ganglionnaires.

Ectopie cardiaque.

M. Fernet présente un malade dont le cœur bat dans la partie droite du thorax ; les autres organes sont dans leur situation normale, il n'y a pas de transposition viscérale. Ce déplacement du cœur peut s'expliquer par certaines déformations de la cage thoracique. Le côté gauche du thorax est normalement développé, le poumon respire amplement, peut-être même plus qu'à l'état normal. Le côté droit est effondré, aplati, le poumon respire mal, il est mat. Peut-être cet homme a-t-il eu, pendant son enfance, une affection broncho-pleuro-pulmonaire du côté droit, le cœur se serait déplacé secondairement, obéissant à deux sortes d'influences : attraction à droite par des adhérences pleurales, refoulement par le poumon gauche, hypertrophié par sa fonction vicariante.

Fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés.

M. Marie attire de nouveau l'attention sur la fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés. M. Marie en cite trois nouveaux cas ; l'un de ceux-ci s'explique facilement par le fait que l'amputation avait été commandée par l'évolution d'une tumeur blanche; mais les 2 autres ne peuvent recevoir aucune explication, des traumatismes seuls ayant nécessité l'opération.

Cette fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés est-elle due à un simple hasard, ou faut-il y voir un rapport de cause à effet, la perte d'un membre diminuant la résistance de l'organisme contre les infections ? Il est impossible, à l'heure actuelle, de répondre à cette question; mais il faut dès à présent songer à la possibilité de ce fait, et dresser des statistiques plus nombreuses que celles connues actuellement.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 1er Décembre 1896.

Extraction du cristallin dans un cas de tache circonscrite du centre de la lentille.

M. Jocqs. — Un homme de 38 ans, employé à la correspondance dans une maison de commerce, se plaint en avril 1896

de ce que sa vue a baissé au point qu'il ne peut plus lire ni écrire. L'examen des yeux démontre qu'ils sont tous deux atteints d'une opacité circonscrite du centre des cristallins, le reste de la lentille étant absolument transparent.

Le fond de l'œil est normal.

Etat de la vision : de loin $v := 1/3$; de près = lit le n° 9.

Quoique cet homme puisse encore voir passablement de loin et vaquer à ses occupations grossières, comme il ne voudrait pas perdre sa place, il se décide à se laisser opérer. Après maturation artificielle par la discision, l'extraction est faite en plusieurs temps.

Quinze jours après la dernière intervention l'opéré a pris des verres appropriés, à v : de loin = 1 ; de près lit n° 1.

L'intérêt de ce cas réside en ce que ce malade qui aurait dû attendre fort longtemps l'opacification complète de son cristallin et abandonner ses occupations, a pu recouvrer par l'extraction immédiate une vision parfaite.

A un point de vue plus général, M. Jocqs est d'avis que l'extraction du cristallin pourrait remplacer l'iridectomie dans bien des cas d'opacité circonscrite stationnaire du cristallin et d'occlusion pupillaire, suite d'iritis.

M. Despagnet pense qu'il faudrait toujours faire l'extraction du cristallin si l'on était sûr d'avoir toujours le même résultat; mais comme l'opération est soumise à des aléas, il est préférable de faire l'iridectomie quand elle est possible.

M. Darier a fait l'iridectomie dans 3 cas de ce genre sans enlever le cristallin et aujourd'hui la cataracte continue à évoluer; on eût donc mieux fait de l'enlever.

M. Vignes est heureux que dans le cas de M. Jocqs il n'y ait pas eu d'accident ; il s'agissait là d'un vice de nutrition du cristallin et non d'une cataracte incomplète ; l'iridectomie rend des services.

M. Parent approuve la conduite de M. Jocqs dans ce cas particulier et ajoute que l'iridectomie optique ne donne pas toujours de bons résultats au point de vue visuel.

M. Despagnet. — Les cataractes nucléaires mettent en général 12 et 15 ans pour évoluer et les malades ont des troubles visuels dès le début ; il faudrait donc en général opérer dès le début, alors que la conduite logique et sage veut qu'on attende qu'un œil ne voie plus pour faire l'extraction de la cataracte.

M. Kœnig. — Les malades atteints de cataracte nucléaire ont toujours des troubles visuels auxquels l'iridectomie peut remédier en partie.

M. Gorecki trouve aussi qu'on assume une grande responsabilité en opérant un œil qui a encore un peu de vision ; l'iridectomie pratiqué à la partie supérieure donne de bons résultats et l'éblouissement qui peut en résulter est arrêté par la paupière supérieure.

M. Jocqs. — Je n'ai pas voulu poser une règle générale, j'ai présenté un malade qui demandait à être opéré pour ne point perdre sa place qui lui aidait à vivre et qui acceptait les conditions et les éventualités de cette opération. Le résultat a été aussi bon que possible.

Traitement de l'ectropion sénile.

M. A. Terson. — Le traitement de l'ectropion sénile est encore mal établi, et il semble que l'on ait le choix, si l'on en croit les auteurs, entre une multitude de procédés diamétralement opposés pour guérir une seule et même lésion.

Le malade que je vous présente était atteint d'un double ectropion sénile datant de plusieurs années. Je l'ai opéré le même jour des deux yeux de la façon suivante : la conjonctive a été anesthésiée à la cocaïne à 1/20 et j'ai fait sous la peau de la région des commissures exrernes une injection de cocaïne à 1 p. 100. Quelques jours avant, j'avais incisé et cathétérisé les voies lacrymales. J'ai réséqué ensuite le bourrelet conjonctival sous forme d'une large bandelette allant de la commissure externe à la commissure interne, en passant même en arrière du canalicule lacrymal inférieur. Puis, *sans toucher à la commissure externe*, j'ai enlevé dans la région voisine un triangle de peau dont la base était tournée vers la commissure externe et dont l'étendue, une fois suturée, corrigeait exactement l'ectropion. Les soies ont été enlevées le 4e jour. Le malade est resté, comme vous le voyez, complètement guéri. J'ai obtenu le même résultat chez deux autres malades.

Je crois ce procédé moins incertain et moins douloureux que les sutures de Snellen, moins dangereux que les résections verticales ou horizontales, du tarse, moins hasardeux que les cautérisations ignées. Le procédé de Szymanowski, si utile quelquefois, rétrécit et déforme trop l'ouverture palpébrale.

Le procédé combiné de la résection conjonctivale et cutanée, permet le *dosage* applicable à chaque cas d'ectropion et a l'avantage, tout en luttant simultanément contre la hernie conjonctivale et le relâchement palpébral, de ne pas déformer l'ouverture palpébrale, vu qu'il ne touche pas la commissure.

M. Jocqs. — Il faut tenir compte de l'élément parétique qui guérit souvent à la suite d'une cautérisation quelconque ou d'une résection par le seul fait d'un phénomène réflexe.

M. Parent trouve que le procédé de Snellen donne des résultats satisfaisants dans les ectropions prononcés.

Sarcomes de la paupière.

M. Fage. — Les sarcomes primitifs des paupières sont des tumeurs rares. Je viens d'en observer un analogue à celui que j'ai rapporté en 1893 à la *Société française d'ophtalmologie :* il appartient à une femme de 37 ans dont le grand-père a eu un cancroïde palpébral et que j'avais opéré il y a 2 ans pour deux chalazions de la paupière inférieure gauche. En juillet dernier, la malade vint me trouver pour une tumeur qui se développait sur cette paupière et cette fois avec les allures d'une tumeur maligne ; elle avait le volume d'une grosse fève, occupait l'épaisseur même des 2/3 externes de la paupière en formant une masse bosselée, mobile au-dessus de laquelle la peau était assez vacularisée tout en conservant son intégrité; il n'y avait ni adénopathie ni altération de l'état général.

J'ai enlevé la paupière presque entière par une incision en V, fait l'autoplastie par le procédé de Dieffenbach et obtenu un résultat plastique excellent; jusqu'à présent il n'y a pas de récidive.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-fuso-cellulaire non pigmenté, développé entre le tarse, qui n'a pas été entamé, et l'orbiculaire, dont les faisceaux se sont laissés quelque peu dissocier par le tissu néoplasique qui s'est arrêté au-dessous de la peau. Par les rapprochements histologiques qu'on peut faire entre le sarcome et le chalazion (granulome de Virchow) il y a lieu de se demander si les chalazions observés il y a 2 ans pour cette paupière ont joué un rôle dans la formation du néoplasme. On peut admettre que chez notre malade l'inflammation des glandes de Meibomius a agi comme cause excitante, mais nos coupes démontrent que les chalazions n'ont pris aucune part à la constitution même du sarcome.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 Novembre 1896.

Hémophilie rénale.

M. Klemperer a commencé par établir en principe qu'il pouvait exister des hémorrhagies provenant de reins indemnes de lésion. Il a rappelé l'existence des hémorrhagies utérines de la menstruation et des hémorrhagies vicariantes des autres organes en l'absence des règles.

Les hémorrhagies hystériques rentrent dans le même ordre de faits, et M. Klemperer se rappelle avoir observé en 1880 un cas de fièvre typhoïde chez une femme hystérique qui eut alors de violentes hématémèses; la malade mourut, mais son estomac

était intact. Dans un autre cas, il s'agissait d'une psychose hystérique accompagnée d'hémoptysies et d'hématémèses, et à l'autopsie M. Klemperer ne trouva dans l'estomac aucune cicatrice, ni aucune autre lésion. On notait aussi des cas de violentes hémorrhagies chez des hystériques, ayant cédé à la suggestion, et inversement la possibilité de provoquer chez des hystériques des hémorrhagies par suggestion.

Tous ces faits permettent donc de concevoir la possibilité d'une hémorrhagie rénale avec un rein sain. Du reste, depuis quelques années, des cas de ce genre ont été publiés. Le premier de ces cas est celui publié par Sabatier, où il s'agit d'un homme de 30 ans ayant depuis 7 ans des accès d'hématurie et des douleurs lombaires. Bien que l'urine ne contînt pas de gravier, Sabatier présuma l'existence d'une néphrite calculeuse, extirpa le rein qui à l'examen était absolument sain. Les hémorrhagies et les douleurs disparurent définitivement après l'opération. Schede, en 1889, a publié un deuxième cas. Il a enlevé à un homme de 50 ans très affaibli par de violentes hématuries le rein gauche indemne de toute lésion. Le malade guérit. Dans le cas de Senator il s'agit d'une femme de 19 ans provenant d'une famille d'hémophiles, et qui depuis 6 mois avait des hématuries. L'examen cystoscopique fait par M. Nitze fit voir un écoulement de sang par l'uretère droit. M. Nitze fit la néphrectomie en raison des symptômes menaçants d'anémie. Le rein était absolument sain et la femme guérit. On connaît encore des cas où l'hématurie disparut après simple incision du rein présumé malade.

Personnellement M. Klemperer a observé plusieurs cas de ce genre. Tout d'abord il a vu l'hématurie survenir quelquefois à la suite d'un effort. C'est ainsi qu'il a vu un officier de 40 ans, éprouver après une course à cheval durant 7 heures éprouver une sorte d'envie d'uriner : l'urine était du sang presque pur, et cette hématurie avait disparu au au bout de 24 heures pour ne plus reparaître. On n'ignore pas d'ailleurs dans les cercles militaires que les soldats ont parfois des urines sanguinolentes après des marches forcées. Le deuxième cas observé par M. Klemperer concerne un jeune négociant, cycliste trop ardent, qui eut après une longue course un accès d'hématurie qui ne se renouvela pas.

Quant aux cas chroniques on peut les diviser en deux groupes. Au premier appartiennent les cas d'hémophilie, au deuxième les hémorrhagies angio-neurotiques.

Parmi les hémophiles rénaux proprement dits, M. Klemperer a cité le cas d'un homme de 36 ans dont la mère et les sœurs étaient hémophiliques. Depuis l'âge de 3 ans, il avait parfois du gonflement des articulations disparaissant en quelques jours et comme en ont parfois les hémophiliques. A 16 ans il eut le premier accès d'hématurie qui se répétait à chaque effort, si bien que le malade fût obligé de garder le lit pendant 13 semaines. Il a quelques années les hématuries se reproduisirent et le malade resta à l'hôpital près de 2 mois. L'hématurie cessa enfin et le malade quitta l'hôpital. Au mois de mai de cette année M. Klemperer a revu le malade qui jusqu'à ce moment n'avait pas eu d'autre hématurie.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 26 ans, hémophilique, ayant de temps à autre des gonflements articulaires. Depuis l'âge de 16 ans il avait presque toutes les années un ou plusieurs accès d'hématurie accompagnés souvent de douleurs du côté droit. On ne fit pas l'examen cystoscopique parce que le diagnostic avait été assuré par l'existence de cylindres sanguins dans l'urine. Chez ce malade l'hématurie fut guérie par des bains froids.

A côté de ces cas relevant de l'hémophilie, M. Klemperer a observé deux autres cas rentrant dans le groupe angio-neurotique. Le premier est celui d'un jeune homme de 22 ans, non hémophilique, mais très nerveux, admis à la Charité pour une hématurie qui durait depuis des semaines. On ne trouva ni calcul, ni tumour. La cystoscopie faite par M. Nitze montra un écoulement sanguin par l'uretère gauche. M. Nitze fit la néphrectomie à cause de l'anémie profonde. Le rein était tout à fait sain. On pouvait admettre ici que l'action nerveuse avait amené la dilatation des vaisseaux du rein poussée jusqu'à l'hémorrhagie.

Le second cas se rapporte à un homme de 37 ans, vigoureux, qui vint consulter pour une hématurie persistant depuis huit semaines. En dehors d'une nervosité extrême, on constatait une insuffisance mitrale compensée. La guérison fut obtenue en 3 semaines par des procédés hydrothérapiques indiqués par M. Leyden. L'hématurie, dont la cause est restée ignorée, n'a pas reparu depuis.

Toutes ces observations montrent donc que les hémorrhagies rénales ne sont pas graves quand l'examen ne révèle aucune lésion. Il faut alors songer à l'hémophilie ou à l'angio-neurose.

M. von Leyden admet les groupes établis par M. Klemperer, et il cite encore les épistaxis sans lésion du nez. Il y a 15 ans, il a observé le premier cas de néphrorrhagie à la suite d'un effort : hémorrhagie après une course à cheval, suivie de guérison complète. Le deuxième cas est celui d'un médecin qui appela en toute hâte M. von Leyden à cause d'une hématurie dont il était subitement pris après être allé d'une traite de Coire à Pontresina.

M. Mendelsohn a observé 3 cas d'hémorrhagie rénale chez des personnes bien portantes. Le premier cas est celui d'un jeune homme qui aurait reçu un coup dans la région lombaire à droite et chez lequel l'examen cystoscopique révéla une hémarrhagie par l'uretère droit. Cette hémorrhagie disparut pour ne plus revenir. Dans le deuxième cas un jeune homme ayant esquivé rapidement un wagon qui arrivait sur lui eut bientôt après une hémorrhagie rénale qui ne se renouvela pas. Ici on peut ajouter à l'action de l'effort celui de l'émotion (action angio-neurotique) éprouvée par le malade. Dans le troisième cas, il s'agit d'un confrère qui eut, il y a 9 mois, un accès d'hématurie. L'examen ne décela rien autre qu'une grande quantité d'acide oxalique cristallisé dans l'urine. L'hémorrhagie pourrait être due à l'irritation de la muqueuse rénale par l'acide oxalique. Il n'y a pas eu d'autre accès.

M. Nitze a observé un nombre considérable d'hématuries essentielles. Sur ce nombre 7 opérés ont été opérés par la néphrectomie (4 cas) ou par l'incision rénale (5 cas). La guérison complète a été obtenue dans tous ces cas.

Les hémorrhagies rénales dans l'hémophilie ne sont pas rares, et elles ne semblent pas à M. Nitze d'un diagnostic difficile.

M. Thorner cite un cas qui montre la prudence avec laquelle on doit accueillir le diagnostic d'hémorrhagies hystériques. Une dame non hémophilique mais très hystérique avait une expectoration sanguinolente. On ne trouva rien à l'examen pouvant faire soupçonner la tuberculose, et l'on admit des hémoptysies hystériques. Plusieurs mois plus tard on trouva des bacilles tuberculeux dans les crachats, puis de l'induration des sommets. Il s'agissait donc d'une hémoptysie initiale d'origine tuberculeuse chez une hystérique.

M. Fürbringer a rapporté le cas d'un professeur de médecine qui après une course à cheval eut une hématurie avec des cylindres sanguins dans l'urine. Le sang disparut de l'urine après quelques heures de repos. Les hématuries cessèrent pour ne plus revenir lorsque le malade cessa de monter à cheval.

M. Adamkiewicz cite le fait d'un soldat très fort (il pesait plus de 100 kilos), qui avait toujours des hématuries après des exercices fatigants. L'hématurie cessa définitivement lorsqu'il quitta le service.

M. Renvers croit que les hémorrhagies rénales ne sont pas rares dans l'hémophilie, mais que celle-ci est extrêmement rare. Il pense que l'hémorrhagie ne survient pas spontanément dans des reins sains, mais qu'elle est toujours d'origine traumatique.

M. Senator comprend sous le terme d'hémophilie rénale non pas les hémorrhagies rénales dans l'hémophilie, mais une disposition des reins à l'hémorrhagie. Dans les observations qu'il a publiées, il n'existait d'hémorrhagies sur aucun autre organe, à part une forte menstruation. Il a vu survenir des néphrorrhagies après des efforts, des marches à cheval ; encore ne peut-on exclure à coup sûr la lithiase. Dans un cas l'hémorrhagie est survenue après le coït. On trouve parfois de l'albumine après des efforts, après des courses forcées à bicyclette ; mais l'albumine disparaît spontanément même en continuant l'exercice. Il croit donc qu'il faut distinguer : 1° l'hémophilie rénale ; 2° l'hématurie essentielle ; 3° l'hématurie essentielle associée à de violentes douleurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas de morve humaine de forme anormale; difficulté du diagnostic clinique et bactériologique.

PAR

J. BRAULT
Médecin-major de 2e classe
Professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Alger.

J. ROUGET
Médecin aide-major de 1re classe
chargé du laboratoire de bactériologie du Dey.

Actuellement, les septicémies ne se voient guère qu'en médecine; elles n'entrent plus en effet que par la petite porte, tantôt c'est une écorchure insignifiante déjà guérie, tantôt c'est une effraction viscérale qui leur donne passage. Au début, elles peuvent de la sorte dérouter le diagnostic le plus sûr et jouer pour ainsi dire les diverses affections médicales. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que leur évolution se dessine et que leurs signatures souvent d'emblée multiples, permettent enfin de les dépister.

C'est alors qu'elles nous reviennent en chirurgie pour le traitement actif des diverses localisations du processus infectieux.

En dehors des microbes vulgaires de la suppuration, l'on rencontre de temps à autre des septico-pyohémies engendrées par des espèces pathogènes rares ou inattendues, témoins les deux cas de septicémies tétragéniques observées tout récemment par Chauffard et Ramond.

C'est d'une infection du même ordre que nous voulons vous entretenir aujourd'hui; la porte d'entrée du virus, la difficulté du diagnostic clinique et bactériologique la rendent intéressante.

Voici l'observation du malade et l'étude expérimentale du bacille rencontré à l'état pur dans le sang et les divers abcès.

Observation (Service de M. Brault). — G..., maréchal-ferrant, âgé de 22 ans, garçon assez vigoureux, entré à l'hôpital le 20 mai 1896, sous la rubrique « embarras gastrique ». Depuis la veille, il se plaint de fièvre, de céphalée et de courbature générale. Le début a été brusque, il ne ressentait aucun malaise les jours précédents.

Placé dans un service de fiévreux, il est mis en observation. Bouillon, lait, toniques, antipyrine, telles sont les prescriptions qui lui sont faites; le thermomètre marque 40°.

Dans les jours qui suivent, même état indécis, puis la température baisse au-dessous de la normale et l'on pourrait croire que tout est fini et qu'il ne s'agit plus que d'une simple courbature fébrile.

Malheureusement la scène change aussitôt, des frissons secouent le malade et la courbe décrit les grandes oscillations thermiques de la pyohémie. Des vomissements surviennent, la céphalée persiste, on note un peu d'anxiété, de l'insomnie. La langue est saburrale, la respiration et le pouls sont fréquents, le malade tousse bien un peu, mais ne ressent aucun point de côté et l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Bientôt deux abcès apparaissent successivement, l'un dans la région sus-trochantérienne droite, l'autre au niveau de la gouttière rétro-malléolaire externe du même côté. C'est alors que je suis appelé à voir G... Les deux abcès sont ouverts, le diagnostic de septico-pyohémie s'impose, ce n'est que trois jours plus tard que le malade passe dans mon service : le *4 juin*.

A ce moment, 16 jours se sont écoulés depuis le début des accidents et l'infection a marché, le sujet, amaigri, très fatigué, a le teint plombé, les conjonctives subictériques, enfin le pouls et la température présentent toujours les mêmes caractères. L'on perçoit quelques râles dans la fosse sous-épineuse droite, mai il n'y a ni souffle, ni matité, ni expectoration. L'intelligence reste intacte, le malade s'alimente un peu, mais ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. Les manifestations locales de la pyohémie se font plus fréquentes et plus sévères. Ce n'est plus un simple abcès périarticulaire que nous avons à l'articulation tibio-tarsienne droite, mais bien une pyarthrose, il en est de même pour le genou du même côté. Je constate en outre l'apparition de trois abcès nouveaux, tibia gauche, face postérieure du bras droit, face externe du cubitus du même côté. Ce jour-là, dès l'arrivée du malade, je pratique sans perdre de temps l'arthrotomie du cou-de-pied, puis celle du genou. Pour la tibio-tarsienne, les quatre incisions classiques sont faites; pour le genou, après les incisions internes et externes pararotuliennes, je draine les parties déclives de l'article à l'aide des deux incisions de dégagement d'Ollier. Ouverture des trois abcès, grattage à la curette, cautérisation au chlorure de zinc au 1/4. Tout est drainé.

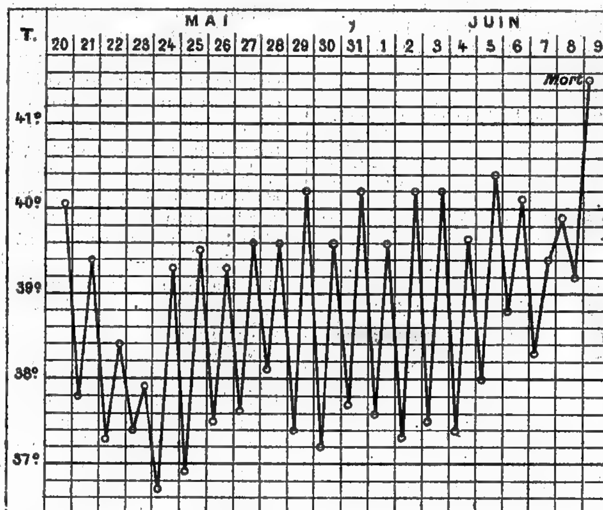
Ces diverses opérations ont duré quelques minutes, nous avons dû nous presser, pour ménager les forces de ce malade qui nous paraissait trop faible pour tous les genres d'anesthésie.

L'après-midi, la température est bien un peu moins élevée, 39°7, mais la langue est toujours sèche, le pouls mou et dépressible. La faiblesse augmente, c'est alors que j'institue le *lavage du sang*. Saignée de 400 grammes, céphalique gauche. Injection intra-veineuse de 1 litre de sérum à 9 p. 100. Injection sous-cutanée de sérum plus concentré à 6 p. 100 (quantité injectée : 200 grammes). Piqûres de caféine et d'éther, lait, bouillon, œufs, champagne. Aussitôt après l'injection intra-veineuse, le pouls remonte et devient vibrant, l'affaissement général diminue.

Le lendemain matin *5 juin*, la langue est bonne, rose, humide, le malade a uriné 1 500 grammes (pas d'albumine), il y a eu une selle. Dans la journée, ouverture de 6 abcès nouveaux, saignée de 500 grammes, injection intraveineuse de 2 litres de sérum en 2 fois, injection sous-cutanée de 200 grammes à 6 p. 100, éther, caféine.

6 juin. — Les frissons continuent, alternant avec les sueurs profuses, la gêne respiratoire augmente, l'on ne trouve toujours que quelques râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon droit. Le malade fait des efforts pour expulser quelques crachats visqueux, qui viennent de l'arrière-gorge et n'ont rien de caractéristique. Lors de cette expuition difficile, il y a

de temps à autre des nausées. Je prescris une potion expectorante ; la poitrine en avant est couverte d'une pluie de ventouses. La sensibilité de G... est très émoussée, dès maintenant il n'est plus capable de renseigner sur le siège des nouvelles collusions qui apparaissent, on doit les chercher. Depuis la veille, on peut le dire, c'est une véritable garde qu'il faut monter pour se tenir à l'affût et lutter de vitesse avec la formation incessante de tous ces abcès qui s'échelonnent à vue d'œil le long des membres. Toutes ces collutions présentent des caractères indentiques qui nous sortent un peu des abcès d'origine banale. Le pus est blanc, crémeux, parfois chargé de grumeaux ou de gouttelettes huileuses (1). Après vidange de la poche, l'on trouve les parois tapissées par une sorte de pseudo-membrane grise assez adhérente qui se reproduit même après grattage. Une fois l'incision pratiquée, l'assèchement se fait vite, mais l'on constate par ci par là des bribes putrilogineuses et de la tendance au sphacèle, même en dehors de toute cautérisation. Tout cela n'est pas ordinaire, certains caractères du pus nous font penser au pneumocoque, d'autres, rapprochés de la marche de l'affection et de la profession du sujet, au farcin aigu (2). C'est pour éclairer notre religion que nous faisons prendre du sang et du pus, on en verra plus loin l'analyse bactériologique.



Dans l'après-midi, *arthrotomie du genou gauche, curettage, cautérisation et drainage de deux nouveaux foyers*, pansement des autres. Injection intraveineuse de 2 litres de sérum, injection sous-cutanée de 200 grammes, toniques, ventouses.

7 juin. — L'état général s'est encore aggravé, il y a un peu de subdélire. Je pratique le matin une injection intraveineuse de 1000 grammes. La température est un peu plus basse que la veille, mais les frissons se répètent et de nouvelles collutions apparaissent; *arthrotomie du poignet gauche;* incision d'un abcès dans la région sourcilière du même côté. Injections d'éther et de caféine (3). Comme la veille, une selle à la suite d'un lavement, urines 1 000 grammes, pas d'albumine.

8 juin. — La nuit est très mauvaise, délire violent, le pouls est petit, irrégulier et bat à 140°. Injection intraveineuse en deux séances de 2 litres à 9 p. 100 ; injection sous-cutanée de 150 grammes de sérum concentré ; j'ouvre encore un abcès à la face postérieure du bras gauche ; pansements. Depuis la veille, l'on remarque par ci par là des bulles et des vésicules purulentes présentant par places des teintes hémorrhagiques. Ces efflorescences cutanées se réunissent en touffes, il n'y a pas d'aréole ou d'induration appréciable autour d'elles. Elles sont grattées et cautérisées comme les abcès, leur contenu est d'ailleurs très semblable, leur fond cupuliforme présente la même membranule. Ces éruptions ne sont pas limitées à la peau, les muqueuses y participent; c'est ainsi que l'on voit des manifestations analogues au méat, sur le gland, sur la muqueuse des lèvres et sur la langue ; ces dernières, lorsque l'opercule est crevé, ressemblent assez bien à de grosses aphthes.

La température baisse un peu vers le soir, mais le délire ne cesse pas; le pouls, qui est redevenu plein et régulier depuis les injections de sérum, ne diminue guère de fréquence et reste aux environs de 130 ; la situation est désespérée. Il y a toujours de la dyspnée, le teint est de plus en plus plombé, les traits ont coulé ; G..., couvert de piqûres et de pansements présente un aspect lamentable (1); la faiblesse est extrême, nous n'osons même plus le retourner pour l'ausculter en arrière. A chaque instant nous craignons une syncope finale, malgré tous nos efforts, malgré la constance et l'énergie de notre thérapeutique qui semble avoir triomphé des manifestations extérieures de l'infection ; la partie est désormais perdue.

9 juin. — Délire violent toute la nuit, selles involontaires, le malade s'éteint à 8 heures du matin. La température est de 41°5 au moment de la mort, elle est de 41°8 une 1/2 heure après.

Autopsie. — Pâleur, amaigrissement, nombreuses marbrures livides. Tous les pansements enlevés, le cadavre ressemble à un sujet de médecine opératoire; tout le long des membres, ce ne sont qu'incisions plus ou moins longues et plus ou moins profondes. Comme nous l'avons dit chemin faisant, au cours de notre observation, l'on compte 4 grands articles arthrotomisés et 16 abcès ouverts.

En dehors des collections drainées, nous ne trouvons qu'un foyer qui a été oublié. Ce dernier siège au niveau de la masse épitrochléenne gauche. En outre, les deux coudes contiennent chacun une ou deux cuillerées à café de liquide louche. Les hanches, les épaules, le cou-de-pied gauche et le poignet droit sont indemnes. L'on remarque une sorte de symétrie dans la disposition des abcès, qui sont tantôt sous-cutanés et tantôt plus profonds, intra-musculaires. Chose curieuse, ils occupent presque tous le côté de l'extension des membres ; l'avant-bras et la jambe sont les segments les plus atteints. J'ai, il me semble, assez insisté sur le siège et l'aspect de ces abcès, pour ne pas avoir à y revenir ici. Je me borne à résumer leur topographie générale sous la forme d'un court tableau synoptique.

Membres supérieurs : droit, 6; gauche, 5.
Membres inférieurs : droit, 1; gauche, 4.
Région sourcilière gauche, 1.

Ce qui fait au total 17 abcès extérieurs en comptant celui qui s'est développé dans les dernières heures avant la mort, ou qui nous avait échappé.

Restent encore les articulations suppurées, les deux genoux, le cou-de-pied droit et le poignet gauche avec leurs incisions principales et de décharge. Tous les articles ainsi qu'un grand nombre d'abcès vont bien et sont à peu près entièrement asséchés. Je ne reviens pas sur les bulles purulentes signalées précédemment, elles ne paraissent pas avoir augmenté dans les derniers moments qui ont précédé la mort.

Viscères. — Cœur sain, un peu de surcharge graisseuse. Les poumons sont petits, le droit est surtout un peu adhérent ; vaste abcès de la grosseur d'une mandarine dans le lobe moyen. Contenant et contenu offrent le même aspect que dans les collections extérieures. Dans le territoire avoisinant, les bronchioles sont remplies du même pus blanc, épais, laiteux, dans la presque totalité du lobe moyen, le parenchyme pulmonaire est atteint d'une vé-

1. Ceci surtout rappelle un peu le pus des collections farcino-morveuses. Toutefois d'après les renseignements des vétérinaires, le malade n'a soigné aucun cheval suspect.
2. Il n'y a toutefois ni lymphangites, ni adénites.
3. En face de l'affaiblissement du malade nous cessons les saignées.

1. Aucune des piqûres faites dans un but thérapeutique n'a suppuré.

ritable hépatisation grise, il est dense, friable et ne surnage plus.

Le foie, dont la coupe rappelle la coloration muscade, présente un volume considérable *mais ne contient aucun foyer purulent. La rate, petite, est absolument normale* (1), *les reins sont sains;* l'intestin fendu dans toute sa longueur ne montre aucune lésion. A l'ouverture de la boîte crânienne, l'on constate un peu de sérosité sous l'arachnoïde, enfin la pie-mère est très légèrement louche; rien par ailleurs.

Etude bactériologique. — *Pus.* — Du pus a été recueilli avec pureté dans divers abcès et dans plusieurs articulations.

La consistance crémeuse nécessite, pour l'examen extemporané, une dilution préalable dans une goutte de liquide. Ces préparations fraîches, examinées avec un objectif Vérick n° 9 et un oculaire n° 1, ne laissent voir avec netteté aucun microorganisme.

Dans des préparations colorées avec le bleu de Kuhne ou le bleu de Löffler, et examinées avec l'objectif à immersion on aperçoit entre les globules de pus un petit bâtonnet court, grêle, à extrémités arrondies, dont le centre est incolore (bacilles en navette). Ce bacille est peu abondant; quelques-uns, plus longs, sans présenter toutefois la forme filamenteuse, offrent plusieurs espaces clairs alternants avec des points colorés, en sorte que, *priori*, on pourrait penser à un streptocoque en courtes chaînettes.

Le violet de gentiane et la fuchsine en solutions aqueuses teintent ces bacilles d'une manière plus homogène. Ils se décolorent par la méthode de Gram.

Semé sur les différents milieux le pus a toujours fourni des cultures pures d'un bacille dont la morphologie varie avec la nature du terrain. Un séjour de 48 heures à l'étuve à 37° est indispensable pour voir les ensemencements fructifier, mais les caractères des cultures ne sont complets qu'après plusieurs jours; le repiquage active un peu leur développement.

A. *Milieux liquides.* — Les milieux liquides sont peu favorables à la multiplication du bacille qui présente toujours dans ces conditions des formes d'involution.

Le liquide se trouble à peine; après plusieurs semaines on aperçoit à sa surface une collerette blanchâtre adhérente au verre; dans le fond du tube existe un dépôt grisâtre peu abondant.

Il coagule en masse le lait vers le 8e jour, faisant virer au rouge la teinture de tournesol qui a servi à colorer le milieu; il ne produit aucun dégagement gazeux appréciable dans le bouillon additionné de lactose et de carbonate de chaux.

B. *Milieux solides.* — En gélatine ensemencé par piqûre il se développe lentement, formant le long de la strie d'inoculation de petites colonies arrondies, grisâtres; à la surface la culture s'étale, formant une tête de clou aplatie.

L'agar-agar constitue le milieu de choix. Le bacille s'y développe abondamment, que la gélose soit pure ou additionnée de sucre, de glycérine ou de sérum. Il forme à la place du semis une couche aplatie, grisâtre, vernissée, à bords légèrement en relief présentant parfois des reflets irisés. Vue par transparence la culture offre une teinte légèrement jaunâtre. Quand le développement est complet la gélose se trouble et devient opaque.

Sur pomme de terre, le bacille se développe également bien et la culture présente au bout de quelques jours une teinte fauve variant comme nuance du café au lait à la couleur chocolat. Ces cultures, qui rappellent vaguement celles du bacille d'Escherich, se rapprochent beaucoup plus des cultures du bacille morveux.

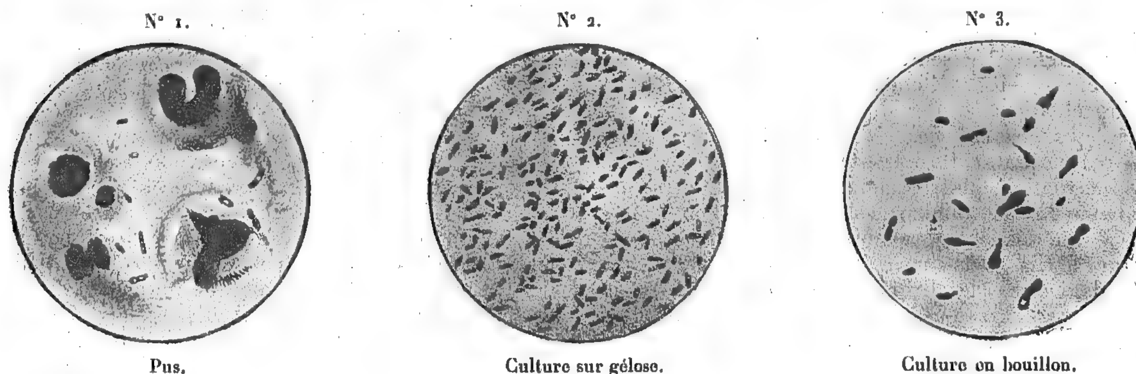
Le sérum sanguin coagulé ne donne que des cultures chétives, maigres, réduites à une simple strie grisâtre, à peine saillante.

Sur tous ces milieux la culture est humide, non glaireuse, elle se délaye facilement dans l'eau qui devient laiteuse.

Caractères morphologiques. — L'aspect de ce microorganisme est complètement différent selon la nature du terrain où il est cultivé. Pris sur milieux solides c'est un fin bacille à bouts arrondis, mesurant environ 3 μ de long sur 1 μ de large; dans les liquides ces formes grêles ne se rencontrent plus, et le microorganisme présente diverses formes d'involution, de dégénérescence: à côté de bâtonnets longs, trapus, mesurant 5 à 6 μ de long sur 2,5 à 3 μ de large, on trouve des formes arrondies, ovoïdes, en battant de cloche, en haltères, qui ne rappellent en rien la morphologie du bacille prélevé sur milieu solide (planches 2-3).

Ces caractères sont constants : ils dépendent du milieu. On peut s'en assurer en ensemençant avec une culture en bouillon des tubes de gélose de pommes de terre, ou de sérum coagulé, ou inversement en transportant en bouillon une parcelle de culture, prise sur milieu solide.

Caractères biologiques. — Ce bacille est aérobie facul-


N° 1. Pus. — N° 2. Culture sur gélose. — N° 3. Culture en bouillon.

Objectif à immersion homogène 1/16. — Oculaire N° 1 (Vérick).

1. C'est là un signe de diagnostic avec la morve sur lequel nous ne saurions trop insister.

tatif. Les cultures ne sont apparentes qu'après 48 heures au moins de séjour à l'étuve à 37°.

Il est peu mobile, il se colore mal par le bleu de Löffler ou de Kühne, se teinte plus vivement par la fuchsine de Ziehl ou le violet de gentiane, surtout quand il est pris dans des cultures récentes. Il se décolore rapidement par la méthode de Gram, ou sous l'action des acides les moins énergiques.

Il donne dans les cultures une réaction acide et perd rapidement sa virulence et même sa vitalité. Des réensemencements faits avec des cultures âgées d'un mois sont demeurées stériles.

Effets pathogènes. — Ce bacille est pathogène pour tous les animaux de laboratoire. Il tue la souris blanche, le cobaye, le lapin dans un délai variant de 3 à 28 jours, suivant le mode d'inoculation.

Pour nos expériences nous nous sommes servi exclusivement de cultures sur gélose délayées dans de l'eau stérile jusqu'à teinte opalescente.

Les lapins sont particulièrement sensibles; inoculés dans la veine marginale de l'oreille avec 1/2 centim. cube de la dilution précédente, un lapin de 1 350 grammes *succombe en 3 jours* Un lapin de même poids inoculé sous la peau du ventre avec la même dose de virus meurt au bout de 7 jours, en présentant une suppuration épaisse, pseudo-membraneuse s'étendant en nappe autour du point d'inoculation.

Les *cobayes résistent plus longtemps* à l'infection souscutanée (21-28 jours). Ils présentent d'abord un abcès au point d'inoculation, puis les ganglions lymphatiques correspondants s'hypertrophient, suppurent, et l'on assiste dès lors à une véritable pyohémie avec abcès multiples intéressant le tissu sous-cutané, les ganglions superficiels et profonds, les os et les diverses muqueuses. Nous avons observé 10 abcès chez un seul cobaye, mais nous n'avons jamais rencontré d'arthropathies.

Deux cobayes femelles ont présenté dans le 7e septénaire une tuméfaction prononcée des organes génitaux, avec abcès d'une grande lèvre, chez l'un d'eux. *La vulve est béante et laisse écouler* un pus épais. Une seule fois, un cobaye mâle inoculé dans le péritoine a présenté le 5e jour une tuméfaction douloureuse au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Nous pensions à une orchite, le testicule étant fixé à l'anneau. L'animal a été sacrifié ; l'autopsie a montré que la tumeur était due à un abcès du volume d'une noisette. Le testicule était indemne ; la vaginale présentait quelques granulations blanchâtres à contenu crémeux ; les 2 feuillets étaient faiblement adhérents.

Un cobaye adulte inoculé en plein parenchyme pulmonaire avec une dose relativement faible a succombé en 4 jours.

Chez ces animaux le pus présente les mêmes caractères que chez le malade ; aux abcès succèdent des ulcérations à bords décollés dont le fond est recouvert d'un enduit pseudo-membraneux.

Cinq souris blanches qui ont reçu à la racine de la queue 1 ou 2 gouttes de virus sont mortes du 5e au 15e jour.

Dans le cours de ces expériences, plusieurs animaux (souris, cobayes) ont présenté *des paralysies* (notamment des paraplégies) *flasques ou spasmodiques* avec contraction des membres.

A l'autopsie on ne constate aucune lésion microscopique autre que la suppuration et l'hypertrophie ganglionnaire. *Les viscères (poumons, foie, reins, rate), paraissent absolument normaux, et jamais nous n'avons observé de nodules miliaires dans le parenchyme de ces organes.*

Les ensemencements montrent que le bacille peut se rencontrer dans tout l'organisme, toutefois les cultures faites avec le sang n'ont pas toujours été fertiles.

Les mêmes constatations ont été faites chez le malade.

L'expérimentation nous a permis de reproduire chez les animaux une affection sinon identique de tous points, du moins très semblable à celle qu'a présenté G..., et nous croyons être en droit de conclure que le bacille isolé dans le pus du malade et entretenu dans nos cultures est bien l'agent pathogène spécifique de la maladie.

Or, cet organisme offre plusieurs caractères communs avec le bacille morveux. Comme lui, il se présente dans le pus avec ses espaces clairs, il se colore difficilement ; ses cultures exigent 48 heures de séjour à l'étuve pour devenir apparentes ; il prend une teinte fauve sur la pomme de terre ; il est pathogène pour le cobaye ; injecté dans le péritoine de cobayes mâles il peut provoquer une vaginalite.

Le bacille que nous avons étudié serait-il donc l'agent spécifique de la morve ? Nous ne le pensions pas. L'absence de nodules miliaires dans les poumons, le foie et la rate, qui sont toujours respectés, et l'échec des injections de malléine, qui n'ont produit aucune réaction fébrile chez des animaux infectés (1) constituaient des caractères différentiels de la plus haute importance. Ajoutons à cela que nous n'avons observé qu'un seul cas de vaginalite sur 5 cobayes mâles inoculés dans le péritoine. Les expériences de Kutchser qui paraissent détruire la spécificité de l'orchite morveuse nous rendaient encore plus perplexes. De plus notre bacille n'est pas animé de mouvements vibratoires analogues à ceux du bacille de Löffler ; il coagule le lait en faisant virer au rouge la teinture de tournesol ; il pousse mal dans les bouillons, ses cultures sur gélose rendent le milieu opaque ; il est très pathogène pour le lapin et la souris blanche, que les auteurs donnent comme réfractaires ou très peu sensibles au virus morveux ; il perd très rapidement (15 jours) sa virulence et sa vitalité dans les divers milieux ; *il provoque une tuméfaction de la vulve* chez les cobayes femelles, ce qui n'a pas été signalé, à notre connaissance du moins, pour le bacille morveux.

Ces différences biologiques, jointes aux caractères cliniques de l'affection, faisaient supposer que G... avait succombé à une septico-pyohémie d'origine pulmonaire, due à un bacille voisin de celui de la morve, mais s'en différenciant par certains caractères.

M. Nocard a bien voulu expérimenter nos cultures à l'école d'Alfort. Il a tranché la question, en concluant à une morve très virulente.

Quoiqu'il en soit, cette observation nous a paru intéressante précisément à cause de la difficulté du diagnostic clinique et bactériologique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Des tumeurs gazeuses du cou,

Par M. le Dr Koutnik.

On englobe sous le nom de tumeurs gazeuses du cou diverses affections, d'origine différente, ayant pour caractère commun la présence de gaz dans une poche adven-

1. Six animaux (lapins et cobayes) porteurs de lésions étendues et trois témoins ont reçu des doses de malléine variant de 1/2 centim. cube à 1 centim. cube 1/2.

tice soit préexistante soit déformation nouvelle, siégeant sur la partie antérieure ou latérale du cou.

Nous avons pu en rapporter dans notre inaugurale un cas intéressant, dont l'observation que nous reproduisons ici, a été recueillie par M. Courtillier, dans le service de notre maître M. le Dr Broca.

Observation. — *Tumeur gazeuse du cou, d'origine laryngée, paraissant survenir à la suite d'intubations répétées du larynx. — Incision de la poche. — Extirpation partielle. — Persistance d'un trajet fistuleux.*

... Louis, 3 ans 1/2. — *Antécédents héréditaires* ne présentent rien de particulier. La mère a eu 4 enfants, dont 1 mort d'athrepsie, 2 bien portants et le 3e est l'enfant en question.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme; il a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 9 mois, puis au verre pendant les 6 mois consécutifs. Rachitique pendant les deux premières années, il n'a marché qu'après l'âge de 2 ans. Vers l'âge de 17 mois il contracte une coqueluche assez bénigne, qui évolue sans complications. A l'âge de 3 ans, 15 jours environ après le début d'une rougeole, l'enfant est atteint du croup. On le transporte à l'hôpital Trousseau, où il est admis, le 31 octobre 1895, dans le pavillon Bretonneau. Placé dans la chambre de vapeur, il est, malgré cela, tubé quelques heures après son arrivée. Dans la nuit on pratique de nouveau l'intubation du larynx, le premier tube ayant été dégluti. Le lendemain l'enfant est tubé à plusieurs reprises (trois fois), les tubes paraissant se boucher assez facilement. L'enfant sort du pavillon Bretonneau, 4 semaines environ après le début du croup, et entre dans le service de chirurgie pour des abcès de la face postérieure de la cuisse gauche et de la région sous-maxillaire droite. L'état général étant très mauvais, les parents emmènent leur enfant le lendemain de son arrivée dans le service.

Depuis la sortie de l'hôpital, l'enfant boit de travers et est pris de suffocation aussitôt après avoir bu, ou après avoir pleuré. La voix est très affaiblie, l'enfant parle peu, bas et avec difficulté.

Dans le courant du mois de janvier les parents s'aperçurent que l'enfant portait à la partie antérieure du cou, sur la ligne médiane, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur, complètement indolore, augmenta de volume les jours suivants. Elle arriva bientôt au volume d'un demi-œuf de poule, tout en restant symétrique par rapport à la ligne médiane du cou. L'enfant n'accusait aucune douleur, si ce n'est un peu de gêne pendant la déglutition.

On vient à la consultation le 13 février et l'enfant est admis à la salle Denonvilliers, dans le service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par M. le docteur Broca, professeur agrégé.

Etat à l'entrée. —L'enfant jouit d'un état général médiocre. Il présente à la partie antérieure du cou une tumeur globuleuse, symétriquement placée sur la ligne médiane, qui s'étend de l'os hyoïde jusque vers le creux sus-sternal; de chaque côté la tumeur s'étale sur les parties latérales du larynx. La peau qui la recouvre est normale, sans cicatrice; on voit dans sa profondeur les veines sous-cutanées légèrement dilatées. Cette peau sans adhérence est parfaitement mobile sur la tumeur.

La tumeur monte et descend pendant les mouvements de déglutition : elle n'augmente pas de volume pendant les cris ou l'effort : elle n'est animée ni de souffle, ni de battement. La palpation révèle qu'elle est fluctuante dans toute son étendue. Sonore à la percussion, elle est irréductible sous une pression même prolongée. — En essayant de se rendre compte de la nature des parois, on constate que la tumeur possède une tunique de consistance ferme, fibreuse, qui existe sur toute son étendue, sauf en un point à la partie supérieure gauche où l'aspect uniformément lisse de la paroi présente une légère bosse de consistance mollasse et fluctuante.

La tumeur n'est pas pédiculée : elle est adhérente par une large base à la partie antérieure ou latérale du conduit laryngo-trachéal.

L'enfant est presque aphone; il jette cependant de temps à autre des cris un peu aigus. La respiration et la déglutition sont plus gênées à certains moments qu'à d'autres et une fois on a pu constater que la tumeur du cou avait une tension supérieure à celle qu'elle avait antérieurement. Ces troubles de compression se calment au bout de quelques heures, non d'une façon subite, mais en s'atténuant. On porte le diagnostic de *tumeur gazeuse du cou.*

L'enfant présente à la partie postéro-externe de la cuisse gauche une fistule, consécutive à un abcès, ayant débuté il y a 2 mois environ; de plus on trouve une adénite suppurée de l'aine gauche.

Le 18 février, sous le chloroforme et après nettoiement du champ opératoire, M. Broca fait une incision médiane et verticale sur la tumeur. Aussitôt la poche ouverte il s'en échappe de l'air, qui était sous une tension légère et ses parois s'affaissent. On cherche, avec le plus grand soin, un orifice fistuleux, mais on n'en trouve aucun. Au moment où on cessait les recherches, l'enfant se contracte violemment et on entend un petit sifflement, qui s'est produit nettement sur la base adhérente de la tumeur au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. On fait, sans résultat, de nouvelles recherches de l'orifice fistuleux. On excise une partie de la poche, qui est très adhérente aux tissus sous-jacents. On draine, sans suture, la cavité avec de la gaze iodoformée.

Incision et pansement de l'adénite suppurée inguinale.

Suites opératoires normales. L'enfant quitte l'hôpital le 5 mars. Il persiste un petit trajet fistuleux du cou et pendant les efforts de l'enfant, on entend en cet endroit un léger sifflement, qui s'accompagne quelquefois de bulles gazeuses; malgré cela il a été impossible de découvrir l'orifice. Les troubles de la voix persistent aussi accentués; quant aux troubles de la déglutition et de la respiration ils ont disparu.

L'enfant vient au pansement et il est toujours possible (le 31 mars) de constater la persistance du trajet fistuleux par l'existence du sifflement et l'émission des bulles gazeuses qui se produisent au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde.

En avril, l'enfant présente encore son trajet fistuleux qui résiste à toutes les cautérisations. Les troubles de la voix sont moins accentués, et, quand l'enfant se fâche, la voix devient plus claire.

L'*examen histologique*, fait par M. Cazin, démontre que la portion de la paroi de la poche enlevée pendant l'opération, est constituée par une double couche : l'externe est de nature musculaire, l'interne de nature fibreuse, disposée par couches parallèles. A l'intérieur de la paroi on ne parvient à découvrir aucune couche endothéliale.

D'abord, quelle est la nature de cette tumeur? Il pense que ses parois étaient simplement composées des aponévroses de la région, doublées en avant par les muscles sous-hyoïdiens. En effet, ce que l'on a constaté lors de l'opération et à à l'examen histologique, — c'est-à-dire que les parois qui limitaient la cavité aérienne, très adhérentes aux tissus sous-jacents, étaient constituées par du tissu fibreux disposé en couches parallèles, et ne possédaient aucun revêtement endothélial sur leur face intérieure, conduit à accepter l'explication suivante : l'air s'échappant à travers une rupture du conduit aérien, a brisé les mailles du tissu cellulaire, écarté les feuillets aponévrotiques, et ceux-ci, irrités par sa présence et enflammés chroniquement, ont acquis un épaississement notable.

En second lieu, où siège la rupture du conduit aérien? M. Courtillier affirme que le sifflement entendu au cours de l'opération et les bulles gazeuses aperçues pendant un des pansements consécutifs venaient du bord supérieur du cartilage thyroïde, mais il a été impossible de trouver le trajet par lequel l'air s'échappait et, par conséquent, le point de départ de ce trajet, dans les voies respiratoires, est resté inconnu.

De plus, à quoi est due cette rupture de la paroi du tube aérifère? On peut croire, avec M. Courtillier, qu'il s'agit d'une fausse route survenue au cours d'intubations répétées du larynx. On peut invoquer les altérations de la structure des parois de ce conduit à la suite des lésions

diphthéritiques. Ou bien, une érosion, consécutive à l'introduction des tubes, n'a-t-elle pas pu être la cause prédisposante de l'aérocèle, en affaiblissant la résistance de de ces mêmes parois?

Ce sont autant de questions auxquelles il est impossible de répondre avec certitude. On ignore, en effet, à quel moment la rupture s'est produite; la tumeur s'est montrée environ 3 mois après le début du croup, et cependant l'enfant avait accusé déjà, depuis un certain temps (à peu près 6 semaines), des troubles fonctionnels divers : il buvait de travers, il était pris de suffocation aussitôt après avoir bu ou avoir pleuré, sa voix était très affaiblie, et il parlait avec difficulté; mais ces symptômes pourraient aussi très bien être attribués à une paralysie diphthérique.

On ne peut pas non plus invoquer la toux comme cause déterminante (les renseignements pris à ce propos étant négatifs et le siège de la rupture se trouvant au-dessus de la glotte) et alors quel effort assez puissant pourrait-on incriminer? Est-ce l'action d'éternuer ou de se moucher qui aurait occasionné le développement de l'aérocèle, soit en produisant une rupture du conduit respiratoire ou en chassant de l'air dans le voisinage de ce conduit à travers un petit trajet fistuleux préexistant?

On pourrait encore multiplier les interprétations à ce sujet, mais la question resterait toujours à l'état d'hypothèse.

Au point de vue étiologique les tumeurs gazeuses du cou reconnaissent des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes il faut invoquer des *prédispositions congénitales :* diverticules intra-laryngés des ventricules de Morgagni; prolongements anormaux, extra-laryngés de ces diverticules; fistules trachéales, incomplètes, internes; arrêt de développement et affaiblissement des parois trachéales; bourse séreuse rétro-thyroïdienne; dispositions anatomiques normales : bande membraneuse de la trachée, espaces intercartilagineux, membranes hyo-thyroïdienne et crico-thyroïdienne, etc.

Des lésions acquises, comme les altérations des parois du conduit aérien : par suite du progrès de l'âge, des inflammations antérieures, des ulcérations dues soit à la tuberculose, soit à la syphilis, les paralysies de la trachée; les dilatations des glandes muqueuses de la trachée et de leurs conduits excréteurs; les abcès et kystes hydatiques du voisinage; les plaies traumatiques; les rétrécissements de la partie supérieure de la trachée, sont aussi des causes prédisposantes.

L'effort sous toutes ses formes : cris et chants répétés et prolongés; vomissements; accouchements; soulèvements de fardeaux; toux violente; jeux d'instruments à vent, etc., sont les causes déterminantes de l'affection.

Au point de vue pathogénique les aérocèles du cou reconnaissent les cinq modes suivants de formation : elles peuvent survenir sous l'influence de l'effort par la dilatation; des parois du conduit aérien altérées, affaiblies ou paralysées, ou des diverticules du ventricule de Morgagni ou des prolongements extra-laryngés de ces diverticules, par la dilatation des fistules congénitales borgnes internes de la trachée et du larynx; des glandes muqueuses hypertrophiées de la trachée ou de leurs conduits excréteurs élargis.

On les voit encore prendre naissance sous l'influence de l'effort qui produit la rupture; de la paroi altérée du conduit aérien et l'épanchement limité de l'air dans le tissu cellulaire; de la même paroi et l'irruption de l'air dans la bourse rétro-thyroïdienne; de la paroi trachéale altérée et l'enkystement de l'air dans le tissu cellulaire inter-aponévrotique; de la paroi bronchique intra-pulmonaire et le décollement de la plèvre par de l'air extravasé et la hernie de celle-ci dans les espaces inter-aponévrotiques du cou.

Elles peuvent aussi être provoquées par la rupture des voies aériennes à la suite de l'ouverture d'une collection purulente, ou d'un kyste hydatique dans ce conduit L'air remplacera alors facilement le contenu de ce foyer pathologique, qui prendra tous les caractères des aérocèles.

La solution de continuité du conduit aérien peut être provoquée par une plaie traumatique. Les parties molles se cicatrisant plus vite que la trachée, l'issue de l'air sera favorisée par les efforts et l'aérocèle pourra se développer. Mais ce fait est exceptionnel car habituellement il se produit un emphysème plus ou moins étendu.

Il existe une variété de tumeurs aériennes du cou, qui sont dues à la production de gaz dans une cavité préexistante, sous l'influence de certains micro-organismes dans des conditions qui sont inconnues jusqu'à présent.

Ces tumeurs provoquent souvent des troubles fonctionnels graves, et peuvent être accompagnées de complications dangereuses.

La guérison spontanée est rare et n'appartient qu'à cette variété des tumeurs aériennes qui se produisent brusquement, qui n'ont qu'un petit orifice de communication, se refermant bientôt après sa formation, et qui sont constituées par une cavité dépourvue de paroi propre, ou provenant d'un abcès, orifice et cavité pouvant se réunir sous l'influence de la compression, de l'accolement permanent des tissus écartés. Dans d'autres cas la durée de ces tumeurs est indéfinie, et la marche habituellement progressive. Le traitement des aérocèles du cou présente les indications suivantes :

1° Traitement des accidents causés par la tumeur;

2° Traitement de l'affection primitive qui a donné naissance à la tumeur;

3° Traitement des aérocèles-elles-mêmes.

Quand la compression reste inefficace, ces tumeurs peuvent, et doivent souvent être traitées chirurgicalement. On aura alors à choisir entre l'incision de la tumeur suivie ou non de l'obturation de l'orifice qui fait communiquer la tumeur avec les voies aériennes, et l'ablation de la tumeur suivie de l'obturation du même orifice.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses d'octobre et novembre 1896.

M. Richard (Albert). *Contribution à l'étude des métrites séniles.* N° 50. (H. Jouve.)

M. Mandonnet. *Sur quelques formes d'herpès de la cornée.* N° 34. (A. Maloine.)

M. Jacob (Jules-Marie). *Sur les méfaits du biberon.* N° 51. (P. Delmar.)

M. Friteau (Edouard). *Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial.* N° 57. (G. Steinheil.)

M. Legrand (Léon-Victor-Henri). *Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale.* N° 53. (G. Carré et C. Naud.)

M. Prieur (H.). *Contribution à l'étude du phlegmon sous-pectoral.* N° 36. (P. Delmar.)

M. Odoul (Armand-Pierre). *Contribution à l'étude du traitement par l'exérèse des fistules uréthro-périnéales.* N° 48. (H. Jouve.)

M. Archambard (Raymond). *Tétanos pendant la grossesse.* N° 49. (Ollier-Henry.)

M. Devoir (Etienne). *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux.* N° 46. (P. Delmas.)

En septembre 1895, M. Maurange a publié dans nos colonnes un intéressant article sur les métrites séniles. Reprenant cette étude à l'aide de quelques observations inédites recueillies sous la direction de M. Cerné (de Rouen), M. Richard confirme les conclusions de notre collaborateur et montre combien, en raison de la fétidité de l'écoulement, le diagnostic avec le cancer peut être difficile; et l'on doit par suite se demander si certains cancers du corps utérin, survenus après la ménopause, et soi-disant guéris, n'étaient pas simplement des cas de métrite sénile. Cela ne suffirait-il pas pour expliquer le succès durable de l'hystérectomie en pareille circonstance ?

Les maladies de la cornée décrites sous les termes variables de kératite dendritique, racémeuse en sillons étoilés, par Hansen Grut, Emmert, Gillet de Grandmont et d'autres auteurs sont, pour M. Mandonnet de véritables kératites herpétiques; elles rentrent dans la description donnée par Horner de l'herpès de la cornée. La forme de l'ulcération dépend du groupement variable des vésicules, et ne saurait suffire à caractériser un type clinique. La durée de la maladie et les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'ulcération sont en rapport avec la nature de l'agent infectieux et avec la résistance de l'organisme. Un caractère commun réunit toutes ces formes de kératite à l'herpès de Horner : c'est l'anesthésie cornéenne qui indique une lésion anatomique commune, la névrite périphérique des nerfs de la cornée.

La statistique prouve que l'une des principales causes de la mortalité infantile, c'est l'alimentation par le biberon. Elle établit au contraire que les enfants élevés au sein sont dans les meilleures conditions pour vivre. Tous les moyens d'alimentation artificielle sont dangereux. Ils exigent, de la part de ceux qui les emploient, du soin, de l'habileté, de l'intelligence, du dévouement.

Le mieux et le plus simple est de pratiquer l'allaitement maternel, et il faut faciliter de toutes les façons possibles cet allaitement. Et M. Jacob pense qu'on pourrait même, comme cela a déjà été demandé il y a une vingtaine d'années, le rendre obligatoire par une loi.

L'étude qu'a entreprise M. Friteau, sous la direction de M. Quénu, a pour intérêt pratique de faire voir qu'il existe, à la face, une région où aucune branche importante du facial ne peut être coupée; cette région est limitée :

En haut, par une ligne joignant l'insertion du lobule de l'oreille au quart externe de la lèvre supérieure.

En bas, par une ligne unissant le quart inférieur du bord postérieur de la mâchoire au quart externe de la lèvre inférieure.

En arrière, par la rencontre de ces deux lignes avec le bord postérieur de la branche du maxillaire inférieur.

Les boutonnières nerveuses laissant passer les vaisseaux superficiels de la face sont très fréquentes sur le trajet des branches du facial. Les artères du nerf facial sont très nombreuses : elles sont disposées selon les règles antérieurement formulées par MM. Quénu et Lejars.

La leucoplasie peut se développer chez les anciens syphilitiques mais alors, d'après M. Legrand, elle doit, au même titre que le tabès et la paralysie générale d'origine spécifique, être considérée comme une affection parasyphilitique. Et le point important est que le traitement spécifique est non seulement inefficace mais nuisible et dangereux. Le seul traitement qui puisse mettre le malade à l'abri de la dégénérescence épithéliomatheuse est le traitement chirurgical précoce, car le médecin ne doit jamais oublier que la leucoplasie dégénère fréquemment en cancer.

M. Prieur décrit sous ce nom l'adénophlegmon du groupe antérieur des ganglions axillaires; cet adénophlegmon a grande tendance à passer dans le vaste diverticulum rétropectoral rempli de tissu cellulaire lâche. Son ouverture dans la plèvre et la terminaison par pleurésie purulente et par vomique est douteuse. Le traitement le plus rationnel est l'incision sur le bord inférieur du grand pectoral, suivie de drainage.

L'exérèse est considérée par M. Odoul comme la méthode de choix dans le traitement des fistules uréthro-périnéales; elle a pour but d'extirper les tissus calleux, sans vitalité, qui entourent les fistules et font obstacle à leur cicatrisation; c'est d'elle seule qu'on doit attendre la guérison dans ces cas anciens, incurables par les autres procédés et compliqués d'indurations périnéales étendues; suivant les cas, on pourra lui associer l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne ou la résection de l'urèthre. L'uréthrotomie interne, quand elle est possible, est préférable. Après l'opération, ne pas oublier que la paroi inférieure de l'urèthre, comprimée sur la sonde à demeure, peut aisément se sphacéler; d'où la précaution de ne pas serrer outre mesure le pansement et de surveiller attentivement le malade pendant les premiers jours.

La partie importante de la thèse de M. Archambaud réside dans 2 observations inédites et bien prises : l'une, recueillie dans le service de M. Dupuy (de Saint-Denis), concerne une femme qui, prise pendant sa grossesse de tétanos traumatique, guérit sans avorter; même issue heureuse dans un cas communiqué par M. Augustin (de Craïova), où la porte d'entrée reste inconnue. L'auteur en conclut que le tétanos venant compliquer la grossesse, ne semble pas comporter de suites aussi graves qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Un utérus normal, chez une femme n'ayant pas de prédisposition fâcheuse à l'avortement, est capable de soutenir l'effort prolongé que lui impose la contracture des parois abdominales. La toxine tétanique traverse le placenta, mais il est permis de supposer l'infection fœtale plus tardive et moins grave que celle de la mère, grâce à la résistance opposée par le placenta et au peu de développement du système nerveux chez l'embryon. La toxine tétanique n'a pas de propriétés abortives spéciales.

Le thrombus puerpéral qu'étudie M. Devoir est une tumeur sanguine volumineuse qui se produit sur les parois du vagin ou de la vulve, avant, pendant ou après l'accouchement. Il peut, s'il se produit pendant le travail, être un retard pour l'expulsion du fœtus ou du placenta. Son siège est variable; le plus souvent on le trouve dans l'une des parois latérales du vagin, il peut remonter assez haut ou faire saillie dans les grandes lèvres. Il est produit par le traumatisme, agissant sur les tuniques vagino-périnales très lâches et très vasculaires et est analogue, tant qu'au mécanisme, au céphalœmatome du nouveau-né. (Pinard). Le diagnostic s'appuie sur les phénomènes généraux de l'hémorrhagie, l'apparition du ténesme rectal et la présence subite d'une tumeur. Le pronostic est amélioré depuis l'emploi des traitements antiseptiques. Le tamponnement vaginal antiseptique avec ou sans ouverture de la collection, constitue le traitement.

Thèses de la Faculté de Lyon.

Année 1895-1896.

M. Chapuis. *De l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein en anatomie, en gynécologie et en obstétrique.* N° 1226.

M. Perret. *L'estomac biloculaire. Causes, diagnostic, traitement.* N° 1225.

M. Alex. *Sténose du pylore d'origine biliaire.* N° 1228.

M. Burdet. *Des ruptures de la tunique vaginale dans les hydrocèles.* N° 1220.

M. Boel. *De la mucocèle du sinus frontal à évolution orbitaire.* N° 1232.

M. Michel. *Des abcès et fistules orbitaires dans le cours des sinusites frontales.* N° 1153.

M. Bouveyron. *Des affections cérébrales d'origine obstétricale et de leur interprétation pathogénique.* N° 1200.

M. Dupont. *Du myxo-sarcome des fosses nasales. Complications oculaires.* N° 1101.

M. Martel. *Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses, forme atrophique (carie sèche de Volkmann).* N° 1103.

M. Lathuraz-Viollet. *L'hystérectomie par la voie sacrée, étude statistique et critique.* N° 1112.

M. Bert. *Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage (étude de divers procédés).* N° 1224.

Dans sa thèse, M. Chapuis étudie l'ectopie congénitale intra-pelvienne du rein. Jamais l'ectopie acquise, le rein flottant, n'arrive jusqu'au détroit supérieur. A l'inverse du processus acquis, l'ectopie congénitale du rein est bien plus fréquemment gauche que droite. La capsule surrénale ne participe jamais à l'ectopie. Anatomiquement le rein intra-pelvien est caractérisé par sa fixité, son défaut de mobilisation, l'irrégularité de sa forme, la situation du hile à la face antérieure, la richesse et la multiplicité de provenance de ses vaisseaux sanguins. L'abaissement intra-pelvien du rein peut avoir en pathologie, et principalement en obstétrique et en gynécologie, les conséquences les plus importantes. En clinique gynécologique, la tumeur formée par le rein pelvien peut être prise pour la manifestation anatomo-pathologique de l'affection de l'utérus ou des annexes. En obstétrique, le rein pelvien peut causer des dystocies graves, soit en réduisant l'excavation pelvienne elle-même, soit en réduisant l'excavation pelvienne elle-même, soit en rétrécissant le diamètre oblique ou le diamètre conjugué du détroit supérieur, ou les deux à la fois. Une seule position du fœtus lui permet d'éviter les inconvénients du rein pelvien : c'est la présentation du sommet suivant la position occipito-antérieure dans le diamètre oblique non obstrué par le rein. La conséquence la plus fréquente de l'obstacle constitué par l'ectopie pelvienne du rein est la présentation de l'épaule, par rejet de la tête dans la fosse iliaque du côté opposé au rein.

L'estomac biloculaire est une déformation permanente de l'estomac produite par un resserrement de la partie moyenne de l'organe, d'où un aspect rappelant la gourde de pèlerin. M. Victor Perret a pu en réunir 60 cas. La cause la plus commune est l'ulcère de l'estomac. Cependant il se rencontre d'autres formes acquises exceptionnelles (cancer, déplacement de la rate, torsion de l'estomac, brides péritonéales) et quelques cas très rares d'estomacs biloculaires congénitaux. Au début, lorsque le calibre du rétrécissement est suffisamment large et que la toxicité musculaire est conservée, on ne note aucun phénomène particulier. Plus tard, par suite de l'atonie des tuniques musculaires et de la diminution de calibre de l'orifice faisant communiquer les deux poches, apparaissent des symptômes qui sont ceux de la sténose du pylore. Le diagnostic n'avait pas été fait dans la plupart des cas, mais l'auteur pense qu'il est possible de l'établir grâce à l'insufflation d'air ou de liquide dans la cavité stomacale. Dans le cas où l'orifice de communication entre les deux poches n'est pas fermé par l'insufflation, l'estomac distendu apparaît sous la proi abdominale avec la forme d'un sablier; dans le cas contraire, lorsque l'orifice se ferme pendant l'insufflation, la petite dimension de la cavité et la position du point rétréci à gauche de la ligne médiane permettraient de faire le diagnostic. Pour les formes graves de l'estomac biloculaire, on aura recours au traitement chirurgical. Deux procédés permettent de rétablir la communication entre les deux poches : la pyloroplastie appliquée au traitement du rétrécissement médio-gastrique, et l'anastomose entre les deux poches ou gastro-anastomose.

Parmi les sténoses extrinsèques du pylore. M. Emile Alex a pris comme sujet de thèse les sténoses d'origine biliaire. La sténose du pylore peut être la conséquence d'une cholécystite calculeuse faisant adhérer la vésicule soit au duodénum, au-dessus de l'ampoule de Vater, soit au pylore, soit même à la portion juxta-pylorique de l'estomac. L'oblitération partielle ou totale du pylore peut être due à un ou plusieurs calculs restant enchatonnés dans le conduit gastro-duodénal, ou bien à des brides cicatricielles développées grâce à la péritonite lacale autour de la vésicule calculeuse enflammée. La sténose est précédée d'une longue période de malaises qu'il est très difficile de rattacher à leur véritable cause, la lithiase biliaire C'est une sténose incomplète, mais le spasme du pylore et la coudure angulaire du duodénum achèvent de rendre imperméable l'orifice pylorique. Le traitement devra d'abord être médical. Si l'on échoue, il faudra recourir à une intervention chirurgicale dont le but sera : α) de déterminer le siège exact et la nature de l'obstacle, calcul ou bride cicatricielle; β) de lever l'obstacle, si c'est possible, en enlevant le calcul ou en détruisant les brides cicatricielles; γ) si l'obstacle ne peut être levé facilement, de rétablir le cours des aliments en faisant la gastro-entéro-anastomose.

La rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles est un accident qui n'est pas très rare, ainsi que le démontrent 4 faits observés à la clinique chirurgicale du professeur Poncet, en l'espace de quelques mois et qui font l'objet de la thèse de M. François Burdet. Cet accident survient soit spontanément, soit après un effort, soit après un traumatisme; le plus souvent après un effort. Les tuniques vaginales qui se rompent dans le cours des hydrocèles offrent des lésions très accentuées : épaississement notable, plaques calcaires, plaques de dégénérescence graisseuse. Ces lésions sont la cause des ruptures; ce sont de vécitables ruptures pathologiques : le traumatisme n'est qu'une cause occasionnelle. Le siège de l'épanchement peut être double; tantôt entre la fibreuse et la vaginale, tantôt dans le tissu sous-dartoïque; quant au siège de la rupture vaginale, il est très variable. Le traitement de choix est la cure radicale de l'hydrocèle; cependant, dans les grands épanchements avec œdème et ecchymose étendue, il sera plus prudent de différer l'intervention jusqu'à la résorption de l'épanchement. Mais la cure radicale s'impose à bref délai, puisque la déchirure de la tunique vaginale est l'indice de lésions rebelles de la séreuse testiculaire.

Dans la mucocèle du sinus frontal, lorsqu'il y a oblitération du canal fronto-nasal, le mucus sécrété par les glandes s'accumule dans la cavité du sinus, et la pression peut être assez puissante pour faire céder l'une des parois sinusiques. C'est la paroi la plus faible qui cède, la paroi inféro-externe. La muqueuse de revêtement, refoulée par ce mucus, pénètre dans l'orbite et va former à l'angle supéro-interne, sous les téguments, une tumeur kystique, molle, fluctuante, remplie de mucus. Le sinus gauche semble plus fréquemment atteint que le droit; même remarque a été faite au sujet des abcès du sinus frontal. Avant la perforation des parois osseuses, les symptômes sont ordinairement voilés : céphalées, sensation de tension dans le sinus frontal, névralgie sus-orbitaire. Après la perforation de la paroi, ces phénomènes persistent, mais apparaît alors la tumeur orbitaire, refoulant l'œil en bas, en dehors et un peu en avant. Aucun signe d'inflammation. La grosseur de la tumeur est variable, elle peut atteindre le volume d'une noix. Le diagnostic doit être fait avec les méningo-encéphalocèles, les kystes dermoïdes, les kystes hydatiques, les angiomes de l'angle interne de l'œil, l'empyème du sinus frontal à évolution orbitaire, la mucocèle du sac lacrymal. M. Albert Boel conseille comme traitement l'ouverture de la tumeur orbitaire, l'évacuation de son contenu, la trépanation frontale du sinus, le cathétérisme supérieur du canal frontal, le tout suivi du curettage de la cavité de la mucocèle et du drainage fronto-orbitaire.

Dans sa thèse, M. Georges Michel étudie les abcès et les fistules orbitaires survenant dans le cours des sinusites frontales. Il montre que c'est là une complication fréquente, expliquée par la faible épaisseur de la paroi orbitaire du sinus frontal. Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès aboutissent à des fistules interminables dont la guérison ne s'obtient qu'à l'aide d'une intervention appropriée. Le diagnostic est très important, car il importe de ne pas s'attarder à traiter l'abcès ou la fistule orbitaire, mais d'agir directement sur la cause. La trépanation est le procédé de choix ; elle peut être orbitaire ou frontale et sera suivie d'un curettage méthodique de toute la cavité malade et terminée par un drainage fronto-orbitaire.

Le chevauchement des os du crâne pendant l'accouchement et la compression du sinus longitudinal supérieur, le forceps, les rétrécissements du bassin, l'extraction par les pieds peuvent produire des hémorrhagies méningées. Celles-ci peuvent se

traduire immédiatement chez les nouveau-nés par de l'asphyxie, des hémiplégies, des convulsions ou ne donner lieu à aucun symptôme immédiat. Mais leur cicatrisation laisse un reliquat et ce serait là, dans bien des cas, pour M. Bouveyron la cause de certaines affections cérébrales, la maladie de Little par exemple. Pour l'auteur, la naissance avant terme n'est pas la cause de la maladie de Little; on trouve toujours des lésions corticales capables d'expliquer l'état du faisceau pyramidal.

Dans sa thèse sur le myxo-sarcome des fosses nasales, M. Dupont étudie particulièrement les complications oculaires. Les polypes muqueux des fosses nasales peuvent présenter un mode particulier de dégénérescence, avec repullulation rapide locale, tendance aux hémorrhagies et obstruction complète des fosses nasales avec déformations très apparentes du nez. Le néoplasme a tendance à envahir la cavité orbitaire, où il produit des troubles variés, en particulier l'exophthalmie. La vue n'est pas compromise, la vision binoculaire est conservée, mais on verra apparaître parfois des phénomènes graves, conséquence d'une névrite optique ou de troubles trophiques. L'état général est excellent, les ganglions sont respectés et le néoplasme n'infiltre pas les tissus voisins, il les repousse seulement. Au point de vue clinique, ce sont des tumeurs mixtes, mais le pronostic doit être réservé à cause des complications oculaires. Le traitement consistera à enlever radicalement la tumeur, sans craindre de recourir à une opération sanglante sérieuse.

D'après l'étude de M. Martel, basée sur de nombreuses observations, la forme d'ostéo-arthrite dite carie sèche de Volkmann ne serait pas spéciale à l'épaule, mais pourrait se rencontrer dans toutes les grandes articulations. Ce sont les mêmes lésions que dans l'ostéite tuberculeuse ordinaire, mais la caractéristique est la tendance à la sclérose et à l'atrophie. Les faits cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux prouvent que l'affection est de nature tuberculeuse. La symptomatologie est parfois très typique et calquée sur la description ordinaire de Volkmann. La méthode de choix est la résection, qui a ici les mêmes indications et les mêmes avantages que dans les autres formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Elle doit être précoce et faite pour chaque articulation suivant les principes formulés par M. Ollier.

La technique de l'hystérectomie par la voie sacrée est sensiblement identique à l'opération de Kraske pour les néoplasmes du rectum. L'étude comparative des résultats publiés, faite par M. Lathuraz-Viollet, semble montrer que l'hystérectomie avec résection sacro-coccygienne temporaire ou définitive est supérieure, au point de vue opératoire, à l'hystérectomie pratiquée par la méthode para-sacrée. Les objections faites à l'hystérectomie sacrée, au point de vue des troubles de la station de la marche, du défaut de soutien ultérieur du plancher pelvien n'ont qu'une faible valeur. Bien plus à considérer semblent être les troubles d'innervation (atrophie, paralysie) entraînés par la section des nesfs sacrés inférieurs. En somme, l'hystérectomie sacrée se présente au chirurgien comme une bonne méthode d'exception lorsque l'hystérectomie vaginale se heurte à des difficultés d'ordre anatomique sérieuses, par exemple l'atrésie vaginale.

M. Bert étudie dans sa thèse les différents traitements du cancer de l'œsophage, en particulier le tubage, auquel nous avons, il y a quelques mois, consacré un article du même auteur.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Traitement des anévrysmes aortiques par la méthode de Baccelli (Di un caso di aneurisma dell' arco dell' aorta curato con la introduzione di spirali di orologio nel sacco. Statistica generale dei casi cosi operati), par G. Morello (*Riforma medica*, 22, 23, 24 et 25 septembre 1896, p. 817, 829, 842 et 853). — Cette méthode ne peut être appliquée que sur des malades conservant un repos absolu, sans quoi il peut survenir des accidents graves. Elle réussit surtout dans les anévrysmes de petite dimension, latéraux ou sacciformes, à orifice assez étroit, lorsque les parties adjacentes de la paroi artérielle sont peu altérées, lorsque les os sont peu dénudés et érodés, lorsqu'il n'y a ni d'abcès de voisinage, ni compression ou déplacement accusé des organes voisins. Cependant, même dans les cas moins défavorables, elle peut diminuer les douleurs, prolonger la vie, peut-être même amener la guérison.

Toxine cancéreuse (Sul potere emolitico della tossina cancerigna. Ricerche cliniche e sperimentali sul sangue e sull' urina dei carcinomatosi), par A. Castelli (*Riforma medica*, 14, 15 et 16 septembre 1896, p. 746, 759 et 770). — Chez les carcinomateux parvenus à un état de cachexie plus ou moins avancée, les urines renferment un principe énormément toxique, une toxine cancéreuse. Cette toxine, injectée aux animaux à doses réfractées, reproduit progressivement le tableau clinique et les caractères anatomiques du sang des carcinomateux. Elle exerce une action hémolytique ou une action inhibitrice sur la fonction hémopoiétique ou ces deux actions simultanément, lesquelles sont la cause de l'état du sang chez les carcinomateux.

Rate paludéenne et splénectomie (Splenectomia per gigantesca splenomegalia malarica), par G. Ninni (*Riforma, medica*, 5 septembre 1896, p. 674). — L'auteur rapporte une observation de splénectomie et conclut que le traitement chirurgical de la splénomégalie paludéenne doit être limité aux cas suivants : ceux où la rate est ectopiée et douloureuse, quand il n'y a pas de cachexie profonde, et quand, en raison du volume de la rate, il est impossible de faire la splénopexie; lorsqu'il y a rupture spontanée ou traumatique de la rate; les cas de torsion du pédicule.

Anthrax (Del favo e di un nuovo metodo curativo dei favi di piccolo e medio volume), par M. Jorpida (*Riforma medica*, 27 et 28 novembre 1895, p. 578 et 594). — L'auteur préconise dans les anthrax peu ou moyennement volumineux le traitement suivant : lavage au savon, puis à l'alcool, puis à la solution de sublimé au 1000°; incision circulaire ou ovalaire, suivant la forme de la lésion, à un centimètre au moins des tissus enflammés, atteignant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané et ablation de toute la lésion, puis cautérisation avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100, tamponnement avec la gaze au sublimé, et quelquefois saupoudrage d'iodoforme. Il obtient ainsi la guérison en 25 à 35 jours.

MÉDECINE

Pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie paludéenne, par A. Berthier (*Arch. de méd. expérim.*, sept. 1896, p. 628). — L'hémoglobinurie paludéenne est due, selon l'auteur, à une apoplexie rénale d'origine vaso-dilatatrice. C'est une hématurie déguisée. La destruction globulaire se fait dans le parenchyme rénal, car le sérum sanguin n'a pas l'aspect laqué pendant l'accès hémoglobinurique, l'hémoglobine de l'urine n'est pas dialysable, elle n'est pas à l'état dissous. L'ictère n'est pas d'origine hématique, mais biliaire. Enfin, conformément à la pathogénie adoptée par l'auteur, le traitement qu'il conseille est la médication hémostatique (ergotine).

Etiologie et lésions de la pourriture d'hôpital, par H. Vincent (*Ann. de l'Institut Pasteur*, sept. 1896, p. 488). — L'examen bactériologique de 47 cas de pourriture d'hôpital a permis à l'auteur de mettre en évidence un bacille qu'il considère comme l'agent spécifique de cette affection. Ce bacille ressemble morphologiquement au vibrion septique. Il ne peut être cultivé. L'inoculation aux animaux et même à l'homme sain est généralement négative. Mais chez les animaux affaiblis, tuberculeux, le bacille se multiplie et produit des lésions locales. Si l'on associe à ce bacille d'autres microbes pathogènes, avec lesquels il se trouve généralement associé chez l'homme (staphylocoques, streptocoques, proteus, colibacille, bacille pyocyanique), on obtient aussi des lésions. Cette action des microbes

favorisants est à rapprocher de ce qui se voit pour le tétanos. Le bacille de la pourriture d'hôpital se trouve surtout à la surface des plaies, comme le bacille diphthérique dans les fausses membranes ; il ne se généralise pas.

Ces recherches éclaircissent le développement de la maladie chez l'homme, elles montrent l'importance du terrain et de la prédisposition générale et locale.

De la récidive des oreillons, par BUSQUET (*Rev. de médecine*, 10 sept. 1896, p. 744). — La récidive des oreillons est considérée comme exceptionnelle et a même été niée par quelques auteurs. Ce travail montre qu'elle existe et peut se produire plusieurs fois chez le même sujet. Trois observations personnelles : dans la première, 5 atteintes dont 3 sur la parotide gauche et 2 des deux côtés ; dans le second, 2 atteintes ; dans le troisième 3. Dans le sang de ces malades l'auteur a trouvé un diplocoque ressemblant à celui de Laveran et Catrin.

Étude sur les abcès dysentériques du foie, par HASSLER et BOISSEN (*Rev. de médecine*, 10 oct. 1896, p. 785). — Les auteurs insistent sur deux symptômes des abcès du foie, appréciables par la percussion et l'auscultation. L'un est le signe du *ballottement*, sensation de résistance de dureté élastique semblable à celle que donnerait un ballon de caoutchouc à parois épaisses et fortement distendu, l'autre est un *bruit de froissement*, de crépitation neigeuse dû à un œdème du foie. Une observation à l'appui.

Dans ce cas le pus renfermait des amibes. L'ingestion de ce pus par un chien a provoqué chez cet animal des signes de dysenterie avec une tuméfaction congestive et des suffusions hémorrhagiques sous-muqueuses du gros intestin.

Le traitement opératoire conseillé par les auteurs est le suivant : 1er temps, laparotomie sur le bord externe du grand droit, sauf quand l'abcès proéminant indique la voie transpleurale ; 2e temps, constatation de l'œdème hépatique ; 3e temps, ponction avec l'aiguille aspiratrice ; 4e temps, création d'une brèche suffisante pour drainer largement, et suture à triple étage.

Syphilis et leucocytes (Sul modo di comportarsi dei globulti bianchi nella sifilide,) par F. RADAELI (*Il Policlinico*, 15 juin 1896, p. 265. — Le nombre relatif et absolu des globules blancs oscille dans les limites normales dans la syphilis acquise, mais est augmenté dans la syphilis héréditaire. Les leucocytes polynucléaires sont le plus souvent en proportion normale ou un peu exagérée; dans les formes graves, ils sont en proportion très exagérée. Les globules éosinophiles ne sont pas en nombre beaucoup plus élevé qu'ils ne peuvent être dans le sang normal, mais sont toujours nombreux, tandis que dans le sang normal il est fréquent de les voir peu nombreux : leur augmentation ne tient pas à la présence des lésions cutanées, car ils peuvent être aussi nombreux dans les cas où les manifestations cutanées sont peu développées que dans ceux où elles sont étendues ; en outre, cette augmentation disparait alors que les manifestations cutanées ont cessé depuis longtemps et que les modifications des globules ne peuvent plus être mises que sur le compte des modifications de l'état général.

Acétonurie et syphilis (Ricerche dell'acetone nelle urinie dei sifilitici), par V. FISICHELLA et O. MODICA (*Riforma medica*, 5 juin 1896, p. 641. — L'urine des syphilitiques ne ne renferme pas d'acétone; il en est de même chez les femmes syphilitiques enceintes dont le fœtus est encore vivant, ce qui confirme les recherches de Vicarelli qui donne l'acétonurie chez les femmes enceintes comme un signe de la mort du fœtus.

Maladie d'Addison; traitement capsulaire (Interno ad un caso di morbo di Addison curato colla polvere di capsule surrenali), par S. TONOLI (*Gazzetta medica lombarda*, 17 août 1896, p. 321. — Femme de 20 ans présentant depuis un an des signes indubitables de cachexie addisonnienne (pigmentation cutanée et muqueuse, asthénie, amaigrissement, douleurs abdominales). A la suite de l'administration de poudre de capsules surrénales à dose portée progressivement de 20 centigramme à 2 gr. 60 par jour, continuée pendant 2 mois 1/2, amélioration très notable : réapparition des règles, amélioration de l'état général, disparition des douleurs, diminution de la pigmentation.

Pigment urinaire dans la maladie d'Addison. (Sopra un pigmento del l'orina nel morbo di Addison), par T. CARBONE (*Gornale della R. Accad. di medic. di Torino*, mai 1896, p. 255). — Dans deux cas de maladie d'Addison, l'auteur a extrait de l'urine par un procédé assez compliqué (précipitation par la baryte, dissolution du précipité par le carbonate de baryte, précipitation par l'acide sulfurique, dissolution du précipité par la soude caustique à 1 p. 100, puis à 3 reprises précipitation par l'acide acétique et dissolution par la soude caustique, dernière précipitation par l'acide acétique, lavage avec l'eau, l'alcool et l'éther) un pigment en grande partie insoluble dans l'acide acétique, complètement insoluble dans l'eau, les alcools, l'éther, mais se dissolvant dans les alcools caustiques et carbonatés. Ce pigment est très analogue et peut être identique à celui des mélanosarcomes; cette parenté semblerait montrer que le pigment cutané, celui de la maladie d'Addison qui lui est identique et du mélanosarcome dont on connait l'origine mésodermique forment un groupe de pigments élaborés dans les cellules connectives. Dans les cas douteux, la présence de ce pigment pourrait aider à établir le *diagnostic* de maladie d'Addison.

Rétinite albuminurique (Retinite albuminurica; studio istologico e clinico, in riguardo specialimente ai rapporti con la malattia renale), par G. MOGLIE (*Il Policlinico*, 15 juin 1896, p. 284). — Les troubles visuels qu'on observe dans le cours des néphrites ne dépendent pas toujours de lésions anatomiques de la rétine et, en l'absence de celles-ci, doivent être attribués à une lésion des centres. Les altérations primitives de la rétine sont dues à des lésions vasculaires, artério-sclérose, dégénérescence hyaline, etc., les autres altérations de la rétine peuvent être dues en outre aux troubles circulatoires provoqués par les œdèmes généralisés. Les hémorrhagies peuvent être artérielles ou veineuses, les artérielles sont plus précoces, tant dans la néphrite à prédominance interstitielle que dans la néphrite épithéliale. La prétendue dégénérescence graisseuse de la rétine n'est que le résultat de la transformation des hémorrhagies. Rétinite et néphrite ne sont pas sous la dépendance l'une de l'autre, mais sont l'une et l'autre la conséquence d'une même cause générale. L'examen ophthalmoscopique n'autorise jamais à lui seul le diagnostic de néphrite et peut encore moins faire reconnaître la nature épithéliala ou interstitielle de celle-ci.

Sopra un caso di morbo d'Hodgkin, par D. CERVESATO. Broch. in-8 de 39 pages, Padoue, 1896. — Enfant de 4 ans 1/2, sans antécédents héréditaires, sujet à de fréquents troubles intestinaux, n'ayant pas d'engorgement des ganglions superficiels; ventre volumineux, douloureux, avec tumeur du volume d'une orange, mobile et indolore, dans la région sous-ombilicale. Début par péritonite suraiguë. A l'autopsie, la tumeur avait pour origine l'intestin grêle, dont la muqueuse était ulcérée, tumeurs semblables dans le mésentère, les reins, la plèvre diaphragmatique, les ganglions péribronchiques, le thymus, la moelle des os; rate normale; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lymphosarcome.

Suc gastrique des diabétiques (Alcune ricerche sull' acidimetria della stomaco e l'alcolimetria del sangue nel diabete), par L. FORNACO et F. MICHELI (*Riforma medica*, 13 et 14 juillet 1896, p. 122 et 134). — La sécrétion gastrique, chez les diabétiques dont les fonctions digestives s'exécutent normalement, est susceptible de variations profondes suivant que les sujets passent d'un régime mixte, ordinaire, à un régime composé principalement d'albuminoïdes : la valeur acidimétrique augmente dans le premier cas et s'abaisse notablement dans le deuxième. A ces variations du degré acidimétrique du contenu de l'estomac ne correspondent pas des variations dans le degré alcalimétrique du sang, qui reste constamment à une valeur légèrement inférieure à la normale. L'élévation du taux de l'acidité chlorhydrique de l'estomac est en rapport avec le taux journalier du glycose éliminé.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Glycérine.

Solubilité. — La glycérine neutre à 30° est soluble dans l'eau et l'alcool.

Incompatibilité. — Permanganate de potasse.

Usages et propriétés thérapeutiques. — La glycérine est un dissolvant fréquemment employé dans la médication hypodermique. Avant l'introduction en thérapeutique sous-cutanée des huiles grasses et fixes, elle était le véhicule de choix d'un grand nombre de substances, entre autres, les phénols, l'iodoforme. Aujourd'hui, elle n'a de ce chef qu'un petit nombre d'applications. Nous verrons plus tard, lorsque nous traiterons de l'opothérapie hypodermique que la glycérine sert à la préparation et à la conservation des liquides organiques.

La plupart de ces liquides sont en effet, des extraits glycérinés.

On a tenté d'incorporer aux solutions hypodermiques, la glycérine en raison de ses propriétés anti-fermentescibles. Ce procédé présente plusieurs inconvénients; d'abord, la solubilité de certaines substances est gênée par la glycérine; les injections sont plus douloureuses qu'avec les solutions aqueuses; enfin, l'usage de la glycérine comme véhicule ne serait pas sans danger, en particulier chez les enfants. Antichiévich rapporte deux cas de néphrite et d'hémoglobinurie consécutifs à l'injection de 15 et 18 centimètres cubes de glycérine iodoformée dans un abcès ossifluent. Ces faits ont une certaine importance, si l'on tient compte, d'une part, de la lenteur d'absorption d'une paroi enflammée, opposée à la rapidité de l'absorption du tissu cellulaire, et si, d'autre part, on compare les très nombreuses observations dans lesquelles l'huile a été employée comme dissolvant, sans la moindre complication.

La glycérine a été néanmoins préconisée comme un médicament tonique (Halipré et Tariel). Elle a pu être proposée comme succédané du suc testiculaire et les auteurs de la Vitaline russe lui font jouer un rôle prépondérant dans les effets thérapeutiques de cette composition.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* la glycérine ne sera qu'exceptionnellement employée comme véhicule et on ne devra jamais dépasser la dose de 4 grammes.

Chez l'adulte : 1 à 2 grammes par jour; regarder la dose de 6 à 8 grammes comme un maximum.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — La glycérine injectée pure provoque une sensation de brûlure très vive et persistante. En solution aqueuse elle est mieux tolérée, mais encore assez douloureuse.

b) *Eloignés.* — Les solutions glycérinées se résorbent très facilement, sans laisser d'indurations.

FORMULES

Glycérine neutre	10 gr.
Eau bouillie	30 gr.

Quatre grammes, deux fois par semaine en dilution par moitié avec l'eau bouillie, comme succédané du liquide de Brown-Séquard.

(Halipré et Tariel.)

Sol. A.

Borax	30 gr.
Glycérine pure de densité 1,26	42 gr.
Eau	40 gr.

Sol. B.

Solution A.	1 partie.
Eau	10 gr.

1 cent. cube trois fois par jour.

(Vitaline Russe d'après Girard.)

G. Maurange.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Éloge de Lasègue par M. Motet.

Le 15 mai 1877, l'empereur du Brésil venait assister à la séance de l'Académie de médecine. Cette visite d'un souverain, qui prenait plaisir à surprendre les savants dont il voulait connaître et juger impartialement les travaux, avait été annoncée peu d'instants avant l'ouverture de la séance et les membres du Conseil de l'Académie, présidée par M. H. Bouley, se demandaient non sans inquiétude quel était celui de leurs collègues qui pourrait, avec le plus d'éloquence et d'autorité, improviser une communication capable de frapper l'attention de l'empereur.

Lasègue fut choisi et il fit sur le *diagnostic de l'épilepsie* par l'asymétrie crânienne une leçon qu'il se refusa à publier au *Bulletin* où elle n'est signalée qu'en quelques lignes mais qui, je m'en souviens encore, émerveilla toute l'assistance.

Après cette séance mémorable où, à la suite d'un rapport sur la circulation cérébrale, Bouillaud reconnut explicitement qu'à P. Broca seul revenait « tout l'honneur de l'importante découverte de la faculté du langage » on se plaisait à faire remarquer que S. M. Don Pedro avait reconnu qu'à l'Académie de médecine, mieux encore qu'aux diverses sections de l'Institut, il avait entendu exposer, dans un magnifique langage, les doctrines philosophiques les plus élevées et en même temps les considérations anatomiques et pathologiques les plus intéressantes.

Lasègue était alors en pleine possession d'un talent que, dans un *Eloge* aussi éloquent que juste, M. Motet a noblement fait ressortir. « Ses improvisations, nées au hasard d'une occasion clinique, étaient étincelantes de verve; ses auditeurs gardaient le souvenir des faits présentés sous cette forme qui avait d'autant plus de relief qu'elle était plus primesautière ».

Il étonnait « par la fécondité de son intelligence et la multiplicité de ses idées ». Il charmait tous ceux qui l'ont écouté et surtout les nombreux élèves qui se pressaient à ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses. Celles-ci l'avaient révélé comme l'un des maîtres destinés au plus brillant avenir.

« Dans le grand amphithéâtre de la Faculté, dit M. Motet, se pressaient en foule non plus seulement les élèves en médecine, mais des médecins, des magistrats, des élèves de l'Ecole de droit. On venait de toutes parts entendre ce jeune professeur dont la parole élégante avait une irrésistible séduction. Il était là dans son élément. Toutes les choses dont il avait à parler lui étaient depuis longtemps familières; il était de plus soutenu, inspiré par un sentiment généreux : il avait conscience qu'il comblait une grave lacune de l'enseignement. Aussi sa tâche lui parut facile, il la remplit avec cet entrain qu'il savait dépenser à propos. Il débutait lentement, presque toujours par une phrase concise dans laquelle on pouvait trouver le programme de la leçon; puis, sa pensée se développait; sans gestes, sans éclats de voix, il arrivait par le bonheur de l'expression toujours juste, par le choix des images, par le rhythme le plus harmonieux, à fixer, à soutenir l'attention.

« A de certains moments, il la stimulait encore par une spirituelle boutade, une allusion discrète, une comparaison ingénieuse. »

Aussi méritait-il, malgré les discours qui, sur sa tombe, ont énuméré ses titres à l'estime et à l'affection de ses collègues, malgré l'étude si consciencieuse qu'a écrite un de ses meilleurs élèves le regretté Hanot, qu'une voix autorisée rappelât, pour qu'elles demeurent à jamais inscrites dans les mémoires de l'Académie, les phases diverses de son existence, les principales publications qui lui sont dues.

Aliéniste éminent et justement respecté, désireux de bien montrer le rôle de l'expert et les mérites de ces médecins, « qui mettent tout leur esprit et tout leur cœur au service de la plus grande des infortunes », M. Motet, après avoir rappelé l'influence qu'ont exercée sur la carrière de Lasègue deux maîtres qui s'appelaient Claude Bernard et Trousseau, après avoir conté les brillants débuts de ce jeune professeur de philosophie qui, ayant eu l'honneur de suppléer Cousin, se donna tout entier à la médecine, s'est appliqué surtout à faire ressortir le caractère philosophique de l'œuvre de Lasègue et son rôle comme médecin aliéniste et comme médecin expert. Aux temps où nous vivons il n'était que juste de bien marquer ce que peuvent au point de vue social ces hommes intègres et consciencieux dont on méconnait trop souvent la hauteur de vues et les éminents services.

Lasègue a été pendant près de 30 ans médecin en chef de l'infirmerie spéciale de Dépôt de la Préfecture. Le tableau qu'en a tracé de main de maître son éloquent panégyriste mérite d'être reproduit :

« Dans ce sombre cabinet où le jour n'entrait qu'à peine, filtrant à travers d'épais barreaux, où se succédaient les tristes épaves du plus douloureux des naufrages, une seule chose rayonnait, c'était l'intelligence supérieure de Lasègue, d'une clarté si vive que tous ceux qui ont assisté à ses visites, à ses examens, restaient émerveillés de sa sagacité, de ses procédés ingénieux, en même temps que de sa réserve, de sa prudence. Dans les cas difficiles, et il s'en présente souvent, il ne ménageait ni son temps, ni sa peine : il apportait dans ses examens tant de conscience que, s'il n'arrivait pas dès le premier jour à se faire une conviction, il remettait au lendemain, reprenait patiemment son étude, et ne signait le certificat qui devait envoyer le malade à l'asile que quand il était sûr de son diagnostic.

« Il est facile de critiquer les décisions que le médecin doit prendre vis-à-vis de l'aliéné; mais si l'on savait ce que ceux qui ont été élevés à l'école de Lasègue, qui ont reçu de lui des leçons et des exemples, apportent de conscience, d'honnêteté, dans l'accomplissement de leur délicate et redoutable mission, peut-être serait-on moins sévère. Lasègue lui-même n'eut-il pas à se défendre contre d'injustes attaques? Il le fit courageusement, en homme qui trouve dans sa conscience, dans le sentiment du devoir accompli, les meilleures armes pour sa défense. »

On ne saurait mieux exposer que ne l'a fait M. Motet tout le mérite des rapports ou des mémoires de médecine légale que l'on doit à Lasègue. Voici comment il apprécie la monographie qui a pour titre *le Vertige mental*:

« Elle n'a pas dix pages, elle remue un monde d'idées : elle échappe à l'analyse parce qu'il n'y a pas une phrase, pas une ligne qui ne soit une révélation. A mesure qu'on lit, tout s'éclaire, et chaque chose, déjà vaguement entrevue, se dégage comme si la découverte vous appartenait à vous-même. C'est, à l'aube matinale, la lumière indécise d'abord, où les objets sont noyés dans une brume légère; puis l'ombre se dissipe peu à peu, les formes s'accusent, et, distinctement, on voit, on comprend; on éprouve cette indéfinissable jouissance que donne à l'intelligence, aux sens ravis, la perception nette d'un ensemble harmonieux et vrai. L'homme capable de faire naître de pareilles sensations, de pareils sentiments, est un maître incomparable, et là où sa supériorité s'affirme, c'est dans le développement de cette idée maîtresse : que le vertige mental est une maladie constituée par un malaise physique, définissable, sinon défini, et par une angoisse morale qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie... Le malade, parfaitement conscient de son appréhension, reste impuissant à la modérer. Quels arguments invoquer contre un malaise doublé de frayeur? Celui qui prévoit les pires événements accepte la contradiction, à la condition de justifier lui-même sa raison de craindre; s'il se contente d'avoir peur, les plus habiles conseillers ne sauraient lui prouver qu'il a tort. »

Mais s'il a surtout insisté sur les travaux de pathologie mentale dus à Lasègue, M. Motet n'a pas manqué de faire ressortir ce que la pathologie générale, la clinique et même le journalisme médical doivent à ce maître qui pensait que « la médecine, science de l'homme un et indivisible ne se résigne pas à faire des maladies autant de produits parasitaires végétant isolément sur le point où le hasard a déposé leurs germes, bons à classer comme des plantes sans tenir compte du sol où ils prennent racine ».

Il a voulu aussi nous présenter Lasègue dans son milieu familial, entouré de ceux qui l'aimaient et qui étaient dignes de son affection. Et cette dernière partie d'un éloge qui honore tout à la fois, comme l'a dit M. le Président Hervieux, et celui qui en a été le sujet et celui qui l'a prononcé a été écrite avec une émotion contagieuse, avec un sentiment si élevé et un tact si parfait, qu'elle a provoqué d'unanimes et chaleureux applaudissements.

Avant d'entendre l'éloge de Lasègue, le public d'élite qui assistait à la séance annuelle de l'Académie avait écouté avec une grande faveur le rapport dans lequel M. Cadet de Gassicourt a trouvé moyen de nous faire un cours très spirituel d'histoire de la médecine et de parler de ceux que nous avons perdus en termes qu'on ne saurait assez louer.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Le procès intenté au Dr Cullingworth par miss Beatty qui accusait ce chirurgien de lui avoir enlevé ses ovaires sans son consentement, s'est terminé il y a quelques jours.

Miss Beatty a été déboutée de sa demande en dommages-intérêts.

La morale de l'affaire d'après le *British medical Journal* est la suivante :

Avant de faire une opération, le chirurgien doit expliquer avec soin au malade ce qu'il se propose de faire et lui demander un consentement non équivoque; si le malade n'est pas en état de le donner, il doit l'obtenir des plus proches parents ou amis du patient. Ce consentement doit être donné par écrit ou exprimé verbalement devant témoins.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU JEUDI

SOMMAIRE

NEUROPATHOLOGIE

Paraplégie spasmodique familiale,

Par MM. Ch. Achard et H. Fresson

La *paraplégie spasmodique familiale,* type nosologique récemment isolé du groupe assez confus des tabès spasmodiques, commence à être assez bien connue, sinon dans ses causes et ses lésions, du moins dans ses symptômes et son évolution. Un certain nombre d'observations, notamment celles de Krafft-Ebing, Strümpell, Bernhardt, ont été rassemblées par M. Souques à propos d'un cas personnel observé chez deux membres d'une même famille. Erb a rapporté un cas analogue. Puis sont venus les faits de Melotti et Cantalamessa, de Kojevnikoff, et celui tout récemment publié par MM. Raymond et Souques (1).

Caractérisée essentiellement par une paraplégie spasmodique, avec l'impotence et les attitudes vicieuses qui en sont la conséquence, cette affection survient à un âge variable, indépendamment de toute dystocie ou naissance avant terme, c'est-à-dire en dehors des circonstances étiologiques habituellement rencontrées à l'origine de cette autre maladie spasmo-paralytique, prédominante aux membres inférieurs et parfois exactement limitée à ces parties, quelquefois aussi familiale, qui porte le nom de *maladie de Little.* Contrairement encore à cette dernière, la paraplégie spasmodique familiale a souvent une évolution progressive. Tantôt les troubles augmentent d'intensité sans gagner en étendue, tantôt ils envahissent graduellement le tronc, les membres supérieurs (Kojevnikoff, Raymond et Souques), et même le bulbe (Bernhardt). Mais les troubles céphaliques, fréquents dans la maladie de Little alors même qu'elle n'est pas strictement congénitale, font ici défaut. Il semble que tous les accidents relèvent d'une sclérose médullaire primitive, frappant les faisceaux pyramidaux. Mais une seule autopsie, due à Strümpell, a montré cette sclérose latérale combinée à une dégénération des faisceaux cérébelleux directs et des cordons de Goll; le substratum anatomique de la maladie n'est donc pas encore bien déterminé.

Voici un nouveau fait clinique que nous avons récemment observé chez deux sœurs.

Renseignements concernant la famille. — Le père a toujours été bien portant, il n'était pas alcoolique; il est mort à 41 ans, par accident, en travaillant dans un égout. Il ne semble pas qu'il existât des maladies nerveuses dans sa famille.

La mère est une femme robuste âgée de 51 ans. Elle ne présente aucun accident nerveux, ni aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise. Elle a un frère et une sœur bien portants; sa sœur aurait eu des convulsions vers l'âge de 8 ou 10 mois, mais n'en a conservé aucune trace.

Elle a eu 11 grossesses.

Le 1er enfant est un garçon actuellement âgé de 28 an Il n'a jamais été malade.

Le 2e est une fille, qui fait le sujet de l'observation II.

La 3e grossesse fut interrompue à 3 mois par une fausse couche provoquée par la variole.

Le 4e enfant est une fille qui a toujours eu une bonne santé.

Le 5e enfant, un garçon, est mort à l'âge de 9 ans de la fièvre typhoïde. Il avait été jusque-là bien portant.

Le 6e enfant a eu des convulsions et est mort à l'âge d'un an.

Le 7e enfant est mort du croup à 3 ans.

Le 8e enfant est mort à quelques mois d'une affection pulmonaire que la mère ne peut préciser.

Le 9e enfant est la malade de l'observation I.

Jusque-là toutes les grossesses ont été normales, sauf celle qui s'est terminée par la fausse couche, et les accouchements, tous à terme, n'ont présenté aucune difficulté.

La 10e grossesse a été normale, mais l'accouchement, survenu à terme, a été difficile. L'enfant, une fille, a eu des convulsions à l'âge de 3 mois et depuis elle est épileptique. Ses attaques sont quotidiennes et durent environ 5 minutes. Elles s'accompagnent de raideur, de mouvements peu étendus, de morsure de la langue et d'incontinence de l'urine. Elles sont suivies d'une période de sommeil, puis d'inconscience. Plusieurs fois il y a eu des impulsions. L'état intellectuel de cette malade s'est affaibli graduellement. Elle avait appris à lire, mais a maintenant tout à fait oublié, et sait à peine compter.

Le 11e enfant est un garçon; la grossesse a été normale mais l'accouchement a été lent. L'enfant, qui a maintenant 11 ans, est d'une santé délicate, mais n'a jamais été malade.

Observation I. — M... (Angélina), âgée de 17 ans. C'est le 9e enfant; elle semblait, à sa naissance, bien conformée et vigoureuse. Elle a été nourrie au sein par sa mère et n'a présenté pendant les premiers mois aucune éruption ni aucun trouble de la santé.

A l'âge de 10 mois elle a été atteinte d'une maladie grave qui dura 2 ou 3 semaines. Elle était inerte, dit la mère, qui

(1) W. Erb, Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, déc. 1894, p. 137). — A. Souques, Contrib. à l'étude de la forme familiale de la paraplégie spasmodique spinale (*Rev. neurologique*, 15 janv. 1895, p. 1). — G. Melotti et G. Cantalamessa, Paraplegia spasmodica-familiare (*Soc. medico-chirurg. di Bologna*, 15 févr. 1895; anal. *in Rev. neurologique*, 1896, p. 203). — A. Kojevnikoff, Diplégie spastique familiale (*Rev. de médecine russe*, 1895, n° 4; anal. *in Rev. neurologique*, 1895, p. 347). — F. Raymond et A. Souques, Paraplégie spasmodique familiale (*Presse médicale*, 4 nov. 1896, p. 585).

ne peut préciser la nature de cette affection. C'est à cette époque, d'ailleurs, qu'elle perdit presque simultanément deux de ses enfants, le 5e et le 7e.

La malade n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 16 mois et dès ce moment existaient des troubles de la marche : l'enfant avançait sur la pointe des pieds qu'elle traînait en même temps sur le sol. Ces troubles ont persisté, avec quelques alternatives, jusqu'à l'âge de 9 à 10 ans. A cette époque le malade, malgré l'attitude vicieuse de ses membres inférieurs, pouvait courir et jouer avec les autres enfants. A partir de ce moment, il semble que son état se soit aggravé peu à peu. Elle ne peut actuellement courir, ni même marcher quelque temps sans appui.

Examen de la malade. — La taille est un peu inférieure à la moyenne. Pas de déformation du crâne, ni du nez, ni de la voûte palatine, ni des dents. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis. Oreilles bien conformées. Pas de rachitisme.

Les deux membres inférieurs sont en flexion légère, surtout le droit; ils sont, de plus, en adduction et en rotation en dedans. Les mouvements de flexion sont conservés, mais il est impossible, à cause de la contracture, de redresser complètement les genoux, surtout du côté droit. L'abduction des cuisses est impossible. Les pieds sont en varus équin et au contact l'un de l'autre. On peut encore fléchir le pied droit, ce qui est impossible à gauche. Pas de déformation des tibias. Les réflexes rotuliens sont exagérés. On peut provoquer, mais non d'une façon constante, de la trépidation épileptoïde par le redressement des orteils.

Quant la malade marche, elle s'avance sur la pointe du pied, qui traîne fortement sur le sol. La rotation en dedans étant notablement plus prononcée pour le membre inférieur gauche, le pied gauche décrit un demi-cercle pour se porter au devant de la jambe droite. Le membre inférieur droit s'avance directement.

Pendant la marche, le corps se courbe en avant et se redresse alternativement.

La malade garde assez difficilement l'équilibre dans la station debout. Il lui est impossible de s'asseoir par terre à cause de la rigidité; elle s'asseoit facilement sur une chaise.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de douleur.

Pas de troubles trophiques. Pas d'atrophie musculaire.

Miction et défécation normales. Réglée à 14 ans; aucun trouble de la menstruation. Les seins sont très développés. Aucun trouble aux membres supérieurs. Pas de déformation rachidienne.

L'intelligence n'est pas très développée, mais peut être considérée comme moyenne. Elle a su lire et écrire à 7 ans et est restée à l'école jusqu'à 14 ans; elle était un peu en retard sur les enfants de son âge.

Le caractère est un peu enfantin; la malade est sombre et mélancolique, elle pleure facilement. Elle est apathique et passe des journées entières sans rien faire.

OBS. II. — M... (Marguerite), 27 ans. C'est la 2e enfant. Elle a marché à l'âge de 10 mois et ne présentait alors rien d'anormal. Vers un an elle a eu la variole en même temps que sa mère. C'est aussitôt après cette maladie qu'ont apparu les troubles de la marche; les jambes étaient raides et demi-fléchies, elle marchait sur la pointe des pieds.

A partir de ce moment son état a été plutôt en s'aggravant d'une façon lente. Elle a toujours porté des chaussures orthopédiques. Il y a 5 ou 6 ans, elle pouvait marcher sans appui et vaquer à ses occupations. Actuellement il lui faut des béquilles ou deux cannes.

Examen de la malade. — La malade est assez vigoureuse et d'une bonne santé. Sa taille est un peu au-dessous de la moyenne. Pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Les troubles des membres inférieurs sont plus prononcés que chez sa sœur. L'extension des genoux est tout à fait impossible. Le membre inférieur gauche est en rotation presque complète en dedans.

Les réflexes rotuliens sont exagérés surtout à droite; de ce côté la percussion du tendon provoque de la trépidation spéciale. A gauche la trépidation ne s'obtient que par le redressement des orteils.

La station verticale est impossible. La malade ne peut se tenir debout qu'en s'appuyant des deux côtés, le corps fortement penché en avant. Le type de la démarche est semblable à celui de sa sœur, mais la difficulté est plus grande.

La malade ne peut se tenir quelque temps assise et droite.

Pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters. Pas de troubles trophiques. Les seins sont très développés. Réglée depuis l'âge de 13 ans, d'une façon normale. Aucun trouble du côté des membres supérieurs. Pas de déformation du rachis.

L'intelligence paraît plus développée que chez sa sœur. La malade cause avec plus de vivacité. Elle a été assez longtemps à l'école et y tenait un bon rang. Actuellement elle est couturière.

Chez ces deux malades, la marche de la maladie n'est nullement envahissante; il s'agit exclusivement de paraplégie spasmodique. Néanmoins, d'après les renseignements fournis par la mère, les troubles ont augmenté d'intensité, d'une façon très lente, il est vrai.

Le début est ici très précoce; les premiers symptômes ont été remarqués à 1 an et à 16 mois, presque aussitôt que les enfants ont commencé à marcher. Ce n'est pas la règle dans cette affection, et si d'ordinaire les accidents débutent dans l'enfance (entre 3 et 12 ans), on connaît des observations dans lesquelles ils n'ont apparu qu'à 20 ans (Melotti et Cantalamessa), à 27 ans (Strümpell), après 30 ans (Bernhardt), à 40 ans (Melotti et Cantalamessa), à 56 ans (Strümpell).

Chez notre première malade, les troubles se sont manifestés à la suite d'une maladie aiguë mal déterminée, comme dans un cas de Souques. Chez la seconde, c'est à la suite de la variole. L'influence provocatrice de la rougeole a été signalée dans une observation de Krafft-Ebing.

En fait de tare névropathique indiquant la dégénérescence familiale, il convient de relever l'épilepsie chez une sœur de nos malades. Chez les parents nous n'avons rien trouvé. L'influence de l'alcoolisme, très manifeste dans le cas de MM. Raymond et Souques, et celle de la syphilis, qui a été notée dans la maladie de Little héréditaire (Fournier et Gilles de la Tourette), paraissent ici devoir être mises hors de cause.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEUROLOGIE

22e Réunion annuelle tenue à Philadelphie les 3, 4 et 5 juin 1896.

De l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie.

MM. Sachs et **Gerster.** — Nous avons compris dans notre étude non seulement les cas d'origine traumatique, mais encore ceux qui sont dus à des paralysies cérébrales infantiles ou à quelque autre condition cérébrale aiguë. Nous n'avons cependant pas compris dans notre liste (qui compte 19 observations) les cas d'épilepsie dus à une tumeur. L'épilepsie qu'on voit apparaître à la suite d'un traumatisme ou associée aux paralysies cérébrales infantiles est certainement due à la dégénérescence secondaire des fibres commissurales des hémisphères. Aussi quand l'épilepsie dure depuis plusieurs années, l'excision du foyer d'origine de la maladie, conseillée par Horsley, ne peut amener la guérison, car la dégénérescence secondaire s'est établie. C'est précisément cette dernière qu'il faut prescrire en opérant de bonne heure dans les cas de traumatisme du crâne. Sur nos 19 cas nous avons eu 3 guérisons nettes, 2 améliorations très considérables, 3 légères améliorations; enfin 11 fois nous n'avons eu aucune espèce d'amélioration. Or, l'étude de ces observations

montra que pour les cas améliorés l'opération a été faite moins de 2 ans après le traumatisme ou le début de la maladie. Nous arrivons donc aux conclusions suivantes :

L'intervention chirurgicale est indiquée dans les cas d'épilepsie partielle pour lesquels il ne s'est pas écoulé plus d'un an ou à la grande rigueur 2 ans depuis le traumatisme ou le début de la maladie. Dans les cas de dépression ou de tout autre traumatisme du crâne, on peut encore tenter l'opération au bout de plusieurs années; mais le pronostic sera d'autant meilleur que le cas sera plus récent. La simple trépanation suffit dans beaucoup de cas et surtout dans les cas de traumatisme du crâne ou quand il s'agit d'un kyste. L'excision de tissu cortical est indiquée si l'épilepsie n'existe que depuis peu de temps et si les symptômes indiquent une lésion circonscrite. Ces lésions n'étant souvent reconnaissables qu'au microscope, on fera l'excision même si le tissu paraît parfaitement normal au moment de l'opération; mais on devra bien s'assurer que c'est bien l'aire dûment incriminée qu'on excise. L'intervention chirurgicale est indiquée pour la cure de l'épilepsie associée aux paralysies cérébrales infantiles, pourvu qu'il ne se soit pas écoulé un trop long intervalle depuis le début de la maladie. Dans les cas d'épilepsie existant depuis longtemps, il est très probable qu'il y a des dégénérescences très étendues des fibres d'association et alors toute intervention chirurgicale est inutile.

MM. Collins et Wiener. — Un jeune homme de 20 ans avait présenté 3 attaques épileptiques offrant les caractères ordinaires de l'épilepsie due à une lésion en foyer. On excisa le centre cortical des mouvements de la main droite. L'examen microscopique de ce tissu montra l'existence d'une méningo-encéphalite chronique, des oblitérations vasculaires, des dégénérescences des cellules et la formation d'un tissu névroglique dans l'aire de ramollissement. Depuis un an il n'y a pas eu de nouvelles attaques.

M. Keen. — Un jeune homme de 19 ans fut pris en décembre 1895 de céphalée intense et de vomissements, mais sans névrite optique. Ce dernier symptôme apparut en janvier; plus tard l'œil droit fut atteint de cécité complète, le gauche conservant encore un léger reste de vision; il y avait un peu d'exophthalmie à gauche; les pupilles étaient égales et normales; l'odorat, l'ouïe et le goût étaient intacts; il y avait de la parésie de la partie inférieure du côté droit de la face. Sensibilité normale, pas d'affaiblissement musculaire; mais il y avait un état d'agitation de la main droite, persistant même pendant le sommeil; réflexes ordinaires; état mental peu brillant. Le malade était triste, abattu et quelquefois il délirait un peu. La céphalée et les vomissements du début n'avaient pas persisté. Il y avait un peu d'aphasie. On fit le diagnostic de tumeur du lobe frontal gauche, siégeant vraisemblablement à la base de la 2e circonvolution frontale, probablement sous l'écorce. J'ai opéré ce malade le 10 mai. La tumeur se montra à travers une rupture de l'écorce, à la base de la 2e circonvolution frontale; je l'énucléai facilement; je vis alors que le ventricule latéral était largement ouvert. Après l'opération il n'y eut aucune augmentation de la paralysie. Au bout de 15 jours le malade était guéri. La tumeur était un sarcome.

M. Starr. — Je ne recommanderai jamais une intervention chirurgicale dans l'épilepsie essentielle. L'excision des kystes donne de bien mauvais résultats et il n'est pas rare de voir les malades mourir au cours de l'opération. J'ai vu opérer de très bonne heure des cas d'épilepsie infantile dus à une hémorrhagie méningée sans résultat favorable. Quand on a excisé du tissu cérébral, qu'il s'agisse de tissu de cicatrice ou de tissu normal, j'ai vu les attaques récidiver. J'ai vu opérer 11 cas d'abcès du cerveau, avec 3 guérisons. Ces abcès sont en général dus à une affection des oreilles. Je crois qu'il est temps d'abandonner le trépan et de le remplacer par le ciseau et la gouge.

Œdème des paupières de la maladie de Graves. Thyroïdectomie.

M. Booth. — Il n'est pas absolument rare d'observer des œdèmes au cours de la maladie de Graves. Pour Marie il n'y a pas besoin, pour expliquer les œdèmes, d'invoquer la coexistence d'une lésion cardiaque; il suffit d'une fatigue du cœur, avec tendance à la dilatation, ce qui est fréquent dans la maladie de Graves. Bienfait et Debove regardent ce symptôme comme dû à l'asystolie; G. Sée et Möbius en font une conséquence d'un trouble vaso-moteur périphérique. Maude considère ces œdèmes localisés comme ayant une origine nerveuse et dit que ce sont en fait des manifestations de névrites périphériques. On peut comparer ces œdèmes à ceux qu'on observe dans le béri-béri et qui sont manifestement dus à des névrites périphériques. Cet œdème est rarement localisé au niveau des paupières. Vigouroux dit que le faux œdème des paupières n'est pas rare et regarde ce gonflement comme étant dû à une parésie de l'orbiculaire; si, en effet, on électrise ce muscle, le gonflement disparaît. Mais je viens d'observer une malade chez laquelle existait du gonflement des paupières que l'électrisation des orbiculaires a été impuissante à faire disparaître. Hector Mackenzie a observé cet œdème des paupières dans 5 cas; Gowers a vu ce symptôme se produire après la guérison apparente des autres manifestations de la maladie. La malade que j'ai observée avait 17 ans; quand elle avait 6 ans on fit semblant de la jeter par la fenêtre; elle eut une grande frayeur, et elle eut ce qu'on appela une fièvre cérébrale. Elle resta au lit pendant plusieurs mois, présenta pendant ce temps plusieurs convulsions, puis finalement elle guérit. Elle se porta bien jusqu'à l'apparition des règles, 6 ans plus tard. Vers cette époque, la malade ayant environ 13 ans, on vit apparaître un gonflement des paupières supérieures, qui devint bientôt très prononcé. Ce symptôme est plus marqué en hiver qu'en été. Actuellement la malade se plaint de palpitations fréquentes avec battements dans la gorge et sueurs profuses; il y a aussi un état nerveux général et de temps en temps de la céphalée. Il n'y a pas de proéminence de la glande thyroïde, mais à la palpation on sent que les lobes sont durs. Le pouls est rapide (120 battements par minute). Le cœur est normal; il y a un peu de tremblement des doigts. Un mois après ce premier examen, il y avait de l'exophthalmie de l'œil gauche. On enleva lobe droit du corps thyroïde. La malade guérit rapidement. Depuis 6 mois que cette opération est faite toute trace de nervosité a disparu; les palpitations ont disparu et presque jamais les battements du pouls n'ont dépassé 90°. Cependant l'œdème des paupières a persisté et est surtout marqué à gauche.

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 20 au 23 octobre 1896.

Sur la sérothérapie de la tuberculose.

M. De Renzi a observé que le sérum de Maragliano, dès les premières injections, réprime la réaction fébrile constamment déterminée par la tuberculine chez les tuberculeux, et il arrive toujours un moment, plus ou moins éloigné du début du traitement, où aucune dose de tuberculine n'est capable de produire une élévation de température chez les individus traités par le sérum. Cela prouve qu'il existe dans le sérum de M. Maragliano des substances antitoxiques qui neutralisent l'action de la tuberculine, c'est-à-dire qui sont antagonistes des poisons tuberculeux.

M. Ermano (de Tolmezzo) dit que lui-même a été atteint de tuberculose pulmonaire rebelle à tout traitement classique et qu'il a eu très fréquemment l'occasion de constater la présence de nombreux bacilles de Koch dans ses crachats; en outre, il avait de la fièvre et il maigrissait d'une façon progressive et alarmante. Il a commencé à se traiter par la sérothérapie au mois de novembre 1895. Bientôt la fièvre disparut, l'appétit augmenta en même temps que le poids du corps, et au bout de 4 mois, on ne retrouvait plus de bacilles dans les crachats.

M. Giura (de Rome) relate deux faits relatifs à des sujets atteints de tuberculose et traités par le sérum, dont l'un est tout à fait guéri, et dont l'autre, qui suit encore le traitement, est considérablement amélioré.

M. Terrile (de Gênes) présente un enfant de 10 ans, atteint de lupus localisé au dos de la main droite et traité exclusivement par le sérum; l'ulcération tuberculeuse diagnostiquée à la clinique des maladies de la peau existait depuis 8 ans; aujourd'hui elle est complètement cicatrisée.

M. Nascimbene (de Milan) communique 17 cas de tuberculose pulmonaire traités par la sérothérapie. Dans 8 cas il a noté une amélioration très notable; dans 4 cas il a obtenu des guérisons définitives. Il a eu 2 insuccès, et, pour les 3 autres cas, il ne peut pas se prononcer, les malades étant encore en traitement.

M. Pucci (de Cosenza) dit avoir traité 4 cas de tuberculose par le sérum; les malades paraissent guéris, du moins pour le moment.

M. Bertola (de Biella) qui a appliqué la sérothérapie chez 19 malades atteints de tuberculose pulmonaire, a constaté que :

1° Le sérum de Maragliano ne provoque pas de réaction locale ni générale,

2° Il est parfaitement toléré par les malades, car il n'exerce aucune action nuisible sur le cœur ni sur les vaisseaux.

3° Il diminue et même supprime la fièvre.

4° Il améliore l'état général et le poids du corps augmente presque toujours.

5° Il possède réellement une action spécifique contre la tuberculose, mais son usage doit être continué avec persévérance.

M. Giannini (de Poli) dit que, d'une manière générale, il n'est pas partisan de la sérothérapie, et il croit que s'il y a des sujets améliorés par l'usage d'un sérum quelconque, dit antitoxique, cela tient à l'existence, chez ces sujets, de conditions physiologiques capables de lutter victorieusement contre la maladie.

M. De Renzi croit que seul le temps pourra nous renseigner sur la durée de l'augmentation de résistance physiologique déterminée par le sérum de Maragliano; il pense cependant, dès maintenant, que cette durée est très longue et peut être indéfinie.

M. Castellino dit avoir observé des résultats favorables dans 2 cas où les injections étaient suivies de fièvre. Cet accident ne l'a pas empêché de poursuivre le traitement sérothérapique, car il s'est aperçu que ces élévations de température pouvaient être également déterminées chez ces mêmes malades par des injections d'eau pure filtrée et stérilisée.

M. Maragliano. — Le seul moyen de connaître la vérité sur la sérothérapie de la tuberculose consiste à réunir et à examiner tous les cas ainsi traités. J'ai actuellement par devers moi un total de 712 observations de ce genre. J'ai déjà formulé mes conclusions lorsque j'ai communiqué les 412 premiers cas; les 300 autres n'y changent absolument rien. Donc, sur le terrain clinique, ce que j'ai dit dans ma première communication se trouve confirmé. Je n'ai jamais prétendu que mon sérum pût guérir la tuberculose dans toutes ses modalités cliniques; d'ailleurs, aucun remède spécifique ne peut combattre une infection dans toutes ses manifestations : je n'en veux pour exemple que la quinine dans la malaria et le mercure dans la syphilis. En ce qui regarde la tuberculose, je parle toujours, on le sait, de guérisons provisoires et jamais de guérisons absolues. Mais il n'en est pas moins vrai que ces guérisons provisoires peuvent être obtenues par la sérothérapie, de même qu'avec le sérum on peut exercer une influence favorable sur la fièvre, sur la nutrition, sur les lésions locales, sur les bacilles des crachats.

Pour ce qui est de l'action du sérum sur la fièvre, je répondrai à M. Castellino que, à mon avis, les tuberculeux peuvent être divisés en 3 catégories : la première comprend — et c'est la plus nombreuse — les cas dans lesquels le sérum enraye la fièvre; la seconde, ceux où le sérum se montre inefficace contre l'hyperthermie, parce qu'il existe des associations microbiennes et que la fièvre est sous la dépendance de celles-ci : les malades qui font partie de ce groupe sont ceux qui doivent succomber; dans la troisième catégorie, enfin, il s'agit de sujets qui présentent de la fièvre à la moindre excitation et pour la moindre cause. Ce sont des malades chez lesquels une injection d'eau salée ou tout simplement la piqûre faite avec l'aiguille de la seringue provoquent une élévation thermique : ici, le sérum est efficace. Que l'influence bienfaisante du sérum soit spécifique, c'est ce que j'ai démontré par les expériences que j'ai faites relativement à l'action de l'antitoxine tuberculeuse sur le sérum préparé d'après ma méthode. Chez l'homme comme chez l'animal, mon sérum neutralise l'action toxique de la tuberculine, comme le sérum antidiphtérique neutralise la toxine diphthérique.

C'est là un fait qui a été confirmé par nombre d'observateurs. Quant à la durée des améliorations obtenues, il faut attendre avant de juger, et nous ne pourrons nous prononcer en toute connaissance de cause qu'après avoir multiplié les observations cliniques.

M. Rummo. — Il est incontestable que la sérothérapie de la tuberculose a fait beaucoup de progrès depuis l'année dernière.

Toxines de la tuberculose.

M. Sciolla (de Gênes), a extrait des cultures de tuberculose une substance toxique particulière qui injectée à la dose de 1/2 c.c. dans les veines d'un lapin, provoque immédiatement des convulsions très violentes, et, à la dose de 2 c.c., amène la mort de l'animal. Chez les cobayes, elle détermine aussi des convulsions, mais moins intenses.

L'action mortelle de cette substance cesse si on la soumet à une température de 100°, mais l'action convulsive persiste encore en partie. Cette substance n'exerce aucune influence pyrétogène ni sur les cobayes sains, ni sur les cobayes tuberculeux.

Par la même méthode, M. Sciolla a isolé de la tuberculine de Koch une substance possédant également, quoique à un plus faible degré, une action convulsivante, n'ayant point d'action pyrétogène, mais jouissant, au contraire, d'un pouvoir hypothermisant.

Hérédité de la tuberculose.

MM. Sciolla et **Palmieri** (de Gênes) ont recherché s'il était possible de provoquer la tuberculose chez des animaux sains par des injections d'organes de fœtus de cobayes tuberculeux; ils ont recherché aussi la résistance à l'infection tuberculeuse des petits de mères tuberculeuses et l'action de la tuberculine de Koch sur ces sujets comparativement aux animaux sains. Ces expériences ont montré que : 1° l'infection tuberculeuse, chez les cobayes, est transmissible par la mère; 2° les petits nés de mères tuberculeuses résistent moins que les autres à l'infection tuberculeuse; 3° les animaux présentant une tare héréditaire tuberculeuse, même sans localisations bien appréciables, se montrent beaucoup plus sensibles que les animaux normaux à l'action de la tuberculine de Koch, particulièrement s'il s'agit de jeunes individus ayant reçu des doses élevées de tuberculine.

De l'autosérothérapie dans la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse.

M. Scarpa relate 9 cas de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, dont quelques-uns associés à des lésions tuberculeuses du poumon, qu'il a traités par la méthode de M. Gilbert (de Genève), consistant dans l'injection hypodermique de 1 à 10 c.c. du sérum même de la pleurésie, lorsque ce sérum, est limpide et sans aucune trace de purulence.

Sur les 9 cas ainsi traités il a eu 6 guérisons complètes de la pleurésie et 3 insuccès. Chez 3 malades, le sérum pleurétique exerça également une action favorable sur les lésions tuberculeuses concomitantes.

Action des toniques du cœur sur la circulation périphérique.

M. Roncagliolo (de Gênes) a constaté que la digitale donnée à dose thérapeutique produit des effets vaso-constricteurs. Il en est de même de la digitaline administrée par la voie hypodermique.

Le strophantus n'a pas une action constante et bien déterminée, mais assez fréquemment il détermine de la vaso-constriction. Les mêmes effets, mais avec une intensité moindre, sont produits par la spartéine.

L'adonis vernalis n'exerce aucune influence sur les vaisseaux; par contre, la convallaria maialis provoque la vaso-constriction.

Quant à la caféine, son emploi est suivi d'effets vaso-dilatateurs.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 Décembre 1896.

M. Jaccoud est élu vice-président pour 1897, en remplacement de M. Caventou qui, devient président.

Des moyens de guérir la bosse du mal de Pott et du moyen de la prévenir.

M. Calot (de Berck). — Contre les bosses déjà produites et vieilles même de plusieurs années, M. Calot montre, par les 37 enfants bossus qu'il a opérés, que, contrairement à ce que tout le monde pense et professe, l'on peut sans danger soit effacer entièrement, soit corriger dans la plus large mesure cette difformité.

Ce n'est que dans des cas exceptionnellement rebelles qu'il a recours à une opération sanglante qui consiste à enlever la cale osseuse postérieure qui empêche la colonne vertébrale de se redresser.

M. Calot a fait 2 fois sur 37 opérations cette résection cunéiforme du rachis. Dans les 35 autres cas, il a pu arriver à la correction par de simples manœuvres externes, précédées ou non de l'enlèvement des apophyses épineuses saillantes. Il arrive à cette déflexion par des tractions exercées par 4 aides sur les deux extrémités, supérieure et inférieure de la colonne vertébrale, en même temps que le chirurgien exerce une pression puissante directement sur le point convexe, sur la bosse. Bientôt les deux segments de la colonne vertébrale se désengrènent et se relèvent complètement, la bosse a disparu. Aussitôt, pour maintenir intégralement cette correction, le chirurgien, avant que le malade ne s'éveille, applique un grand appareil plâtré serré sur le tronc en totalité depuis la tête jusqu'au bassin. Le plâtre est solide en quelques minutes, et lorsque l'enfant s'éveille il ne peut plus se déplacer. Le traitement dure de 5 à 10 mois.

M. Calot ajoute qu'on pourra guérir désormais tous les enfants atteints de mal de Pott sans difformité en les redressant immédiatement et en les maintenant dans le grand appareil plâtré circulaire embrassant la totalité du tronc.

C'est le traitement qui est le plus facile à observer, celui qui sauvegarde le mieux en même temps que l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives la santé générale de l'enfant.

En outre ce traitement met, tout au moins dans une très large mesure, à l'abri des accidents de paralysie qui se produisaient avec ou malgré les anciens traitements, puisque M. Calot sur ses 37 malades ainsi traités n'a pas observé un seul cas de paralysie.

M. Kelsch communique la fin de son mémoire de la contagion et l'épidémicité.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de Décembre 1896.

La théorie de la confluence des lymphatiques et la morphologie du système lymphatique de la grenouille.

M. Ranvier a élucidé le mode de formation des lymphatiques et des sacs lymphatiques chez la grenouille. Si on injecte les sacs lymphatiques de la grenouille, la matière colorante se répand dans la matière interdigitale et y dessine un admirable réseau. C'est un réseau de lymphatiques sous-cutanés qui fournissent l'image de ce que les sacs ont été à une phase de leur développement. C'est par l'accroissement, l'extension et la confluence de ces canaux que se sont formés les sacs. Les sacs sont traversés par des cloisons et des filaments vasculaires et nerveux.

Les lymphatiques de l'intestin offrent aussi une disposition particulière. A la base de chaque pli de la muqueuse intestinale, on trouve un gros canal lymphatique qui s'anastomose avec les voisins qui lui sont parallèles. Mais ce canal lymphatique est traversé, en un très grand nombre de points, par des travées conjonctives tapissées d'endothélium et qui sont le vestige de la séparation de canaux primitivement indépendants et qui ont fini par confluer les uns vers les autres. *Souvent ces travées, anastomosées les unes avec les autres, forment un réticulum entièrement comparable à celui du tissu dit adénoïde, des ganglions lymphatiques.* C'est tout ce qui représente, chez la grenouille, les ganglions lymphatiques, et cette disposition conduit à la conception morphologique du tissu des ganglions lymphatiques.

Radiographie et diagnostic des épanchements pleurétiques.

M. Bouchard. — La radiographie, appliquée avec succès à la chirurgie et surtout à l'exploration des corps étrangers, n'avait pu guère être utilisé jusqu'ici en médecine. M. Bouchard signale une intéressante application des rayons X faite par lui au diagnostic des épanchements pleurétiques.

Ce procédé est des plus simples : on expose derrière le malade un écran fluorescent, et on projette sur son thorax le faisceau de l'ampoule; les rayons Röntgen, qui traversent le siège de l'épanchement s'éteignent, projetant de l'ombre sur l'écran; la partie de l'écran qui reste éclairée correspond, au contraire, à la région non affectée. Mêmes résultats quand on se trouve en présence d'un simple épaississement de la plèvre.

M. Bouchard voit là un procédé de même ordre que l'auscultation, lequel, sans remplacer la méthode habituelle, peut servir de terme de comparaison, les yeux contrôlant la perception par l'ouïe. A certains points de vue, le premier procédé est même plus sensible que le second, puisqu'il permet de se rendre exactement compte, ainsi que M. Bouchard a pu le constater, du déplacement du médiastin sous la poussée du sac de l'épanchement.

La méthode Röntgen en médecine.

M. Bouchard complète sa communication de la séance précédente sur les rayons Röntgen appliqués au diagnostic des épanchements pleurétiques.

Il montre que le processus de la guérison a sa traduction fidèle sur l'écran fluorescent indicateur sous la forme d'une augmentation graduelle des zones claires et de leur empiètement sur les parties sombres correspondant au siège de l'épanchement. Une seule fois cette régression habituelle ne put être observée. Les moyens d'exploration accoutumés révélèrent, dans ce cas, que la tache persistante se rapportait à un foyer d'induration qui venait de se déclarer.

La même méthode, ajoute M. Bouchard, peut également fournir des indications assez nettes sur les tuberculoses naissantes. La radiographie ayant fourni chez un malade une tache siégeant au sommet du poumon, on trouva, à l'auscultation, de la matité; 4 jours après, on percevait les craquements caractéristiques.

Toxicité urinaire chez les cancéreux.

MM. Duplay et **Savoire**. — Nous avons cherché la *cancérine*, dont la présence dans les urines avait était signalée par M. A.-B. Griffiths, qui en avait fait une ptomaïne caractéristique du cancer. Dans 12 cas de cancers épithéliaux non infectés secondairement, et dans 3 cas de cancers épithéliaux infectés, nous n'avons trouvé aucune trace de cette toxine ni d'aucune autre substance toxique caractéristique. Il nous semble donc que, contrairement à l'opinion qui tend à se généraliser un peu trop hâtivement la toxicité des urines des malades atteints d'un cancer proprement dit, c'est-à-dire d'un cancer épithélial, est aussi peu démontrée que la présence dans ces urines d'une toxine spéciale.

C'est seulement dans un cas de sarcome mélanique diffus de la région lombo sacrée, chez une femme de 28 ans, que nous avons constaté des propriétés toxiques convulsivantes de l'urine,

Nous avons alors cherché à isoler le principe auquel l'urine devait ses propriétés.

La faible quantité que nous avons obtenue ne nous a pas permis d'en établir la formule, mais ses propriétés en font un alcaloïde pathologique différent de la *cancérine* de Griffiths. L'inoculation de cette substance à une souris et à un lapin a amené leur mort après quelques minutes de convulsions violentes. C'est à cette dernière substance qu'il faut évidemment attribuer les propriétés toxiques particulière de l'urine de la malade sur laquelle ont porté nos expériences.

Eaux minérales de Bagnoles-de-l'Orne.

M. Bouchard, avec la collaboration de **M. Desgrez**, a étudié les gaz qui se dégagent, en grosses bulles gazeuses, des eaux de Bagnoles. Il y a trouvé 5 p. 100 d'acide carbonique et 95 p. 100 de gaz présentant les caractères négatifs de l'azote. Il s'est demandé si l'on n'y trouverait pas, comme dans les gaz des eaux de Cauterets, l'argon et l'hélium mélangés à l'azote. L'azote a été absorbé à l'aide d'étincelles d'induction, en présence de l'oxygène préparé par électrolyse, et d'une solution concentrée de potasse. Après que l'oxygène a été absorbé par le pyrogallate de potasse, le gaz restant, dont le volume était 4,5 p. 100 du gaz initial a été soumis à l'examen spectroscopique. On a trouvé les raies caractéristiques du spectre de l'*argon* et celles de l'*hélium*, mais celles-ci moins accentuées que celles de l'hélium.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 Décembre 1896.

Invagination intestinale par diverticule de Meckel.

MM. E. Weil et Frankel rapportent un cas d'occlusion intestinale, opéré 36 heures après le début des accidents. On tomba sur un intestin sphacélé qu'on fut obligé de réséquer sur une longueur de 50 centimètres. L'invagination était produite par un diverticule de Meckel, retourné en doigt de gant et situé à 1 mètre du cæcum, sur le bord libre de l'intestin grêle, et c'est uniquement aux dépens de la dernière partie de l'intestin grêle que s'était effectuée l'invagination.

Le diverticule de Meckel présentait la texture générale de l'intestin, mais la paroi musculaire était d'une épaisseur exceptionnelle.

Arthrite scapulo-humérale.

M. Herbet a trouvé à l'autopsie d'une femme morte de cancer ulcéré du sein droit une arthrite de l'articulation de l'épaule dont la malade ne s'était jamais plainte. Il y avait soudure de la tête humérale avec la cavité glénoïde, soudure probablement de date récente, car l'adhérence était peu solide et céda à une forte pression, laissant voir le cartilage d'encroûtement usé et terne en certains points, complètement détruit en d'autres. Les muscles du moignon de l'épaule sont dégénérés, infiltrés par une masse graisseuse, ce qui leur donne un aspect jaune pâle.

Perforations intestinales au niveau d'une hernie.

M. Wiart présente une anse intestinale atteinte d'une double perforation et provenant d'une hernie étranglée depuis 12 heures environ chez un homme de 73 ans. A l'opération on trouva un petit sac vide d'intestin et d'épiploon, mais qui, une fois ouvert, donna issue à une grande quantité de matières fécales très liquides venant de la grande cavité péritonéale. Mort 2 jours après.

L'autopsie montra sur l'anse herniée réduite, mais nettement reconnaissable, l'existence d'une double perforation, dont l'une a le diamètre d'une pièce de 50 centimes et se trouve sur le bord convexe, l'autre est tout près du mésentère.

Le taxis pratiqué moins de 12 heures après l'opération avait donc réduit dans le ventre une anse intestinale atteinte d'une double perforation.

Varicocèle utéro-ovarien.

M. Herbet présente un varicocèle utéro-ovarien extrêmement développé. A la partie supérieure du ligament large, près de la corne utérine gauche, se trouve une poche du volume d'une noix, à parois si résistantes, qu'elle fut prise, dès l'abord, pour une poche anévrysmale.

La dissection montra qu'il s'agissait d'un confluent où viennent aboutir nombre de veines extrêmement dilatées, quelques-unes ayant le volume du petit doigt.

L'examen histologique de la paroi de cette poche montre d'ailleurs nettement qu'elle a la structure d'une veine.

Méningite chronique.

M. Lefas présente 2 capsules surrénales provenant de l'autopsie d'un homme de 60 ans et présentant des lésions histologiques de sclérose avec dégénérescence caséeuse. Ce malade présentait également des lésions de méningite chronique, de la périsplénite et quelques lésions très discrètes de tuberculose aux sommets des 2 poumons.

Il est probable qu'il faut incrimer la tuberculose des capsules surrénales, bien que les coupes n'aient montré ni bacilles ni cellules typiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance des 12 et 19 décembre.

Modifications de la moelle osseuse dans les suppurations.

MM. Roger et Josué. — Les cellules du pus reconnaissent une double origine. Les unes prennent naissance au point enflammé ; les autres sortent des vaisseaux par diapédèse : une abondante leucocytose explique ces phénomènes. Reste à savoir par quel mécanisme se fait l'augmentation du nombre des globules blancs. Supposant qu'elle est liée à une suractivité des organes hémato-poïétiques, nous avons étudié expérimentalement leurs modifications dans les suppurations ; notre attention s'est portée sur la moelle des os. Si l'on injecte sous la peau d'un lapin 2 c.c. d'une culture très virulente de staphylocoque doré, l'animal est mourant au bout de vingt-quatre heures. A l'examen histologique de la moelle, on constate que la graisse est presque complètement résorbée ; les aréoles sont diminuées de volume, en quelque sorte étouffées par la prolifération énorme des médullocelles.

Avec des culturees moins actives, les modifications sont plus lentes. Au bout de 48 heures, la prolifération est déjà manifeste. Au troisième jour, les cellules médullaires (médullocelles et myéloplaxes) ont tout envahi, masquant la disposition aréolaire et comblant le sinus central. Ces changements dans la disposition anatomique vont s'accentuant jusqu'au sixième jour. Plus tardivement, vers le treizième jour, on assiste au retour vers l'état normal : le sinus central a reparu, les cellules sont moins nombreuses, la disposition aréolaire est redevenue visible en certains points.

En somme, ces modifications sont toutes en rapport avec une prolifération extrêmement active des trois ordres des cellules de la moelle. Cette hypergénèse explique l'augmentation du nombre des leucocytes, éléments destinés à détruire les microbes par la phagocytose. La moelle joue donc un rôle très important dans la lutte de l'organisme contre les germes. C'est là un nouvel exemple des conséquences éloignées d'une lésion en apparence locale, témoignant de la solidarité de toutes les parties de l'économie.

Toxicité urinaire dans la grossesse.

MM. E. Boix et J. Noé arrivent aux résultats suivants après l'examen de 23 femmes enceintes :

1° Dès le 2° mois, le coefficient diminue; la moyenne est de 0,338.

2° Au cours du 3° mois, il tombe encore et se maintient à peu près égal jusqu'au terme, avec une moyenne de 0,217.

3° Après l'accouchement, la toxicité reste diminuée, et remonte progressivement à la normale qu'elle n'atteint qu'au bout de deux mois environ.

D'après ces données, la recherche de la toxicité urinaire peut être un élément précieux de diagnostic même au début. Mais l'intérêt principal de ces recherches est dans l'interprétation à donner à ces phénomènes.

C'est à la suractivité fonctionnelle du foie pendant la grossesse que ces auteurs attribuent la destruction plus grande des poisons autochtones qui pourraient nuire au développement de l'embryon.

Cet équilibre est rompu dès que la cellule hépatique est au-dessous de sa tâche pour une cause quelconque, et dans ces cas l'urine est hypertoxique. Il a été rencontré trois exemples de cette hypertoxicité dans la grossesse chez des femmes qui présentaient de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire.

Donc, pour faire de l'éclampsie il faut non seulement un rein altéré, mais encore et surtout un foie malade.

Le rôle du foie dans l'action anticoagulante de la peptone.

M. Gley a déjà montré le rôle prépondérant du foie dans l'action anticoagulante de la peptone sur le sang. L'extirpation complète des intestins n'empêche point l'incoagulabilité, et M. Gley a pu s'assurer que cette opération, relativement facile, pouvait se faire, sans léser les lymphatiques du foie. On sait, ainsi que l'a établi Fano, que les injections de peptone augmentent l'écoulement de la lymphe. Si on introduit une canule dans le canal thoracique, pour rechercher l'écoulement lymphatique, on constate qu'après l'ablation des intestins, il y a diminution de la lymphe, mais l'écoulement devient très abondant après l'injection de la peptone.

M. Contejean ne conteste point le rôle du foie dans le phénomène anticoagulant de la peptone, mais il dit que les intestins eux-mêmes interviennent pour une part dans ce phénomène. Il a, de son côté, expérimenté en pratiquant l'ablation du foie et, après cette éviscération, a constaté quand même l'incoagulabité du sang après les injections de peptone; il se fait fort de renouveler l'expérience devant M. Gley.

M. Dastre intervient à son tour, pour montrer des faits connexes. Il présente des tubes contenant du sang peptoné centrifugé, et rendu ainsi incoagulable depuis plusieurs jours. Il a reconnu que ce plasma était très alcalin, et il estime que c'est à des modifications de milieu et non à l'absence du fibrin-ferment qu'est due la non-coagulabilité; si en effet on neutralise le liquide par l'addition d'un acide, la coagulation se produit. On ne saurait d'autre part attribuer la coagulation à la présence de globules blancs que la microscopie ne peut d'ailleurs révéler, et ensuite, si on ajoute à la liqueur de l'acide acétique pendant quelque temps, de façon à détruire ces globules s'ils existaient, puis si on revient à l'alcalinité par l'adjonction de carbonate de soude, l'incoagulabilité persiste.

Des effets de l'insufflation trachéo-bronchique sur la circulation au point de vue de la chirurgie des poumons.

MM. Tuffier et **Hallion**. — Nous avons exposé et montré que l'insufflation pulmonaire, ou respiration sous pression intrabronchique, facilitée par un tubage spécial, est probablement appelée à remplir un rôle important en chirurgie pulmonaire. Cette insufflation rhythmée permet d'entretenir la respiration, et de maintenir le poumon dans un état normal, malgré une large ouverture de la plèvre. Le pneumothorax ne peut se produire et s'il existe par lésion pleuro-pariétale l'insufflation peut le faire disparaître de suite.

Nous venons vous montrer maintenant que cette pression intra-bronchique, comme les expériences de Gréhant, Ducrocq et François-Franck le faisaient pressentir, laisse intact le fonctionnement régulier de la circulation pulmonaire et de la circulation générale. Cette donnée est capitale au point de vue de l'application de la méthode. Nous avons pris simultanément par la méthode graphique les tracés de la circulation pulmonaire et générale pendant l'insufflation bronchique, et vous pouvez constater que cette insufflation, dans les limites nécessaires à la neutralisation de l'élasticité pulmonaire, c'est-à-dire dans les limites qui empêchent la production du pneumothorax ou amènent sa guérison s'il existe, est parfaitement inoffensive et ne nuit pas à la circulation pulmonaire ou générale. Les variations enregistrées sont négligeables. Les tracés du polygraphe et les résultats obtenus sur nos animaux qui, après l'expérience, étaient en parfaite santé, le prouvent.

L'étude de l'élasticité pulmonaire et de la rétraction du poumon après la formation d'un pneumothorax nous a fourni quelques données pratiques importantes. Cette élasticité est inégalement répartie, et lorsqu'on provoque un pneumothorax, le poumon se rétracte sur son hile, mais son sommet s'écarte relativement peu du sommet de la poitrine, tandis que sa base, et surtout la partie qui comble le sinus costo-draphragmatique, fuit vers le hile au point de siéger à 16 ou 18 centimètres du sinus. Aussi quand on insuffle un poumon ainsi rétracté sur son hile, on arrive à lui faire combler, par son augmentation de volume, le sommet et les faces latérales, mais la base de la plèvre remplie d'air est bientôt isolée et l'air que cette base renferme ne peut être chassé par le poumon. Aussi est-il nécessaire pour chasser tout l'air de la plèvre, d'introduire un drain dans le point déclive du sinus et de faire sortir ce drain par la plaie pleuro-pariétale, ou bien d'introduire par la paroi thoracique une canule qui permette à l'air de s'échapper à mesure que le poumon insufflé approche du diaphragme.

Contraction cardiaque.

M. Contejean apporte une nouvelle preuve pour démontrer que la contraction cardiaque est de nature tétanique et non une contraction unique. On sait que le bruit rotatoire appartient à la contraction tétanique; or, si on enlève le cœur d'un animal, ce cœur continue à battre, mais le second bruit disparaît avec la déplétion de l'organe; le premier bruit persiste encore, mais affaibli, on peut empêcher le bruit orificiel de se produire en appliquant au niveau de l'orifice mitral le sthétoscope à ventouse de C. Paul; on perçoit ainsi, toutefois, encore un bruit rotatoire au moment de la contraction cardiaque.

Rétractilité du caillot dans les états infectieux.

M. Gley. — M. Hayem a attiré dernièrement l'attention sur ce fait que dans les états infectieux le sang fournit un caillot qui ne se rétracte pas. J'ai constaté le même fait chez des animaux ayant subi une injection de peptone.

Recherches sur les inhalations d'oxygène.

M. Mariani, en étudiant l'action de ces inhalations sur des malades atteints de cancer, de néphrite, de syphilis à la troisième période, de cirrhose hépatique, polysarcie, typhus, endocardite, etc., a toujours remarqué l'augmentation de l'urée et de l'azote total.

Ayant constaté à côté d'une très forte diminution de la toxicité des urines une augmentation sensible de l'alcalinité du sang, M. Mariani en conclut que les inhalations d'oxygène doivent être pratiquées largement en thérapeutique et dans les circonstances morbides où la régularité des échanges peut être menacée.

Cirrhose alcoolique hypertrophique pigmentaire.

MM. Gilbert et **Grenet** présentent l'observation d'un malade atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique. A l'autopsie ils vérifièrent l'augmentation de volume du foie constatée pendant la vie. La surface de l'organe était faiblement granuleuse et à la coupe on voyait des anneaux fibreux divisant le

parenchyme en îlots de dimensions variables. Histologiquement, outre les lésions scléreuses, existaient des amas de pigment infiltrant le tissu scléreux et le parenchyme. Ce pigment était du pigment ferrugineux. Les reins n'étaient pas pigmentés. Il s'agissait donc d'une cirrhose hypertrophique alcoolique pigmentaire.

Toxicité de la sueur.

M. Arloing a étudié la toxicité de la sueur provenant des individus sains et obtenue par le séjour dans un appareil spécial. Il a constaté qu'une injection intra-veineuse à la dose de 10 p. 1000 tue le chien en l'espace de 20 heures à 3 jours. Les lapins se montrent plus résistants que les chiens et les cobayes encore plus résistants que les lapins. Toutefois en augmentant la dose de sueur injectée on peut amener la mort des lapins et des cobayes.

Action du chlorure de sodium sur le sang du lapin et sur cet animal.

M. Maurel a étudié successivement l'action du chlorure de sodium sur le sang du lapin et sur cet animal, et, après ces deux séries d'expériences, il est arrivé à ces conclusions comme probables :

1° Que lorsqu'il s'agit d'augmenter le poids de cet animal, il faut s'adresser aux solutions fortes, et que les doses de chlorure de sodium doivent être de 0gr10 à 0gr20 par kilogramme de poids.

2° Qu'il en est de même quand on veut favoriser la reconstitution du sang.

3° Mais qu'au contraire, pour augmenter la diurèse, il faut employer les solutions étendues. A quantités égales, en effet, les solutions de chlorure de sodium semblent agir d'autant mieux dans ce sens qu'elles sont plus faibles.

Action des extraits hépatiques sur la glycosurie expérimentale.

MM. A. Gilbert et **P. Carnot.** — On sait que l'ingestion d'une dose massive de sucre de canne est suivie de glycosurie. Nous avons recherché l'action qu'exerce sur celle-ci le suc hépatique frais administré par la voie buccale et par la voie rectale. Nous avons constaté, dans ces conditions, une diminution notable de la glycosurie; en d'autres termes, l'opothérapie hépatique offre une action marquée sur la glycosurie alimentaire.

Chez le lapin, nous avons réalisé la glycémie et la glycosurie par l'injection intraveineuse d'une solution de glycose, et nous avons recherché les modifications que subit la glycosurie ainsi effectuée sous l'action de l'injection intra-veineuse d'extrait aqueux de foie frais. Dans ces conditions, la glycosurie subit une diminution remarquable; l'action de l'extrait hépatique se fait sentir d'ailleurs pendant un certain laps de temps, si bien que la glycosurie provoquée par une ultérieure injection intraveineuse de glycose se trouve également diminuée.

Nous avons également fait cette observation, que des injections successives d'extrait aqueux de foie produisent des effets cumulatifs se traduisant par une hypoglycosurie beaucoup plus marquée que celle à laquelle donne naissance une seule injection.

Entre les hypothèses qui pourraient être invoquées pour expliquer les faits que nous avons observés, nous nous rallions à celle qui suppose une action excitatrice exercée sur la fontion glycogénique du foie par les sucs organiques employés. Cette action pourrait être comparée à celle de la digitale sur les fibres musculaires du cœur. Nous fondons notre manière de voir sur des expériences actuellement en cours et aussi sur cette constatation que l'opothérapie hépatique paraît amener une excitation des diverses fonctions du foie, et, en particulier, produit une élévation du taux de l'urée urinaire.

Ajoutons encore que des recherches que nous poursuivons avec M. Grenet semblent d'ores et déjà établir que le bicarbonate de soude et l'eau de Vichy, l'antipyrine et d'autres substances, sont capables, à la façon des extraits du foie, de provoquer une hyperglycogénie plus ou moins marquée, dont la réalité se traduit par une diminution ou une suppression de la glycosurie alimentaire.

Le bacille de la psittacose.

MM. A. Gilbert et **L. Fournier.** — A l'occasion de plusieurs cas de psittacose que nous avons observés depuis le mois de janvier dernier, nous avons entrepris des recherches bactériologiques sur l'aspect pathogène de cette affection. On sait que M. Nocard a décrit comme tel un bacille qu'il a trouvé en 1892 dans la moelle osseuse d'ailes de perruches ayant succombé à la psittacose.

Nous avons retrouvé le bacille décrit par M. Nocard chez un perroquet, d'une part, et, d'autre part, dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose à l'hôpital Andral dans le service de M. Mathieu.

Voici les caractères de ce microorganisme : c'est un bacille court, épais, à extrémités arrondies, très mobile, ne prenant pas le Gram, à la fois aérobie et anérobie, se développant rapidement sur tous les milieux, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant pas fermenter la lactose, ne coagulant pas le lait; il se développe dans les milieux phéniques comme le colibacille et le bacille d'Eberth; il possède 10 à 12 cils vibratiles assez fragiles; il ne produit pas d'indol; il pousse lentement et sous forme de petites colonies sur le milieu d'Elsner.

Si par tous ces caractères il se rapproche beaucoup du bacille d'Eberth, il en diffère cependant, et d'une façon très nette par quelques autres de ses propriétés biologiques.

Ainsi il se développe sur d'anciennes cultures préalablement raclées; il pousse en même temps que le colibacille dans un même tube de bouillon, ce que met parfaitement en évidence l'inoculation de ce bouillon après 24 heures d'étuve.

Il se distingue aussi du bacille d'Eberth par son extrême virulence, pour les psittacés en particulier, par la longue conservation de cette virulence, enfin par le mode même de l'infection. On peut, en effet, infecter les animaux en mélangeant à leurs aliments des cultures de ce bacille; on connaît d'autre part l'expérience de M. Nocard, qui, ayant placé des ailes desséchées de perruches mortes de psittacose dans la cage d'une perruche saine, vit cet animal mourir en moins de 20 jours et retrouva le bacille à l'état pur dans ses viscères.

La réaction de Widal permet aussi de distinguer les deux microorganismes; MM. Widal et Sicard ont insisté récemment sur ce point particulier.

La morphologie, les propriétés biologiques du bacille de la psittacose peuvent faire naître l'idée que ce microorganisme n'est autre chose qu'un colibacille habitant normalement l'intestin des psittacés et acquérant, sous certaines influences, des propriétés pathogènes.

Nous avons, en effet, trouvé dans l'intestin de perruches et de perroquets normaux plusieurs variétés paracolibacillaires, parmi lesquelles une variété mobile ne faisant pas fermenter la lactose et produisant pas d'indol.

Cette constatation permet actuellement sur la nature et l'origine de la psittacose deux hypothèses : l'on peut penser, d'une part, que malgré leurs ressemblances le bacille de la psittacose et ce bacille intestinal normal des psittacés n'offrent aucune communauté originelle; d'autre part on peut émettre l'idée que ces deux germes dérivent d'une souche commune et que même le bacille habituellement inoffensif de l'intestin est capable sous certaines influences d'accroître sa virulence, de devenir infectieux de perroquet à perroquet et de celui-ci à l'homme.

M. Bordas envoie une note sur le dosage de la glycérine.

M. Widal résume les faits qui montrent que la réaction agglutinante est une réaction d'infection.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 Décembre 1896.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Pozzi envisage deux points : la part de la typhlite dans le syndrome de l'appendicite et la théorie de la cavité close de M. Dieulafoy.

Pour ce qui est du rôle de la typhlite, M. Pozzi a souvent noté la coexistence de la typhlite et de la pérityphlite avec l'appendicite, mais il ne pense pas la typhlite seule puisse provoquer des symptômes d'appendicite. Si après l'ablation de l'appendice les phénomènes morbides persistent, cela ne prouve pas que la typhlite soit seule en cause, car ces phénomènes peuvent être dus en effet à la typhlite, mais à la typhlite qui a coexisté avec l'appendicite. On peut donc admettre qu'il y a souvent simultanéité entre l'inflammation du cæcum et celle de l'appendice, créant une sorte de solidarité entre les maladies de ces deux organes; mais l'organe qui est le plus souvent atteint c'est l'appendice, qui par sa structure est un *locus minoris resistentiæ*. Et, du moment que l'inflammation existe et dans le cæcum et dans l'appendice, elle disparaît rapidement dans le cæcum, et tend à s'éterniser dans l'appendice.

Il ne faut pourtant pas croire que l'appendicite est toujours consécutive à l'entéro-colite ou à la typhlite : il y a, en effet, des appendicites d'emblée qui sont surtout d'origine calculeuse.

Y a-t-il des appendicites, suite d'infection générale, comme le veut M. Jalaguier? C'est possible. Quand l'appendice a été une fois malade, il reste en état de microbisme latent. Si, dans ce cas, il survient une maladie générale (grippe, varicelle, etc.), l'appendicite peut survenir. Mais alors il s'agit plutôt d'une appendicite réchauffée, récidivée. La même chose se passe pour la salpingite, qui peut se réveiller sous l'influence d'une maladie générale.

Quant à la théorie de la cavité close, M. Pozzi la croit un peu exclusive, mais exacte pour un certain nombre de cas. Elle peut en effet, dans certains cas, nous rendre compte de la gravité de l'appendicite, de l'exaltation de la virulence microbienne. La même chose se passe du côté de la trompe. Dans une salpingite suppurée, si la trompe reste perméable du côté de l'utérus, la lésion peut guérir. Mais si la salpingite se transforme en pyosalpinx, le pronostic est aggravé. Il y a alors cavité close; les microbes alors présentent une virulence plus grande. Il se fait des lésions de voisinage, des abcès. Pour faire d'une cavité une cavité close, il suffit de peu de chose, de la présence, par exemple, d'un bouchon muqueux, du gonflement de la muqueuse. La théorie de M. Dieulafoy ne peut donc être complètement rejetée.

M. Reynier partage au sujet de l'appendicite les idées de M. Brun et n'admet pas la théorie de la cavité close. Cette théorie ne peut s'appliquer à tous les cas, et, comme d'autres, M. Reynier a trouvé souvent des appendices malades dans lesquels la lumière est perméable. D'ailleurs, dans un pyosalpinx (cavité fermée) la virulence des microbes loin d'être exaltée est atténuée d'ordinaire. Pourquoi en serait-il autrement dans l'appendice?

M. Poirier trouve qu'on perd trop de vue l'anatomie de l'organe. L'appendice est un intestin qui reste en voie de regression jusqu'à l'âge de 30 ans. Donc cet organe, ne pouvant suivre l'intestin dans ses mouvements, peut se modifier, changer de situation, être comprimé plus ou moins par des replis péritonéaux; quelquefois il peut se tordre, gênant la circulation dans l'appendice.

Cet organe ainsi est facilement transformé en une cavité close, ou présente une torsion. Ces causes sont prédisposantes et facilitent les inflammations.

Cas de constriction des mâchoires.

M. Chavasse fait une communication sur un cas de constriction des mâchoires consécutive à une ankylose temporo-maxillaire des deux côtés, ankylose osseuse d'un côté, fibreuse de l'autre. Ces ankyloses étaient d'origine traumatique.

M. Chavasse a fait la résection temporo-maxillaire à droite, avec résection de l'apophyse coronoïde.

En ouvrant de force alors les mâchoires, l'ankylose a cédé du côté gauche.

M. Villemin rapporte un cas d'entéropexie (fixation de l'intestin à la paroi abdominale) pour lever une occlusion intestinale, suite de péritonite tuberculeuse guérie.

M. Jullien (de Paris) fait une communication sur un cas d'infection purulente consécutive à un panaris superficiel.

M. G. Marchant présente une malade guérie d'une sciatique rebelle par la dissociation du nerf sciatique, et un homme atteint de luxation acromioclaviculaire et traité par la suture.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Décembre 1896.

M. Rendu secrétaire général, résume les travaux de la Société pendant l'année 1896 et fait l'éloge des membres qu'elle a perdus cette année (Germain Sée, Labric, Constantin Paul, Girode, Hanot, Straus).

Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique.

M. J. Babinski. — Dans plusieurs cas de sciatique, j'ai observé du côté malade l'absence du réflexe du tendon d'Achille ou une grande faiblesse de ce réflexe comparativement au côté sain. J'ai constaté ce phénomène non seulement dans des cas de sciatique intense avec amyotrophie notable, correspondant à la forme que l'on désigne sous la dénomination de « sciatique névralgique ».

Chez une des malades que je présente à la Société, la sciatique, dont le début remonte à plus d'un an, avait donné naissance à la scoliose spéciale que Charcot et moi avons décrite, et à une abolition à peu près complète du réflexe du tendon d'Achille; depuis quelque temps les douleurs ont notablement diminué sous l'influence de la médication prescrite; en même temps la scoliose s'est atténuée d'une manière très sensible et le réflexe du tendon d'Achille a reparu; néanmoins il existe encore maintenant une différence très prononcée entre le réflexe du côté malade et celui du côté sain.

Ce phénomène, qui n'est pas mentionné dans les traités classiques, me paraît avoir une assez grande importance au point de vue du diagnostic; il peut en particulier contribuer à différencier la sciatique vraie de la sciatique hystérique, qui n'est pas une véritable névralgie, mais une douleur de nature psychique et dans laquelle, si j'en juge d'après les faits que j'ai observés, le phénomène en question fait défaut.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 Décembre 1896.

Le secret médical et les expertises.

M. Vibert a été dernièrement chargé d'examiner si une tête humaine, que l'on venait de trouver, avait servi à des étudiants pour leurs études anatomiques. L'examen était des plus faciles; la tête était momifiée et par conséquent conservée depuis des années, et avait un œil grossièrement simulé, qui se trouvait dans un orbite. L'enquête a, du reste, démontré que cette tête avait été préparée, il y a longtemps, par un naturaliste amateur.

A ce propos M. Vibert se plaint de ce que certains journaux ont raconté qu'il s'était trompé grossièrement qu'il avait induit les magistrats en erreur en disant qu'il s'agissait d'un crime, etc., le tout accompagné des commentaires les plus injurieux sur son ignorance et celle des experts. Ces calomnies ont été reproduites à l'étranger.

Lié par le secret professionnel, M. Vibert a été obligé de laisser courir les propos absurdes que l'on lui attribuait, et les calomnies que l'on répandait sur son compte. Il y a là pour l'expert une situation toute spéciale qu'il tient à signaler en demandant s'il n'y a pas un moyen d'y remédier.

M. Laugier tient à appuyer sur la gêne que la presse apporte à l'œuvre du médecin expert. Dernièrement il était chargé de faire l'autopsie d'une femme. A 9 heures du matin, un reporter vient sonner à sa porte; comme M. Laugier n'était pas là, le journaliste demande à parler aux personnes de son entourage, et bien qu'il n'ait pas été reçu le lendemain il a publié dans son journal une soi-disant conversation qu'il aurait eue avec M. Laugier.

La Société vote à l'unanimité la résolution suivante :

« La Société de médecine légale, émue des attaques aussi vives qu'injustes dirigées par certains journaux contre M. le Dr Vibert à propos d'une expertise récente, proteste contre les imputations calomnieuses et erronées dirigées contre les médecins experts et regrette que l'obligation du secret professionnel les mette dans l'impossibilité absolue d'y répondre. »

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Décembre 1896.

Injections intramusculaires solubles de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis.

M. Paul Gallois a eu à pratiquer, dans le cours de cette année, des injections de benzoate sur une vingtaine de malades, tant en ville qu'à l'hôpital. De ces observations, il ne rapportera que deux cas de syphilis du voile du palais et un cas de syphilis cérébrale.

Le premier cas a trait à une femme d'une cinquantaine d'années atteinte de psoriasis plantaire. Les frictions, l'usage interne de pilules de protoiodure, du sirop de Gilbert et de l'iodure de potassium, l'application sur le psoriasis de l'emplâtre de Vigo mercuriel, les frictions mercurielles sur la plante du pied n'ayant amené aucune amélioration, M. Gallois eut recours aux injections de benzoate qui furent continuées pendant 1 mois. Très rapidement, en moins de 8 jours, le psoriasis, qui touchait presque à la guérison, récidiva d'une façon complète. La guérison définitive ne fut obtenue qu'après une nouvelle cure de 1 mois 1/2. Il y a 1 an de cela, il n'est rien survenu.

La seconde observation est celle d'un Espagnol qui avait un psoriasis plantaire au pied gauche et quelques plaques muqueuses à la langue et aux lèvres. On lui fit, tous les jours, une injection de 1 gramme de la solution de benzoate, ce qui est la moitié de la dose indiquée par Stoukowenkow. On cessa à la 35e, le malade étant déjà absolument guéri depuis 5 ou 6 jours et n'ayant, à aucun moment, présenté le moindre accident.

Les cas de syphilis ont été observés à la consultation de la Charité. Dans deux, il s'agissait de syphilis bucco-pharyngienne qui a largement bénéficié de la médication. Le troisième cas a trait à un cas de syphilis cérébrale.

Il s'agit dans ce cas d'un homme de 44 ans qui vint avec du purpura assez étendu des deux jambes et une albuminurie assez considérable. On diagnostiqua une néphrite grippale et on mit le malade au lait. Le purpura s'éteignit peu à peu et l'albumine diminua de quantité, mais survint une céphalée nocturne, avec douleurs dans les membres, pouvant faire penser à la syphilis.

Malgré l'albuminurie légère, M. Gallois fit des injections de benzoate à la dose d'une seringue par jour. C'était le 1er mai. 3 ou 4 jours après, le malade se plaignit un soir de sentir sa main droite paralysée; il était obligé de la transporter avec la main gauche, la jambe était faible et lui permettait difficilement de se tourner dans son lit. Il bredouillait et trouvait difficilement ses mots. M. Gallois fit alors 2 injections par jour, et eut la joie de constater, en 2 ou 3 jours, une amélioration très considérable : la parole redevint nette, la jambe retrouva sa mobilité, le bras cependant resta plus longtemps atteint, simplement parésié. Les douleurs disparurent également progressivement. La dose de 2 seringues ne fut pas continuée très longtemps, le malade accusant un peu de stomatite et ayant, d'ailleurs, de mauvaises dents. Au bout de 26 jours, on cessa les piqûres et on mit le malade au régime de l'iodure avec des pilules, et bientôt il partait à la campagne. Actuellement, il ne reste au malade, de son attaque, qu'un peu de faiblesse du médius droit qui le gêne quand il veut tenir une plume pour écrire.

Ces quelques observations montrent suffisamment l'efficacité de la méthode. Quoique souvent on n'ait employé que la moitié de la dose prescrite, l'action curative s'est montrée assez rapide. Il semble qu'à cet égard les injections de benzoate valent les injections insolubles.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 Décembre 1896.

Examen bactériologique du sang dans les maladies infectieuses.

M. H. Kohn a fait dans les maladies infectieuses un grand nombre d'examens bactériologiques du sang, pris sur le vivant directement dans une veine; dans aucun cas, la petite opération n'a produit d'accidents.

Dans la septicémie il a trouvé des bactéries en quantités énormes, 200 à 1 000 colonies de streptocoques sur une plaque, et, dans 2 autres cas où il s'agissait d'endocardite ulcéreuse, d'abondantes colonies de staphylocoques; dans la fièvre typhoïde dont il a examiné un grand nombre de cas, il n'a trouvé des bactéries que 2 fois. Dans la leucémie chronique et dans la pseudo-leucémie, les recherches ont donné des résultats négatifs; il en a été de même dans la fièvre aphteuse et dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'affection que M. Kohn a étudiée d'une façon particulière au point de vue de la bactériologie du sang est la pneumonie. Sur 32 cas de pneumonie franche, l'examen du sang est resté négatif 18 fois; les pneumocoques existaient dans 14 cas; 12 de ces malades ont succombé et 2 ont eu une convalescence très grave. Sur les 18 cas dans lesquels l'examen du sang fut négatif on n'a eu que 3 morts.

D'une façon générale, M. Kohn a pu constater que la grande majorité des malades dont le sang ne contient pas de microorganismes guérissent, tandis que la plupart de ceux dont le sang contient des microbes meurent. D'autres observateurs sont arrivés à la même conclusion. L'invasion du sang par les microorganismes est évidemment l'effet d'une diminution de la résistance de l'organisme et d'une augmentation de la virulence des microbes. Dans les inflammations pulmonaires graves on a souvent affaire à une complication par l'infection pneumococcienne.

M. Leyden n'a trouvé des pneumocoques dans le sang qu'à une période avancée de la pneumonie. Comme M. Kohn, M. Leyden pense que la présence des microbes dans le sang comporte un pronostic grave.

M. A. Fränkel estime qu'on ne trouve des pneumocoques dans le sang des pneumoniques que dans les cas de mort prochaine ou dans les métastases. Ainsi, chez une femme de 30 ans atteinte de pneumonie et chez laquelle on trouva des pneumocoques dans le sang, il survint, 2 jours après l'examen du sang, un gonflement du coude gauche avec suppuration et pus contenant des pneumocoques. Il y eut ensuite d'autres métastases articulaires.

Dans l'influenza M. Fränkel n'a jamais trouvé de bacilles. Dans un autre cas, où le malade a succombé à une pneumonie infectieuse grave, l'autopsie a montré les lésions typiques de la pneumonie de l'influenza avec de nombreux bacilles spécifiques.

M. Stadelmann rapporte un cas de pneumonie grave avec symptômes cérébraux ayant fait penser à l'existence d'une méningite. La ponction du poumon ramena un liquide contenant des pneumocoques. Dans les cas présumés d'endocardite ulcéreuse, M. Stadelmann a souvent recherché dans le sang les streptocoques et les staphylocoques, mais il n'a jamais rien trouvé.

M. Jacob fait remarquer que la pneumonie qui s'accompagne d'une augmentation de globules blancs a une issue favorable, ce qui peut s'expliquer peut-être par ce fait que les globules blancs obstruant les capillaires barrent le passage aux micrococques.

Sténose congénitale de l'artère pulmonaire et persistance du canal artériel de Botal.

M. Litten a communiqué l'observation d'une jeune fille de 22 ans, présentant une cyanose intense des doigts en baguettes de tambour, des palpitations, de la dyspnée et de la cépha-

lalgie. Les conjonctives des yeux proéminents sont fortement injectées. La main appliquée sur la région du cœur perçoit un frémissement intense; à l'auscultation on entend un bruit systolique sur toute la région du cœur; il n'y a pas de pouls veineux.

D'après M. Litten la malade serait atteinte de sténose congénitale de l'artère pulmonaire. Les troubles subjectifs sont modérés, le pouls radial fort; en effet si la sténose était très prononcée, une faible quantité de sang arriverait dans le cœur gauche et par conséquent le pouls serait faible.

En outre, M. Litten pense que dans ce cas il existe encore la persistance du canal artériel de Botal, avec courant sanguin allant vers l'aorte, parce que la pression sanguine est plus forte dans l'artère fémorale que dans la radiale. D'après M. Litten une telle différence de pression au profit des artères inférieures a lieu parce que le sang qui s'écoule du conduit de Botal dans l'aorte arrive dans cette artère au-dessous de l'origine des grosses artères supérieures.

Anévrysme de l'aorte.

M. A. Fränkel a présenté un malade de 38 ans, qui offre un symptôme peu connu d'anévrysme de l'aorte, à savoir le symptôme d'Oliver, consistant comme on sait dans une pulsation particulière de la pomme d'Adam. Cette pulsation, qui se dirige de haut en bas, se remarque bien lorsque, la tête étant inclinée en arrière, on soulève un peu le cartilage cricoïde avec le pouce et l'index. Ces mouvements ne se montrent que dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte, parce que la tumeur attire en bas la trachée pendant les pulsations.

M. Gerhardt admet que cette pulsation est un signe important d'anévrysme de la crosse de l'aorte, mais il n'est pas constant. Dans un cas d'anévrysme de l'aorte il a observé des mouvements pulsatiles des cordes vocales et du voile du palais.

M. A. Fränkel croit que le symptôme d'Oliver existe dans un assez grand nombre de cas et qu'il possède une certaine valeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MAGDEBOURG

Étiologie et traitement des affections puerpérales.

M. J. Lange estime que si la morbidité puerpérale reste toujours à une certaine hauteur, cela tient surtout à la fréquence des processus gonorrhéiques. D'un autre côté, il est certain qu'un grand nombre d'affections puerpérales légères passent inaperçues. Pour dépister ces dernières, il faut se rapporter plutôt à l'état du pouls qu'à celui de la température, ceci d'autant mieux qu'un grand nombre de processus morbides peuvent évoluer pendant la puerpéralité sans amener la moindre élévation de la température. Par contre, dans les mêmes conditions on trouve toujours une accélération du pouls, et comme cette accélération précède toujours l'élévation de la température, quand celle-ci a lieu, il s'ensuit que les modifications du côté du pouls acquièrent une importance considérable au point de vue du traitement.

M. Lange se déclare adversaire résolu des injections vaginales faites par les sages-femmes ou les surveillantes qui commettent des infractions telles contre l'antisepsie que les lavages, au lieu d'être utiles, sont plutôt nuisibles. Par contre, une intra-utérine unique a toujours paru utile à M. Lange, et n'a jamais provoqué d'accidents.

M. Dahlmann signale les bons résultats que donne dans les affections puerpérales le traitement général par l'alcool et les bains tièdes, tous les deux servant principalement à tonifier le cœur. Les bains agissent encore en calmant l'excitation des malades et en leur procurant un sommeil tranquille.

M. Thorn est également partisan de l'alcool dans le traitement de la septicémie puerpérale, mais les bains lui semblent inutiles. Dans les légères élévations de la température, il préfère attendre, car souvent le processus qui les a provoquées s'éteint spontanément. Par contre, en cas de fièvre élevée, il désinfecte soigneusement tout le tractus génital, sans se cacher que, dans la véritable septicémie puerpérale, lavages et grattages n'arrêtent pas le processus. Le véritable traitement de la septicémie puerpérale est purement prophylactique.

M. Aufrecht pense que les processus puerpéraux peuvent actuellement se diviser en 4 groupes : 1° l'endométrite puerpérale avec phénomènes de septicémie, mais sans foyers localisés aux autres organes; 2° l'endométrite puerpérale avec péritonite, voire même avec pleurésie et péricardite; 3° la paramétrite puerpérale; 4° la diphthérie du vagin avec ou sans propagation à la cavité utérine. Les 2 premiers groupes embrassent les cas les plus graves dont les premiers signes apparaissent déjà peu de temps après l'accouchement. Dans toutes ces formes on peut observer des thromboses des veines péri-utérines.

Au point de vue étiologique il est certain que la septicémie puerpérale est produite par une infection résultant de l'état insuffisamment aseptique des instruments, des linges, des pièces de pansement, des mains de l'accoucheur. Toutefois, les expériences faites par M. Aufrecht sur des lapines pleines, auxquelles il faisait des injections sous-cutanées des cultures pneumococciques, montrent que la septicémie puerpérale et à point de départ utérin peut se produire par la voie sanguine.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 11 Décembre 1896.

Néphralgie et albuminurie par hypertension des vaisseaux du rein.

M. David Newman a observé quatre cas où la torsion des vaisseaux du hile du rein et celle de l'uretère a provoqué des douleurs lombaires rappelant les coliques néphrétiques, de l'hématurie et aussi de l'albuminurie avec ou sans élimination de tubes urinifères.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un rein flottant tuméfié et congestionné par suite d'une torsion des vaisseaux rénaux et des uretères, consécutivement à un effort. Les symptômes ont consisté en douleurs néphrétiques survenant par accès, en hématurie et en troubles gastriques. Une incision lombaire montra que le rein avait subi une rotation telle que son extrémité supérieure proéminait en avant. M. Newman décortiqua le rein sur une étendue d'environ 1 centimètre tout autour de l'incision, enleva l'excès de graisse périrénale et sutura le reste de la capsule graisseuse à la paroi abdominale de façon à fixer le rein aussi haut que possible. Le malade guérit et depuis il n'a jamais présenté de symptômes morbides du côté des reins.

La seconde observation est celle d'un malade atteint de douleurs paroxystiques intenses dans la région rénale et d'hématurie. L'urine contenait parfois des cylindres hématiques et épithéliaux, ainsi que de l'albumine. Ici encore M. Newman trouva le rein gauche déplacé en haut et en avant et tordu autour par son petit axe. Une intervention identique à celle faite au premier malade a fait définitivement disparaître l'hématurie et les douleurs rénales.

Le troisième malade avait des douleurs rénales survenant par accès et accompagnées de nausées et de vomissements. Les urines étaient normales. Au cours de l'intervention, qui fut la même que chez les deux premiers malades, M. Newman trouva la substance corticale du rein droit fortement congestionnée, le rein tuméfié et modérément mobile; l'uretère et les vaisseaux du hile ne paraissaient pas avoir subi de torsion. L'opéré guérit.

Le dernier cas de ce groupe a trait à un homme de quarante-neuf ans qui, quelque temps après avoir fait une chute de cheval, remarqua une tumeur mobile dans son hypochondre droit. En même temps le malade fut atteint de douleurs à la région lombaire droite et de troubles dyspeptiques avec constipation et parfois anurie, mais sans albuminurie. Dans ce cas la néphrorraphie donna un excellent résultat.

A côté de ces faits, M. Newman en a observé d'autres analogues à ceux signalés dernièrement par M. Harrison et où des hyper-

hémies rénales d'origine inflammatoire ont provoqué de l'albuminurie avec néphralgies et ont disparu après la ponction rénale ou la néphrotomie.

Un de ces cas se rapporte à un homme atteint de douleurs lombaires, localisées surtout à droite et qui avaient débuté brusquement il y a deux mois. Le malade avait en même temps une oxalurie assez marquée et présentait aussi de temps à autre de l'hématurie. A l'opération le rein droit fut trouvé considérablement tuméfié, très étendu et de couleur chocolat foncé. Il n'existait pas de calculs. Une incision large du rein ayant donné lieu à une hémorrhagie abondante, on fut obligé de faire un tamponnement avec de la gaze iodoformée. A la suite de cette intervention, l'albuminurie et tous les autres troubles morbides disparurent d'une façon définitive.

Dans deux autres cas les troubles rénaux étaient vraisemblablement d'origine réflexe.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de soixante-trois ans, qui se plaignait de violentes douleurs abdominales avec suppression brusque et presque complète des urines, nausées et vomissements. L'urine était fortement albumineuse et contenait des cylindres hématiques. Comme on notait en même temps une matité et une résistance exagérée au-dessus du ligament du Poupart droit, on pensa à une petite hernie épiploïque étranglée et cette supposition fut confirmée au cours de l'intervention opératoire. Après la kélotomie, l'albuminurie disparut au bout de trois jours.

Dans l'autre cas il s'agit d'un homme de 21 ans entré à l'hôpital pour des douleurs intenses à la région hypogastrique, apparues brusquement la veille. Le malade se trouvait en état de collapsus et accusait une vive douleur au niveau de la vessie. Le cathétérisme montra que la vessie était vide. Deux applications de ventouses à la région lombaire eurent pour effet d'amener une élimination assez abondante d'une urine contenant de l'albumine, du sang et un peu de pus. Le lendemain, survinrent des vomissements fécaloïdes. La laparotomie faite le même jour montra l'existence d'une bride membraneuse comprimant l'intestin au niveau du point de jonction du jéjunum et de l'iléon et ayant déjà amené la gangrène d'une portion de l'intestin.

M. Newman pense que, dans ces deux derniers cas, l'étranglement herniaire avait produit un spasme réflexe des vaisseaux rénaux ou des parois des uretères. La suppression des urines serait due, dans ces conditions, à un rétrécissement spasmodique de l'uretère ou des petites artères du rein.

M. Kingston Fowler a observé une dame qui présentait des douleurs intenses dans la région rénale avec hématurie. Les reins, surtout celui du côté droit, étaient manifestement augmentés de volume. On crut à l'existence d'un rein flottant et on intervint chirurgicalement, mais on trouva les deux reins dans un état de dégénérescence kystique avancée.

M. Barker est d'avis que la disparition des troubles rénaux à la suite d'une opération sur le rein, dans des cas où l'absence de néphrolithiase a pu être constatée, s'explique par le déplacement, sous l'influence de l'intervention opératoire, de cristaux uriques obturant les tubes urinifères.

M. G. H. Makins a rencontré également des cas dans lesquels aucun calcul rénal n'a été constaté au cours de l'opération qui a cependant amené la cessation des troubles morbides.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE.

Séances des 2 et 9 Décembre 1896.

Tétanie et auto-intoxication.

M. Singer fait observer que la dilatation de l'estomac est fréquente dans la tétanie et que dans ces cas on a trouvé des substances toxiques dans le contenu intestinal de l'urine. La tétanie par auto-intoxication s'observe encore dans des affections gastro-intestinales sans dilatation de l'estomac.

Une autre affection où l'auto-intoxication joue un grand rôle est la chlorose, où l'atonie frappe non seulement l'estomac, mais aussi l'intestin.

L'auto-intoxication chronique d'origine intestinale amène des lésions manifestes de l'intestin, entre autres une constipation habituelle aboutissant à l'entéroptose.

M. Frankl-Hochwart a vu la tétanie survenir dans l'entérite aiguë; dans deux cas l'apparition de la tétanie semblait se rattacher à une pérityphlite concomitante. Il est à noter que la tétanie par affection intestinale s'observe rarement dans les mois où la tétanie simple est particulièrement fréquente.

M. Kassowitz fait observer que la rareté de la tétanie par auto-intoxication aux époques où la tétanie ordinaire est rare, parle contre l'origine intestinale de la tétanie. Tout le monde est actuellement d'accord sur ce fait que la tétanie est particulièrement fréquente pendant l'hiver et le printemps. Or le rachitisme s'observe aussi d'une façon particulièrement fréquente pendant cette saison, et ce fait permet d'établir une relation entre la tétanie et le rachitisme. Un autre fait qui parle contre l'origine intestinale de la tétanie c'est que chez les athrepsiques non rachitiques on n'observe jamais de tétanie.

D'après M. Kassowitz, la tétanie que l'on observe chez les nourrissons au-dessous de 2 ans est, à quelques exceptions près, toujours liée au rachitisme. La relation entre ces deux affections est encore démontrée par le succès de la médication phosphorée dans la tétanie. Cette relation est purement anatomique et est due à ce qu'en cas de craniotabès la congestion des os du crâne se propage aux méninges et au cerveau et provoque une irritation des zones motrices se manifestant par des convulsions.

M. Schlesinger a observé plusieurs cas où la tétanie s'était développée à la suite des gastro-entérites aiguës. Il a également noté, à côté des cas à symptomatologie peu nette, d'autres où les symptômes avaient une tendance à la récidive.

Dans un cas, le rapport entre la fermentation stomacale et la tétanie était prouvé par ce fait que les phénomènes de tétanie disparaissaient après chaque lavage d'estomac.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 4 Décembre 1896.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Hochenegg a rapporté l'observation d'un individu qui, en mangeant rapidement, avait avalé un os de poulet. Il fut pris d'une douleur assez vive, mais il a pu néanmoins continuer son repas. On admit donc que le corps étranger avait passé dans l'estomac.

Les douleurs ne disparurent pourtant pas et, quelques jours après l'accident, il survint un vomissement de sang qui se répéta les jours suivants. A l'examen on trouvait très nettement une douleur localisée à la hauteur du cartilage cricoïde. Dans l'œsophage même, recouvert d'un goitre volumineux, on ne trouva pas de sensibilité particulière.

Dans ces conditions, M. Hochenegg n'hésita pas à pratiquer l'œsophagotomie externe. Une incision faite au côté droit du cou a nécessité, avant d'arriver sur l'œsophage, la libération du goitre : l'œsophage une fois ouvert il fut impossible de trouver le corps étranger. On fit alors une incision sur le côté gauche du cou, et le corps étranger fut enfin trouvé dans une poche de la paroi postérieure de l'œsophage déjà infiltré de pus. L'hémorrhagie constatée avant l'opération provenait d'une veine variqueuse ulcérée, qui fut liée au cours de l'ulcération.

Drainage de la plaie à la gaze iodoformée et guérison en 15 jours.

M. Hochenegg a fait observer que les hémorrhagies qu'on observe dans ces cas sont ordinairement tardives et surviennent par ulcération des vaisseaux voisins du corps étranger. Elles comportent ordinairement un pronostic sombre, comme cela résulte des statistiques qui montrent que sur le total de ce genre on n'a sauvé par l'opération que deux malades.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

ÉDITION DU DIMANCHE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive,

Par le Dr Chaleix-Vivie (de Bordeaux).

Quand on étudie la marche habituelle de la fausse couche et les conditions anatomiques de l'utérus aux premiers mois de la grossesse, on comprend avec quelle fréquence et quelle facilité peut se produire la rétention totale ou partielle des annexes après l'expulsion du fœtus ou de l'embryon.

Si, tout à fait au début de la grossesse, la sortie de l'œuf abortif se fait généralement en un seul temps, cette issue *en bloc* est loin d'être aussi constante que le formulaient Gallard et Leblond, et cela par le processus même de l'hémorrhagie qui, à cette époque, est la cause mécanique la plus fréquente de l'avortement. L'épanchement sanguin qui se fait dans la cavité utérine déchire les liens fragiles qui unissent l'œuf à l'utérus, quelquefois le chorion et l'amnios lui-même.

La tunique musculaire utérine, encore en voie de développement, ne peut fournir à cette époque que de faibles contractions; le col, à peine ramolli, ne s'efface pas comme pour l'accouchement, et constitue un canal d'autant plus rigide que la grossesse est moins avancée. L'embryon, d'un faible volume, franchit aisément ce canal qui a à peine besoin de s'entr'ouvrir légèrement pour le laisser passer. Il disparaît perdu au milieu du sang, mais le véritable avortement n'est pas fait; le col se referme après la sortie du fœtus et il faut un nouveau travail pour que le reste de l'œuf puisse sortir. Or, ce reste de l'œuf se compose non seulement du chorion et de l'amnios, mais de la caduque, dont les adhérences à l'utérus sont encore très solides; de là, une nouvelle raison pour que le travail se prolonge, exposant la malade à de graves accidents.

A une période plus avancée de la grossesse, les conditions varient un peu, mais rendent plus facile encore la rétention annexielle. Le placenta est constitué définitivement; il adhère intimement à la matrice et son volume est relativement plus considérable que celui du fœtus. D'autre part, il ne faut pas oublier, ce qui, d'ailleurs, concerne tous les âges de la grossesse, que, si c'est à un processus pathologique qu'est due la fausse couche, les altérations anatomiques qu'il entraînera, soit au niveau de la muqueuse utérine, soit au niveau des annexes du fœtus, pourront rendre ces dernières plus adhérentes et retarder ou compromettre leur évacuation.

A cette époque, l'avortement en deux temps est, comme on le sait, la règle, et l'avortement en bloc l'exception. Après l'issue du fœtus qui, grâce à sa mollesse, a facilement franchi le canal cervical, le placenta reste encore dans l'utérus, décollé ou non, mais trop gros pour pouvoir sortir sans un nouveau travail d'expulsion. Le col, en effet, est revenu sur lui-même et ce n'est qu'à l'aide de nouvelles contractions qu'il va se rouvrir pour livrer passage au placenta. Mais quoique plus accentuée que dans les premiers temps de la grossesse, la structure musculaire est encore rudimentaire, les contractions peuvent être faibles, espacées, lutter mal contre l'adhérence du placenta et l'angustie relative du canal cervical. Aussi, trop souvent, ce second temps de l'avortement traîne-t-il en longueur, exposant par sa durée la parturiente à de redoutables éventualités qui donnent à l'expulsion totale et rapide du placenta une importance de premier ordre.

De tous ces accidents, le plus saillant est l'hémorrhagie. Cette dernière peut apparaître immédiate, formidable, peu de temps après la sortie du fœtus; ou se faire attendre plus longtemps, quelques jours même, et surprendre par sa soudaineté; elle peut cesser tout à fait pour reprendre par intermittences, ou se transformer en un suintement continu, interminable. Ces modalités varient évidemment suivant le degré ou la marche du décollement du placenta, comme aussi suivant les altérations infligées par sa rétention à la muqueuse utérine.

Moins bruyantes et ordinairement moins rapides, les complications septicémiques sont, elles aussi, d'une singulière gravité. Le placenta, demeuré en totalité ou en partie dans l'utérus, est destiné à devenir tôt ou tard un élément cadavérique, une source d'agents infectieux qui altéreront la muqueuse utérine et envahiront les annexes, le péritoine et parfois l'organisme tout entier.

Ces accidents septiques, dont l'intensité est parfois mortelle, peuvent être aussi immédiatement légers, échapper même à une recherche superficielle, mais laisser derrière eux les lésions durables de l'endométrite, de la salpingo-ovarite et de la pelvi-péritonite chronique, et constituer pour l'avenir une tare morbide dans la sphère génitale.

Bornons-nous à signaler la relation établie entre la rétention placentaire partielle ou totale et la production de véritables tumeurs (môle hydatiforme récidivée, déciduome malin ou sarcome choro-cellulaire) (1).

1. Hartmann et Toupet, Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta (*Annales de gynécologie*, avril 1895) — Cazin, Déciduomes malins (*la Gynécologie*, février 1896).

L'avortement incomplet est donc un état dangereux et pour le présent et pour l'avenir, contre lequel le praticien doit être armé d'une technique très précise et bien définie dans ses moindres points.

Dans un mémoire paru tout récemment (1) nous avons, avec la collaboration de notre ami le Dr Audebert, étudié très minutieusement cette technique, en ayant soin de nous placer sans cesse en face des difficultés de la pratique courante. Nous y renverrons donc le lecteur pour les détails, nous bornant ici à formuler la conduite que doit, à notre avis, tenir le médecin en présence d'une rétention placentaire accompagnée d'hémorrhagie, ou de troubles infectieux, ou bien dans le cas litigieux encore où cette rétention est demeurée exempte de tout accident apparent.

L'hémorrhagie, phénomène à évolution rapide, quelquefois foudroyante, demande un traitement d'une immédiate efficacité. Quelquefois en effet la mort survient en pleine hémorrhagie, d'autres fois l'intensité de cette dernière a été telle que, malgré l'arrêt du sang, la femme succombe au bout de quelques heures à la déchéance organique où l'a plongée la spoliation sanguine. Dans d'autres cas, le décollement du placenta amène une hémorrhagie brusque plus ou moins abondante, qui s'arrête en un temps variable; quelques heures ou quelques jours après, nouveau décollement placentaire, nouvelle perte; il peut en être ainsi jusqu'à ce que le placenta soit totalement décollé ou expulsé. Cet état se prolonge plusieurs jours, chaque perte affaiblit davantage la malade qui peut arriver à un point de dépression tel qu'il suffit quelquefois d'une légère effusion sanguine pour amener la syncope et la mort.

D'autres fois aussi, la rétention d'un fragment placencentaire de volume minime entretient non pas une véritable hémorrhagie, mais un suintement sanguin constant ou intermittent qui dure pendant des mois, minant lentement les forces des malades.

Contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, l'hémorrhagie peut être inquiétante et durable, quel que soit l'âge de la grossesse. Nous avons rapporté plusieurs faits très démonstratifs de métrorrhagies graves, consécutives à des *fausses couches ovulaires* incomplètes.

Le seul traitement réellement et définitivement efficace sera celui qui s'inspirera de la pathogénie et amènera l'évacuation totale de l'utérus.

Les *injections vaginales* chaudes, communément employées dans la pratique, ont pour principal mérite de déblayer le vagin, elles peuvent arrêter un moment la perte de sang, mais il est rare qu'elles amènent l'expulsion du délivre; elles ne produisent qu'une hémostase infidèle et passagère.

Les *injections utérines* exciteront plus directement les contractions des fibres musculaires mais elles ne donneront qu'une faible hémostase tant que persistera la rétention. Leur seule utilité peut être d'activer l'expulsion annexielle, surtout si l'on fait usage de sondes dilatatrices; elles ont échoué dans presque tous les cas d'hémorrhagie *post abortum* où nous avons voulu avoir recours à elles seules.

Nous ne parlerons que pour les condamner des *injections utérines caustiques coagulantes* défendues par certains auteurs, surtout à l'étranger, qui ne redoutent pas de pousser dans l'utérus de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, etc. De graves accidents toxiques ou emboliques en ont été souvent la conséquence, d'autant plus que ces injections sont faites habituellement avec des appareils sans double courant, tels que la seringue de Braun.

Les *crayons de chlorure de zinc*, quoique défendus avec opiniâtreté ces dernières années, disparaissent heureusement dans le passé.

L'*ergot de seigle*, avec ses dérivés, l'ergotine et l'ergotinine, constituait aux yeux de nos devanciers un traitement de choix. Il avait, disait-on, la double propriété d'arrêter l'hémorrhagie par vaso-constriction et de hâter, en excitant les contractions utérines, l'expulsion du placenta. Malheureusement les faits ne justifient pas cette opinion longtemps admise. L'ergot fait contracter l'utérus dans sa totalité, peut aider dans une certaine mesure au décollement du placenta, mais l'emprisonne par resserrement du canal cervical. Bien plus, nous n'hésitons pas à contester son action hémostatique sur un utérus non encore évacué. Nous avons été souvent appelé auprès de femmes chez lesquelles l'ergot de seigle par la voie buccale ou l'ergotine par piqûres hypodermiqes n'avaient pas amendé une hémorrhagie entretenue par la rétention de tout ou partie du placenta.

C'est une notion courante de thérapeutique générale que de chercher à obturer toute voie d'écoulement sanguin. Le *tamponnement vaginal* oppose au sang une barrière mécanique et crée un caillot qui bouche les orifices vasculaires. D'autre part, par sa présence au niveau du col, il sollicite les contractions utérines, et peut, disent les auteurs classiques, hâter l'issue spontanée du placenta. Ce bénéfice est rarement obtenu; néanmoins le rôle hémostatique du tampon est quelquefois indiscutable; mais, pour être efficace, le tamponnement doit être très bien fait: il faut s'attacher d'emblée à remplir exactement le fond du vagin en tenant compte de ce fait que l'utérus se laisse aisément mobiliser de bas en haut et qu'il peut exister entre le tampon et le segment inférieur un espace vide où le sang continuerait à fluer. En outre, on sait que la présence du tampon est surtout insupportable lorsqu'il n'occupe que la région voisine de la vulve.

On est souvent appelé en ville auprès de femmes chez lesquelles le tamponnement a été fait d'une façon absolument insuffisante, avec quelques bourdonnets d'ouate ou un peu de gaze iodoformée; l'hémostase est dans ces cas absolument nulle, et le tampon joue un rôle plutôt funeste en masquant l'hémorrhagie persistante et en privant, par une fausse sécurité, la malade d'un traitement plus rationnel.

En somme, le *tamponnement vaginal* est un moyen d'urgence précieux, en ce sens qu'il peut, *s'il est très bien fait*, donner une hémostase immédiate, mais les hémorrhagies pourront reprendre dès son ablation.

Arrivons aux procédés, plus appréciables, qui s'attaquent directement à la rétention placentaire, cause de l'hémorrhagie.

Il y a tout d'abord le *curage digital* qui réussit quelquefois à enlever la totalité du placenta; nombreux sont les succès portés à son actif. Le curage digital, sauf les cas où l'utérus s'abaisse facilement, exige l'introduction totale de la main dans le vagin, pour qu'un ou deux doigts puissent pénétrer profondément dans la cavité utérine. Cette précaution nécessaire rend ce mode opératoire très douloureux et très difficile chez les femmes à vulve étroite, les primipares par exemple.

Il ne faut pas, en effet, confondre le curage digital avec les *tentatives imprudentes d'extraction* auxquelles les gens inexpérimentés peuvent se laisser aller lorsqu'une partie du placenta fait hernie au travers du col. Plus condamnable encore serait toute traction exercée sur un lambeau

1. Chaleix-Vivie et Audebert, Traitement de l'avortement incomplet. Paris, Masson, 1896.

placentaire *au moyen d'une pince*. La pince est un instrument aveugle, elle ne peut, comme le fait le doigt ou la curette, attaquer le placenta au niveau de son point d'insertion. Elle ne peut que tirer plus ou moins brutalement, causant de nouvelles ruptures vasculaires, sans détacher d'une façon complète le morceau qu'elle a saisi. Si, comme il arrive fréquemment pour les placentas abortifs, il existe des adhérences anormales, une traction énergique avec une pince pourra amener avec elle la portion d'utérus sur laquelle est inséré le fragment placentaire.

Si l'on a sans succès tenté le curage digital, ou bien, si certaines circonstances, telles que la grandeur de la cavité utérine ou la difficulté de la pénétration empêchent de le compléter ou même de le faire, c'est au *curettage instrumental* qu'il faudra recourir. C'est là le traitement vraiment héroïque de l'hémorrhagie par rétention placentaire. Bien fait, il arrête infailliblement l'effusion sanguine, et peut être appliqué dans tous les cas.

Quels que soient ses avantages incontestables et sa bénignité, le curettage est une opération délicate; il exige de l'opérateur au moins une certaine coutume des traitements utérins. Aussi hâtons-nous de dire que cette intervention, si rapidement hémostatique et d'une indication si précieuse, ne s'impose pas à tout praticien, comme le ferait par exemple une ligature d'artère. Si l'on ne se sent pas assez habitué à la chirurgie utérine pour faire le curettage, ou bien si l'on juge qu'en raison des circonstances défavorables momentanées (manque d'outillage, absence d'aide, défaut d'éclairage, pusillanimité de la malade), il vaut mieux surseoir à cette intervention, on aura la ressource précieuse de pratiquer le *tamponnement utérin*, qui, agissant sur le point même où se fait l'hémorrhagie, la supprime à l'instant, et met, par sa présence, la malade à l'abri de toute perte nouvelle. Lorsque l'utérus est convenablement bourré de gaze iodoformée, on peut attendre dans une sécurité légitime et absolue soit le moment d'intervenir plus radicalement et dans des conditions meilleures, soit la venue d'un confrère plus rompu à cette thérapeutique active.

Nous omettons à dessein de parler des différents *ballons excitateurs* ou *dilatateurs* de l'utérus, comme agents d'hémostase après l'avortement. Leur introduction dans la cavité utérine n'est pas toujours aisée, elle exige une perméabilité dont le tamponnement utérin peut se passer; de plus, elle doit être précédée d'une indispensable préparation antiseptique du ballon, qui rend son emploi moins immédiat que celui de la gaze iodoformée. Le ballon peut crever ou être expulsé prématurément, accident qui sera simplement ennuyeux lorsqu'il s'agit d'exciter les contractions d'un utérus gravide, mais qui est capable de causer un désastre si l'on réserve au ballon un rôle d'agent hémostatique.

En outre, le ballon, par ses parois lisses, sa forme forcément sphérique et régulière, ne s'adapte pas exactement, comme peut le faire le tampon, à la forme de la cavité utérine. Les éléments du tampon, au contraire, se tassent dans tous les points de la matrice, ils en bourrent solidement le fond et les côtés et obturent par ce fait tous les orifices vasculaires. Le ballon, quel qu'il soit, ne peut dre à cette adaptation parfaite.

La tâche du médecin n'est pas toujours terminée lorsqu'une hémorrhagie grave est arrêtée. Le collapsus dû à la spoliation sanguine peut persister, malgré l'arrêt de l'hémorrhagie ou même survenir une ou deux heures après. Si l'on ne se hâte de relever les forces défaillantes, la vie va achever de s'éteindre. Le traitement ordinaire de l'anémie aiguë post-hémorrhagique (tête basse, bandage des membres, chaleur, flagellation, toniques, injections d'éther et de caféine, oxygène), devra être mis en œuvre. Mais il ne faudra pas négliger la *transfusion sous-cutanée de sérum artificiel*. Ce procédé si rapide et si sûr dans son action, et d'un manuel si simple et si facile, constitue un précieux moyen de résurrection.

Quoique d'une marche plus insidieuse et d'une symptomatologie moins saisissante, les *manifestations infectieuses* de la rétention placentaire réclament, elles aussi, une action énergique et prompte. Là encore, il ne faut pas perdre de vue que la thérapeutique a pour but, non seulement d'amender ou de supprimer pour un temps les phénomènes septiques, mais encore de débarrasser l'utérus d'un placenta infectant ou d'une muqueuse altérée.

Les *injections vaginales* et surtout les *injections utérines*, données avec une sonde dilatatrice, seront d'une utilité incontestable. Elles détergent le vagin et la cavité utérine et peuvent quelquefois aussi amener l'expulsion spontanée des éléments retenus. Mais il ne faut pas s'attarder à trop longtemps attendre cette issue favorable. Quand on a la conviction que tout ou partie du placenta est retenu, et qu'au bout d'un ou deux jours employés à donner de longues et multiples injections vaginales et utérines, le délivre n'est pas expulsé, il faut recourir sans hésiter plus longtemps au curettage, *alors même que les lavages vaginaux et utérins auraient abaissé la température, supprimé la mauvaise odeur des lochies, etc.* Bien entendu, nous ne parlons là que des cas d'infection très légère; si en effet, on se trouve en présence d'un état septique très accusé, il faut sans délai déblayer l'utérus le plus vite et le plus complètement possible. C'est diminuer les chances de guérison que de laisser s'installer l'infection : c'est pour elle une force que de durer. Mais, nous diront les non-interventionnistes encore inconvertis, bien des femmes ne sont pas mortes qui ont gardé de longs jours un placenta putréfié dont l'élimination s'est faite après des accidents abdominaux plus ou moins graves, spontanément ou à la faveur d'injections utérines ou simplement vaginales.

Oui, sans doute, beaucoup de ces femmes n'ont pas succombé, mais combien d'entre elles n'ont pas gardé une tare génitale, sous la forme de modifications pathologiques durables de l'endomètre, du col et du péritoine pelvien ?

Le placenta constitue donc un hôte dangereux qu'il faut de son mieux se hâter de chasser *alors même qu'il n'a encore signalé sa présence par aucun accident infectieux ou hémorrhagique*. L'infection n'existe pas encore; soit, mais à quoi bon lui laisser le temps d'apparaître ? N'oublions pas que lorsqu'un état septique puerpéral se manifeste nettement par l'hyperthermie, par la fétidité des lochies, etc., il est déjà entièrement constitué et en possession du terrain qu'il a envahi. Il pourra céder à un traitement approprié, la malade n'en aura pas moins été imprégnée d'éléments infectieux qui plus tard, peut-être, donneront lieu à des manifestations diverses.

Quant à l'hémorrhagie, elle peut toujours, tant que l'utérus n'est pas vidé, apparaître subite, inattendue, alors souvent qu'on n'est plus auprès de la malade pour lui porter secours. C'est donc, à notre avis, une grande imprudence que de se borner, même en l'absence de tout accident, à l'expectation accompagnée de simples soins antiseptiques, défendue encore par beaucoup d'auteurs.

Par conséquent, après l'issue du fœtus abortif, lorsque la délivrance tarde à se faire, lorsqu'on voit que tout travail d'expulsion a cessé, il faut, surtout dans les cas où

la femme ne peut rester sous la surveillance d'une personne apte à lui porter secours s'il survient une hémorrhagie, se préoccuper d'extraire le placenta soit avec le doigt, soit avec la curette.

Le curettage est pour nous le seul traitement qui réponde aux indications dictées par l'hemorrhagie, par l'infection et même par la rétention placentaire encore exempte d'accident.

On lui a reproché d'être *inefficace;* il est en effet des cas où la curette a laissé de volumineux débris de placenta, des lambeaux de membranes, et a respecté presque dans son entier une muqueuse utérine fongueuse et profondément altérée. Les accidents ne sont en rien amendés par ces interventions à peine ébauchées. Mais il nous semble légitime de mettre ces insuccès à la charge de l'opérateur plutôt que d'en accuser l'opération : il est certain que celui qui n'osera pas délibérément abaisser le col ou le fixer avec une pince, qui n'accentuera pas la perméabilité cervicale si elle est insuffisante, qui promènera avec hésitation sa curette dans la cavité utérine, ou même, comme nous l'avons vu faire, dans le col qu'il redoute de franchir, et qui se hâte, dès l'expulsion d'un ou deux débris, de déclarer terminée une opération qui n'est pour ainsi dire pas commencée, risque de compromettre par ses échecs et ses déboires le bon renom de la méthode. On connaît des faits légendaires, tels que le cas, rapporté dans tous les traités, d'un petit fœtus laissé dans l'utérus par un curettage qui n'avait fait que lui couper les jambes. Une exploration attentive de la cavité utérine avec le doigt, le passage répété de la curette en tous les points de cette cavité, permettront de n'oublier ni placenta, ni membranes, ni fœtus.

Si le curettage peut demeurer inutile et infructueux entre des mains timides et irrésolues, on peut proclamer qu'il n'est *dangereux* qu'entre des mains malhabiles et malpropres.

L'ignorance de certains détails de technique peut exposer à des accidents tels que la perforation, relativement très rare. Si le canal cervical n'est pas largement perméable, il faut en assurer la perméabilité au moyen de quelques bougies dilatatrices de Hégar. Disons à ce propos la défiance que nous inspirent les dilatateurs métalliques divergents (dilatateurs de Schultze, de Sims); l'écartement de leurs branches fait porter l'effort de la dilatation sur un point unique qui est l'extrémité terminale de la branche. Il peut en résulter, si la paroi utérine est de faible résistance, une ou plusieurs perforations linéaires qui passeront d'abord inaperçues pour se révéler plus tard par des accidents que l'on attribuera à tort à la curette. Il est bon aussi, pour éviter toute mauvaise direction ou toute échappée de la curette, de maintenir, au moyen d'une pince tire-balle, le col abaissé, ou, si l'on a constaté dans l'examen préalable quelque lésion des annexes, simplement fixé sans abaissement. Nous insistons sur cette *fixation du col sans abaissement* qui nous a permis de faire plusieurs fois, sans le moindre dommage et au grand bénéfice des malades, le curettage d'utérus entourés de masses inflammatoires.

De même que les fautes opératoires, l'omission des précautions antiseptiques et aseptiques que doit prendre le chirurgien en ce qui concerne ses mains, son instrumentation et la malade elle-même, peuvent transformer en désastre une opération des plus légitimes.

Quelle que soit en effet sa simplicité relative, le curettage dans la rétention placentaire est, nous le répétons, un opération chirurgicale, qui peut avoir à faire face à incidents épineux et inattendus. Son exécution, pour être efficace et définitive, comporte une certaine hardiesse qui s'accommode mal avec une timidité trop médicale. Ces réserves que nous nous faisons un devoir de formuler ne sont en rien contraires aux principes d'intervention évacuatrice que nous préconisons ardemment; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le curettage, malgré la netteté de ses indications ne s'impose pas d'urgence à tout praticien : dans l'infection, dont la marche est relativement lente, on a devant soi le temps, si l'on ne se sent pas apte à intervenir soi-même, de recourir à un confrère plus expert; dans l'hémorrhagie, qui ne laisse pas ce loisir, on a la ressource précieuse de pratiquer le tamponnement utérin, procédé facile et d'hémostase irréprochable. De même, en dehors de tout accident, où, nous l'avons dit, nous considérons comme une faute de quitter la malade sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir une perte de sang subite en l'absence de tout secours, nous conseillons, si l'on ne veut ou si l'on ne peut pratiquer d'emblée l'extraction du placenta, de tamponner solidement la cavité utérine, ce qui assure la prophylaxie la plus parfaite vis-à-vis de l'hémorrhagie.

REVUE DES THÈSES

Thèses de la Faculté de Paris.

Thèses d'octobre et novembre 1896.

M. Lemonnier. *Les kystes hydatiques du ligament large.* N° 43. (H. Jouve.)

M. Jeanty (Isaï). *De l'adéno-lymphocèle crurale en Haïti.* N° 42. (A. Malverge.)

M. Vailhen (A.). *De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse.* N° 33. (H. Jouve.)

M. Subercaze (A.). *Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule.* N° 23. (Soc. d'édit. scient.).

M. Joulia (Louis). *Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate.* N° 31.

M. Hébert (Ad.). *Recherches cliniques et bactériologiques sur les angines à bacille de Friedländer.* N° 30. (Soc. d'ed. scient.)

M. Chauvain (Léon). *De la forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon.* N° 35. (A Maloine.)

M. Aba (I.). *Etude clinique des troubles de la sensibilité générale des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.* N° 38. (H. Jouve),

M. Béna (Henri). *L'hématologie et la pathogénie du purpura* N° 41. (H. Jouve.)

M. Cahuzac (Louis). *Du thrill dans l'insuffisance aortique.* N° 50. (H. Jouve.)

M. Aoustin (René-Marie-Georges). *Quelques considérations sur le mécanisme et la valeur séméiologique de la pectoriloquie aphone.* N° 3. (Ollier-Henry.)

M. Mergier (Louis). *Etude critique sur la syphilis conceptionnelle.* N° 7. (H. Jouve.)

M. Maignant (I). *Des chlorures et de l'hypochlorurie: sa valeur pronostique dans les maladies graves.* N° 14. (A. Maloine.)

M. Poulet (Théodore A). *Ophthalmoplégie sensitivo-motrice totale avec atrophie optique par syphilis acquise.* N° 18 (P. Delmas.)

M. Hamelin (Henri). *Etude sur le pneumo-paludisme. Quelques cas observés dans les pays chauds.* N° 26. (H. Jouve.)

M. Lamandé (E). *Etude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale.* N° 29. (H. Jouve.)

Les kystes hydatiques du ligament large sont assez rares. M. Lemonnier n'en a trouvé que 3 observations, dont une inédite due à Walther. Il est bien probable cependant qu'il aurait pu en réunir beaucoup d'autres, si au lieu de se contenter d'une ponction ou d'une incision, on avait pratiqué la laparotomie. Ces kystes sont le plus souvent simples et uniques : ils peuvent être accompagnés de kystes semblables dans les autres organes. Par leur action mécanique ils compriment les organes du petit bassin, gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales et peuvent être une cause de dystocie. Le diagnostic de ces tumeurs est difficile et ne peut souvent être fait que par la ponction. L'apparition d'une poussée d'urticaire après un traumatisme de l'abdomen chez une malade atteinte d'une tumeur de la région latéro-utérine est un signe de grande valeur qui pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Le pronostic est toujours grave. La guérison peut être quelquefois la suite de la mort des acéphalocystes ou de leur ouverture spontanée dans le rectum ou le vagin ; cependant cette rupture du kyste est toujours dangereuse, et nous pensons qu'il est préférable de la prévenir par une intervention précoce.

L'adéno-lymphocèle crurale observée dans les pays chauds, entre autres en Haïti, est une localisation crurale de la filariose. Pour M. Jeanty, dans la recherche des causes de cette affection, le climat n'est à prendre en considération que pour expliquer la détermination de la filariose sur le système lymphatique ganglionnaire. La tumeur est due à l'obstruction des ganglions lymphatiques par les embryons de la filaire. Dans le cours de l'adéno-lymphocèle crurale, ce qu'il y a le plus à redouter, c'est la complication inflammatoire provoquée, selon toute probabilité, par l'intervention des agents microbiens. La tumeur peut être confondue avec l'épiplocèle ; le traitement chirurgical a été seul jusqu'ici à offrir quelque chance de succès.

Partisan déterminé du traitement chirurgical, M. Vailhen nous rappelle que Donnadieu a réuni dans sa thèse 68 cas d'anurie calculeuse traités médicalement : 48 sont morts après une période de tolérance plus ou moins longue ; 3 sont morts un mois après, soit d'hecticité, soit d'accidents mal déterminés ; 17 ont guéri. La mortalité donne donc une moyenne de 70 à 75 p. 100. Or 35 observations chirurgicales dont 5 néphrotomies donnent 11 morts, 8 guérisons, 1 fistule ; 5 néphrotomies : 1 mort, 4 guérisons ; 3 uretérotomies : 3 guérisons ; 4 pyélotomies : 1 mort, 2 guérisons, 1 fistule ; 1 par voie vésicale, mort le 3ᵉ jour. 19 guérisons pour 35 cas. Ce qui donne une mortalité de 30 à 35 p. 100. Et comme le fait si bien remarquer M. Legueu, ce chiffre baisserait encore de beaucoup si le chirurgien se décidait à intervenir aussitôt son diagnostic fixé, sans attendre la période urémique, qui le plus souvent est mortelle.

Aussi M. Vailhen se refuse-t-il à admettre une période de tolérance durant 5 à 6 jours, à laquelle convient le traitement médical. Cette période ne peut avoir de durée ainsi fixée. Elle peut être de beaucoup plus courte, cela dépend de l'état antérieur du rein, qui peut être unique, de l'état du malade, enfin d'une foule de circonstances.

La période urémique peut donc arriver rapidement dans l'urémie calculeuse. Aussi après avoir essayé le traitement médical pendant 2 ou 3 jours, quand le diagnostic d'anurie d'origine calculeuse est bien assuré, ne pas attendre la désorganisation du rein. Opérer de suite. La néphrotomie doit être préférée.

Elève de Chaput, M. Subercaze, admet que les lésions constatées dans les fractures anciennes de la rotule et le mode de réparation consécutive permettent rarement d'espérer la guérison sans l'intervention chirurgicale, sauf peut-être quand le cal est excessivement court, laissant à la rotule ses dimensions normales. Cette intervention sera faite dès que l'examen clinique indiquera que l'évolution du cal rotulien est à peu près terminée ; c'est en opérant ainsi, dès la fin du troisième mois après le traumatisme, que l'on obtiendra le résultat le plus complet. La suture osseuse sera indiquée si ce sont les mouvements d'extension qui sont gênés. Dans les autres cas, il faudra procéder à l'ablation du fragment supérieur pour les types de consolidation fibreuse, et à l'ablation totale de la rotule dans le type de constitution osseuse : l'insuffisance de la flexion ne tardera pas à disparaître. Si le rapprochement des fragments est impossible, l'ostéotomie avec glissement de la tubérosité antérieure du tibia, comme l'ont fait Bergmann, Poncet et Chaput, ou la section du tendon rotulien pourront donner des résultats satisfaisants. Les mouvements hâtifs faits prudemment dès le 10ᵉ jour après l'opération, la marche progressive, le massage et l'électricité assureront le retour rapide des fonctions articulaires.

Les fractures de l'omoplate sont rares. Elles se divisent en fractures du corps, des angles, du col et de la glène, des apophyses qui peuvent être *directes* ou *indirectes*, *complètes* ou *incomplètes*.

D'après M. Joulia, les fractures de l'angle inférieur méritent une description à part, en raison de la déformation à peu près constante qu'elles comportent.

La douleur très vive et l'impotence consécutive sont un caractère important commun à toutes les variétés de fractures du scapulum. Le diagnostic, souvent très délicat, est parfois impossible.

Les fractures du corps, de l'épine, des angles, de l'acromion, sont bénignes ; celles du col, de la cavité glénoïde, de l'apophyse coracoïde sont graves.

Tous les appareils et bandages capables de maintenir les fragments immobiles sont également bons. Souvent une bonne écharpe ou un bandage de diachylon large et serré suffisent pour obtenir la guérison. Dans les autres cas, on emploiera l'appareil à claire-voie de M. Le Dentu.

Il existe un groupe d'angines subaiguës ou chroniques pourvues de caractères cliniques distincts : fausses membranes nacrées ou jaunâtres, peu étendues, adhérentes à la muqueuse sous-jacente, se reproduisant rapidement après l'enlèvement. Symptômes fonctionnels et généraux à peu près nuls. Résistance au traitement ordinaire dans les formes chroniques, qui paraissent les plus communes. Pour M. Hébert, ces angines semblent dues au bacille de Friedländer, que l'on rencontre en grande abondance dans les fausses membranes. Par leur aspect clinique, elles se rapprochent beaucoup des leptothricomycoses pharyngées avec lesquelles elles ont dû être quelquefois confondues. L'examen bactériologique s'impose donc toujours, même quand on se croit assuré du diagnostic.

Il existe une forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire. Ce cancer est presque toujours primitif. Il siège à gauche dans la majorité des cas. C'est presque toujours un sarcome. Après en avoir recueilli une observation personnelle, M. Chauvain réunit d'autres fait déjà publiés et nous montre que le diagnostic en est souvent fort délicat. On pense à une pleurésie simple très abondante ou s'il y a des signes de cancer, à une pleurésie cancéreuse. La ponction seule démontre l'erreur. Quelques signes cependant pourraient faire songer à la forme pleurétique sans épanchement du cancer pleuro-pulmonaire. A côté des signes du cancer (anorexie élective, teinte jaune paille des téguments, ganglions, expectoration gelée de groseille) on constate : voussure limitée, retentissement des bruits du cœur dans toute l'étendue du thorax à droite comme à gauche ; bronchophonie, décubitus du malade sur le côté atteint.

Le traitement est purement symptomatique. On ne peut songer à enlever chirurgicalement ces vastes tumeurs du poumon.

Les hémoptysies, les douleurs, la dyspnée seront les symptômes à traiter par les moyens ordinaires.

Les troubles de la sensibilité générale sont très rares dans les hémiplégies de cause cérébrale en tant que phénomène persistant. Fréquents au début de l'hémiplégie, c'est-à-dire dans les premières 24 ou 48 heures après l'ictus, ils disparaissent aussitôt. Ils dépendent, pour M. Aba, non d'une perte de fonction des éléments nerveux détruits par la lésion, mais d'un acte inhibitoire exercé par ce qui reste de la partie lésée, ou par les éléments nerveux avoisinant celle-ci.

Lorsqu'ils persistent longtemps après l'ictus (ce qui est rare), ils sont alors dûs à une lésion du tiers postérieur de la partie postérieure de la capsule interne.

Le purpura est généralement une lésion cutanée d'origine toxique, une hémoglobinémie locale. Les corps toxiques, qui le provoquent peuvent être d'origine microbienne, mais ne le sont pas toujours (purpura iodo-potassique). Ils se forment souvent dans le sang, mais aussi en dehors de la circulation dans le tractus intestinal, dans un organe quelconque du malade. Les microbes les plus divers peuvent provoquer le purpura par ce mécanisme.

Les corps toxiques déterminent pour M. Leredde et son élève M. Béna des altérations multiples du sang, dont la principale, au point de vue du mécanisme du purpura, nous paraît être la diminution de la résistance globulaire. Cette altération engendre les thromboses, la stase simplement dans d'autres cas, et donne lieu à la formation des taches purpuriques. Certaines taches purpuriques sont le fait d'une dilation des capillaires et d'hémorrhagies cutanées consécutives ; dans ces cas, l'origine nerveuse centrale est possible.

Le thrill est d'une façon générale toujous rencontré dans l'insuffisance aortique pure et de ses observations personnelles M. Cahuzac conclut que son absence est exceptionnelle ainsi que nous l'avons signalé dans les observations ci-dessus.

Mais il n'a presque jamais rencontré de thrill dans les affections valvulaires complexes du cœur, et c'est surtout à ce point de vue qu'il attribue à ce signe une certaine valeur, avec ses maîtres Royer et Launois. C'est au niveau de l'artère sous-clavière gauche que le thrill a été le plus souvent constaté. Au niveau des grosses artères il l'a rencontré d'une façon moins systématique.

La pectoriloquie aphone, considérée comme un signe d'épanchement pleural, est un symptôme inconstant dans la pleurésie séro-fibrineuse. Dans la pleurésie purulente où, selon Bacelli, la pectoriloquie aphone ne devrait jamais se rencontrer, M. Aoustin constate qu'on peut quelquefois la percevoir d'une façon très nette ; elle se rencontre en outre dans des affections pulmonaires sans épanchement liquide dans la séreuse pleurale (pneumonie, tuberculose, congestion pulmonaire, etc.).

La production de la pectoriloquie aphone est due surtout à la condensation du parenchyme pulmonaire qui devient ainsi plus apte à transmettre les vibrations sonores.

La théorie de la syphilis par conception est basée sur quatre ordres de preuves qui toutes prêtent le flanc à la critique. Elles sont insuffisantes alors même qu'elles se trouvent assemblées pour se corroborer dans une même observation. A la définition de Diday : « le syphilis conceptionnelle est celle qui va du père à la mère en passant par le fœtus », M. Merger propose de substituer la suivante : La syphilis conceptionnelle est une syphilis à chancre interne, se gerffant le plus souvent au moment des règles ou dans les jours qui suivent, à la faveur d'un coït fécondant.

La résistances de l'individu est en rapport direct avec la richesse chlorurique de son sérum et toute maladie qui s'accompagne de déminéralisation, sauf quelques rares exceptions (diabète insipide, etc.), se signale par des urines pauvres en chlorures. De là M. Maignan établit que dans les maladies chroniques l'hypochlorurie est une mesure assez certaine du pouvoir digestif des malades et par conséquent de leur nutrition.

Dans les maladies aiguës et chroniques graves, une hypochlorurie accentuée est d'un pronostic sombre et souvent l'indice d'une mort imminente. Avec l'achlorurie, la vie n'est plus possible; l'estomac, privé de chlorures, cesse de fonctionner; une cachexie rapide s'établit et la mort survient.

M. Poulet décrit un type clinique intéressant par sa netteté et dans lequel tout ce qui se passe par la fente sphénoïdale est paralysé, Tout ce qui se passe en dehors est indemne. Une tumeur, un processus quelconque de la fente sphénoïdale pourrait donner les mêmes symptômes. Mais ce qui est intéressant au point de vue pratique, c'est que dans les cas observés, il s'agit d'une affection syphilitique, c'est-à-dire d'une affection curable dans une certaine proportion. Sans vouloir distinguer plusieurs types dans cette manifestation de la syphilis tertiaire, l'auteur fait remarquer que les cas où la vision est complètement ou relativement conservée sont les plus favorables; que si au contraire, elle est entièrement abolie, le pronostic semble beaucoup plus grave du moins *quoad visum*.

D'après les faits qu'il a obtenus, à la Pointe-à-Pitre, M. Hamelin conclut que le pneumo-paludisme n'est en réalité qu'une complication survenue dans le cours d'un ou de plusieurs accès de fièvre paludéenne chez un malarique.

Le diagnostic doit être fait surtout avec la tuberculose, car une erreur peut amener des résultats vraiment graves, alors que le pneumo-paludisme se guérit avec tant de facilité. Parmi les médicaments qui ont été préconisés, la quinine restera toujours l'agent thérapeutique le plus sûr des affections d'origine paludéenne.

Après avoir recueilli une observation dans le service de M. Delacour (de Reims.) M. Lamandé conclut que les convulsions épileptiformes provoquées par une injection de liquide ou d'air dans la cavité pleurale et succédant immédiatement à cette injection sont dues le plus souvent à un phénomène réflexe.

Quelquefois très graves, mais rarement mortelles elles sont plus ou moins violentes selon que la sensibilité pleurale est plus ou moins atténuée suivant la nature de l'épanchement. On doit prendre toutes les précautions possibles pour éviter la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, lorsqu'on fait la thoracentèse. Lorsqu'on fait des lavages de la plèvre, l'injection doit être poussée le plus lentement possible afin d'éviter tout choc pleural pouvant provoquer le reflexe. Les injections d'air ou de liquide faites dans la cavité pleurale d'animaux sains semblent provoquer toujours les convulsions épileptiformes et quelquefois même amener la mort.

Thèse de la Faculté de Bordeaux.

Novembre 1896.

M. Charézieux. (E.). *De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants.* Ce travail a été entrepris à l'intigation de Braquehaye dont l'important mémoire sur le sujet, fait sous l'inspiration d'A. Broca, a paru dans nos colonnes en 1895. Nous n'avons donc pas à analyser longuement cette thèse où, d'après 5 observations personnelles, recueillies avec soin, M. Charézieux confirme les conclusions initiales de son maître et montre, en particulier, la grande fréquence de 0 à 1 an, le rôle du streptocoque et du pneumocoque, la fréquence des décollements épiphysaires et des arthrites suppurées, la gravité du pronostic vital mais sa bénignité pour la fonction chez les sujets qui guérissent.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syphilis cérébro-spinale (Ein Fall von Lues cerebrospinalis), par R. Cassirer (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. IX, liv. 1 et 2, p. 101). — Femme âgée de 57 ans, dont l'état mental ne permet pas de prendre l'histoire clinique de son passé morbide. On peut cependant apprendre qu'elle souffre depuis quelques années de céphalalgie et d'une hémiplégie droite. Depuis 1894, elle présente des troubles de la parole et des hallucinations. Actuellement, on constate une hémiplégie droite avec exagération des réflexes tendineux des deux côtés, des troubles d'articulation, de l'inégalité pupillaire et un état de démence. De temps en temps diplopie et ptosis gauche et paralysie faciale droite. Par intervalles aussi, phénomènes de méningite (vomissements, etc.).

La malade est morte à la fin de 1894. A l'autopsie on trouva une pachyméningite dans le domaine de la protubérance et du cervelet. Les lésions se dirigent de la surface à l'intérieur du cervelet, de la protubérance, du bulbe et de la moelle épinière,

et l'on constate une infiltration avec tissu de granulation sur les septa de la pie-mère et autour des vaisseaux. Dégénérescence très intense des racines du pathétique, de la racine bulbaire du trijumeau, dégénérescence descendante de la pyramide gauche et du faisceau pyramidal droit dans la moelle épinière. Dégénérescence de la zone d'entrée des racines postérieures dans la partie inférieure de la région cervicale gauche. Endartérite avec méso-et périartérite chronique des artères spinales, vertébrales et basilaires. L'auteur entre ensuite dans l'examen comparatif des symptômes et des lésions.

Paralysie par inaction, par Ch. Féré *(Rev. de méd.*, 10 oct. 1896, p. 839). — Observation d'un hystérique qui présentait de l'engourdissement et de l'impotence à la suite du repos, le matin principalement. C'est un exemple de l'exhaustibilité ou propriété de s'épuiser par de faibles décharges et d'inirritabilité et incapacité de réagir sous l'influence d'excitants physiques qui suffisent aux sujets normaux.

Sur quelques manifestations oculaires de l'hystérie, par L. Aurand et H. Frenkel *(Rev. de méd.*, 10 oct. 1896. p. 845). — Il existe une mydriase hystérique comprenant les deux formes spasmodique et paralytique qui peuvent d'ailleurs coexister chez le même sujet. Le plus ordinairement la mydriase s'accompagne d'amaurose, mais n'est pas sous la dépendance de cette dernière. Cette mydriase, même avec paralysie des filets moteurs de la pupille et immobilité de la pupille, est curable.

Tumeur cérébelleuse (A brief study of the ophthalmic conditions in a case of cerebellar tumour; autopsy), par Oliver (*University medical Magazine*, octobre 1896, n° 1, p. 26). — Homme de 38 ans, dans les antécédents duquel on trouve un traumatisme sur la région occipitale droite et datant de 7 ans. Le traumatisme fut suivi de douleurs violentes et parosytiques à l'occiput. En décembre 1895, la céphalalgie prit le caractère lancinant, l'acuité visuelle diminua et des attaques de vertige avec quelquefois des vomissements apparurent. En février dernier, à son entrée à l'hôpital, on a remarqué que l'attitude et la marche étaient celles d'une affection cérébelleuse. Le tronc et la tête étaient dérivés à droite dans l'attitude forcée, et ces attitudes s'exagèrent pendant la marche. La parole était embarrassée et l'idéation ralentie. Pas d'anesthésie, pas d'hémiplégie, pas de paraplégie. Le réflexe tendineux est exagéré des deux côtés avec une esquisse de clonus plus accentuée du côté gauche. Le malade avait les pupilles dilatées et depuis quelque temps la vision était abolie dans l'œil droit, tandis que pour l'œil gauche elle était limitée à l'objet fixé. La mobilité des globes oculaires était conservée, cependant on constatait un léger nystagmus horizontal à la limite du champ d'excursion. A l'examen ophthalmoscopique on constate une névrite optique bien marquée. Les symptômes se sont aggravés, il survint des vomissements et de l'incontinence des urines. Le malade tomba dans le coma et mourut d'œdème pulmonaire. A l'autopsie on a trouvé dans le voisinage de la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit, une tumeur oblongue dont le grand diamètre mesure 5 centim. 1/2 et le court diamètre 2 centim. 1/2. La tumeur, partie de la face inférieure et externe du pédoncule cérébelleux moyen, avait rejeté au dehors le bulbe et le lobe latéral droit. L'examen histologique a révélé un gliosarcome avec dégénérescence kystique et dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans la moelle.

Sur un cas de névrite diabétique avec lésions des nerfs et des muscles, par Fraser et Bruce (*Edinburgh medical Journal*, octobre 1896, n° 496, p. 300). — Il s'agit d'un ouvrier âgé de 36 ans, entré à l'hôpital le 2 octobre 1894 avec des symptômes de diabète, amaigrissement, poliolipsie, polyurie, amblyopie et faiblesse musculaire dont il souffrait depuis quelque temps. Outre ces symptômes le malade souffre de crampes douloureuses dans le mollet et dans le genou et qui surviennent après une marche de courte durée; mêmes douleurs quand le malade est couché. Le malade souffre depuis 3 ou 4 mois. L'intensité de ces douleurs est variable, quelquefois elles empêchent le sommeil. La sensibilité tactile, thermique et douloureuse ne présente pas de troubles objectifs mais il existe de l'hyperesthésie à la pression dans les deux mollets, le genou, le tibia et le péroné et le jambier antérieur droit, abolition du réflexe tendineux des 2 côtés. Les réflexes superficiels sont également abolis. Il n'existe pas de troubles de la marche. Sens musculaire intact. Le malade a de l'amblyopie, il ne peut voir les petits objets à une certaine distance. de central double pour le rouge, pas de rétrécissement du champ visuel, fond de l'œil normal. Le 19 octobre, le malade exhale une odeur de chloroforme ou d'acétone et il tombe dans le coma diabétique. Il meurt le lendemain. Pour l'examen histologique, on a extrait le nerf optique, le tibial postérieur et une portion du muscle jambier postérieur. Le nerf optique présente des lésions nettes de dégénérescence parenchymateuse. Par la méthode de Marchi on trouve beaucoup de points noirs dans les zones de dégénérescence. La coloration à l'hématoxyline décèle une légère augmentation du tissu interstitiel et du périnée. Le nerf tibial postérieur montre sur ces sections longitudinales les fibres nerveuses arrivées à divers degrés de dégénérescence. Dans certaines fibres le cylindre-axe est variqueux et dépourvu de myéline, dans d'autres, la myéline qui existe se présente sous forme d'anneaux; quelquefois celle-ci est fragmentée, enfin elle se présente également sous forme rubriquée. Dans le muscle jambier postérieur, les auteurs ont trouvé, par la méthode de Marchi, de fines granulations situées entre les fibrilles des muscles; elles semblent s'être développées aux dépens du ciment qui unit ces fibrilles. Au point où se montrent ces granulations, la striation transversale disparaît. Bruce et Fraser rapportent les lésions des nerfs constatées par eux à la névrite segmentaire péri ooooo décrite par Gombault. En effet le cylindre-axe est intact et la dégénérescence de la myéline porte sur certains segments.

MÉDECINE

Typho-tuberculose (Sopra un caso di tuberculosi generalizata acuta di forma attenuata; tifo-tuberculosi di Laudouzy), par Cervesato. Broch. in-8 de 38 pages. Padoue, 1896. — Observation d'une fillette de 8 ans, ayant eu pendant 50 jours une fièvre rémittente avec phénomènes typhoïdes; qui permirent d'affirmer le diagnostic de tuberculose aiguë généralisée; puis tous les accidents disparurent, l'enfant sembla guérir, mais au bout de quelques semaines parurent des signes indubitables de tuberculose pulmonaire.

Pneumocoque et lait (Il latte come veicolo dello pneumococco), par P. Caprara (*Riforma medica*, 12 et 13 août 1896, p. 435 et 447). — Le pneumocoque vit à la température de 15° à 17° dans le lait de vache et de chèvre, sans présenter d'altérations apparentes, au moins pendant quelques jours. Il se développe lentement dans le lait, à la température ordinaire de 13° à 17°. Le lait peut donc être un véhicule de diffusion du pneumocoque. La lactose est une des substances entrant dans la composition du lait qui favorisent le développement du pneumocoque.

Intoxication saturnine (Contribuzione all' etiologia dell' intossicazione saturnina), par L. Fornaca (*Riforma medica*, 15 mars 1896, p. 699). — Observation d'un homme de 44 ans, sellier, et de sa femme, atteints tous deux de paralysie saturnine des deux membres supérieurs. L'intoxication est attribuée par l'auteur à ce fait que ces malades avaient l'habitude de se servir d'un journal en guise de nappe et d'y placer des aliments; l'analyse du papier de journal fournit une proportion appréciable de plomb, qui peut provenir soit des manipulations des chiffons, soit des caractères d'imprimerie.

Alimentation et toxicité urinaire (Influenza dell' alimentazione e del lavoro sulla tossicita dell' urina umana), par P. Carciani (*Riforma medica*, 26 juin 1896, p. 855). L'alimentation végétale diminue la toxicité urinaire. Chez les sujets soumis à la diète végétale et ne faisant qu'un léger exercice, les urines ne sont pas toxiques ou ne le sont qu'à un faible degré. Les urines des sujets au repos et soumis à une alimentation mixte sont plus toxiques que celles des sujets soumis à la diète végétale. L'alimentation carnée augmente la toxicité et dans des proportions d'autant plus considérables que, toutes choses égales d'ailleurs, ils ingèrent une plus grande quantité

de viande. Le travail continu ou exagéré modifie plus la toxicité urinaire que l'alimentation.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (Sulla sero-diagnostica del tifo), par G. Pugliesi (*Riforma medica*, 2 octobre 1896, p. 17). — Six observations à l'appui de la valeur du séro-diagnostic : 3 de fièvre typhoïde, dont une suivie d'autopsie, avec réaction du sérum positive ; 3 d'affections simulant la fièvre typhoïde, avec réaction négative.

Desquamation dans les maladies de l'enfance (La desquamazione cutanea nelle malattie dei bambini), par T. Guida (*La Pediatria*, mai 1896, p. 137). — L'auteur a observé dans une épidémie de fièvre typhoïde 13 cas de desquamation plus ou moins considérable. Pour lui, les sudamina et la desquamation consécutive ne sont pas caractéristiques de la fièvre typhoïde, ils peuvent se rencontrer dans beaucoup d'autres maladies fébriles graves, et n'ont ni valeur diagnostique, ni valeur pronostique.

Lymphangite ulcéreuse simulant le farcin morveux chez le cheval, par E. Nocard (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1896, p. 609). — Description d'une lymphangite du cheval, présentant une grande analogie clinique avec le farcin. L'inoculation du pus, dans le péritoine du cobaye mâle, provoque, comme celle du pus morveux, une vaginalite. Mais l'injection de malléine ne détermine aucune réaction chez le cheval malade. Le bacille qui produit cette lymphangite est d'ailleurs très différent du bacille de la morve par ses cultures et par sa faculté d'être coloré par la méthode de Gram.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS AMÉRICAINS

11e réunion annuelle tenue à Washington, les 30 avril, 1 et 2 mai 1896,

Empoisonnement par les leucomaïnes.

M. Rochford (de Cincinnati). — J'ai lu ici, l'année dernière, un travail établissant que l'empoisonnement par les leucomaïnes est un facteur très important de l'auto-intoxication et peut se manifester sous trois formes diverses : *a*) la migraine vraie ou céphalée leucomaïnique ; *b*) l'épilepsie migraineuse ou épilepsie leucomaïnique ; *c*) la névrose gastrique migraineuse ou névrose gastrique leucomaïnique. Depuis un an non seulement mes études m'ont confirmé dans cette manière de voir, mais encore elles m'ont convaincu que l'empoisonnement par les leucomaïnes est en grande partie responsable des troubles nerveux si fréquemment associés à l'alcoolisme chronique, à l'empoisonnement chronique par le plomb et à certaines phases de la diathèse goutteuse ou urique. J'ai des observations de ce qu'on appelle communément l'asthme bronchique, d'empoisonnement par le plomb et d'empoisonnement par l'alcool ; chez tous ces sujets, pendant les attaques, l'urine contenait de la xanthine, de la paraxanthine et quelquefois d'autres éléments toxiques. J'ai étudié ces poisons à l'aide des réactifs chimiques et à l'aide de leur action sur les souris. Ces dernières étaient prises de stupeur, puis de légers spasmes musculaires conduisant à des convulsions toniques ou tétaniques. Pendant toute la durée des accidents il y avait une dyspnée intense puis survenait la mort. Chez les sujets observés pendant les intervalles des attaques (absence de manifestations nerveuses), on ne trouvait pas de poisons dans l'urine. Il a toujours été difficile d'expliquer et la céphalée et les symptômes douloureux de l'empoisonnement saturnin par l'action directe du plomb sur les tissus. Je les considère comme étant produits par la xanthine et autres produits toxiques circulant avec le sang. Il est probable que dans bien des cas ces produits pourraient être trouvés dans le sang juste avant la mort. L'urine ne produit jamais chez les souris les réactions caractéristiques toniques, quand les réactifs chimiques prouvent que l'urine est dépourvue de ces poisons. Il est intéressant de noter que dans l'épilepsie ordinaire les produits xanthiques manquent, tandis qu'on les trouve dans cette forme d'épilepsie nerveuse dont les attaques alternent avec la céphalée.

Etude sur les infections ordinaires.

M. Flexner (de Baltimore). — Je vous apporte les résultats d'examens bactériologiques faits dans 793 autopsies, au Johns Hopkins College Hospital par mes confrères et moi. Nous avons recueilli des microbes dans les différentes cavités et organes. Sur ces 793 autopsies, il y avait 255 sujets morts d'une affection chronique du cœur, d'une maladie de Bright, ou de ces deux maladies réunies. Sur ces derniers le résultat a été 213 fois positif et 42 fois négatif. Chez les sujets morts d'une affection rénale et chez lesquels il y a eu une infection microbienne généralisée on a trouvé 16 fois du streptocoque, et 4 fois du staphylocoque doré, et 6 fois du M. lanceolatus, 5 fois du gazbacillus, 2 fois du gonocoque, etc. Dans les sujets morts d'affection cardiaque sans lésion rénale il y avait 9 fois du streptocoque, 2 fois du M. lanceolatus, 1 fois du staphylocoque, 1 fois du bacillus coli, etc. Parmi les infections locales qu'on rencontre chez les cardiaques, les brightiques, il faut citer la péritonite, la pleurésie, la péricardite, etc. Il n'a pas été rare de trouver dans le même organe plusieurs microbes différents. Dans certains cas on a pu trouver la porte d'entrée de ces germes. Il résulte de nos recherches que dans une très forte proportion des cas l'accident terminal a été une infection microbienne ; outre les processus inflammatoires infectieux locaux que nous avons trouvés assez souvent dans les membranes séreuses, au niveau de l'endocarde et des méninges, nous avons aussi rencontré des exemples d'infections cryptogènes et de septicémies actuelles. De plus il nous a paru qu'il y avait une diminution du pouvoir antitoxique du sérum sanguin dans les cas d'affections chroniques, surtout en ce qui concerne le staphylocoque doré. En ce qui concerne ce dernier microbe, nous avons aussi observé que le sérum sanguin qui avait traversé le placenta ne possédait à son égard aucune propriété bactéricide.

Influence de l'alcoolisme aigu sur la résistance normale des lapins à diverses formes d'infection.

M. Abbott (de Philadelphie). — L'intoxication alcoolique diminue la résistance à certaines formes de bactéries comprenant les groupes des streptocoques, des staphylocoques et du bacillus coli, mais n'agit pas de même vis-à-vis des autres microbes. Ces études sont fort difficiles à mener à bonne fin : les lapins, en effet, sont extrêmement sensibles à ces infections ; aussi est-il difficile d'obtenir une culture suffisamment atténuée pour observer des différences autres que celles qu'on constate aux autopsies, et en même temps suffisamment forte pour être active dans tous les cas. D'un autre côté il est difficile de fixer les doses d'alcool capables de produire une intoxication, en raison des grandes différences individuelles. Pour obtenir une ivresse bien constatable, on a dû donner de telles doses d'alcool que cette intoxication se traduisait aussitôt par une perte de poids énorme ; dans ces conditions je me demande si cette intoxication n'agit pas dans la diminution du pouvoir bactéricide comme le ferait la simple inanition. De plus on est obligé d'introduire l'alcool dans l'estomac à l'aide d'une sonde qui tôt ou tard produit des lésions œsophagiennes ou gastriques par lesquelles des infections secondaires peuvent se faire et suffisant à amener la mort de l'animal. La seule chose que je puisse affirmer actuellement c'est que la résistance normale des tissus à l'invasion du streptococus pyogenes, du staphylococcus aureus et du bacillus communis coli est nettement et invariablement diminuée par l'ingestion quotidienne de certaines doses d'alcool. La période d'incubation du virus est diminuée et les lésions sont plus marquées. Cela paraît dû à l'action directe de l'alcool sur les tissus. Ces expériences concordent avec les résultats cliniques et avec ce qu'on voit se produire chez les alcooliques atteints d'inflammations phlegmoneuse ou érysipélateuse.

Un nouveau streptocoque.

M. Ernst (de Boston). — Je viens de découvrir un nouveau streptocoque dans le sang et le liquide péritonéal d'un sujet mort d'une infection puerpérale. Les symptômes ont été caractéristiques, mais d'une grande violence et la mort est survenue le 13e jour, au milieu de convulsions. Ce microbe présente les caractéristiques et les réactions ordinaires des streptocoques, mais il y a quelques signes particuliers qui permettent de lui donner le nom de streptococcus aureus liquefians. En culture il est jaune doré; ses chaînettes sont plus longues que celles du streptocoque ordinaire, mais elles deviennent plus courtes après inoculation à des lapins.

Bacille de la diphthérie.

M. Smith (de Boston). — On peut admettre que le bacille de la diphthérie ne se comporte pas autrement que dans nos cultures quand il pullule sur les muqueuses; il est donc utile d'étudier aussi complètement que possible dans nos laboratoires les conditions de formation de la toxine, pour nous armer contre elle. Dans le bouillon de peptone ordinaire, le meilleur moyen d'obtenir une toxine concentrée du bacille diphthérique, c'est de commencer par éliminer le glucose du muscle, et cela de préférence en provoquant un commencement de décomposition de la viande. On admet généralement que la toxine est un produit intermédiaire de métabolisme du bacille de la diphthérie et consommé par lui au cours de son développement. La présence du sucre du muscle ralentit la formation de la toxine, qu'on peut faire réapparaître en ajoutant de la peptone. Quand au contraire on accélère la vie de la culture en la maintenant dans un milieu alcalin et favorisant l'arrivée de l'air, la toxine est produite en grande quantité et consommée en petite quantité. L'augmentation de virulence dans les cultures associées peut dans bien des cas n'être due qu'à un changement du liquide de la culture produit par une bactérie qui favorise chez l'autre le pouvoir de production de la toxine.

M. Bolton (de Philadelphie). — Les chevaux offrent de grandes variétés individuelles dans leur réaction à l'inoculation diphthérique. Quelques-uns sont presque immunisés dès le début.

MM. Bolton et **Pease**. — Nous avons obtenu de l'antitoxine diphthérique par l'électrolyse et nous avons tous les deux obtenu des résultats identiques. Nous avons fait passer à travers une solution de toxine diphthérique un courant faible (44 à 72 milli-ampères) pendant 20 heures; 10 fois nous avons injecté à des cochons d'Inde la dose mortelle minimum de cette solution, sans provoquer des symptômes graves. Nous avons observé que l'antitoxine ne se formait qu'au pôle positif, bien que la toxine fût détruite au pôle négatif. On peut donc obtenir ainsi une antitoxine active; il est douteux toutefois qu'on puisse l'employer pratiquement, car elle est en solution trop diluée. D'Arsonval a obtenu par des courants élevés une antitoxine qui est, paraît-il, beaucoup plus active. Il y a une curieuse différence entre le courant constant et le courant intermittent. Le premier détruit simplement l'antitoxine par électrolyse; le deuxième produit, dans la même solution, une grande quantité d'antitoxine.

Deux variétés de bacilles tuberculeux chez les mammifères.

M. Smith (de Boston). — On tend à admettre que toutes les formes de bacilles spécifiques présentent des variétés bien marquées. J'ai étudié les nouvelles variétés de bacilles tuberculeux; j'ai trouvé l'une d'elles dans les glandes cervicales d'un taureau; il m'a été extrêmement difficile d'infecter les cobayes avec ces bacilles, et cependant une génisse à laquelle j'ai inoculé ces microbes mourut rapidement de tuberculose aiguë. L'autre variété a été trouvée chez un ours; elle représentait probablement un bacille humain modifié, car cet ours avait été l'animal favori d'un homme qui était mort tuberculeux. Ces deux variétés de microbes étaient très facilement reconnaissables non seulement par leurs cultures, mais encore par leur aspect microscopique. Je crois que le bacille de la tuberculose bovine est une variété différente de celle du bacille de la tuberculose humaine. La tuberculose bovine se différencie également par la production de nodules fibreux qui se forment dans les poumons, le péritoine, le péricarde, par l'absence des bacilles dans les sécrétions nasales et bronchiques et d'une façon générale dans les tumeurs de l'économie, enfin par ce fait que les lobes inférieurs des poumons sont généralement pris les premiers. Le bacille humain est hautement spécialisé pour les tissus humains il est difficile de l'inoculer aux autres espèces animales on peut donc se demander si l'infection d'un sujet humain par le lait est possible. Les bacilles tuberculeux se répartissent peut-être en un certain nombre de races distinctes, dont chacune est spécialement adaptée aux tissus de certains groupes d'animaux et qu'il est difficile de faire passer d'un groupe à un eutre.

Chylurie et filaria sanguinis hominis.

M. Henry (de Philadelphie). — Une femme de 29 ans, qui n'avait jamais quitté les Etats-Unis, était depuis fort longtemps atteinte de chylurie, qui apparut peu après un accouchement normal; l'infection avait dû se faire vers l'âge de 12 ans. On ne trouva de filaires que dans le sang de la mère; il n'y en avait ni dans son lait ni dans le sang de l'enfant. Dans le sang de la malade, les filaires étaient peu abondantes et ne s'y montraient que la nuit. L'urine fut fréquemment examinée, mais on n'y trouva qu'une fois des filaires. Le thymol et la quinine n'ont eu aucune action sur la maladie; il en a été de même du bleu de méthylène que Flint avait trouvé efficace. Pour Manson, les embryons proviennent d'une forme adulte, peut-être fixée dans le canal thoracique. C'est en buvant l'eau infectée par les insectes que l'homme contracte la maladie.

Diagnostic et traitement de la dilatation de l'estomac.

MM. Pepper et **Stengel** (de Philadelphie). — Le meilleur moyen pour diagnostiquer la dilatation de l'estomac consiste à y introduire de l'air atmosphérique à l'aide d'un tube et de recourir ensuite à la percussion; il faut aussi y introduire une certaine quantité d'eau qui sert à délimiter le bord inférieur de l'organe. Même dans les conditions normales il y a de grandes différences individuelles au point de vue des dimensions de l'estomac et de sa position. Le bord inférieur ne doit pas être au-dessous de l'ombilic : mais quand ce bord dépasse l'ombilic, il n'en résulte pas forcément que l'estomac soit dilaté. La présence de l'acide lactique ne permet pas de conclure à l'existence d'un carcinome.

Leucocythémie.

MM. Musser et **Sailer** (de Philadelphie). — Nous avons observé un cas typique de leucocythémie, à cela près qu'il avait de l'anasarque généralisée. Il y eut aussi au début de la diarrhée, due à une ulcération de l'intestin. Nous avons trouvé des myélocytes et le chiffre relatif des différents corpuscules sanguins a été caractéristique. La rate et le foie étaient hypertrophiés, douloureux et ces organes, ainsi que les ganglions lymphatiques, présentèrent à l'autopsie des lésions typiques. A part la production exagérée des leucocytes, il semble qu'il y a eu vers la fin un processus de destruction du sang. La moelle des os était normale. Les artères étaient athéromateuses.

Traitement de l'anémie pernicieuse et des autres formes d'anémie essentielle.

M. Dauforth (de Chicago). — Dans un cas d'anémie pernicieuse que j'ai observé, le fer n'a amené aucune amélioration et n'a servi qu'à irriter le canal gastro-intestinal. Les préparations acides du phosphore ont amené une amélioration passagère; les hypophosphites sont dangereux et causent de l'irritation gastrique. Les antiseptiques intestinaux ont rendu de grands services, mais d'une façon temporaire. L'ingestion de moelle jaune des os produisit en une semaine une amélioration indiscutable; cette amélioration augmenta pendant 15 jours, puis la malade se dégoûta de la moelle. On la lui donna alors sous forme d'extrait glycériné et de nouveau le sang fut amélioré. Mais la malade se fatigua du remède et l'interrompit; la

rechute ne se produisit qu'au bout de quelques mois. Cette fois, l'emploi de la moelle resta inefficace, et la malade mourut d'épuisement : je suis convaincu que, sans l'emploi de la moelle, la malade serait morte 18 mois plus tôt. L'arsenic n'avait rien donné. Dans un autre cas d'anémie, la moelle osseuse produisit une amélioration temporaire, mais il y eut une rechute et le malade mourut.

Intoxication par les bromures.

M. Mitchell (de Philadelphie). — Une fille épileptique prenait chaque jour près de 4 grammes de bromure; son père porta la dose à près de 10 grammes par jour. On trouva la malade la tête tombée en avant, dans un état hébété, la salive coulait hors de la bouche, les yeux étaient ouverts, les pupilles étaient dilatées; les grandes convulsions épileptiques avaient cessé, mais les petites crises étaient devenues 4 fois plus nombreuses. Après l'élimination du bromure, la malade récupéra son intelligence ordinaire. Une infirmière donna par erreur à 2 enfants épileptiques près de 7 grammes de bromure de lithium par jour. En quelques jours, ces 2 enfants arrivèrent à un état de faiblesse extraordinaire intellectuelle et physique; ils ne pouvaient plus marcher; la jambe gauche était plus atteinte que la droite. Au bout de 2 ou 3 jours de cessation du médicament, ils reprirent leur état naturel. J'ai vu aussi des exemples remarquables de mélancolie, avec ou sans tendance au suicide, dus à de fortes doses de bromure. Les effets d'affaiblissement produits par le bromure sur le système musculaire et sur le cerveau ou quelquefois l'irritation de ce dernier s'observent quelquefois chez des alcooliques ou des malades tourmentés par l'insomnie et qui ont pris de la bromo-caféine, du bromure de sodium, etc. Certains ivrognes se plaignent quelquefois de ressentir les effets de l'ivresse d'une façon plus marquée d'un côté du corps, le gauche en général. La même chose s'observe quelquefois, à la suite de l'absorption de doses excessives de bromure.

M. Janeway (de New-York). — J'ai vu 3 fois survenir la mort à la suite de l'ingestion de doses trop élevées de bromure; dans le 1er cas, le malade prenait chaque jour plus de 30 grammes de bromure; dans le 2e cas plus de 10 grammes et dans le 3e plus de 5 grammes.

M. Hare (de Philadelphie). — Ringler a montré que le potassium forme la base de sels très toxiques. J'ai vu le citrate de potassium continué pendant quelques jours chez un enfant produire des symptômes inquiétants de dépression nerveuse. On devrait moins employer le bromure de potassium et recourir plutôt au bromure de sodium.

M. Thomson. — J'ai vu 3 cas d'aliénation mentale temporaire à la suite de fortes doses de bromure.

M. Dana. — Je n'ai pu observer de différence entre le bromure de potassium et les autres bromures. On sait que l'iodure de potassium est souvent donné à très fortes doses quotidiennes, jusqu'à près de 20 grammes par jour, sans provoquer de phénomènes de dépression. Les petites doses de bromure de potassium, loin de provoquer de la dépression, donnent au contraire de la force; je ne commence jamais que par 20 ou 30 grammes.

M. Mitchell. — Je ne crois pas que les sels de potassium donnent des effets plus déprimants que les autres bromures.

Ostéopsathyrosis de l'enfance.

M. Griffith (de Philadelphie). — L'ostéopsathyrosis ou fragilité des os est relativement rare à tous les âges. Elle est bien plus fréquente à un âge avancé et elle est alors due à l'atrophie des os. A une autre période de la vie, elle peut être symptomatique à d'autres affections, telles que certaines maladies nerveuses, l'ostéomalacie, le rachitisme, etc. D'autres cas peuvent être dits idiopathiques, car on ne leur trouve aucune cause et on n'y trouve ni atrophie, ni aucune autre altération pathologique des os. On observe de ces cas chez les adultes; je ne m'occuperai que de ceux qui surviennent dans l'enfance. J'ai vu un enfant qui eut plusieurs fractures survenant au moment de la naissance ou peu après et qui, à l'âge de 2 ans, avait eu en tout 17 ou 18 fractures. La plus petite cause suffisait à les produire; on dut garder l'enfant étendu, tant était grande la fragilité de ses os. La santé générale de l'enfant était bonne; il n'avait pas d'affection constitutionnelle, pas plus qu'il n'y en avait chez les parents. La cause de cette fragilité spéciale des os est inconnue. Cette affection a probablement quelques rapports de parenté avec le rachitisme, l'ostéomalacie et le développement imparfait des os; mais elle s'en distingue nettement. Elle est bien différente du rachitisme, avec lequel elle peut cependant se combiner quelquefois.

M. Lyman. — J'ai vu un homme de 25 ans qui avait eu 33 fractures; ses os avaient au mieux tendance à se courber; le tibia était translucide. La santé générale était bonne. Il n'y avait pas eu de fracture depuis l'âge de 23 ans.

Diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme.

M. Thomson (de New-York). — Le diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme est généralement simple. Mais dans beaucoup de cas chroniques, surtout quand les complications articulaires se sont généralisées, le diagnostic devient difficile et on voit alors assez fréquemment des goutteux qu'on traite comme des rhumatisants. Depuis bien des années, j'ai observé entre ces 2 affections une différence dans le siège de la douleur provoquée au niveau de l'articulation : c'est principalement au niveau des genoux qu'on observe cette différence, mais on la constate aussi au niveau des chevilles et des autres articulations. Dans la goutte, c'est par une pression transversale sur les condyles qu'on provoque le maximum de douleur. Cela n'a pas lieu dans le rhumatisme. Dans cette dernière affection, les points douloureux typiques au niveau du genou sont autour du tendon du quadriceps, juste au-dessus et au-dessous de la rotule et en arrière le long du tendon du jarret. Il semble naturel d'en inférer que la goutte attaque surtout le périoste, tandis que le rhumatisme porte surtout sur les synoviales.

Traitement du tic douloureux.

M. Dana (de New-York). — Le tic douloureux de la face est très rebelle aux traitements médicaux et chirurgicaux. J'ai vu un malade, chez lequel le chirurgien avait fait la résection du ganglion de Gasser, non seulement avoir une récidive, mais encore devenir fou. M. Elliol (de New-York) et moi nous avons guéri 7 cas sur 8 par des injections hypodermiques de fortes doses de sulfate de strychnine. Pendant le traitement, nous laissons le malade au lit et loin de tout souci. Nous faisions une injection par jour, en commençant par injecter 2 milligrammes de sulfate de strychnine et rapidement nous arrivions à en injecter 1 centigramme et même 1 centigr. 1/2, dose qu'on ne peut généralement pas dépasser. Ces fortes doses produisaient un effet sédatif comme la morphine. En général, nous cessions le traitement au bout de 5 ou 6 semaines; mais il arrivait qu'on dût le reprendre une ou deux fois. En cessant ce traitement, je donne de l'iodure de potassium, de la nitroglycérine ou autre médicament. J'ai précédemment insisté sur le rôle de l'artério-sclérose dans la production du tic douloureux.

Virulence des bacilles diphthériques trouvés dans les cas d'amygdalite ordinaire.

M. Biggs (de New-York). — Des études faites au département de l'hygiène ont démontré les faits suivants : 1° On peut trouver des bacilles diphthériques dans la gorge des gens bien portants, mais qui, en général, ont séjourné auprès des diphthériques. 2° On trouve quelquefois des bacilles diphthériques virulents dans des cas d'angines simples. Au point de vue sanitaire, on doit regarder ces cas comme ceux de diphthérie vraie. 3° Il y a les cas de diphthérie vraie présentant les symptômes ordinaires de la diphthérie et où on trouve le bacille. 4° Il y a des angines pseudo-membraneuses qui ne présentent pas le bacille ordinaire, et qu'il faut regarder comme des cas de diphthérie produits par un autre microbe que le bacille de Löffler. On a souvent dit que par l'examen bactériologique, on a beaucoup augmenté le nombre des cas de

diphthérie en y faisant rentrer des angines bénignes. Mais d'autre part, on a vu au département de l'hygiène que, pour une certaine période, 107 cas déclarés comme diphthériques par les médecins avaient dû être éliminés comme non diphthériques, à la suite des examens bactériologiques. pendant cette même période, il n'y a eu à ajouter que 80 cas de diphthérie vraie diagnostiqués par l'examen bactériologique et que les médecins n'avaient pas rapporté à la diphthérie. Tous les cas d'inflammation des muqueuses où on trouve le bacille de Klebs-Löffler doivent être rangés dans la diphthérie, sans qu'on ait égard à l'intensité, à l'étendue ou à la nature de l'exsudat.

Pronostic de la pneumonie.

M. Smith (de New-York). — La pneumonie est plus fréquente chez l'homme; mais elle est plus souvent mortelle chez la femme. Sur 223 pneumoniques admis au Presbyterian Hospital, il y avait 170 hommes avec une mortalité de 28 p. 100 et 53 femmes avec une mortalité de 31,2 p. 100. Avant l'âge de 2 ans la pneumonie lobaire est une rareté. A partir de cet âge la mortalité de cette affection augmente avec l'âge du sujet. Sur 16 cas chez des sujets de moins de 10 ans il n'y eut aucun mort au Presbyterian Hospital; parmi les cas survenant dans la 2e décade de la vie il y eut une mortalité de 18,7 p. 100; dans la 3e décade la mortalité fut de 19,6 p. 1000, de 28,3 p. 100 dans la 4e, de 39,4 p. 100 dans la 5e; chez les sujets de plus de 50 ans la mortalité fut de 40,6 p. 100. Sur 223 cas précédemment mentionnés, c'est pendant les mois de printemps que la mortalité a été minima; il y a eu une petite augmentation en été; c'est pendant l'automne et l'hiver que la mortalité est devenue maxima. L'alcoolisme assombrit le pronostic; il en est de même d'un état rhumatismal antérieur; 20 des malades précédents, qui présentaient cette disposition, ont eu une mortalité de 40 p. 100. Toutefois comme la tendance rhumatismale augmente avec les progrès de l'âge, il faut aussi tenir compte dans cette mortalité de l'influence de l'âge.

Le pronostic est très défavorable chez les diabétiques, la mort est alors précédée de délire et de coma. L'existence d'une néphrite chronique aggrave également le pronostic; il en est de même d'une maladie du cœur. Toutefois le pronostic est moins grave avant que les lésions secondaires du cœur droit se soient formées. Sur 223 cas, il y a 144 fois un frisson du début et ces 144 cas ont donné une mortalité de 34 p. 100; tandis que les 79 autres cas, où il n'y a pas eu de frisson, n'ont [illegible] qu'une mortalité de 19 p. 100. Le frisson indique donc [illegible] affection plus grave et j'ai remarqué qu'un frisson pr[illegible] suivi d'une réaction tardive annonce une prostration musculaire et nerveuse très marquée. Le poumon droit est plus souvent atteint que le gauche et donne une mortalité plus élevée. Sur 90 cas où le poumon droit était seul pris, il y eut 28 morts, ce qui donne une mortalité de 29,8 p. 100; sur 62 cas seulement où le poumon gauche était seul malade, il n'y eut que 16 morts (25,5 p. 100). 39 fois les 2 poumons furent pris; il y eut 19 morts (48,7 p. 100). Un pouls faible indique d'ordinaire une infection étendue qui a des chances d'emporter le malade au moment de la crise ou avant cette dernière. La respiration est toujours fréquente dans la pneumonie; quand une fréquence extrême est associée à une température élevée, cela a moins de signification que quand l'accélération de la respiration se fait sans l'élévation de la température. Dans le 1er cas l'accélération est due à la fièvre; dans le 2e cas il y a un envahissement très étendu du poumon s'accompagnant probablement d'œdème; il y a par suite un état grave, mais qui peut souvent s'améliorer. La température n'assombrit le pronostic que quand elle est très élevée. L'auscultation au niveau du foyer de l'artère pulmonaire donne de très bons renseignements sur la tension sanguine, suivant le claquement des valves sigmoïdes. L'accentuation de [illegible] est généralement d'un bon augure; mais il faut aussi savoir que cette accentuation peut se produire par suite de l'affaiblissement du ventricule droit; le pronostic est alors très sombre. Toutes les fois que le 2e bruit de l'artère pulmonaire va en s'affaiblissant sans qu'il y ait de changement en bien du côté du poumon, le pronostic est très défavorable. Ce 2e bruit de l'artère pulmonaire est une indication bien plus précieuse que le pouls radical, car c'est du côté du cœur droit qu'est le danger dans la pneumonie. Je n'ai jamais vu survenir un accident fatal au cours de la pneumonie sans qu'il ait été précédé par un affaiblissement progressif du 2e bruit de l'artère pulmonaire. Cette faiblesse du cœur droit se produit dans 2 cas : 1° dans les cas où il y a envahissement de tout l'organisme par une infection très virulente, il y a alors un frisson initial intense, une grande prostration musculaire, un pouls petit et relativement fréquent, un envahissement du système nerveux; dans ces cas le muscle cardiaque est empoisonné et le ventricule droit, ayant à accomplir un excès de travail, cède. De tels cas peuvent se terminer par la mort avant la défervescence; si on peut les prolonger jusqu'à cette défervescence le pronostic est grandement amélioré; 2° la 2e classe de cas comprend ceux qui ont une cause de faiblesse : l'âge, l'intempérance, une maladie antérieure ou toute autre cause qui peut avoir compromis l'intégrité de l'apppreil vasculaire. Il y a alors une tendance continuelle à l'envahissement de nouvelles régions pulmonaires et à la production d'œdème. Cette tendance affaiblit le ventricule droit. Le sang extrait de la veine d'un pneumonique présente une couenne épaisse et les anciens admettaient que cette épaisseur était en relation avec l'intensité de la maladie. On peut encore admettre cela aujourd'hui qu'on sait que cette couenne est formée de fibrine englobant une masse de leucocytes. Qu'on admette la phagocytose ou qu'on regarde les leucocytes comme des producteurs d'antitoxine, il est certain que les cas graves qui s'accompagnent d'une leucocytose abondante sont d'un pronostic plus favorable que ceux dans lesquels on ne voit que peu de globules blancs. Laehr a montré qu'il y avait une relation entre la fièvre et la leucocytose. Une leucocytose très abondante, surtout quand elle est associée à une température peu élevée, indique une complication de suppuration.

Hémorrhagie œsophagienne dans une cirrhose du foie.

M. Garland (de Boston). — Un homme fortement constitué eut une première hémorrhagie œsophagienne en 1888; il y eut des récidives et la dernière survenue en 1895 fut mortelle. Le sang perdu par les vomissements et les selles était très abondant. Vers la fin le malade perdait continuellement du sang par la bouche, même sans effort de vomissement. J'ai pour la première fois vu le malade avec des confrères en 1889; nous avons diagnostiqué un ulcère de l'estomac; ce n'est que plus tard qu'on put s'apercevoir qu'il y avait une cirrhose du foie. A l'autopsie on vit que l'hémorrhagie s'était uniquement faite au niveau de la partie inférieure de l'œsophage, où on trouva des veines très dilatées et à parois très minces. Cette dilatation des veines œsophagiennes est due à la gêne de la circulation porte, par suite de la cirrhose du foie.

M. Graham (de Toronto). — Mackenzie a rapporté un cas d'hémorrhagie provenant de varices œsophagiennes et ayant entraîné la mort chez un jeune homme de 17 ans, dont le foie était sain.

M. Mitchell. — J'ai également vu un cas mortel d'hémorrhagie œsophagienne chez un enfant, à l'autopsie duquel on ne trouva aucune autre lésion que des varices de la partie inférieure de l'œsophage.

M. Jacobi. — Il faudrait étudier avec soin les lésions des veines œsophagiennes, pour savoir pourquoi dans la cirrhose du foie ce sont ces veines et non les veines gastriques qui cèdent. Il est probable que ces veines œsophagiennes sont athéromateuses dans ces cas. On sait en effet que l'athérome, bien plus fréquent au niveau des artères, peut cependant envahir quelquefois les veines.

Absorption au niveau de l'estomac.

M. Meltzer (de New-York). — J'ai fait sur le lapin des expériences au sujet de l'absorption stomacale, j'ai vu que des doses de six à dix milligrammes de strychnine, même quand l'estomac était du reste absolument plein, amenaient sûrement et en peu de temps des accidents tétaniques, si le pylore était ouvert. Mais quand le pylore était fermé, des doses de 200 milligrammes pouvaient rester plusieurs heures dans l'estomac sans y provoquer d'accidents. Il semble donc que la muqueuse

gastrique n'absorbe pas la plus petite parcelle de strychnine. La muqueuse œsophagienne n'absorbe que faiblement la strychnine tandis que celle du pharynx l'absorbe rapidement, comme le fait du reste le rectum; ce dernier absorbe même la strychnine mieux que l'intestin grêle. L'estomac absorbe très bien l'acide prussique, même quand le pylore a été lié et que l'estomac est plein. Cela est peut-être dû en partie à la volatilité de ce produit (les gaz étant facilement absorbés par l'estomac) et en partie à l'état hémorrhagique qu'il provoque sur la muqueuse.

MÉDECINE PRATIQUE

FORMULAIRE HYPODERMIQUE

Glycérophosphates de chaux, de fer, de magnésie, de soude, de potasse.

Propriétés thérapeutiques. — L'introduction des glycérophosphates en thérapeutique, a étendu les applications de la médication phosphatée. On a été conduit à employer les sels formés par l'acide phosphoglycérique en considération de ce fait que le phosphore existant dans la substance nerveuse à l'état de glycérophosphate organique (lécithine), il y aurait un avantage réel à l'administrer sous cette forme (Portes et Prunier, Albert Robin).

En réalité, ce sont des névrosthéniques puissants et éminemment assimilables. On les a préconisés, à juste titre, dans le traitement de la neurasthénie et de la phosphaturie dont ils sont le médicament, pour ainsi dire, spécifique. Par extension, on les a employés dans toutes les maladies hyposthéniques et spécialement dans la débilité nerveuse des vieillards, le rhumatisme, la chlorose, la glycosurie, la tuberculose, l'anémie aiguë. Fréquemment on relève de la façon la plus remarquable la nutrition et les forces du malade.

Les glycérophosphates sont également indiqués dans le rachitisme et l'ostéomalacie. Ils ont été dans quelques cas employés avec succès dans le traitement du lumbago aigu, du torticolis, etc.

Solubilité. — Tous les glycérophosphates ne sont pas également utilisables par la voie hypodermique.

Le *glycérophosphate de soude* est seul très soluble dans l'eau : aussi est-il choisi de préférence pour les injections sous-cutanées.

Le *glycérophosphate de chaux* ou *neurosine* est soluble dans 20 parties d'eau froide : à chaud, il se dissout dans 15 fois son volume d'eau, il peut être employé seul ou combiné au précédent.

Les *glycérophosphate de magnésie* et de *potasse* ont eu, jusqu'ici, peu d'applications : ils sont solubles l'un et l'autre dans 15 et 18 parties d'eau. Généralement ils sont associés dans une même formule avec les autres glycérophosphates.

Nous avons vu que le *glycérophosphate de fer* ne pouvait être injecté sous la peau qu'à la condition d'être rendu soluble par l'addition d'une quantité égale de glycérophosphate de soude. Il se forme alors un glycérophosphate double de soude et de fer, soluble au titre des injections hypodermiques.

Les solutions de glycérophosphates s'altèrent très rapidement, car elles constituent un excellent milieu de culture : aussi faut-il les stériliser avec soin en ampoules contenant la dose nécessaire à *une seule* injection. Nombre d'accidents, consécutifs aux injections de phosphoglycérate sont dus à la méconnaissance de ce précepte important.

Dose usuelle. — *Chez l'enfant :* 5 centigrammes par injection, 2 injections par jour. — *Chez l'adulte :* 5 à 20 centigrammes par injection. Jusqu'à 50 centigrammes à 1 gramme par jour. Exception doit être faite pour le glycérophosphate de fer pour lequel on ne doit pas dépasser 25 centigrammes.

Effets de l'injection :

a) *Immédiats.* — Peu douloureux et sans réaction locale.

b) *Eloignés.* — Augmente le résidu total de l'urine (urée), abaisse la proportion des phosphates (Robin).

FORMULES

Glycérophosphate de chaux . . . . . . 1 gr.
Eau *stérilisée*. . . . . Q. s. p. 20 c. c.
1 à 5 centim. cubes.

Glycérophosphate de soude. 0 gr. 50 à 2 gr. 50
Eau stérilisée. . . . . Q. s. p. 10 c. c.
1 à 5 centim. cubes suivant le titre.

Glycérophosphate de fer . . . . } ââ 0 gr. 25
Glycérophosphate de soude. . . }
Eau stérilisée . . . . Q. s. p. 10 c. c.
2 centim. cubes.

G. Maurange.

Traitement des arthrites tuberculeuses par la méthode de Bier.

Le principe de cette méthode consiste dans la suspension momentanée, presque complète, du courant sanguin dans le membre malade. Cet arrêt se fait au moyen d'un lien compresseur. Voici comment on pratique : on entoure d'abord d'une couche d'ouate ordinaire, sur une hauteur de 8 à 10 centimètres la partie du membre supérieure à l'articulation malade et immédiatement au dessus de cette articulation. Pendant que l'ouate se tasse, la compression se fait graduellement, de telle sorte qu'on peut, sans que le malade en soit incommodé, exercer ainsi une compression excessivement forte et qui, faite trop brusquement, aurait été insupportable On suspend le courant sanguin en comprimant au-dessus de l'articulation et sur l'ouate au moyen de la bande d'Esmarch ou de toute autre bande élastique, de façon que toute la partie du membre située au-dessous de la bande devienne violacée, presque noire. A défaut de bande élastique, on en prendra une en toile ordinaire, solide, en ayant soin de faire à chaque tour un renversé. On peut ainsi déterminer un arrêt presque complet du courant sanguin. La première séance dure 5 à 6 minutes. Les séances ont lieu tous les jours ou tous les deux jours. On en augmente la durée au fur et à mesure que le traitement s'avance. On ne peut guère dépasser 20 minutes.

Dans l'intervalle des séances, surtout chez les enfants, on enveloppe l'article d'ouate, puis d'un appareil en gutta-percha.

Cet appareil met le membre dans une demi-immobilisation, mais a surtout pour but de tenir la région malade dans une température élevée et constante.

Tous les jours ou tous les deux jours on fait prendre un local d'eau chaude à 50° ou 55° d'une durée de 20 à 30 minutes. L'eau aura préalablement bouilli pendant 20 minutes et ne sera additionnée d'aucune antiseptique. Sous l'influence de ces immersions chaudes, les bourgeons irréguliers, blafards, atones prennent une couleur vermeille, saignent plus facilement et se régularisent : elles contribuent à la diminution et à la disparition de l'inflammation, de l'infiltration diffuse des tissus péri-articulaires.

Pour le poignet, le coude, le cou-de-pied, on se contente de plonger la région dans un vase quelconque contenant l'eau chaude à laquelle on conservera la même température. Pour le genou, on a recours a des compresses de tarlatane pliées à 10 ou 15 épaisseurs, qu'on trempe dans l'eau chaude et qu'on applique autour de l'articulation. Un morceau de taffetas diminuera l'évaporation. Au sortir du bain, l'articulation malade paraît souvent plus tuméfiée qu'à l'ent... Ce phénomène est dû à un simple effet d'imbibition et disparaît au bout de quelques instants.

Au bout d'un temps variable suivant l'âge et le degré de la lésion, suivant l'état général du sujet, les phénomènes s'amendent, la jointure diminue de volume et s'assouplit. A ce moment on peut, avec prudence, commencer les mouvements et le massage.

Sept malades ainsi traités par M. R. Boutroue ont été améliorés ou guéris après 1 à 3 mois de traitement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

pas bouché. Dans 2 cas seulement l'appendice était rétréci, comme turgide; mais l'occlusion n'était pas complète.

Pour lui, la pathogénie de l'appendicite n'est pas encore éclairée complètement. La théorie du vase clos n'est pas défendable. Il s'agit d'une véritable infection qui doit conduire à une intervention.

Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse de cette cavité.

M. Tuffier. — Les indications de l'extirpation de la vessie sont très rares. Le malade dont l'histoire suit ne pouvait être efficacement opéré que par cette méthode.

Un homme de 40 ans, soigné pour des accidents de cystite à forme douloureuse et hématurique depuis 3 ans, entre le 2 octobre dans mon service, après avoir épuisé *toutes* les ressources de la thérapeutique médicale, y compris la morphine à haute dose. Son état général est bon, malgré un amaigrissement notable. La fréquence des mictions est incessante, toutes les 10 minutes, et les douleurs qui l'accompagnent sont atroces. Le palper abdominal combiné au toucher rectal font reconnaître un globe vésical dur et très douloureux; l'exploration de la cavité de la vessie n'est pas favorable. Sous l'anesthésie, elle permet de constater une surface dure et une cavité où on ne peut évoluer avec l'instrument. Cystostomie sus-pubienne de soulagement le 6 octobre. On trouve une tumeur infiltrée dans toute la paroi gauche de la vessie et diffusant sous toute la muqueuse du bas-fond, pas trace d'engorgement ganglionnaire ni de péricystite. Drainage au moyen des tubes-siphons. L'état général du sujet et la possibilité d'extirper la totalité des lésions, leur progression rapide que l'orifice de la fistule permet de suivre me font proposer l'exérèse totale de la vessie qui est pratiquée le 10 octobre en présence de mes collègues Reverdin, Heydenreich, Maunon et Desfontaines.

Position de Treudelenburg, incision hypogastrique en ⊥ dont l'extrémité inférieure effleure le milieu de la symphyse pubienne, et dont les deux branches latérales vont jusqu'aux orifices inguinaux, décollement progressif et tractions successives au dehors de la vessie avec des pinces à abaisser maniées comme dans l'hystérectomie vaginale. Dissection soigneuse du péritoine au sommet de la vessie, la séreuse n'est pas ouverte, le col est sectionné au ras de la prostate, deux clamps courbes sont placés sur les deux pédicules uretéro-artériels, et la vessie est enlevée. Ligature des vésicules inférieures, cathétérisme permanent des [uretè]res et tentative infructueuse d'abouchement dans le rectum. [Su]ture partielle et drainage de la plaie hypogastrique.

Sur la pièce que je vous présente, la tumeur fongueuse et saillante sur la partie latérale gauche est dure et a envahi toute l'épaisseur de la vessie; dans le reste de la cavité, sauf à sa partie médiane antérieure et supérieure, le tissu néoplasique semble limité à la muqueuse. L'examen histologique détaillé et pratiqué par M. Claude donne comme conclusion : *épithélioma alvéolaire* du genre atypique avec infiltration de toute la paroi à des degrés divers, disposition télangiectasique des capillaires en certains points. Traces d'un processus infectieux.

Les suites opératoires furent marquées par une phlébite de la jambe droite, le cathétérisme des uretères fut supprimé au 7e jour et remplacé par un tube-siphon hypogastrique; le malade se lève le 4 décembre, et, le 23 décembre, il vaque à ses occupations avec un appareil collecteur hypogastrique. Il ne souffre plus, il a repris ses forces et a notablement engraissé. Son état général est très bon, comme vous le voyez.

M. Michaux présente un rapport, au nom de **M. Veslin**, d'Evreux, sur un cas de hernie inguino-scrotale double avec fistule appendiculaire, consécutive à l'appendicite. Ce fait a été observé chez un enfant de 28 mois. Le petit malade a guéri après l'opération.

Ces cas de hernies de l'appendice sont assez rares. Il est plus rare encore de voir l'étranglement de l'appendice avec appendicite et fistule appendiculaire, comme dans l'observation de M. Veslin.

L'étranglement de l'appendice semble difficile à admettre. L'appendicite herniaire doit être plus fréquente.

M. Jalaguier présente une petite fille opérée d'un bec-de-lièvre. Pour refaire la narine, M. Jalaguier a suivi le procédé de M. Berger.

M. Tuffier présente un malade auquel a été pratiquée l'extirpation totale de la vessie pour néoplasme généralisé à toute la muqueuse.

M. Schwartz présente une pièce d'enchondrome de la tête de l'humérus.

M. Monod présente une pièce d'enchondrome du cinquième doigt.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Décembre 1896.

Stomatite ulcéro-membraneuse due à l'antipyrine.

M. Dalché rapporte le fait d'une intoxication par l'antipyrine chez un homme d'une soixantaine d'années. Cette intoxication s'est manifestée par des troubles portant sur la peau, par des ulcérations portant sur le scrotum, sur la muqueuse buccale, mais non sur la langue.

Ce malade est un arthritique; l'insuffisance rénale et l'influence nerveuse ont dû jouer un rôle dans les phénomènes d'intoxication que l'auteur observe pour la seconde fois. La première observation a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux.

Traitement des accès paroxystiques de l'hyperchlorhydrie.

M. Bardet rapporte un certain nombre d'observations qui démontrent que souvent des dyseptiques hypersthéniques peuvent être pris pour des hyposthéniques. Un malade a été traité par la médication anti-lithiasique biliaire, un autre par une médication chirurgicale relevant du traitement de l'appendicite et, dans un autre cas, on avait ordonné l'iodure de potassium à haute dose, croyant à des phénomènes circulatoires d'origine athéromateuse. Or, dans tous ces cas, l'expérience a démontré que l'on avait affaire à des accès paroxystiques d'hyperchlorhydrie et la suppression des médications contraires a suffi, avec un régime approprié au traitement de l'hyperchlorhydrie franche, pour amender rapidement l'état des malades.

Il faut aussi noter que l'usage des alcalins à haute dose a donné, comme il fallait s'y attendre de très mauvais effets, en prolongeant les crises et en fournissant à l'organisme la matière première de nouvelles quantités d'acide chlorhydrique. Le régime lacté absolu a également donné de mauvais effets chez deux malades atteints en même temps de fermentations secondaires.

L'examen du suc gastrique pratiqué d'une manière judicieuse eût certainement évité des erreurs fort préjudiciables au malade. Mais il faut noter que, chez un des cas cités, le diagnostic d'hypochlorhydrie avait été porté parce que l'examen avait été fait au cours d'une de ces périodes d'embarras gastrique avec insuffisance qui, chez les hypersthéniques, suivent souvent les accès paroxystiques.

REVUE DES CONGRÈS

68e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Francfort-sur-le-Mein du 21 au 26 Septembre 1896.

Syphilis congénitale du foie.

M. Cohn a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un hérédo-syphilitique de 3 mois, chez lequel on a constaté pendant la vie la présence, sous le bord libre du foie uniformément hypertrophié, d'une tumeur arrondie assez volumineuse.

A l'autopsie on a pu constater que la tumeur s'insérait très largement sur la face postérieure du lobe droit du foie et pénétrait assez profondément dans le parenchyme dont elle était parfaitement distincte. Sur la coupe elle avait un aspect charnu et présentait au centre une bande fibreuse d'un aspect plus clair.

A l'examen microscopique on trouva dans le foie des lésions syphilitiques disséminées, d'intensité moyenne. La tumeur elle-même comprenait une partie périphérique, composée de parenchyme hépatique présentant une infiltration de petites cellules, extrêmement intenses, par places diffuse, par places se présentant sous forme de foyers. A mesure qu'on se rapprochait du centre, le parenchyme hépatique était remplacé par des éléments conjonctifs, si bien que le centre était composé exclusivement de tissu conjonctif dans lequel on trouvait quelques canaux biliaires.

Le point de départ du néoplasme a dû être un foyer inflammatoire d'abord localisé à un point du foie et ayant ensuite pris une extension centrifuge. La disparition des cellules hépatiques a dû probablement s'accompagner d'une régénération partielle.

Angine pseudo-membraneuse de la scarlatine.

M. von Ranke (de Munich) a fait l'examen bactériologique d'un grand nombre d'angines chez des scarlatineux. Ces recherches lui ont montré que :

1° Les angines pseudo-membraneuses se rencontrent dans 65 p. 100 des cas de diphthérie récente ;

2° Dans 53,7 p. 100 de ces angines scarlatineuses, on trouve le bacille diphthérique ;

3° Dans 38,8 p. 100 de ces angines, on trouve exclusivement des streptocoques ;

4° Dans les angines pseudo-membraneuses à streptocoques, le processus anatomique peut s'étendre au larynx et aux bronches ;

5° Dans les cas où la scarlatine se complique tardivement d'angine scarlatineuse, on rencontre plus souvent le bacille diphthérique que le streptocoque ;

6° Le sérum antidiphthérique peut être employé dans la scarlatine compliquée de diphthérie.

Traitement thyroïdien et allongement du corps.

M. Schmidt a constaté plusieurs fois que dans le nanisme avec ou par myxœdème, il est survenu sous l'influence du traitement thyroïdien une augmentation du poids et un allongement du corps. Dans 1 cas où le traitement a été continué pendant 1 an, cet allongement a atteint 12 centimètres.

Pour obtenir cet allongement, M. Schmidt pense qu'il faut utiliser la période de la vie pendant laquelle l'accroissement du corps en longueur se produit physiologiquement d'une façon particulièrement accusée, c'est-à-dire entre 15 et 16 ans. Toutefois, la médication thyroïdienne peut encore réussir plus tard, tant que l'ossification des lignes épiphysaires, et principalement de la ligne épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, n'est pas complète. La radiographie de Röntgen peut, sous ce rapport, rendre des services en montrant le degré d'ossification des signes épiphysaires.

Le traitement thyroïdien est, d'après M. Schmidt, contre-indiqué dans le nanisme rachitique avec transformation ostéoïde précoce des signes épiphysaires, de même dans les anomalies constitutionnelles et l'hydrocéphalie.

Les bains tièdes dans la scarlatine.

M. Schill emploie dans la scarlatine des bains à 28° R., d'une durée de 10 minutes. Pendant la 1re semaine il fait donner 2 bains, plus tard un seul bain par jour.

Sur 110 cas traités de cette façon, M. Schill n'a observé la néphrite que 2 fois : chez un enfant entré avec un phlegmon sous-maxillaire, et chez un autre qui n'a pu être baigné systématiquement.

Pour M. Schill, les bons effets de la balnéation, dans la scarlatine, s'expliquent par l'état de la peau chez ces malades. La perspiration cutanée, qui est considérablement diminuée chez les scarlatineux, retentirait, d'après lui, en premier lieu sur les reins et amènerait l'albuminurie, probablement par le même mécanisme que chez les animaux vernissés. Le graissage de la peau a une action analogue ; aussi M. Schill pense-t-il que la pratique de frictionner les scarlatineux avec des substances grasses est plutôt nuisible qu'utile.

Chez les enfants qui ont été baignés, on n'a pas observé de desquamation, sauf au niveau des doigts.

La narcose par l'éther chez les enfants.

M. Stooss (de Berne) a essayé l'éther chez plus de 200 enfants ou nourrissons, et les faits qu'il a constatés lui semblent plaider en faveur de ce mode de narcose. Sur ce nombre considérable de cas, il n'a jamais observé d'irritation appréciable de la muqueuse trachéo-bronchique. La salivation était toujours modérée, même chez les enfants en train de faire leurs dents. Chez les nourrissons, il a suffi de 2 minutes, chez les enfants plus grands de 2 à 5 minutes, pour amener le sommeil. L'excitation n'était pas plus grande et les vomissements n'étaient pas plus fréquents avec l'éther qu'avec le chloroforme. Dans aucun cas il n'est survenu d'arrêt de la respiration ni d'autres symptômes inquiétants.

Le réveil se faisait plus facilement et plus rapidement après l'éther qu'après le chloroforme, et les phénomènes consécutifs étaient peu accusés, si bien qu'au bout de très peu de temps les nourrissons prenaient déjà le sein ou le biberon. Dans aucun cas il n'est survenu de pneumonie ni de néphrite.

Pour toutes ces raisons, M. Stooss pense que l'éther mérite d'être employé chez les enfants de préférence au chloroforme.

SEPTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Rome du 20 au 23 octobre 1896.

Pouvoir pyrétogène de la peptone chez les sujets sains et chez les tuberculeux.

M. Roncagliolo a pratiqué des injections hypodermiques de solutions filtrées et stérillisées de peptone sèche à 10 ou 20 p. 100 chez des individus convalescents de diverses maladies ainsi que chez des tuberculeux apyrétiques et des tuberculeux fébricitants.

Les tuberculeux apyrétiques réagissent par de la fièvre quantités de peptone qui sont indifférentes pour des indiv... sains. Les mêmes doses de peptone élèvent la température des tuberculeux fébricitants. Chez ces derniers, il n'y a pas d'élévation ultérieure du degré thermique lorsqu'on injecte des doses de peptone inférieures à celles auxquelles réagissent les tuberculeux apyrétiques.

Les sujets sains se comportent vis-à-vis de la peptone comme à l'égard de la tuberculine, en ce sens que les conditions générales de l'individu ont une influence sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle il réagit à la peptone.

A ceux qui ne réagissent pas à des doses élevées de tuberculine, il faut injecter de fortes doses de peptone pour que la réaction se produise.

Enfin la peptone ne peut être que rarement décelée dans les urines des sujets injectés.

Effets de l'antipyrine sur la circulation rénale.

MM. Cardi et **Vallini** (de Pise) ont constaté dans une série d'expériences que l'antipyrine exerce une action vaso-constrictive sur les vaisseaux du rein et augmente d'une façon passagère la pression rénale. Cette action vaso-constrictive est absolument indépendante du système nerveux central.

L'antipyrine provoque en outre une certaine diminution de la sécrétion urinaire, diminution qui persiste pendant quelque temps.

TABLE DES MATIÈRES

 DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* **Année 1896.**

A

B

C

D

E

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES